

Av **Birgit Abelsen og Margrete Gaski**,  
Nasjonalt senter for distriktsmedisin  
(NSDM), UiT Norges arktiske universitet



Samhandlingsreformen:

## Om utskrivningsklare pasienter og kommunenes håndtering av avvik fra forpliktende tjenesteavtale

Samhandlingsreformen gjør at sykere pasienter enn tidligere skrives ut til kommunene, at tempoet i utskrivningene har økt og at kommunehelsetjenesten preges av mer behandling av kortvarig og spesialisert karakter.

**E**ndringene har gitt samhandlingsutfordringer mellom helseforetak og kommuner om utskrivningsklare pasienter. Kommunene håndterer avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter forskjellig. Noen kommuner benytter systemet for å melde avvik, mens andre mener en god muntlig dialog med helseforetaket er en bedre strategi for å styrke samhandlingen.

Med samhandlingsreformen ble ordningen med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter innført. Betalingsordningen er ment å få utskrivningsklare pasienter ut av sykehus. Ordningen hadde virkning fra 1.1.2012, og innebærer at bostedskommunen må betale helseforetaket drøyt 4 000 kroner pr døgn dersom de velger fortsatt sykehusopphold for en utskrivningsklar pasient. Før reformen, ble pasienter ofte liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunen. Dette hindret sykehusene i å ta inn nye pasienter, og forsinket og forlenget rehabilitering for mange eldre og kronisk syke.

### Ny forskrift

En forskrift<sup>1</sup> som kom med samhandlingsreformen, definerer begrepet utskrivningsklar pasient. Pasienten er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten (jf. § 9). Dersom pasienten vurderes å ha behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud etter utskrivning, skal sykehuset straks varsle pasientens

<sup>1</sup> Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

bostedskommune (jf. § 10). Forhold rundt slike utskrivningsklare pasienter reguleres i en egen tjenesteavtale som helseforetak og kommune plikter å inngå, som del av samhandlingsreformen.

### Økonomisk insentiv med umiddelbar effekt

Betalingsordningen hadde umiddelbar effekt. Hagen og medarbeidere (2013) har vist at antall liggedøgn i sykehus per 1 000 innbyggere generert av utskrivningsklare pasienter, ble redusert fra 21,5 i 2011 til 12,2 i 2012. Før betalingsordningen, var det i stor grad sykehusenes vertskommuner som la beslag på liggedøgnene, og det var kommuner med god sykehjemsledekning som i størst grad reduserte sine liggedøgn (Hagen et al 2013).

Antall utskrivningsklare pasienter som meldes til kommunen, har økt betydelig. I 2014 var dette antallet 84 269 pasienter (Helsedirektoratet 2015). Det var 89 prosent flere enn i 2012. Majoriteten av disse (76 prosent) ble tatt imot i kommunen samme dag som de ble meldt (Helsedirektoratet 2015). Dette tilsier økt press på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Fra 2010 til 2014 økte samtidig reinnleggelsene blant de som ble tatt imot av kommunen 0-1 dag etter at de ble meldt, med 5,2 prosent, til et samlet nivå på 19,8 prosent (Helsedirektoratet 2015). En mulig årsak til økte reinnleggelser, kan være at utskrivningsklare pasienter er sykere enn før og at kommunene ikke kan gi et godt nok behandlingstilbud til disse pasientene (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen 2014).

«De medisinske kostnadene har økt betraktelig i kommunene og bekrefter oppfatningen om at sykehusene skriver ut sykere pasienter.»

### Undersøkelse om virkninger av ordningen

Forfatterne har vært med på å gjennomføre en undersøkelse gjort på oppdrag fra KS, hvor formålet var å finne ut hvordan ordningen med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter, har påvirket tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene (Abelsen et al. 2014). Datainnsamling og analyser var basert på registerdata som beskrev utviklingen i noen sentrale indikatorer i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2009-2013, og kvalitative intervju med et bredt spekter av relevante informanter i 12 casekommuner (6 store kommuner (mer enn 20 000 innbyggere) og 6 små (mindre enn 5 000 innbyggere)). I det videre presenteres funn fra undersøkelsen.

### Sykere pasienter til kommunene

Et hovedfunn i intervjuundersøkelsen, var en nær unison oppfatning blant informantene av at pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen, ofte er sykere nå enn før samhandlingsreformen. Pasienter som tidligere ville ligget på sykehus til den medisinske behandlingen var avsluttet, meldes nå utskrivningsklare så snart man ser at behandlingen virker og pasienten er i bedring. De medisinske kostnadene har økt betraktelig i kommunene og bekrefter oppfatningen om at sykehusene skriver ut sykere pasienter. Både små og store kommuner var opptatt av at de ikke skal pådra seg kostnader ved at utskrivningsklare pasienter ble liggende på sykehus. De tok derfor etter beste evne imot pasientene.

### Pliktig tjenesteavtale

Forhold rundt utskrivningsklare pasienter reguleres i en egen tjenesteavtale (avtale 5) som helseforetak og kommuner er pliktige til å inngå som del av samhandlingsreformen. Disse avtalene bør, i henhold til Helsedirektoratets veileder (Nasjonal veileder, 2011), beskrive nødvendig informasjonsoverføring ved utskrivning mellom foretak, kommunalt tjenestenivå, pasient og pårørende. De skal også beskrive pasientforløp og ansvar i den videre oppfølgingen. Sist men ikke minst skal avtalene beskrive når kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter inntreffer.

### Avvik ved utskrivning

Når kommunene opplever avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter, så skal dette i henhold til overordnet avtale meldes som avvik til utskrivende helseforetak. Dette gjøres ved å fylle ut standardiserte skjema som kan sendes elektronisk eller i papirformat til helseforetaket. Hensikten med å melde avvik, er å sikre at uønskede hendelser avdekkes, forebygges og reduseres.

Avvik fra tjenesteavtalene om utskrivningsklare pasienter var svært vanlig i alle casekommunene. Men det finnes ingen offentlig statistikk som viser det samlede omfanget av slike avviksmeldinger. Fra Trondheim kommune vet vi imidlertid at det rapporteres avvik ved om lag 4-5 prosent av alle utskrivningsklare pasienter, og at det der samtidig antas en betydelig underrapportering (Trondheim kommune-revisjon, 2014).

Våre informanter fortalte at det ofte er dårlig kvalitet på den informasjonen som følger med pasienten ut av sykehuset. Mangelfull overføring av vesentlig pasientinformasjon i utskrivningsprosessen er ikke et nytt problem. Men det at pasienter nå ofte skrives ut tidligere i sykdomsforløpet, gjør problemet potensielt mer alvorlig enn før.

### Avviksrapportering som del av internkontrollsystemet

Avviksrapportering i helsetjenesten ble introdusert på 1990-tallet, som del av internkontrollsystemet for å unngå uheldige hendelser. Utgangspunktet var regelverket for internkontroll i oljeindustrien implementert for å sikre at virksomheter tar ansvar for å forebygge feil og uhell som kan ha store menneskelige og samfunnsmessige konsekvenser (Andresen og Kittelsen, 2007). Uheldige hendelser er antatt å være årsak til rundt 2-3000 dødsfall blant pasienter hvert år i norsk helsevesen, og man antar at en stor del av disse kan unngås (Hjort, 2004). Helsetjenesten ble i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fra og med 1.1.1994 pålagt å etablere internkontrollsystem. Et system med avviksrapportering knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten, er imidlertid nytt og kom med Samhandlingsreformen i 2012.

## «Det ble i større grad meldt avvik fra institusjoner enn fra hjemmetjenesten, selv om avvik skjer begge steder.»

Et internkontrollsystem er å forstå som et kontinuerlig, systematisk forbedringsarbeid, og kan illustreres gjennom Demings sirkel (Helsedirektoratet 2004, The Deming Institute 2015). Den består av fire faser; planlegging, utførelse, kontroll og korrigerende, før man på nytt starter med planlegging og så videre.

Flere studier peker på at sikkerhetskulturen i helse-tjenesten er mindre utviklet enn innen oljeindustri (Olsen, 2009) og luftfart (Gaba et al., 2003, Sexton et al., 2000). En mulig forklaring kan være at den som utsettes for risiko i oljeindustri og luftfart, er den ansatte, mens det i helsetjenesten er pasienten (Olsen, 2009). Egenmotivasjonen for å bidra til utvikling av en sikkerhetskultur, antas med andre ord å være forskjellig.

### Hva avvikene handler om

Avvikene som våre informanter fortalte om, handler i hovedsak om at pasienter mangler epikriser ved utskrivning, nødvendige medisiner for første døgn etter utskrivning og/eller nødvendige hjelpemidler. Det finnes også eksempler på at pasienter med hjelpebehov ikke meldes utskrivningsklar til kommunen før de skrives ut. Kommunen kunne få melding når pasienten satt i taxi på vei hjem, eller de kunne få melding fra pasienten selv etter at denne var vel hjemme. Vi hørte også historier om pasienter med omfattende behov for rehabilitering som ble skrevet ut fra sykehus, uten at sykehuset hadde tatt stilling til den videre medisinske oppfølgingen. Ulike «skrekkehistorier» om graverende avvik ved utskrivning ble formidlet til oss fra de fleste casekommunene. Dette var avvik som var rapportert skriftlig til det involverte helseforetaket.

### Noen kommuner melder konsekvent avvik

Det var ulikheter mellom kommunene med hensyn til hvordan de håndterte avvik og hvorvidt avvik ble meldt. I noen kommuner hadde man tro på at det å melde avvik er et godt bidrag til å gjøre helseforetaket bedre, og hadde utviklet klare rutiner med hensyn til at alle avvik skal meldes og hvordan de skal meldes. Her gikk gjerne meldinger via en sentral enhet internt i kommunen (gjærne samhandlingskoordinator eller tildelingskontor) som hadde ansvar for å melde videre til helseforetaket. Det var imidlertid ikke alltid slik at de som jobbet på tjenestenivået prioriterte å bruke tid på å melde avvik. Følgende uttalelse illustrerer dette:

*«Vi melder til nærmeste leder som tar dette videre. Det er etablert rutine. Vi oppfordres til det. Vi må ta oss tid. Men det er ikke alle som tar seg tid til det. Det er noen som aldri skriver.»* (Ansatt i hjemmetjenesten, stor kommune).

I noen kommuner ble det påpekt at det var forskjeller mellom institusjoner og hjemmetjenesten med hensyn til håndtering av avvik. Det ble i større grad meldt avvik fra institusjoner enn fra hjemmetjenesten, selv om avvik skjer begge steder.

### Andre kommuner melder i liten grad avvik

I andre kommuner var det ikke like klart på tjenestenivået hva et avvik er, hvorvidt avvik skal meldes og hvordan dette i så fall skal håndteres. Noen mente at det var uklart hvor stort, uvanlig eller alvorlig avviket skal være før det meldes. Manglende epikriser var i noen kommuner ansett for å være så vanlig, at det av den grunn ikke var noen vits å melde som avvik. Noen informanter fortalte at de rapporterte om avvik internt, men at de ikke tok seg bryet med å sørge for videreformidling til helseforetaket. Flere informanter fortalte at de synes det var tungvint å melde avvik og at de derfor ikke prioriterte det. Noen av disse kommunene hadde ikke elektroniske meldingssystemer ved starten av samhandlingsreformen, noe som kan forklare hvorfor det å skrive avviksmeldinger ble oppfattet som tungvint. Andre informanter fortalte at de ikke hadde fått opplæring i hvordan de skal skrive avvik, noe følgende uttalelse illustrerer:

*«Vi er dårlige på å skrive avviksmeldinger til sykehuset hvis vi får pasienter uten papirer. Vi er ikke flinke til å bruke avvik som et verktøy. Jeg har ikke skrevet en eneste avviksmelding, men har opplevd mange avvik. ... Det finnes sikkert et skjema... men vi er ikke der...»* (Ansatt i hjemmetjenesten, liten kommune)

I andre tilfeller opplevde informantene at oppmerksomheten rundt avviksmeldinger hadde fortatt seg med tiden, noe følgende uttalelse illustrerer:

*«Kun én gang har jeg tatt meg tid og skrevet avviksmelding. Men det skulle vært gjort flere ganger. Når man kommer på jobb og ikke har informasjon om pasientens sykdomsbilde, er det vanskelig. Noen ganger kan pasienten informere selv, men mange ganger ikke. I begynnelsen var det mye snakk om at vi skulle huske å skrive avviksmelding. Jeg skulle ha skrevet flere avviksmeldinger.»* (Ansatt på sykehjem, liten kommune)

### Er det avvik når pasienten skrives ut uten å være «utskrivningsklar»?

Flere informanter berørte problematikk knyttet til pasienter hvor man var uenig i helseforetakets vurdering om at pasienten var utskrivningsklar. Flere var usikker på om det kan regnes som et avvik, når pasienten vurderes å være «for dårlig» når han/hun meldes utskrivningsklar eller blir mye dårligere, og gjerne dør, kort tid etter utskrivning. I noen tilfeller ble dette rapportert som avvik, men dette gjaldt i hovedsak de mest alvorlige tilfellene.

### Vil ikke fremstå som vanskelige eller plagsomme

Kommuner knyttet til ett og samme helseforetak kan ha veldig ulik praksis rundt avviksmeldinger. Informanter i en kommune som var konsekvent på å melde avvik ved brudd på tjenesteavtalen, fortalte at de blir sett på som vanskelige av helseforetaket, som syntes å foretrekke det store flertallet kommuner som ikke bryr seg med å melde avvik. En informant i en annen kommune knyttet til et annet helseforetak, hadde samme oppfatning om at sykehusene oppfattet avviksmeldinger om stort og smått som plagsomme, og problematiserte samtidig skjebnen avviksmeldingene hadde fått etter at de var sendt fra kommunen:

*«Vi minner på om å skrive avvik. Men i travle hverdager der ute så tenker vi - hva hjelper det å skrive avvik. Sykehuset synes at det blir litt for ekstremt av kommunene å sende avvik. Sykehuset mener en bør skille mellom store og små ting mht. dette. De har nok fått mye avviksmeldinger. Hva skjer i neste omgang - det er det jeg lurer på - men jeg vet ikke om det er noe som skjer.»* (Overordnet leder, stor kommune)

Vedkommende informant satt i samhandlingsutvalget i sin helseregion og kjente godt til den manglende oppmerksomheten som ble avviksmeldingene til del der, noe følgende uttalelse illustrerer:

*«Det står at avvik skal behandles to ganger per år men det har sklidd litt ut. Det er lenge siden det har blitt gjort. Det har vært oppe på eventuelt.»* (Overordnet leder, stor kommune)

### Velger dialog fremfor avviksmelding

Avstand til sykehus syntes å spille inn på hvordan avvik ble håndtert. I de store casekommunene med kort avstand til sykehus ble avvik i mindre grad meldt. Her satset man på å føre muntlig dialog med sykehuset for å sikre økt kvalitet i utskrivningsprosessen. Følgende uttalelse illustrerer dette:

*«Vi melder avvik også, men i mindre grad enn sammenlignbare kommuner. Fordi vi i større grad snakker sammen. Det hjelper med geografisk nærhet.»* (Overordnet leder, stor kommune)

Flere av de store casekommunene meldte om en bedret dialog rundt de utskrivningsklare pasientene som hadde ført til færre avvik enn tidligere. Valget av

dialog framfor avviksmelding kan forklares av hvordan informantene hadde opplevd at avvik var blitt håndtert i helseforetakene. Når avvikene var meldt, tok det ofte lang tid før kommunene fikk respons. Responsen var da ofte uklar. Det å fortsette med å rapportere avvik opplevdes dermed som lite produktiv fordi ingenting opplevdes å bli bedre av det. Følgende uttalelse forteller hvordan man alternativt gikk fram for å søke kvalitetsforbedring gjennom dialog med helseforetaket:

*«Så snakker vi med dem om sakene, etter at de har satt seg inn i hva som har skjedd, i stedet for å melde avvik. Det er bedre. Vi har prøvd å melde avvik ... det blir borte, så kommer det et slags svar om et halvt år. Det er bedre at en fra samhandling ser på de vanskelige sakene, tar det opp internt, snakker med legene, og kan si fra hvis det er dårlig legearbeid.»* (Ansatt på tildelingskontor, stor kommune)

### En jobb å gjøre

Temposkiftet i utskrivningen av pasienter fra sykehus til kommuner har ført til samhandlingsutfordringer mellom sykehus og kommuner. Vi har studert hvordan kommunene håndterer avvik som gjelder overføringen av utskrivningsklare pasienter mellom sykehus og kommuner, og finner at kommunene håndterer avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter på ulike måter.

Systemer med avviksmeldinger er ikke nytt. Det har vært en innarbeidet del av internkontrollsystem i helsevesenet i en årrekke. Avvikssystemet knyttet til de utskrivningsklare pasientene er ment å være et redskap som skal styrke koordineringen og pasientsikkerheten. For at systemet skal fungere slik det er ment, forutsetter det at ledelsen klargjør intensjonene, tilfører ressurser og kunnskap, og etablerer klare rutiner for avvikshåndtering. En kollektiv forståelse av avvikssystemet fordrer at ledelsen både i kommunal pleie og omsorg og i helseforetak skaper engasjement og forståelse blant ansatte for avvikssystemet.

En forklaring på at man i mange kommuner ikke benytter systemet for å melde avvik, kan være mangel på organisering, kunnskap og ressurser. Det vil si at ansatte ikke tar seg tid, mangler tilgang på skjema, mangler rutiner eller ikke kjenner til systemet for avvikshåndtering. Videre kan det være at ansatte mangler motivasjon for å melde avvik, noe som i tillegg til de nevnte grunnene også kan skyldes at man erfarer at helseforetakene ikke bryr seg om avviksmeldingene og at det ikke fører til forbedringer i samhandlingen når man melder avvik.

Resultatene fra undersøkelsen tyder på at en del kommuner og helseforetak har en jobb å gjøre med å bedre sikkerheten for pasienter i overgangen mellom sykehusbehandling og kommunal pleie og omsorg. ◎

**Birgit Abelsen** er forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og førsteamanuensis II ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Abelsen er statistiker med PhD i helsevitenskap. Hun er i sin forskning opptatt av organisering og finansiering av helsetjenester, rekruttering og stabilisering av helsepersonell og helsereformer.

**Margrete Gaski** er seniorforsker ved NSDM. Gaski er statsviter med PhD i helsevitenskap. Hun forsker på organisering av helsetjenester, inkludert samfunnsøkonomiske analyser av ulike måter å organisere helsetjenesten på, samt utdanning, rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

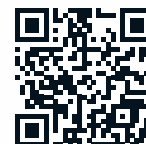
### Referanser:

- Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382. Stavanger: IRIS.
- Andresen JF, Kittelsen J. (2007). Internkontroll og fag – spiller de på samme lag? Masteroppgave, Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Oslo: Universitetet i Oslo.
- The Deming Institute. 2015.
- Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Human Factors*, 2003. 45: s. 173-85.
- Hagen TP, McArthur DP, Tjerbo T. (2013). Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2013:5. Oslo: Universitet i Oslo.
- Helsedirektoratet (2015). Samhandlingsstatistikk 2013-14. IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2004). Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1183. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjort PF. (2004). Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Nasjonale veileder. (2011). Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Olsen E. (2009). Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry: Psychometric quality, longitudinal change, and structural models. Doktoravhandling. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Sexton JB, Thomas EJ, and Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 2000. 320: s. 745-49.
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014. <http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf> (lastet ned 24.08.2015)
- Trondheim kommunerevisjon (2014). Samhandlingsreformen. Rapport 15/2014-F. Trondheim: Trondheim kommune.

## ► Aktuelle kurs nå:

*Faglig oppdatering og nettverksbygging!*

► A.2.6 Revisjon av årsregnskapet	12. – 13. jan.	Gardermoen
► NKRFs Kontrollutvalgskonferanse 2016	3. – 4. feb.	Gardermoen
► B.1.9 Hvordan utnytte KOSTRA-tallene i ulike analyser - del II hands on <b>Nyhet!</b>	11. feb.	Gardermoen
► A.2.43 Kvantitative metoder i forvaltningsrevisjon	17. – 18. feb.	Gardermoen
► Arena for forvaltningsrevisjon 2016	8. – 9. mars	Gardermoen
► A.2.47 Kvalitative metoder i forvaltningsrevisjon	13. – 14. apr.	Gardermoen



www.nkrf.no

For nærmere informasjon: Se NKRFs nettsider, eller kontakt Norges Kommunerevisorforbund, Postboks 1417 Vika, 0115 Oslo, Telefon 23 23 97 00, [post@nkrf.no](mailto:post@nkrf.no)