



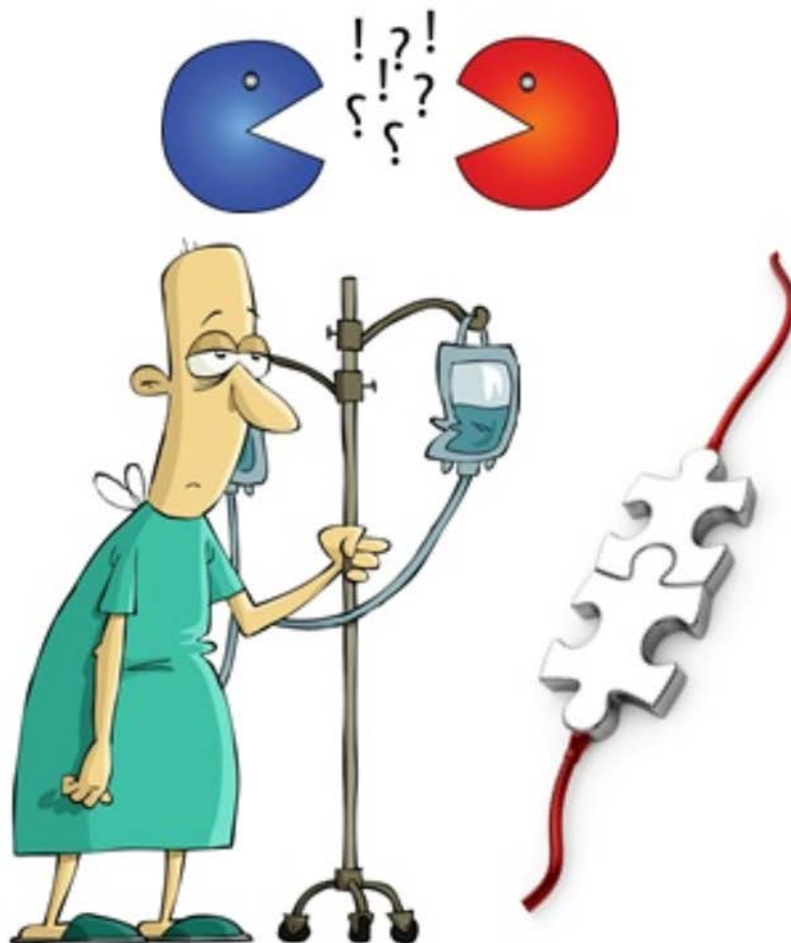
SAMHANDLING OM UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Bidrag til evaluering av Samhandlingsreformen i nord

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittoealmediinna našunála guovddáš
UiT Norges arktiske universitet

Margrete Gaski og Birgit Abelsen

2017



FORORD

Etter oppfordring fra Helse Nord RHF og med innspill fra Samhandlingsutvalget i Helse Nord, har Nasjonalt senter for distriktsmedisin gjennomført en studie av endringer som skjer, og har skjedd, i Helse Nord-området etter innføring av Samhandlingsreformen. Vi har studert fastlegenes medvirkning og samhandling rundt utskrivningsklare pasienter med utgangspunktet i hvordan fastlegene ser dette med egne øyne, og vi har supplert med hjemmetjenestens og tildelingsledernes perspektiver. Videre har vi utforsket hvordan disse ulike aktørene forholder seg til samhandlingsavvik og hvordan de på ulike måter håndterer avvikene.

Vi vil takke for et spennende og utfordrende oppdrag.

En stor takk til fastlegene, lederne i hjemmetjenesten og ledere av tildelingskontor/helse- og omsorgsledere som velvillig stilte opp for å bli intervjuet.

Rapporten er skrevet av Margrete Gaski og Birgit Abelsen. Martin Bruusgaard Harbitz har også medvirket i studien gjennom å ha bidratt i utformingen av intervjuguider og bidratt med å gjennomføre en del av intervjuene.

Vi takker for gjennomlesning og kommentarer til et tidligere rapportutkast fra medlemmer av Helse Nord sitt samhandlingsutvalg. Forfatterne selv står imidlertid ansvarlige for eventuelle feil og mangler i rapporten.

Setermoen, 05.04.2017

Margrete Gaski
Prosjektleder

INNHold

Sammendrag	1
1 Innledning	7
2 Bakgrunn	8
2.1 Pasienter som er meldt utskrivningsklare	8
2.2 Samhandling om utskrivningsklare pasienter	9
2.3 Forventninger til fastlegers medvirkning og samhandling	12
2.4 Samhandlingsavvik	17
3 Metoder og datagrunnlag	19
3.1 Innledende intervjuer i helseforetakene	19
3.2 Casestudier i et utvalg kommuner	19
3.3 Kvantitative data	21
4 Oppfølging av utskrivningsklare pasienter i casekommunene	22
4.1 Utfordringer i primærhelsetjenestens oppfølging	22
4.2 Fastlegens oppfølging	24
4.3 Koordinering gjennom elektroniske meldinger, møter og annet	29
4.4 Relasjoner og forventninger	37
4.5 Er takstene tilpasset oppfølging av utskrivningsklare pasienter?	42
4.6 Har fastlegenes medvirkning i oppfølging av utskrivningsklare pasienter endret seg?	45
5 Utvikling i avviksrapporteringen	49
5.1 Data om avviksrapportering	49
5.2 Trekk ved rapporteringen av samhandlingsavvik fra kommunene	50
5.3 Bidrar avvikshåndteringen til forbedringer?	54
6 Når samhandlingen svikter: innspill til forbedringer	56
Litteratur	59
Vedlegg	63

SAMMENDRAG

Samhandling om utskrivningsklare pasienter. Bidrag til evaluering av Samhandlingsreformen i nord.

Margrete Gaski og Birgit Abelsen
NSDM-rapport 2017

I denne rapporten presenteres Nasjonalt senter for distriktsmedisin sitt bidrag til evalueringen av Samhandlingsreformen i Nord-Norge. Evalueringen er gjennomført etter et initiativ fra Helse Nord RHF i august 2016.

Problemstillinger

En overordnet problemstilling for evalueringen er: *hvilke endringer skjer og har skjedd i Helse Nord-området etter innføring av Samhandlingsreformen?*

- For det første har vi studert fastlegenes medvirkning og samhandling rundt utskrivningsklare pasienter. Utgangspunktet er hvordan fastlegene ser dette med egne øyne, supplert med hjemmetjenestens og tildelingsledernes perspektiver.
- For det andre har vi utforsket hvordan disse ulike aktørene forholder seg til samhandlingsavvik og hvordan de på ulike måter håndterer avvikene.

Datamateriale og metoder

Vi har benyttet en kombinasjon av datainnsamlingsmetoder med vekt på kvalitative data. Først er det gjennomført fire innledende intervjuer med samhandlingsledere i helseforetakene i Nord-Norge om samhandlingen mellom foretak og kommuner og om håndteringen av samhandlingsavvik. Videre har vi intervjuet til sammen 24 respondenter fra sju kommuner i Nord-Norge. I kommunene har vi intervjuet tre grupper informanter: fastleger, leder for hjemmebasert omsorg, og leder av tildelingskontor/samhandlingskoordinator (i store kommuner med over 15 000 innbyggere) eller pleie- og omsorgsleder (i mindre kommuner). Intervjumaterialet er supplert med kvantitative data, først og fremst om omfanget av samhandlingsavvik.

Samhandlingen og rammebetingelser

Essensen i samhandlingen om utskrivningsklare pasienter er den daglige dialogen mellom ansatte i helseforetak og i kommunene. Elektroniske meldinger er et sentralt verktøy. En rammebetingelse for samhandling er forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, som definerer en utskrivningsklar pasient som når lege på

sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Andre rammebetingelser er lagt i Tjenesteavtale 5 mellom kommuner og helseforetak, som inneholder retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Kommunen har det overordnede ansvaret for å tilby sine innbyggere nødvendige allmennlegetjenester og for å legge til rette for samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste.

Ulikt fokus hos informantgruppene

Fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten var opptatt av ulike sider ved samhandlingen om utskrivningsklare pasienter. Mens fastlegenes interesse var fokusert om den medisinske oppfølgingen, var pleie- og omsorgstjenesten opptatt av at de trenger (bedre) funksjonsbeskrivelser fra sykehusene om de utskrivningsklare pasientene, for å kunne planlegge og tilrettelegge for pasienten i eget hjem.

Fastlegens oppfølging av utskrivningsklare pasienter

Den vanlige oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter syntes å være at fastlegen går igjennom epikrisen, forutsatt at denne er kommet når fastlegen blir klar over at en av legens pasienter er skrevet ut. Fastlegen vil da se om det er forhold som sykehuset anbefaler at fastlegen skal ivareta. Fastlegene uttrykte at det er enkelt å følge opp hvis det går forholdsvis klart frem hva som skal gjøres i oppfølgingen og hva som skal være fastlegens rolle. Hvis fastlegen ikke har mottatt epikrise når han får vite at en pasient er utskrevet og skal følges opp, er utgangspunktet dårligere.

Fastlegen involveres som regel via hjemmetjenesten, hvis hjemmetjenesten ser behov for det, etter at pasienten har kommet hjem. Inntrykket var at hjemmetjenesten generelt tar det helhetlige ansvaret for oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter med behov for deres tjenester, og at de ofte føler seg alene med dette ansvaret. Fastlegene syntes å ha stor tillit til at hjemmetjenesten følger opp pasientene og responderer på hjemmetjenestens spørsmål og bestillinger. Intervjuene med fastlegene ga en gjengs oppfatning av at fastlegen antar at hjemmetjenesten følger opp de utskrivningsklare pasientenes behov. Fastlegen selv tar sjelden kontakt med hjemmetjenesten for å følge opp utskrivningsklare pasienter.

Med utgangspunkt i organisasjonsteori og begreper om integrering, antok vi at endret medvirkning fra fastlegens side i samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter ville gi seg utslag i noen observerbare endringer knyttet til for eksempel deling av ressurser, tidsbruk på samhandling, formaliseringsgrad i relasjoner, varighet og stabilitet i relasjonene, grad av autonomi, avhengighet mellom tjenestene, helhetstenkning og

anerkjennelse av at man må arbeide sammen. Videre oppsummeres hvorvidt slike dimensjoner kan observeres i vårt datamateriale.

Deling av ressurser

En god og tidsnok oversendt epikrise kan betraktes som selve nøkkelressursen for fastlegenes oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Epikrisen representerer inngangsporten til fastlegens involvering, fordi fastlegen gjennom epikrisen skal bli informert om pasientens behandling på sykehus og om oppfølgingsbehov, i rollen som medisinsk ansvarlig for pasientbehandlingen av sine listepasienter. Når epikrisen som nøkkelressurs, ikke deles med fastlegene (i tide) eller er mangelfull, settes fastlegen ut av spill. Dette er et dårlig utgangspunkt for samhandling.

Det syntes som om sykehuslegene var flinke til å dele faglig kunnskap når fastlegene tok initiativ. Motsatt var det sjelden sykehuslegene kontaktet fastlegen. Inntrykket etter intervjuene med fastleger, var at sykehuset i veldig liten grad benyttet seg av fastlegens kompetanse. I følge fastlegene var det uhyre sjelden at de ble kontaktet av sykehuset før deres listepasienter ble skrevet ut. Fastlegene trodde ikke at det fra sykehusenes side ble gjort vurderinger og stilt spørsmål ved hva fastlegen, som kjenner pasienten, forhistorien, familien og hjemmesituasjonen, kunne stille opp med.

Inntrykket fra intervjuene var at det knapt brukes tid på samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste forut for utskrivningen. Det samme gjelder for samhandling mellom fastlegene og sykehuset i den første tiden etter utskrivningen.

Elektroniske meldinger og økt formaliseringsgrad

Med innføring av PLO-meldinger har formaliseringsgraden i samhandlingen økt. Slike meldinger omfattet på undersøkelsestidspunktet relasjonen sykehus-hjemmetjeneste og relasjonen hjemmetjeneste-fastlege. De omfattet imidlertid ikke relasjonen sykehus-fastleger. Elektroniske meldinger er en forholdsvis ny rutine som startet i 2011 og nådde alle kommunene i løpet av 2014. Innføringen i tid faller sammen i tid med Samhandlingsreformen. Dette har tilført to viktige aspekter i fastlegenes medvirkning. For det første rapporterte både hjemmetjeneste og fastleger om at dette er en kommunikasjonskanal som muliggjør rask kommunikasjon mellom fastlege og hjemmetjeneste, men som i en del tilfeller ikke benyttes fordi hjemmetjenesten erfarer at fastlegene ikke svarer raskt nok. For det andre innebærer meldingssystemet dokumentasjon av kommunikasjonen, noe som gjør det mulig (for flere) å holde bedre oversikt over kommunikasjonen. Fastlegene meldte imidlertid om at det var liten fleksibilitet i elektroniske meldingsformater som de kunne bruke i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Faste teammøter

Faste teammøter mellom hjemmetjeneste og fastlege er en koordineringsmekanisme som vi fant i småkommuner og i et geografisk avgrenset distrikt i en av de store kommunene. Team møtene var imidlertid i funksjon før Samhandlingsreformen, og representerer ikke noen endring når det gjelder fastlegens medvirkning i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter.

Få kommuner gjennomførte utskrivningsmøter med sykehusene, og i den grad det var slike møter, var det sjelden at fastlegen deltok. Fastlegens rolle var altså perifer i denne sammenhengen.

Relasjoner

Et resultat fra intervjuene våre er at det ikke brukes noe mer tid på samhandling mellom fastleger og sykehuset i utskrivningsprosessen enn før reformen. Fastlegene samhandlet med hjemmetjenesten som før reformen, i hovedsak om resepter og medisiner. Det at fastlegen er én person, og hjemmetjenesten rundt én pasient består av mange personer, gjør det utfordrende å ha tette og stabile relasjoner mellom partene.

Sykehusene legger mye av premissene for samhandlingen med fastlegene, noe som understrekes av at sykehuslegene er de som bestemmer utskrivningstidspunktet.

Relasjonen mellom fastleger og sykehusleger er i noen grad et avhengighetsforhold. Fastlegene er både opptatt av og avhengig av å ha en god tone med sykehuslegene. Asymmetrien i relasjonen legger begrensninger på hva fastlegene velger å si ifra om.

Fastlegens autonomi

Det at fastlegene pålegges mere arbeid fra sykehuset oppleves i seg selv ikke nødvendigvis å ha gitt noen redusert autonomi for dem. Det var sjelden fastlegene opplevde at de var uenige med det som sykehuset hadde bedt dem om å følge opp. De syntes ofte det var ganske greie faglige føringer på oppfølgingen som var skissert. Fastlegene nevnte imidlertid eksempler på noen situasjoner hvor de opplevde at deres autonomi var redusert. For eksempel kan sykehusets bestilling gjennom epikrisen, av sideutredninger og annet som det var funnet indikasjon for andre steder, ses på som en reduksjon av fastlegen til sekretær. I tillegg handlet det om at fastlegen kan være uenig i oppfølgingen som sykehuslegen har skissert. Fastlegen gjorde da undersøkelser eller tok prøver som de kanskje selv synes var unødvendig. Dette var imidlertid avhengig av hvordan sykehuslegen hadde formulert seg; var det som et råd som fastlegen kunne velge å følge, eller en «bestilling» og noe som ga forventning hos pasienten om en undersøkelse. En noe redusert autonomi kan ses som en pris som fastlegene betaler for økt samhandling.

Ivareta helheten

Det ble kommentert at sykehusets oppfølging ofte sluttet ved utskrivning. Våre informanter (som ikke omfatter sykehusansatte) ga ingen indikasjoner på at man på sykehuset har blitt mer helhetsorienterte enn før, med unntak av kreftbehandlingen som ble fremhevet for gode forløp.

I oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter som sendes rett hjem til oppfølging fra hjemmetjenesten, er det hjemmetjenesten som får informasjonen først, i og med at kommunikasjonen (de elektroniske meldingene) går fra sykehus til hjemmetjenesten før epikrisen sendes til fastlegen. Hjemmetjenesten oppfattet at de ofte blir alene om ansvaret når pasienten skrives ut, at fastlegen er utmeldt av samhandlingen og at fastlegene ikke foretar seg noe etter utskrivning hvis de ikke får beskjed om det fra hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten kan imidlertid vanskelig kontrollere at pasienten er ferdigbehandlet, og her savnet de fastlegens medvirkning. Inntrykket er at det er hjemmetjenesten, og i mindre grad fastlegen, som tar et helhetlig ansvar for utskrivningsklare pasienter.

Endring i fastlegens medvirkning?

Fastlegene synes altså generelt ikke å være mer på banen etter Samhandlingsreformen, og sykehuslegene og hjemmetjenesten legger mye av premissene for samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter.

Håndteringen av samhandlingsavvik

Antall rapporterte samhandlingsavvik har økt fra 2014 til 2016. En del av problemstillingene som reises i kapittel 4, for eksempel epikriseproblematikken, reflekteres i meldte samhandlingsavvik i kapittel 5. Årsaker til at kommuner rapporterer samhandlingsavvik kan i hovedsak grupperes i kategoriene manglende epikrise, manglende medisiner/resepter ved utskrivning, manglende opplysninger om pasienten, ikke gitt beskjed om hjemsendelse til kommunen, lovnader gitt fra helseforetaket på vegne av kommunen og feilsendte meldinger. Det er imidlertid ingen enhetlig kategorisering av ulike typer samhandlingsavvik helseforetakene imellom. Noen helseforetak inkluderte fakturainnsigelser som avvik. Årsaker til at helseforetakene meldte avvik til kommunene var i hovedsak for dårlig oppfølging etter utskrivelse, for dårlige helseopplysninger fra kommunen og mangler/feil i medisinliste fra primærlege/legevakt. Intervjuene tydet på at rapporterte samhandlingsavvik representerte kun toppen av isfjellet med hensyn til de samhandlingsavvik som skjer. Resten meldes ikke.

Både mellom kommunene og innad i kommuner fant vi ulike tilnærminger til

rapportering av samhandlingsavvik. Flere av informantene på ledernivå i hjemmetjenesten var tydelige på at de selv hadde et klart forbedringspotensial med hensyn til å bidra til at avviksmeldinger blir sendt fra kommunen til helseforetaket. I de mindre kommunene var tildelingslederne imidlertid samstemte om at de mest alvorlige avvikene fra Tjenesteavtale 5 ble rapportert til helseforetaket.

Blant fastlegeinformantene var det bare én som hadde bidratt til at det ble skrevet samhandlingsavvik gjennom det formelle systemet for avviksrapportering. Fastlegene fortalte at de valgte å kommunisere med leger i helseforetaket på annet vis når samhandlingsavvik oppstod.

Tildelingslederne i de store kommunene som var konsekvente med å melde samhandlingsavvik, opplevde at de fikk tilbakemelding på meldte avvik. I de øvrige kommunene var oppfatningen om resultatene av avviksmeldingene mer blandet. Flere mente at det var blitt kortere behandlingstid på innmeldte samhandlingsavvik.

Når samhandlingen svikter: Innspill til forbedringer

På bakgrunn av denne studien har vi formulert tre innspill til forbedringer, for å oppnå bedre samhandling om utskrivningsklare pasienter. Siden denne studien omfatter intervjuer med fastleger og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommuner, er forbedringsinnspillene rettet fra kommunen og mot spesialisthelsetjenesten, og ikke omvendt.

For å forbedre fastlegens oppfølging av utskrivningsklare pasienter:

- Sykehusene må sende epikrise til fastlegen samtidig som pasienten skrives ut, eller ta kontakt med fastlegen i de tilfeller man vet at epikrisen er forsinket men hvor det er nødvendig at fastlegen raskt får informasjon.

For å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner:

- Sykehusene må møte egne turnuslegers opplærings- og veiledningsbehov når det gjelder epikriseskriving.
- Andre måter å løse sviktende samhandling på enn et system hvor håndteringen utsettes og flyttes bort fra der svikten har skjedd bør vurderes. Håndteringen bør flyttes nærmere der svikten har skjedd, både i tid og rom.

1 INNLEDNING

I august 2016 tok Helse Nord RHF initiativ til å evaluere Samhandlingsreformen i Nord-Norge, som et tillegg til de nasjonale evalueringene.

Denne rapporten dokumenterer NSDM sitt bidrag til evalueringen. Bidraget tar utgangspunkt i samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter. En overordnet problemstilling for evalueringen er: *hvilke endringer skjer og har skjedd i Helse Nord-området etter innføring av Samhandlingsreformen?*

Vårt bidrag til evalueringen er konsentrert om to forhold:

- **For det første** studerer vi fastlegenes medvirkning og samhandling rundt utskrivningsklare pasienter. Utgangspunktet er hvordan fastlegene ser dette med egne øyne, supplert med hjemmetjenestens og tildelingsledernes perspektiver.
- **For det andre** utforsker vi hvordan disse ulike aktørene forholder seg til samhandlingsavvik og hvordan de på ulike måter håndterer avvikene.

Rapportens oppbygning

I kapittel 2 presenteres først utviklingen i omfanget av utskrivningsklare pasienter. Videre beskrives rammebetingelser for, og strukturer i, samhandlingen. Det gjøres en gjennomgang av forventninger til, og studier av, fastlegenes medvirkning og samhandling. Til slutt i kapittel 2 gjennomgås tidligere forskning om samhandlingsavvik.

I kapittel 3 presenteres vår kombinasjon av datainnsamlingsmetoder og de data som ligger til grunn for rapporten.

I kapittel 4 beskrives fastlegenes medvirkning i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter.

I kapittel 5 beskrives utviklingen i og trekk ved avviksrapporteringen, og vi stiller spørsmål om hvordan dette bidrar til forbedringer i samhandlingen om utskrivningsklare pasienter.

I kapittel 6 presenteres innspill til forbedring av samhandlingen.

2 BAKGRUNN

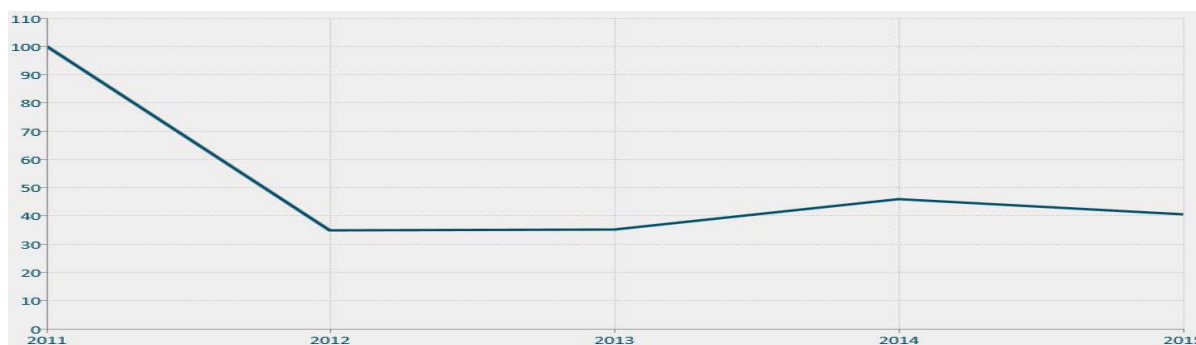
I dette kapitlet gir vi først en oversikt over utviklingen i antallet utskrivningsklare pasienter i Nord-Norge i perioden 2011–2015, før vi utdyper temaet for rapporten i en gjennomgang av den nasjonale helsepolitikken og tidligere forskning på feltet.

2.1 Pasienter som er meldt utskrivningsklare

Forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter definerer begrepet utskrivningsklar pasient. Der står det at en pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Antallet utskrivningsklare pasienter i Helse Nord-området (Nord-Norge) har i perioden 2011 til 2015 gått fra å ligge i overkant av 3 000 de tre første årene, til 5 609 i 2014 og til 8 334 i 2015¹.

Figur 1 viser endringen i antallet liggedager som utskrivningsklar i Helse Nord-området. Totalt gikk antallet kraftig ned fra 2011 til 2012, og forble på samme nivå i 2013, før antallet økte noe i 2014 og gikk litt ned igjen i 2015. Antallet liggedager gikk ned i alle fire helseforetak fra 2011 til 2012. For Helgelandssykehuset gikk antallet ned i hele perioden, men for de øvrige foretakene gikk antallet opp igjen etter 2012. Det betyr at kommunene i 2012 og 2013 tok imot en veldig stor andel utskrivningsklare pasienter med det samme de ble meldt, men at andelen de tok imot avtok noe i 2014 og 2015. Siden det totale antallet utskrivningsklare pasienter økte kraftig fra 2013 til 2014 og 2015, gikk likevel presset på kommunene for å ta imot pasienter opp.



Figur 1: Prosentvis endring i liggedager som utskrivningsklar (2011 = 100). Kilde: Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk.

¹ Dette er tall fra Helsedirektoratet, hvor antallet per år er estimert basert på en antakelse om at tallene fra 2. tertial representerer 2/3 av årstallet.

2.2 Samhandling om utskrivningsklare pasienter

En spørreundersøkelse på nasjonalt nivå (Holmboe og Bjertnæs 2015) viser at pasienter på sykehusene som tilhører Helse Nord gir en dårligere vurdering av samhandlingen enn landsgjennomsnittet². Dette aktualiserer behovet for å gjennomgå og studere hvordan samhandlingen om utskrivningsklare pasienter foregår.

Essensen i samhandlingen om utskrivningsklare pasienter er den daglige dialogen mellom ansatte i helseforetak og ansatte i kommunene. Elektroniske meldinger er et sentralt verktøy i denne samhandlingen. Rammer for samhandlingen er fastlegeordningen, kommunen som ansvarlig for legetjenesten, forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, den overordna samarbeidsavtalen og de 11 tjenesteavtalene som kommuner og helseforetak er pålagt å inngå, og spesielt tjenesteavtale 5 om samarbeid om utskrivningsklare pasienter. Videre i dette avsnittet beskrives disse forholdene, før vi går nærmere inn på forventninger til fastlegenes medvirkning og samhandling, og tidligere studier av dette.

Kommunen som ansvarlig for legetjenesten

Kommunen har det overordnede ansvaret for å tilby sine innbyggere nødvendige allmennlegetjenester (Fastlegeforskriften 2013³). Kommunene skal sørge for god integrering av fastlegetjenesten og legge til rette for samarbeid mellom den og andre kommunale tjenester. Kommunene pålegges også ansvar for å legge til rette for godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Forskriften spesifiserer ikke noe nærmere om hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres. En rapport fra Agenda Kaupang (2016) slo fast at kommunene i liten grad leder og styrer legetjenesten og at dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven. Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten, må de sørge for at det avsettes tilstrekkelige ressurser, at det utarbeides en plan og legges strategier for styring og ledelse i samarbeid med legene, samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget.

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Når en pasient er definert som utskrivningsklar, skal sykehuset straks varsle pasientens bostedskommune dersom pasienten har behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud etter utskrivning. Kommunen kan velge å betale for fortsatte liggedøgn i

²To spørsmål ligger til grunn for dette: *Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for? Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?* For øvrig gjelder den dårlige vurderingen alle de ni øvrige indikatorene i undersøkelsen.

³ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

sykehus eller gi et kommunalt tilbud til disse pasientene. Prisen per pasient per ekstra liggedøgn var 4 505 kroner i 2016.

Samstyringslogikk

Samhandlingsreformen bygger eksplisitt på en samstyringslogikk hvor de statlige helseforetakene og den kommunale helsetjenesten sammen skal utvikle et helhetlig tjenestetilbud (Holmen 2016). Partnerskapstankegangen i samhandlingsreformen er uttrykk for en dypere endring i styringslogikken mellom stat og kommune, mot et mer egalitært, forhandlende og partnerskapsbasert forhold (Hansen, Helgesen og Holmen 2014). Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak som kom med Samhandlingsreformen, skaper en ny formell og juridisk ramme både for dialogen og samhandlingen mellom nivåene. Den juridiske formen som rammer inn samhandlingen, har utløst nye behov og krav til forhandlingskompetanse og forankringsforståelse hos administrative ledere både i kommuner og helseforetak. De som forhandler, må sørge for å ivareta sin parts interesser og videre sørge for at forhandlingsresultatene blir forstått og etterlevd i organisasjonen.

Samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter

Tjenesteavtale 5 inneholder retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Denne tjenesteavtalen er også kalt for samhandlingsavtalen. Formålet med avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunenes ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern. Et punkt i avtalen beskriver helseforetakets ansvar og oppgaver når pasienten skrives ut. Her slås det fast at epikriser, eventuelt foreløpig epikrise/pasientorientering ved utreise, sendes til helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasientene forsvarlig oppfølging. Med mindre noe annet fremkommer skal epikrise sendes til innleggende lege og fastlege. Videre skal medisinske rapporter og fagrapporter som er avgjørende for umiddelbar oppfølging i kommunen, følge pasienten ved utskrivning.⁴

Studier har vist at samhandlingsavtalen ikke er godt nok implementert og at avtalen i varierende grad blir fulgt i praksis (Statens helsetilsyn 2016, Abelsen et al 2014). Studier har stilt spørsmål ved likestillingen mellom kommuner og helseforetak i obligatorisk partnerskap (Kirchhoff & Ljunggren 2016), og det er pekt på at ansatte i kommunene lærer mer fra ansatte i sykehusene enn motsatt. En studie viser at samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling, men at de ikke kan erstatte den daglige

⁴ Tjenesteavtale 5, UNN.

dialogen omkring utskrivning av pasienter til kommunale pleie- og omsorgstjenester (Gautun, Martens og Veenstra 2016).

Det er kommunen som skal vurdere hjelpebehovet, og velge hvilket tjenestenivå som de mener er forsvarlig for pasienter som meldes utskrivningsklare. Foretaket er ifølge tjenesteavtale 5 pliktig til å vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå og forventet hjelpebehov. Kommunene og foretaket har i noen tilfeller ulike vurderinger av hjelpebehovet (Brattheim og Hellesø 2016, Abelsen et al. 2014), det vil si hvorvidt en pasient trenger permanent sykehjemsplass, et korttidsopphold i sykehjem eller kan sendes direkte hjem med hjemmesykepleietjenester.

Helseforetakene og kommunene inngikk samhandlingsavtaler i 2012. To av de fire helseforetakene i Nord-Norge (Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Finnmarkssykehuset (FSH)) har revidert tjenesteavtale 5 i løpet av 2016. I UNN-området har alle kommunestyre og UNN behandlet revidert samhandlingsavtale. I FSH og Nordlandssykehuset (NLSH) er formuleringer om utskrivning av pasienter i helg, høytid og kveld gjenstand for diskusjon. I NLSH-området er ikke revisjonen ferdig. I Helgelandssykehuset (HLSH) var tjenesteavtale 5 ikke inkludert da de øvrige tjenesteavtalene ble revidert. Også der er kommunene opptatt av tidspunkt for melding av utskrivningsklare pasienter⁵.

Fastlegene var lite involvert i utarbeidelsen av samarbeidsavtaler

Det er gitt tydelige nasjonale føringer på å inkludere samhandling med fastleger i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. En gjennomgang viser imidlertid at under halvparten av avtalene på landsbasis omtaler fastlegene. Samarbeid med fastlegene er i størst grad omtalt i samarbeidsavtalene til helseforetakene i Helse Nord, hvor alle avtaler påpeker at samhandling med fastlegene er av avgjørende betydning (Martens og Veenstra, 2015). Fastlegenes involvering i utarbeidelse av samarbeidsavtalene er undersøkt fra flere hold. Undersøkelsene viser at et fåtall fastleger har vært involvert i utarbeidelse og revisjon av avtaleverket, og det var stor variasjon i om eller hvor mye informasjon de enkelte fastlegene hadde fått fra kommunen (Statens Helsetilsyn, 2016). Hals (2012) peker på at kommuner og helseforetak var mindre lydhøre med hensyn til involvering av fastlegene i utarbeidelsen av avtalene. Man *prøvde* å involvere fastlegene i utarbeidelsen (Williksen, Bringedal, Snåre og Hall 2014), men dette skjedde i varierende grad (Ljunggren, Haugset og Solbakk 2014). Små kommuner inkluderte fastlegene i større grad enn de store (Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde og Aarseth 2016).

⁵ Opplysningene framkom i intervju med de fire samhandlingslederne i november og desember 2016.

Elektroniske meldinger

Samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter er bygd opp rundt elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommune (PLO-meldinger) i tillegg til epikriser. Både tjenesteavtale 3 og 5 slår fast at elektronisk kommunikasjonsløsning skal benyttes (når det er innført/mulig å bruke). PLO-meldinger omfatter blant annet *Melding om innlagt pasient*, *Helseopplysning* og eventuell søknad om tjenester fra kommunen, og til slutt *Melding om utskrevet pasient*. En ny nasjonal studie viser at PLO-meldingene ses på som et nyttig kommunikasjonsverktøy i utskrivingsprosessen, men må kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuiteten ved utskriving av pasienter fra sykehus til hjemmetjeneste (Brattheim og Hellesø, 2016).

Meldingssystemet omfatter så langt ikke formater som gjør det mulige å sende meldinger eller spørsmål mellom fastleger og sykehus, utover henvisnings- og epikriseformatet.

Andre strukturer i samhandlingen

Essensen i samhandlingen om utskrivningsklare pasienter er altså den daglige muntlige og skriftlige dialogen mellom ansatte i helseforetak og ansatte i kommunene. Vi antar at utvikling av denne dialogen påvirkes av hvordan helseforetakene på ulike måter fokuserer på dette, både på avdelingsnivå og på ledelsesnivå med medarbeidere (*samhandlingsledere*) som er dedikert til utvikling av samhandlingen. Det er derfor interessant å observere at det er en stor variasjon i hvordan helseforetakene har organisert ledelsen av samhandlingsarbeidet. Eksempler er FSH som har to *kommunekontakter* (i hhv Øst- og Vest-Finnmark), og UNN som fra 2016 har en prosjektansatt *samhandlingskoordinator* som skal kvalitetssikre utskrivningspraksis og forebygge opphopning av utskrivningsklare pasienter. I henhold til Overordnet samarbeidsavtale har alle fire helseforetak i Nord-Norge etablert *Overordnet samarbeidsorgan* (OSO), som skal representere sykehuset og kommunene på rådmanns- og direktørnivå. Under dette er det i varierende grad opprettet *kliniske samarbeidsutvalg*. Helseforetakene har også *praksiskonsulenter* (PKO) som er allmennpraktiserende leger som skal sikre og styrke samarbeidet mellom sykehusets avdelinger, allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. UNN har i løpet av 2016 fått i drift *fastlegerådet* som ble vedtatt opprettet allerede i 2013. Det arrangeres i varierende grad faste *dialogmøter* og *erfaringsmøter* mellom helseforetak og kommuner, enten i regi av PKO eller andre. Disse møtene er enten på ledelsesnivå eller inkluderer ansatte som i praksis arbeider med samhandling.

2.3 Forventninger til fastlegers medvirkning og samhandling

Videre beskrives forventninger til, og studier av, fastlegenes medvirkning og samhandling generelt, og om utskrivningsklare pasienter spesielt.

Fastlegens tiltenkte rolle i samhandlingen er beskrevet i ulike styringsdokumenter. *Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen* (St meld 47) peker på behovet for bedre integrering og en klarere definert rolle for fastlegene i den kommunale helsetjenesten. Meldingen slo fast at fastlegene bør knyttes tettere til kommunens virksomhet og ha et mer avklart forhold til den kommunale helseledelsen. Det ble hevdet at fastlegen verken er styrings- eller systemmessig godt nok integrert, verken med kommune eller helseforetak. Meldingen foreslo tiltak for å sikre en sterkere kommunal styring av fastlegene. Videre var en sentral idé i Samhandlingsreformen at det skulle legges større vekt på forebyggende helsearbeid, og særlig i forhold til pasienter med kroniske sykdommer.

Helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L, 2010-2011) understreket at fastlegene, med bakgrunn i forsvarlighetsprinsippet, har et selvstendig ansvar for sine pasienter. *Den nye fastlegeforskriften* (gjeldende fra 2013) er en av forskriftene til denne loven. Funksjons- og kvalitetskravene i forskriften slår blant annet fast at fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle for sine listeinnbyggere, at fastlegen ved behov skal henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenester eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal koordinere legemiddelbruken til sine listeinnbyggere. Med endret praksis i sykehusene med utskrivning av syke(re) pasienter, ligger det altså en forventning om at fastlegene skal være tettere på i oppfølgingen av disse pasientene.

I en studie av bruken av spesialisthelsetjenester og fastlegetjenester i perioden 2009-2014 i en pasientgruppe med kroniske sykdommer, forventet forfatterne en endring i fordelingen i bruken av spesialisthelsetjenester og fastlegetjenester fra før til etter Samhandlingsreformen (Iversen, Øien og Schou 2016). Dette i lys av at flere og sykere pasienter skrives tidligere ut fra sykehus og sendes hjem med oppfølging av hjemmesykepleien og med fastlegen som medisinsk ansvarlig, og i lys av intensjonen om økt forebyggende arbeid i kommunene (les: initiert av fastlegene). Resultatet viste imidlertid at det *ikke* har vært noe skift i fordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenester etter innføringen av Samhandlingsreformen. En mulig forklaring er at god (bedre?) oppfølging fra fastlegene krever spesialisthelsetjenestene som et supplement for å utføre utredninger og kontroller, noe som kan medføre flere henvisninger, og at fordelingen derfor ikke endres (ibid.). Denne kvantitative studien kan derfor ikke brukes som dokumentasjon på at fastlegers medvirkning i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter er endret.

Samhandling internt i kommunen

Kommunene har lagt til rette for elektronisk meldingsutveksling mellom PLO og fastleger, men et tilsyn i 2015 (Statens Helsetilsyn 2016) viste at det i noen kommuner kunne ta

flere dager før hjemmesykepleien fikk svar på PLO-meldinger sendt til fastlegen. En nasjonal studie som ble gjennomført i 20 kommuner rett etter at den nye fastlegeforskriften ble gjeldende (Gaski og Abelsen 2013), viste at det var mange godt etablerte samarbeidsstrukturer hvor fastlegen inngikk, både på kommunalt nivå og med spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen syntes også å ha etablert nye samarbeidsstrukturer innad i mange kommuner. Selv om det var et mål å integrere fastlegene mere, fikk mange kommuner ikke dette til fordi det ikke var utviklet gode finansieringsordninger for næringsdrivende fastleger som matchet de behov kommunen hadde. En annen nasjonal studie senere samme år, viste at det var stor forskjell på små og store kommuner; en større andel i de små kommunene opplevde bedring i samarbeidsrutinene mellom fastleger og helse- og omsorgstjenesten (Kirchhoff et al. 2016). I en tredje studie (gjennomført i 2014) ble det både fra kommunens og spesialisthelsetjenestens side pekt på at fastlegene var for lite involvert i kompetanseutveksling og at de ikke har en aktiv nok rolle rundt pasientene. Også denne studien ble det vist til finansieringsordningene i fastlegeordningen som problematiske (Williksen et al. 2014).

Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde og Aarseth (2016) oppsummerte at det i samarbeid om pasientforløp er lettere å få fastlegen koblet på når dette ikke krever at legen tar initiativ, men at initiativet ligger i epikrisen som for eksempel kan si at pasienten skal ha legetime innen 14 dager etter utskrivning. De skriver videre at generelt synes samhandlingsreformens intensjoner om økt kommunal integrering og styring av fastlegene i liten grad å være realisert. De finner imidlertid eksempler på gode samarbeid spesielt i små kommuner.

Kassah og Tønnesen (2016) har blant annet studert hjemmesykepleiernes opplevelser når pasienter har behov for medisinsk tilsyn fra fastlege. De finner at samhandlingen opplevdes forskjellig; noen opplevde at det var vanskelig å få kontakt med fastlegen når pasienten hadde behov for medisinsk vurdering, mens andre beskrev et nært og godt forhold til fastlegen, som var preget av kunnskap om pasienten, tilgjengelighet og fleksibilitet.

Modellen med bestiller-utførerenhet har gitt utfordringer i relasjon til fastlegene, ifølge sykepleieledere. Sykepleielederne mener at fastlegene ofte har liten innsikt i prosessene for tildeling av kommunale tjenester (Kassah et al. 2014). Studien finner at fastleger kan ha svak innsikt i hvor vurderings- og beslutningsmyndigheten i organisasjonen ligger, noe som tyder på at det er behov for å etablere formelle kommunikasjonsstrukturer som involverer fastlegen, hvis den administrative og informative kontinuitet skal ivaretas. De viser til at manglende samhandlingsarenaer og aktørenes behov for

samhandlingskompetanse er utfordringer for tildelingsprosessen. Fastleger som ikke henvender seg til riktig instans, kan bidra til å vedlikeholde uformelle strukturer som opprettholder dysfunksjonelle formelle strukturer knyttet til enkeltvedtak (ibid.), for eksempel hvis fastleger i beste mening lover tjenester på hjemmesykepleiens vegne. Studien oppsummeres med at det er behov for styrket samhandling og utvikling av en felles forståelse mellom fastleger, tildelingsenhet og sykepleieledere hvis den informative og administrative kontinuitet skal ivaretas.

Samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten

Fastlegens manglende involvering i utskrivningsprosessen, sett fra sykehusets side, er en problemstilling som også var aktuell før Samhandlingsreformen (Tingvoll et al. 2010, Danielsen og Fjær 2010). De nevnte studiene tar imidlertid utgangspunkt i vurderinger fra avdelingsledere på sykehus og vurderinger fra sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, og har ikke brukt fastlegers vurderinger som datagrunnlag.

Fastleger har uttrykt at de ikke blir informert når deres pasienter skrives ut fra sykehus og sendes hjem (Abelsen et al. 2014). Statens Helsetilsyn (2016) påpekte at det er avgjørende at fastlegen får tilstrekkelig informasjon når pasienten med et fortsatt hjelpebehov skrives ut etter et sykehusopphold, men at mange fastleger oppga sene epikriser og mangelfull eller feilaktig legemiddelinformasjon som særlig sårbare områder. Et annet tilsyn bekreftet at fastlegene mente at risikoområder ved overganger mellom sykehus og kommune var knyttet til sene epikriser og feil i medikamentlister (Helse Nord RHF 2015).

En studie som har involvert fastlegene selv, viser at fastleger og sykehusleger hadde relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid, og at de spesielt var positive til gjensidig telefonkontakt (Langørgen, Laue, Tande og Bondevik 2016).

Romøren et al. (2017) undersøkte samhandlingen mellom leger i spesialisthelsetjenesten og sykehjemsleger (basert på datainnsamling i 2011), og fant at begge legegrupper problematiserte lite samhandling og mangelfull informasjonsutveksling ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus.

Til sist vil vi nevne at Akuttmedisinforskriften har et krav om at kommuner og helseforetak skal legge til rette for trening i samhandling for fastleger og andre som er en del av den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus. Slik trening i samhandling er implementert som månedlig simuleringstrening i team i Alta kommune. Et ph.d-prosjekt trekker frem at denne treningen «på det skumleste» gir deltageren gode læringsforhold for å lære generaliserbare innsikter om betydningen av rollebevissthet, hva som kan

være hensiktsmessig kommunikasjon i ulike settinger og hvordan ledelse foregår (Brandstorp 2017).

Organisasjonsteoretiske forventninger til en mer integrert fastlege
Formålet med å ta utgangspunkt i organisasjonsteori er i denne sammenhengen å bruke den som inspirasjon til å få øye på eventuelle reformeffekter som gjelder fastlegenes medvirkning og samhandling (Høyen 2012). Behovet for integrering av fastlegene er rent organisasjonsteoretisk en respons på en situasjon med økende kompleksitet hvor det kreves spesialisering og det er behov for å samordne aktiviteter. Det trengs derfor en sidestilt (horisontal) integrasjon. Dette kan i organisasjonsteorien forstås på flere måter, og vi har trukket frem to; integrasjon gjennom *koordineringsmekanismer* og integrasjon gjennom *relasjonell koordinering*.

Koordineringsmekanismer (Gittell 2002)⁶:

- **Rutiner** fasiliterer koordinert handling med å spesifisere på forhånd hvordan handlinger skal utføres og virker gjennom å redusere behovet for interaksjon blant medlemmene. Det er en billig måte å koordinere arbeid på. Dette kan for eksempel være ordninger der hvor flere aktører bruker samme dokument.
- **Team møter** (for eksempel visittunder) virker gjennom å redusere behovet for interaksjon blant medlemmene. Dette er også en billig måte å koordinere arbeid på.

Relasjonell koordinering handler om å håndtere og styre avhengighet mellom flere. Dette refererer til interaksjon. Vi antar at bedre koordinering av fastleger kan skje som en forbedring av inter- eller intraorganisatoriske relasjoner (Keast, Brown & Mandell, 2007). Dette kan forstås som henholdsvis bedre integrasjon mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og mellom fastlegene og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Med dette utgangspunktet vil vi forvente at Samhandlingsreformen med en mer integrert legetjeneste innebærer en eller flere av følgende endringer:

1. **formaliseringsgraden i relasjonene** mellom fastlegene og andre deler av helsetjenesten øker,
2. **varigheten i relasjonene og stabiliteten** i dem øker,
3. integrasjonsprosessen mellom fastlegene og andre deler av helsetjenesten krever **mer tid**,
4. det blir **mindre autonomi** hos fastlegen,

⁶ Gittell beskriver i tillegg en tredje koordineringsmekanisme; koordinatører, som vi ikke har brukt i denne studien.

5. graden av **ressursdeling** øker,
6. graden av **avhengighet** mellom de ulike tjenestene øker,
7. deltakernes perspektiv både i fastlegetjenesten og blant øvrig helsepersonell blir mer **helhetlig**
8. og det blir **økt anerkjennelse av at man må arbeide sammen**, og relasjonene mellom de ulike tjenestene preges mindre av frivillighet og mer av **forpliktelse** (til et felles helseoppdrag).

Motsatt vil mangelen på slike endringer gi dårlig koordinering.

2.4 Samhandlingsavvik

Statens helsetilsyn påpekte i sin rapport fra sitt landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter i 2015, at det var ved overføring av informasjon mellom sykehus og kommune at fylkesmennene fant flest lovbrudd og forbedringsområder (Statens helsetilsyn 2016).

Martens og Veenstra (2015) hevder at innføringen av samarbeidsavtalene ser ut til å ha erstattet tidligere muntlig dialog med avviksmeldinger. Dette har sammenheng med at det er anbefalt å avtalefeste at når kommunen opplever hendelser som avviker fra samarbeidsavtalen om utskrivning av pasienter, så skal dette meldes som samhandlingsavvik til utskrivende helseforetak. Hensikten med å melde samhandlingsavvik er å øke pasientsikkerheten ved at uønskede hendelser avdekkes, forebygges og reduseres. Tidligere studier har vist at samhandlingsavvik er vanlig og har pekt på at slike avvik i hovedsak handler om at pasienter mangler epikriser ved utskrivning, nødvendige medisiner for første døgn etter utskrivning og/eller nødvendige hjelpemidler (Abelsen et al 2014). Det finnes ingen nasjonal statistikk som viser det samlede omfanget av slike avviksmeldinger. Fra Trondheim kommune er det rapportert samhandlingsavvik knyttet til om lag 4-5 prosent av alle utskrivningsklare pasienter, men det antas samtidig en betydelig underreportering av avvik (Trondheim kommunerevisjon, 2014).

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). Flere studier har imidlertid pekt på at sikkerhetskulturen i helsetjenesten 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 å skape forskjellen.

En ny norsk studie av varsling av avvik generelt, viser at mange sykepleiere unnlater å melde avvik (Ulvund et al. 2016). Beslutningen om å melde eller ikke baseres på sammensatte vurderinger påvirket av kulturelle og organisatoriske forhold. Sykepleierne var først og fremst opptatt av å unngå at pasienter skades, men de vurderte også hensynet til seg selv, kollegaer og forhold i arbeidsmiljøet før de tok beslutningen om å melde avvik eller la være.

Abelsen og Gaski (2016) fant i en undersøkelse som spesifikt handler om samhandlingsreformen, at det var ulikheter mellom kommunene og innad i kommuner i hvordan samhandlingsavvik ble håndtert og hvorvidt de ble meldt. Forklaringer på at samhandlingsavvik ikke meldes handler om 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 håndtering av samhandlingsavvik. Videre kan det være at ansatte mangler motivasjon for å melde samhandlingsavvik, noe som i tillegg til de nevnte grunnene også kan skyldes at man erfarte at helseforetakene ikke bryr seg om avviksmeldingene og at det ikke fører til forbedringer i samhandlingen når man melder avvik. Abelsen og Gaski (2016) konkluderer med at det mangler en kollektiv forståelse av avvikssystemet knyttet til utskrivningsklare pasienter og at det påhviler ledelsen både i kommunal pleie og omsorg og i helseforetak å skape denne forståelsen.

3 METODER OG DATAGRUNNLAG

Vi har benyttet en kombinasjon av datainnsamlingsmetoder og både kvantitative og kvalitative data. Tabell 1 gir en oversikt over dette.

Tabell 1: Oversikt over metoder og datamateriale

	Kommuner	Helseforetak
Kvalitative data	<p>Intervjuer (N=24) om:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fastlegers medvirkning i oppfølging av utskrivningsklare pasienter• Håndtering av avvik fra tjenesteavtale 5	<p>Innledende intervjuer med samhandlingsledere i helseforetakene (N=4) om:</p> <ul style="list-style-type: none">• Samhandling• Avvikshåndtering• Dialog med fastleger
Kvantitative data	<ul style="list-style-type: none">• Utviklingen i antall utskrivningsklare pasienter per kommune og helseforetak 2011-2015 (Helsedirektoratet)• Omfang av elektroniske meldinger (Finnmark og UNN-området)• Omfanget av rapporterte samhandlingsavvik fra tjenesteavtale 5 i perioden 2013-2016	

3.1 Innledende intervjuer i helseforetakene

Samhandlingsledere i de fire helseforetakene i Nord-Norge ble intervjuet om samhandlingen mellom foretak og kommuner (Vedlegg 1: Temaliste for samtaler med samhandlingslederne).

3.2 Casestudier i et utvalg kommuner

Vi har brukt organisasjonsteori og tidligere studier (referert i kapittel 1) som utgangspunkt for utarbeidelsen av intervjuguider. Vi gjorde strukturerte intervjuer med muligheter for oppfølgingsspørsmål med til sammen 24 respondenter i sju kommuner. I hver kommune har vi intervjuet fastleger, leder for hjemmebasert omsorg, og leder av tildelingskontor/samhandlingskoordinator (i store kommuner det vil si kommuner med minst 15 000 innbyggere) eller tilsvarende medarbeidere (i mindre kommuner). Sistnevnte omtales i noen grad i rapporten som tildelingsledere, og har førstehånds kjennskap til prosessen rundt utskrivning fra sykehus og tildeling av kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus.⁷ I praksis viste det seg vanskelig å få intervjuavtaler med

⁷ Bestillerenheten eller tildelingskontoret i store kommuner kan beskrives som en sentral enhet hvor ansatte i denne enheten besitter myndighetsutøvelse i tildelingsprosessen, vurderer behov, fatter vedtak om tildeling og bestiller tjenester til den enkelte bruker av

fastlegene, slik at vi har intervjuet noen færre fastleger enn vi ønsket. Dette til tross for gjentatte forespørsler og purringer på svar. Fem av intervjuene ble gjort på telefon eller Skype. De øvrige ble gjort ved besøk til arbeidsstedet. I to tilfeller var det to respondenter til stede i intervjuet som hadde tilnærmet samme jobb, og kunne utfylle hverandre. Intervjuene ble tatt opp og transkribert av et innleid firma. I rekrutteringen av fastleger forsøkte vi å få tak i fastleger som ikke var helt nye, og helst hadde noen års erfaring. Det endelige utvalget består av et flertall respondenter med mange års erfaring, men også av både fastleger og tildelingsledere som hadde startet i arbeidet etter at Samhandlingsreformen ble innført.

Tabell 2: Oversikt over respondentene

	3 små kommuner	4 store kommuner	Total
Fastleger	3	5	8
Leder enhet hjemmetjeneste	3	5	8
Leder tildelingskontor eller tilsvarende	3	5	8
Total	9	15	24

Tema for intervjustudien i de sju kommunene var følgende:

- Oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter som sendes rett hjem etter sykehusopphold, og spesielt fastlegenes medvirkning
- Melding av avvik fra tjenesteavtale 5 om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning, og hva slike avviksmeldinger så langt har resultert i
- Hva kan/bør forbedres i samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter?

Analyse av intervjudata ble gjort ved først å se igjennom alle intervjuene for å få oversikt. Deretter ble materialet delt etter tema mellom de to forskerne. Samtidig startet kondenseringen av tekst og kategoriseringen av materialet, og aktuelle sitater ble valgt ut. Dette ble gjort i flere runder, til vi stod igjen med en ferdig tekst.

pleie- og omsorgstjenester enten i eget hjem eller i sykehjem. I små kommuner er tildelingen ofte ikke organisert som en egen enhet, men tildelingen foregår ofte i et omsorgsteam eller lignende.

3.3 Kvantitative data

Kvalitative data er supplert av kvantitative data om utskrivningsklare pasienter, omfanget av elektroniske meldinger, og rapporterte avvik fra tjenesteavtale 5, heretter kalt samhandlingsavvik.

Utskrivningsklare pasienter

Det finnes ulike kilder som rapporterer dette feltet. Vi har benyttet Samhandlingsstatistikk fra Helsedirektoratet for perioden 2011-2015. Analysene er basert på Samdata 2011-2014 og per 2. tertial for 2015. Utskrivningsklare pasienter er i denne statistikken definert som pasienter som har vært innlagt med en liggetid på minst et døgn, og som har vært registrert som utskrivningsklar.

Elektroniske meldinger

Vi har presentert omfanget av elektroniske meldinger⁸ fra Samhandlingsbarometeret (2011-2015). <https://www.samhandlingsbarometeret.no> Data foreligger på kommunenivå i Finnmark og i UNN-området, og som en totalsum for Nordland.

Samhandlingsavvik

Hvordan data om samhandlingsavvik foreligger, varierer noe mellom hvert helseforetak, og dette er rapportert nærmere i kapittel 5. Data er hentet inn fra samhandlingslederne i tre av foretakene og fra saksdokumenter i det siste foretaket.

⁸ PLO-meldinger er fagmeldinger som innleggelsesrapport (til sykehus), og helseopplysning ved søknad (fra sykehus), og benyttes som tidligmelding, og som vedlegg til melding om utskrivningsklar pasient. Dialogmeldinger er forespørsler, svar på forespørsler, avviksmeldinger og svar på avviksmeldinger. Kilde: Retningslinjer for sending og mottak av elektroniske Pleie- og omsorgsmeldinger mellom UNN og pleie- og omsorgstjenesten i kommune.

4 OPPFØLGING AV UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER I CASEKOMMUNENE

I dette kapitlet beskrives hvordan fastlegene tar tak i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter, og trekk ved samhandlingen mellom fastlegene og henholdsvis hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet er fastlegens eget blikk på dette, supplert av hjemmetjenestens og tildelingsledernes perspektiver. For å vise helheten i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter, vier vi også noe oppmerksomhet til hjemmetjenestens rolle i samhandlingen om utskrivningsklare pasienter. Vi starter imidlertid rapporteringen med å gi et litt breiere bilde av primærhelsetjenestens utfordringer i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter, både i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og intern i kommunene, slik som fastleger, ledere i hjemmetjenesten og tildelingsledere i våre sju casekommuner ser det.

4.1 Utfordringer i primærhelsetjenestens oppfølging

Utfordringer i samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og sykehus Epikriseutfordringer stod først på fastlegenes liste over utfordringer i samhandlingen med sykehusene. For det første gjaldt dette å få epikriser til rett tid, når pasienten ble skrevet ut, og for det andre gjaldt dette mangelfulle epikriser hvor det ikke fremgikk hva som var plan for eller innspill til videre oppfølging og behandling av pasienten. Fastlegene påpekte også mangelen på resepter som skulle følge utskrivningsklare pasienter, og behovet for å møtes eller samarbeide med spesialisthelsetjeneste og hjemmetjeneste om gode overganger og pasientforløp.

Mangelen på beskrivelser fra sykehuset av de utskrivningsklare pasientenes funksjon og behov var ikke noe som fastlegene fokuserte på i samhandlingen med sykehuset, men det var en sentral problemstilling for hjemmetjeneste og tildelingsledere. Hjemmetjeneste og tildelingskontor savnet viktig informasjon som de trenger for å kunne planlegge og dimensjonere tjenestebehovet, slik det også er dokumentert i tidligere studier (for eksempel Abelsen et al. 2014). Fra hjemmetjenestens side ble det også pekt mangler på resepter eller medisiner til de første dagene etter utskrivning, og at det fortsatt er en tendens at man fra sykehusenes side dikterer hvilke tjenestetilbud pleie- og omsorgstjenesten i kommunen skal gi til en utskrivningsklar pasient.

Det var en oppfatning i hjemmetjenesten i alle casekommunene at utskrivningsprosessen kan være veldig hektisk. Når det er korte frister, blir det lite tid for tilrettelegging i hjemmet til pasienten.

Hjemmetjenesten i to ulike kommuner, som sokner til ulike sykehus, pekte på et forhold som fører til økte kostnader for kommunene, og som demonstrerer mangel på helhetstenkning. Dette gjaldt pasienter som trenger hjelpemidler når de er skrevet ut og kommer hjem. For å søke om slike hjelpemidler må imidlertid pasienten selv skrive under på søknaden. I følge tildelingskontor og hjemmetjeneste, var det vanskelig å få sykehuset til å være behjelpelig med å få pasienten til å skrive under på slike søknader. Kommunene oppfattet at sykehusene fraskriver seg dette ansvaret. Dermed blir søknaden forsinket, og hjelpemidlet er ikke på plass når pasienten skrives ut. Pasienten kan dermed ikke reise hjem, men må oppta plass på en korttidsavdeling i påvente av at hjelpemidlet skaffes.

To siste utfordringer som ble pekt på fra hjemmetjenestens side, var at pasienten ikke var ferdigbehandlet når han ble sendt ut, eller at sykehusene ikke forstod hjemmetjenestens behov for opplæring.

Fra ståstedet til de som tildeler pleie- og omsorgstjenester til utskrivningsklare pasienter, ble det pekt på at det ikke var gode nok kommunikasjonsløsninger som sikret oppfølging av pasienter i henhold til planer som var lagt, at det i utskrivningsprosessen var manglende forståelse for hverandres arbeidsmåte, og at sykehusene ikke startet prosesser med hensyn til hjelpemidler.

Utfordringer internt i kommunene i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter

Fastlegenes utfordringer er beskrevet ganske inngående videre i kapitlet, men to utfordringer kan trekkes frem her. Det ene er kapasitetsutfordringer, og det andre er å få alle de utskrevne pasientene som skal følges opp til å komme på legekantoret.

Fra hjemmetjenestens side ble det pekt på mange utfordringer; de manglet kompetanse og sykepleiere, de manglet ressurser til å betjene brukeres behov, og arbeidet med medisinalister tok for mye tid. Det ble sett på som en utfordring å bli bedre til å kartlegge brukeres behov, og å involvere flere fagenheter. Når hjemmetjenesten ikke tas med på tildelingsmøte ble det pekt på at synspunktene deres kunne forsvinne, og motsatt vei gikk de glipp av opplysninger og muligheter til å stille spørsmål når tildelingskontoret var mellommann mellom tjenesten og sykehuset.

Fra tildelingsledernes side ble det pekt på at det var en utfordring å sørge for gode pasientforløp og overganger, ha en plan for hva som skulle skje med pasienten etter utskrivelse, å ivareta alle de ulike medisinske behovene pasientene har, få fastlegene med på lag, og å nå ut med gode fagttjenester i hele distriktet. Videre ble det pekt på at kapasitet og plassmangel var en utfordring, likeledes mangelen på sykepleiere og dermed kompetanse. Øvrige samhandlingsutfordringer er beskrevet videre i kapitlet.

4.2 Fastlegens oppfølging

Fastlegens håndtering og involvering i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter er avhengig av om fastlegen har fått pasientens epikrise eller ikke.

4.1.1 Utfordring nr. 1: Å vite at en pasient er utskrevet og sendt hjem
Så lenge fastlegen selv har lagt inn pasienten, vet legen at pasienten er eller har vært på sykehus, men fastlegene får formelt sett ingen annen melding om utskrivningsklare pasienter fra sykehus, enn epikrisen. Epikrisen sendes over helsenettet fra sykehuset til fastlegen når den er kontrasignert av en overlege. Det varierer hvor raskt epikrisen kommer. Epikrisen kan komme lenge etter at pasienten er skrevet ut fra sykehuset. Forsinkelsestiden varierer mellom de ulike avdelingene, de ulike lokalitetene i sykehuset og mellom sykehusene. Flere av fastlegene som er intervjuet, anslo jevnt over at epikrisene kom innen to uker, og at de fleste kom innen en uke. Noen mente at det kunne ta lengre tid; opp til to måneder. Ofte så legen at epikrisen var skrevet ferdig ved utskrivning, men at forsinkelsen skyldtes venting på kontrasigneringen fra en overlege. Det var imidlertid en samstemt oppfatning blant fastlegene at sykehusene sender ut epikriser tidligere enn før.

Den største utfordringen for fastlegene i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter, var altså å få informasjon om at pasienten deres var skrevet ut. Flere fastleger pekte på et behov for å få epikrisen til utskrivningsklare pasienter på utskrivningsdagen, spesielt når epikrisen beskrev et oppfølgingsbehov fra fastlegen.

En fastlege pekte på at den største utfordringen i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter, var å få samarbeidet til å flyte. Altså å ha god kommunikasjon mellom både hjemmetjeneste og fastlege, og mellom sykehuset og fastlege fordi at det som regel er der det strander: at de ikke får beskjed i fra sykehuset om hva som har skjedd og hva som skal gjøres og hva man kan forvente. Og motsatt at sykehuset heller ikke vet, de har ingen kunnskap om tingenes tilstand ute i kommunene.

Flere fastleger tok på ulikt vis opp frustrasjonen som oppstår når man forutsettes å forholde seg til informasjon som ikke har kommet fram.

«Men hadde epikrisene kommet samme dag, og det andre er jo at plan etter utskrivelse var såpass god at, at det fremkom hva er min rolle, hva skal jeg gjøre. Og noen ganger er det jo sånn. Det kommer tidlig, det er en god behandlingsplan, det er jo lett å følge opp noe sånt. Da føler du jo at samhandlingen fungerer og, men hvis den kommer sent og det er liksom veldig ullent hva som skal gjøres og hvem som skal gjøre ting, da er det jo verre.»

En annen fastlege kommenterte at legene på sykehuset der hans pasient har vært innlagt får skrive beskjed om hvordan oppfølgingen skal være og hvordan fastlegens rolle skal være, og gi beskjed til de som skal ivareta pasienten ute om å kontakte fastlegen hvis det er noe.

Alternativt: fastlegen informeres om utskrivning via spørsmål fra hjemmetjenesten

En alternativ måte for fastlegen å få vite at deres pasient er skrevet ut fra sykehuset, var at de ble informert av hjemmetjenesten. Da hadde hjemmetjenesten fått PLO-melding om pasienten, og gjerne tatt imot pasienten. Fra hjemmetjenestens side bekreftet de inntrykket av at fastlegen ofte ikke visste at pasienten hadde vært innlagt og var skrevet ut.

Hvis det dukket opp et oppfølgingsbehov (via hjemmetjenesten) som fastlegen ikke var orientert om, måtte fastlegen bruke tid på å etterlyse en epikrise. Dette kunne være tidkrevende, spesielt hvis ikke pasienten hadde en utskrivningsblankett hvor det stod et navn på sykehuslege, alternativt at man visste hvilken avdeling pasienten hadde vært på og ringte vakthavende for å nøste og finne ut av saken.

Alle fastlegene som er intervjuet, kommenterte de sene epikrisene og konsekvenser av disse. En fastlege kommenterte hvordan fastlegene må vente på forsinkelser i informasjon fra spesialisthelsetjenesten som spesialisthelsetjenesten aldri ville akseptert fra fastlegen:

«Og vi har jo i blant sagt at sykehusene nok ville reservere seg dersom jeg la inn pasient og sa at, ja jeg skal lage et innleggesskriv når jeg får anledning. Men jeg skal dessverre være borte neste uke så det kan være et par uker før innleggesskrivet kommer. Det ville aldri en sykehusavdeling akseptert, fordi de ville jo si at, ja men da vet vi jo ikke hva vi skal foreta oss med pasienten.»

Med dette kommenterte fastlegen forventningene om at primærhelsetjenesten skal iverksette tiltak som de ikke kjenner til. Hvis det for eksempel står at fastlegen bes rekvirere MR av lungene fordi det var sett indikasjoner på et røntgenbilde, så forutsettes fastlegen å agere ut fra opplysninger fastlegen ikke har.

Det kan altså ta tid før det kommer frem at fastlegen skal følge opp. En fastlege kommenterte at han ikke ser for seg noen gode løsninger på hvordan dette skal gjøres. Et spørsmål som ble stilt er om man skal frikjøpe fastlegene til å ta imot meldinger før informasjonen kommer i epikriseform, på linje med hjemmetjenesten.

En av fastlegene uttrykte stor forståelse for at epikriser en sjelden gang blir liggende usignert, og viste til sykehusets kapasitet. Men de andre fastlegene var ikke opptatt av å uttrykke forståelse for hvor travelt overlegene kunne ha det. En fastlege kommenterte at ekstraarbeid kunne vært unngått hvis de på sykehuset bare hadde skrevet en epikrise på dagen og sendt sånn at fastlegen kunne vite hva de hadde tenkt. En annen fastlege kommenterte at signerte epikriser forekommer til dels med de samme feilene, slik at kontrasigneringen fra overlege ikke representerer noen vesentlig kvalitetsforbedring, bare en forsinkelse.

Det ble gitt ulike svar på hvorvidt fastlegen blir informert i de tilfeller hvor det er legevakten som legger inn en pasient. En av fastlegene vi intervjuet sa at fastlegen får et notat fra legevakten om at hans pasient er innlagt, og dette skjer dagen etter innleggelse. En annen lege sa at fastlegen ikke automatisk får vite om innleggelse. Han beskrev videre at hvorvidt fastlegen får epikrise ved utskrivning i et sånt tilfelle, var avhengig av avsenderen på sykehuset. Den som skal ha epikrisen er den som skal følge opp pasienten. Det er fastlegen som har oppfølgingsansvar for pasienten, som man kan tilskrive med epikrise uten pasientens eksplisitte samtykke. Det ble imidlertid sett på som viktig at innleggende lege også får epikrisen, fordi dette representerer en vesentlig del av erfaringstilfanget, spesielt for yngre leger. En fastlege uttrykte at det er frustrerende hvis det bare er legevakten som får epikrisen; det kan ha vært en korttidsvikar som har lagt pasienten inn, og som aldri mottar den epikrisen reelt sett, og slett ikke har noe oppfølgingsansvar.

Fastlegen i en av de små kommunene fortalte at han stort sett har oversikt over hvem som er innlagt. Ofte gir sykehuset beskjed til hjemmetjenesten, eller hvis det ikke er gitt noen melding, får legekantoret telefon fra en nabo eller andre om at nå er han og han kommet hjem. Dette bidro til å gi fastlegen en viss oversikt over hvem som er i en sånn forfatning at de trengte oppfølging. Fastlegene kunne snakke med hjemmetjenesten hvis det var en pasient som de var litt usikre på, og eventuelt sende hjemmetjenesten for å undersøke om de trengte hjelp. I de store kommunene var det mye vanskeligere for fastlegene å inneha en slik oversikt.

4.1.2 Epikrisen som start på oppfølgingen – eller ikke

Den vanlige oppfølgingen syntes å være at fastlegen går igjennom epikrisen for å se om det er ting som sykehuset anbefaler eller mener at fastlegen skal ivareta. Generelt uttrykte fastlegene en holdning om at hvis de skulle gitt en bedre oppfølging av pasienten, burde det vært konkretisert hva fastlegen skal bidra med. En fastlege fortalte at hun gjerne leser konklusjonen litt grundig, og hvis det står at pasienten skal ha oppfølging om tre måneder, eller skal til fastlegen om så og så lang tid, spurte hun seg

om pasienten vet dette eller om hun må kalle inn pasienten. Dette fordi det ofte ikke står presisert om pasienten skal bestille time hos fastlege. Hvis det står at pasienten skal til kontroll om to uker, så tenkte denne fastlegen at da må hun innkalle vedkommende. Det varierte imidlertid hvordan fastlegene håndterte slike situasjoner.

Det var ikke helt sjelden at pasienter kom på legekantoret etter en sykehusinnleggelse og skulle ta kontroll av noe, og så var det ingen der som var informert om hva som skulle kontrolleres. Noen ganger var det mer opplagt. Andre ganger skulle det for eksempel tas en blodprøve, uten at fastlegen hadde fått informasjon om hva denne skulle sammenlignes med. Situasjonen kunne også være at pasienten hadde epikrisen og leste i sine papirer at det var sendt kopi til fastlegen elektronisk. Da forventet de jo selvfølgelig at fastlegen hadde fått dette.

En fastlege beskrev hvordan hun på en måte må "begynne på skrætsj" når en utskrivningsklar pasient kommer på legekantoret og hun ikke har fått epikrise. Ofte har fastlegen ikke tid, men ringer likevel noen ganger sykehuset og spør hva de har tenkt, og hvordan fastlegen kan følge opp og hjelpe pasienten. Fastlegen sa at mange ganger må hun bare begynne helt på nytt, noe hun synets var helt meningsløst.

Mange informanter rapporterte om en utfordring som ofte oppstod; at hjemmesykepleien henvender seg til fastlegen og ber om informasjon, som fastlegen ikke har fått. Kanskje fastlegen ikke en gang vet at pasienten er skrevet ut, noe som ifølge fastlegene oppleves som frustrerende. En informant fortalte om hvordan kommunikasjonen med hjemmetjenesten kan arte seg i slike tilfeller:

«Jo, jo det her skjer titt og ofte. Og det der med epikrisen, nå kommer jeg jo på det, det er titt og ofte at jeg får PLO fra hjemmetjenesten. Kan du, kan du sende reseptene til, på de nye medisinene til apoteket. Og når jeg da ikke har, det her skjer jo kjempeofte. Altså jeg har ikke fått noe epikrise, jeg aner ikke hvordan medisiner det er, jeg kan ikke endre bare sånn fordi at en sykepleier i hjemmetjenesten tror at de har byttet medisin, ikke sant. Det er en klassiker.»

Fra hjemmetjenestens side ble det bekreftet det at fastlegene ofte er på etterskudd med å få informasjon. Det er imidlertid uklart hvorvidt dette bare skyldes at fastlegene ikke har fått epikrisen. Fra to kommuner fortalte informantene fra hjemmetjenesten at de ikke hadde inntrykk av at fastlegene leste epikriser fortløpende. Til dette kan det kommenteres at hjemmetjenesten ikke vet når (eventuelt hvor lang tid etter utskrivning) fastlegen får epikrisen i hvert enkelt tilfelle.

En rekke pasienter er innom KAD eller andre korttidsenheter i kommunen som en mellomstasjon, før de sendes hjem etter sykehusopphold. Det ble også tatt opp at kommunikasjonen fra slike enheter også kan ha store mangler.

Hjemmebesøk?

Det hender at fastlegen drar på sykebesøk hjemme når en utskrivningsklar pasient skrives ut fra sykehuset og sendes rett hjem. Dette skjer i følge fastlegene oftest etter at hjemmetjenesten spør om det, og gjelder i mange tilfeller kreftsyke pasienter i en palliativ fase.

Informantene fra hjemmetjenesten fortalte at det er sjelden de får med seg fastlegen på hjemmebesøk. Dette er noe som må planlegges i god tid, hvis det skal skje. Det ble bekreftet fra tre av kommunene at fastlegen jevnlig drar på hjemmebesøk, om ikke ofte. En tildelingsleder kommenterte at fastlegen nærmest må beordres for å dra på hjemmebesøk. Fastleger oppfattet det som mer tidseffektivt at pasientene kom til kontoret. Det var ikke bare takstene som holder fastlegen igjen (mer om dette senere), men også tilgjengelig tid til å gjøre hjemmebesøk. Det går verdifull tid bort i reising og journalføring i etterkant.

En fastlege i en liten kommune sa at det hender at hun drar på hjemmebesøk når pasienten skrives ut, og at det skjer kanskje en gang annenhver måned, og at flere fastleger i kommunen gjør dette. Det er sånn de alltid har gjort det i denne kommunen. Det opplevdes imidlertid som en stor utfordring å kunne sette av tid til å kunne dra på hjemmebesøk der hvor det er behov. Dette er utfordrende fordi timelisten er fastlagt i tre uker fremover, og hvis det da plutselig kommer noen som trenger besøk, så må du ta det etter vanlig arbeidstid.

En tredje fastlege kommenterte at hun ikke er på hjemmebesøk hos pasienten når de blir skrevet ut. Hun var på en del hjemmebesøk i starten av sin karriere på 80-tallet. Hun fortalte at fastlegene veldig sjelden dro hjem til folk nå, og det var noe hun mente at de sikkert kunne vært bedre på. Dette har ingenting med Samhandlingsreformen å gjøre, mente hun, men handler mer om kravet til effektivitet i fastlegeordningen. De prioriterer å være til stede og ta unna pasienter på kontoret, der får de gjort en bedre jobb med for eksempel å ta blodprøver, og har bedre utstyr. Fastlegen syntes det var rasjonelt samtidig som det er enkelt for pasienten å ta en drosje og komme til legekantoret, men fastlegen kommenterte at man da går glipp av hjemmesituasjonen og kontakt med pårørende.

Fra hjemmetjenestens side var det en som pekte på at fastlegene har en mer tydelig rolle i oppfølgingen av kreftpasienter som er hjemme, hvor pasientens tilstand kan endre seg

fort og det er behov for at fastlegene «er mere på». En annen kommenterte at pasientforløpene for kreft er bedre enn for de øvrige, og en tredje kommenterte at hjemmetjenesten ofte må mase på fastlegene med hensyn til terminale pasienter som trenger palliativ behandling.

4.3 Koordinering gjennom elektroniske meldinger, møter og annet
I dette avsnittet beskrives trekk ved samhandlingen mellom fastleger og henholdsvis hjemmetjeneste og spesialisthelsetjeneste, basert på koordinering gjennom elektroniske meldinger, møter og annet (telefon med mere).

4.2.1 Samhandling mellom fastlege og hjemmetjeneste

Bruken av en koordineringsmekanisme som elektroniske meldinger har gjort sitt inntog og muliggjort rask kommunikasjon mellom fastlege og hjemmetjeneste. Faste møter mellom fastleger og hjemmetjeneste foregikk i hovedsak i små kommuner. Annen samhandling foregikk stort sett over telefon.

Elektroniske meldinger

Elektroniske meldinger mellom hjemmetjeneste og fastlege omfatter PLO-meldinger og dialogmeldinger.

I de kommunene hvor det ikke var faste møter mellom fastleger og hjemmetjeneste, ble stort sett elektronisk kommunikasjon benyttet. Elektroniske meldinger ble sett på som enkelt fordi det som sendes allerede er skriftliggjort, og dette ses på som bra i forhold til dokumentasjon.

I en stor kommune foregikk kommunikasjonen mellom fastlege og hjemmetjeneste via elektroniske meldinger, eller de ringte noen få ganger. En fastlege i kommunen syntes at systemet med elektroniske meldinger mellom fastlegene og hjemmetjenesten fungerte veldig bra, og mye bedre enn før, og fremstod som et løft for kvaliteten i samarbeidet:

«Fra sånn som det var før at nærmest hjemmesykepleien stod i resepsjonen vår og ventet på å huke tak i en ledig lege. Eller, ja ringte og ringte og ringte for å få kontakt med oss. Og sender de jo nå bare melding som vi er ganske kjappe med å svare på. Sånn at, nei det fungerer veldig bra.»

En fastlege i en annen stor kommune kommuniserte med hjemmetjenesten stort sett med korte meldinger. Fastlegen fikk av og til melding fra hjemmetjenesten, og da dreide det seg om spesifikke spørsmål. Det var aldri sånn at hjemmetjenesten på denne måten kun informerte om at pasienten var kommet hjem. Fastlegen trodde ikke at relasjonen til

hjemmetjenesten var endret med samhandlingsreformen. Ved å bruke elektroniske meldinger mister man imidlertid en dimensjon i relasjonen:

«Det er de der PLO'ene men jeg vet jo ikke hvem som er bak det navnet som står på PLO. Av og til så har jeg, hvis det har vært liksom typen fredag og en pasient jeg har vært engstelig for, så har jeg gått inn, de er jo, her hos oss så er de jo rett borti gangen, så har jeg gått inn når de har rapport. For da er de jo type 10 stykker der. Ja det har skjedd kanskje to eller tre ganger.»

En fastlege pekte imidlertid på hvordan det elektroniske meldingssystemet er utilstrekkelig. Han sa at hvis han skal dosere en blodpropphindrende medisin så tar de en blodprøve, INR, og så skal de gi så og så mye Marevantabletter per uke, og så lager han et skriftlig oppsett på det. Så vil hjemmesykepleien ha dette inn i sitt datasystem. Da bruker fastlegen et opplegg som heter spørsmål til pleie og omsorg. Det er jo ikke et spørsmål når han forteller hvordan medikamentet skal doseres, men det finnes altså ikke noe annet enn spørsmålsformatet tilgjengelig. Han kunne riktignok svare på spørsmål, da hadde han andre moduler tilgjengelig. Han syntes ikke det var elegant og det var ikke en enkel måte, og han må «knotte» forholdsvis mye for å få det til.

Fastlegene som vi har intervjuet ga altså stort sett inntrykk av å benytte elektroniske meldinger i kommunikasjonen, og at dette fungerte rimelig bra. Lederne for hjemmetjenesten som var intervjuet, var imidlertid ikke helt enige i beskrivelsen av hvor godt bruken av de elektroniske meldinger fungerte. De påpekte at det varierer mye mellom fastleger hvor raske eller seint de er til å svare. Fra en kommune ble det nevnt eksempler på fastleger som enten ikke leser meldinger, eller sjekker dette kun på slutten av hver dag. Dette innebærer at spørsmål som det haster å få avklart, for eksempel om medisiner, ikke kan stilles gjennom elektroniske meldinger til disse fastlegene. Fra en annen kommune ble det kommentert at fastlegene ikke er flinke til å svare, og fra en tredje kommune sa hjemmetjenesten at de skulle ønske at meldingene kunne flyte bedre. De fortalte at det kunne ta to uker før fastlegen svarte. En problemstilling som ble tatt opp, var at det er en utfordring med meldinger hvis fastlegen er borte i flere dager, uten at hjemmetjenesten vet om dette.

Teammøter: ukentlige møter eller samarbeidsmøter om pasient

Fastlegene fra tre av kommunene i undersøkelsen, fortalte om faste ukentlige møter som involverte både legetjenesten og hjemmesykepleien. En av disse kommunene var stor og de to øvrige små. I den store kommunen var det en og samme fastlege som har de fleste pasientene i omsorgsdistriktet, det vil si at det var en god overlapping mellom hjemmesykepleieområdet og fastlegens pasientliste, slik at dette på noen måter kunne minne om forholdene i en liten kommune. På møtene med hjemmetjenesten i dette

distriktet, gikk de gjennom pasientlisten og så hvem som var utskrevet fra sykehus og hvilke behov de har. Det ukentlige møtet var på en måte en visitt av listen med pasienter de har tilsyn med, og yter bistand til. Møtet kunne vare fra et kvarter til en time, litt avhengig av hvor mye som var å gjøre og hvilke andre oppgaver fastlegen måtte ha. Møtet inngikk i den kommunale tiden fastlegen har. Både fastlegen og hjemmetjenesten kunne sette agendaen for møtene. Da har hjemmetjenesten skrevet opp en del pasienter som de vil spørre om og diskutere. Og så kan fastlegen, ut fra det han ønsker, komme med spørsmål om øvrige pasienter som de ikke nødvendigvis har nevnt, og spørre hva som skjer og hva som er planlagt. Fastlegen mener at de egentlig har en løs agenda og tror de får med seg alle som har et hjelpebehov.

I de to små kommunene med faste møter mellom fastlegene og hjemmetjenesten hver uke, hadde de også hatt slike møter siden før Samhandlingsreformen startet. I den ene av kommunene møter hjemmetjenesten fastlegene hver for seg. I denne kommunen kommenterer hjemmetjenesten at det er på denne arenaen at fastlegen kommer på banen og sier ifra om hva som skal gjøres. Dette ser hjemmetjenesten på som tilstrekkelig, om ikke god nok, medvirkning fra fastlegens side. Både fastlegen og hjemmesykepleien kunne ta initiativ på slike møter. I den ene kommunen ble det sagt at det var fritt frem for hjemmetjenesten å spørre. I den andre kommunen bruke de gjerne møtene til å snakke om pasienter som trengte endret oppfølging, ifølge fastlegen:

«altså det er noen ting vi blir enige om i fellesskap, hvis at, hvis hjemmetjenesten for eksempel har vært hos en pasient og ser liksom at nå, han ser litt dårligere ut, så vil de snakke med meg og så si liksom at, vi trenger et tilsyn for eksempel.»

Siden innbyggerantallet er så lite i denne kommunen, og fastlegene har felles datasystem, har fastlegene god oversikt over pasientene ikke bare på sin liste men på de øvrige to listene også. Slik sett er det lettere for andre fastleger å besvare henvendelser om pasienter. Fra denne kommunen kommenterte hjemmetjenesten at møtene var veldig nyttige, og de tok opp det som de i samråd med pasienten ble enige om å ta opp.

Det var ikke faste møter i de øvrige fire kommunene, som består av en liten og tre store kommuner.

Etter at de elektroniske meldingene kom, så forsvant de faste møtene mellom hjemmetjeneste og fastleger i den siste av de tre små kommunene. Møtene ble omtalt både av fastlegene og hjemmetjenesten som lite tidseffektive, med utgangspunkt i en visittbok, noe som fungerte dårlig blant annet fordi de som skrev spørsmålene ned, ikke var til stede på selve møtet. Fastlegen syntes ikke at noe informasjon eller kommunikasjon har forsvunnet med at disse møtene tok slutt, men at kommunikasjonen

faktisk har blitt bedre. Nå er det den sykepleieren eller pleieren som sitter med det aktuelle problemet, som sender en melding til fastlegen, som legen da svarer på. Og har fastlegen for lite informasjon i den opprinnelige meldingen så kan han etterspørre mer, i tillegg til at svaret ligger der for andre som leser. Kommunikasjonen har blitt mye mer konkret og tidsbesparende, og det har blitt flere pasienttimer ut av tiden som tidligere var satt av til møte.

En fastlege fortalte at hvis det er behov for samarbeidsmøter om enkeltpasienter som skrives ut, er det hjemmesykepleien som vet om det først, og tar kontakt med fastlegen og sier at de har behov for et møte. Den største utfordringen for fastlegene er da å finne tid i timeboka når det er behov for et møte på kort varsel. Men er det behov så ordnes det. Denne fastlegen sa at det må være kjempegode grunner for at fastlegen ikke kan stille opp på noe sånt. Fastlegen har noen ganger møter med hjemmetjenesten om kronisk syke som skrives ut og som trenger oppfølging hjemme. Men fastlegen har aldri møter med hjemmetjenesten som ikke dreier seg om en pasient. Hvem som helst av de rundt pasienten kan i følge fastlegen bestemme at det er behov for et samarbeidsmøte. Noen ganger er det fastlegen tar initiativ til et møte, og ofte er det noe som fastlegen og pasienten er blitt enige om. Fastlegen gjør ingenting uten pasienten sitt samtykke, noe følgende utsagn illustrerer:

«Ja, og i allmennpraksis er kanskje det litt tydeligere enn det når de er på sykehus og på vei ut derfra. Da sier dem, trenger du hjemmetjeneste, ja kanskje det, ja da, så begynner dem å organisere. Mens her snakker vi jo om det, og jeg sier at skal vi ha et møte, altså det er mer sånn et tydelig uttrykk.»

Fastlegen pekte på at det er en utfordring hvis da pasienten kommer til møtet med en ung og uerfaren fra sitt team som ikke kjenner pasienten, så når fastlegen spør så vet de ikke hva det er snakk om. Fastlegen sa at hvis de skal legge en god plan for kronisk syke så må de sette seg ned i lag:

«så må vi si, hva kan jeg gjøre, hva vet jeg og hva kan jeg. Hva vet jeg om pasienten? Hva vet du? Hvordan kan vi gjøre det her best mulig? Er det noen uutnyttede ressurser, hva tror du de trenger, sant.»

En fastlege i en annen kommune tok aldri selv initiativ til samarbeidsmøter med hjemmetjenesten, og begrunnelsen er at det gjerne er 15 ulike personer i hjemmetjenesten som er involvert i oppfølgingen av samme person:

«Altså fastlegen er en person, og så er hjemmetjenesten, det er en mengde. Sånn at hvis hver pasient hadde fått sin faste oppfølger så hadde det sikkert vært bedre

både for pasienten og for, for oss som skal følge opp pasienten. Og familien selvsagt. At de har en hjemmetjeneste og en fastlege å forholde seg til.»

En fastlege fra en stor kommune fortalte at det foregår faste møter (på korttidsavdelingen) hvor man diskuterer pasienter som er innlagt på sykehuset som er tidligmeldt, men at de som fastleger ikke er involvert i disse møtene. Fastlegen tenker at de burde vært involvert i noen av disse pasientene som kan være kompliserte, og hvor det er usikkerhet hvorvidt man i kommunen kan gi den videre forventede behandlingen.

Annen interaksjon mellom fastlegen og hjemmetjenesten

Annen interaksjon mellom fastleger og hjemmetjeneste er i hovedsak konsentrert om telefon.

Telefon

En fastlege som har jobbet i over 20 år sa at han alltid har hatt en tett relasjon til hjemmetjenesten. Fastlegen fremhevet at han og hjemmetjenesten kan ringe hverandre når som helst på døgnet og få svar. Han tror det gir en bedre tjeneste for pasientene og en enklere tjeneste for de som utøver den, når fastlegen er tilgjengelig og hjemmetjenesten kan være litt fleksibel og smidig. En annen fastlege gjorde noen ganger avtaler med hjemmesykepleien i forhold til kreft- eller smertepasienter, om at de kunne ringe fastlegen i helgen hvis det må gjøres justeringer, fremfor å kontakte legevakta.

I to av de tre små kommunene hadde hjemmetjenesten et telefonnummer som de kan ringe for å få tak i fastlegen, uten å måtte ringe via sentralbordet. I de øvrige kommunene har vi inntrykk av at det er mindre uformell kontakt, og noen av disse nevnte at de må bruke sentralbordet når de ringer fastlegen, noe som ble sett på som tungvint.

Står og venter

Andre måter å få tak i fastlegene på når det haster, er i en kommune at hjemmetjenesten står utenfor kontordøra til fastlegen og venter på en anledning til å gjøre en avklaring, eller at hjemmetjenesten får legekantoret til å skrive en notis om saken det gjelder i fastlegens dagbok, siden dette er noe som legen leser i løpet av kort tid.

Fax

En siste og sjelden kommunikasjonskanal som er brukt, er fax. Dette er brukt i en kommune i det som av hjemmetjenesten er betegnet som et tungvint system, når nye medisinkort skal skrives.

Uformell kontakt

I to av de tre småkommunene i studien, samt i en stor kommune hvor fastlegen hadde store deler av pasientene i omsorgsdistriktet på sin liste, fikk vi inntrykk av at det var en del uformell kontakt mellom fastlegene og hjemmetjenesten. Dette var ikke et inntrykk fra de øvrige kommunene i studien.

4.2.2 Samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste

I dette avsnittet beskrives først trekk ved fastlegens bruk av tilgjengelige elektroniske meldingsformater, deltakelse i utskrivningsmøter, samt bruk av telefon når de kommuniserer med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter.

Liten fleksibilitet i elektroniske meldinger

Data fra Samhandlingsbarometeret viser at omfanget av elektroniske meldinger mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten stadig har økt, fra oppstartet i 2011, og frem til 2015. Dialog- og PLO-meldinger startet først i to kommuner i UNN-området i 2011, og fem kommuner var med i løpet av 2012. I løpet av 2014 var alle kommunene inkludert. I Nordland er ikke data fra Samhandlingsbarometeret fordelt på kommuner, men data viser at oppstarten var i 2012. Finnmark var siste fylke i Nord-Norge som startet med elektroniske meldinger, og fire kommuner var inkludert i oppstarten. I løpet av 2015 var alle kommunene omfattet.

Det finnes per dags dato ikke systemer for at fastlegen og sykehuset skal kunne kommunisere skriftlig, utover en henvisning fra fastlegen og epikriser fra sykehuset.

Brorparten av fastlegene som vi intervjuet, brukte henvisningsformatet til å sende spørsmål til sykehuset, eventuelt opplysninger om blodprøvesvar eller noe annet de ønsket å opplyse om. Noen av fastlegene var usikre på hvordan slike henvendelser registreres på sykehuset, og hvor kjapt de oppdages, og at de kanskje havner i en vurderingsbunke. De pekte på et behov for å kunne sende en forespørsel når pasienten nylig har vært innlagt, og at man i løpet av få dager får svar. Det pekte også på behovet for å i noen tilfelle kunne kommunisere med sykehuset om en innlagt pasient som fastlegen er bekymret for, hvor det ikke har kommet epikrise, og fastlegen ikke vet om pasienten er ivaretatt. Det finnes heller ikke noe format som fastlegen kan bruke for å melde tilbake til sykehuset om en pasient som for eksempel er jevnlig innom på sykehuset på poliklinikk eller går til oppfølging hos fastlege. Fastlegene fortalte at de fikk stort sett svar når de sendte spørsmål eller meldinger i henvisningsformatet. Oppfatningen var at dette var mindre tidkrevende enn å ringe.

En fastlege bemerket at han kun har tilgang til meldinger som er sendt til ham selv fra sykehuset, ikke annet som er skrevet i sykehusets system. Dette i motsetning til

pasientene, som nå kan gå inn på HelseNorge og lese sin egen journal. Så per i dag har pasienten tilgang til informasjon som fastlegen ikke har tilgang til.

Fra hjemmetjenestens side ble det påpekt at det er lettvis og oversiktlig å kommunisere med sykehuset gjennom meldingssystemet før pasienten skrives ut. Hjemmetjenesten kan imidlertid ikke bruke meldingssystemet etter at pasienten er utskrevet. Kommunikasjonen foregår derfor per telefon.

Tildelingslederne i kommunene, enten det er tildelingskontor eller ledere i pleie- og omsorgsavdelingene, pekte på at de elektroniske meldingene gjør det lettere å følge utskrivningsprosessen tettere. Det er mer struktur, rutine og oversikt enn tidligere.

Utskrivningsmøter - et sjeldent fenomen

Utskrivningsmøter syntes å være et sjeldent fenomen. I en av de store kommunene ble det fortalt at tildelingskontoret organiserte slike samarbeidsmøter i de tilfellene hvor pasienter har et utvidet eller endret behov for tjenester etter utskrivning. Her deltar representanter fra avdelingen på sykehuset (sykepleiere eller av og til leger), pasient, pårørende og hjemmetjeneste – men ikke fastlegen. I en annen stor kommune, som også er vertskommune for sykehus, var det ikke slike møter. I en tredje vertskommune ble det fortalt at det tidligere, før Samhandlingsreformen, var samarbeidsmøter rundt utskrivningsklare pasienter hvor noen ganger fastlegen også kunne komme, sammen med pårørende og hjemmetjenesten. I følge tildelingskontoret skjer ikke dette lenger, fordi sykehuset ikke er interessert. Møtene er erstattet av en ferdigmelding med informasjon. Fra de øvrige kommunene, som ligger langt fra sykehus, ble det fortalt at de har ulik praksis, men ingen har faste utskrivningsmøter. En av kommunene har av og til slike møter, og i en annen ble ett tilfelle nevnt. I en av kommunene som ligger langt fra sykehus og hvor det derfor var helt uaktuelt med møter, syntes det å være en etablert rutine å ringe sykehuset forut for hver eneste utskrivning, og spørre om pasientens funksjonsnivå etter et fastsatt oppsett. I en annen kommune langt fra sykehus var det rutine å ringe med hensyn til pasienter som det er noe spesielt med, for å få bedre informasjon.

En fastlege i en kommune nært sykehus, foreslo at fastlegene kunne blitt innkalt til et utskrivningsmøte på sykehuset før pasienter med særlige behov ble skrevet ut, og tenkte at det ikke blir så stor byrde å komme dit noen ganger i løpet av året, gjerne sammen med hjemmetjenesten. Nettopp for å kunne snakke, i et møte med pasient, sannsynligvis pårørende og hjemmetjeneste slik at alle kunne få høre hva som hadde skjedd mens pasienten var på sykehuset, og om hva sykehuset forventet av fastlegen og hjemmetjenesten etter utskrivning. Samtidig trodde hun at kollegaene ikke ville satt like mye pris på dette. Hun har luftet det og alle sier bare at nei, det blir altfor komplisert og

at det blir altfor mye møtevirksomhet. Men hun la til at det kunne spart pasienten for en del problemer, og spesielt gamle pasienter som trenger tilsyn eller kreftpasienter som er døende. Fastlegen la til at takstene for møtevirksomhet er gode, så dette er ikke et hinder.

En annen fastlege i en kommune nært sykehus pekte også på at man i enkelte tilfeller bør møtes for å legge en plan. Fastlegen så at kronisk syke som trenger mye oppfølging, har mye bedre av at alle som kjenner pasienten, på ulike måtene, setter seg sammen og legger en plan. En fastlege i en kommune langt fra sykehus sa at det kunne være aktuelt med telefonmøter som del av et tettere samarbeid, i hvert fall om enkelte pasienter som har vanskelige, sammensatte og kompliserte utfordringer.

En fastlege sammenlignet utskrivning av eldre som er innlagt på somatisk sykehus, hvor hun ikke kunne huske å ha snakket med en eneste lege før utskrivning, med prosessen rundt en pasient hun hadde lagt inn på et psykiatrisk sykehus. Her var det en god utskrivningsprosess med telefonmøter, oppfølging, og en veldig godt planlagt tilbakekomst. Fastlegen sa at hun ikke tar noe kontakt med pasientene etter at hun har sendt dem på sykehuset. Da forventer hun at sykehuset tar kontakt med henne, noe de ikke gjør. En annen fastlege i samme kommune sa imidlertid at hun har kontaktet pasientsentrert team et par ganger, når hennes pasient har vært innlagt, for å sikre god oppfølging.

Når det gjelder pasienter innlagt på institusjon (*vi antar at dette gjelder psykiatri*), så sa en fastlege at hun noen ganger drar til institusjonen og har samarbeidsmøte før pasienten skal hjem. Når pasienten er utskrivningsklar og plan om hvordan pasienten skal følges i etterkant skal legges, så inviteres hun noen ganger med i møtet og så legger de plan sammen, dette fordi mye av oppfølgingen koordineres av fastlegen.

Telefonkontakt

Flere fastleger så det som tungvint å ringe sykehuset for å følge opp utskrivningsklare pasienter. Det tar tid og hvis de ikke får tak i den legen som har behandlet pasienten, må vakthavende lege først sette seg inn i situasjonen før det kommer svar. En fastlege viste til at han har telefon med en timer på, og vet hvor lang tid det tar å få tak i rett vedkommende på sykehus; det tar fra to minutter til et kvarter. En annen fastlege pekte på at problemet er å få satt av tid selv til å ringe rundt. En tredje fastlege ga uttrykk for at det er greit å ringe sykehuset. Om det er noen formuleringer fastlegen lurer på så bruker han å ringe opp sykehuset, og ber om assistentlege eller overlege. Fastlegen får ikke alltid tak i legen som har behandlet pasienten, men får tak i journalnotatene som er gjort på sykehuset og ser hvilke tanker de har gjort seg. Så det med å klare opp i ting som er

skrevet, synes han fungerte greit. Han anslo at han bruker like lang tid som før reformen på slik kontakt med sykehuset.

Det ble kommentert at en av grunnene til at kommunikasjonen med sykehuset er tidkrevende, er at det på sykehuset (UNN) er så dårlig bemanning i sentralbordet så du ofte må sitte lenge å vente. En annen grunn er at man sjelden treffer på rette vedkommende når en lege skal ringe en lege, og da er det ofte lettere å skrive.

En fastlege påpekte at han ikke nødvendigvis savner bedre telefontilgjengelighet eller økt bruk av telefon, men heller muligheten for dialogmeldinger inn i spesialisthelsetjenesten. Det vil si en kanal for de noe enklere forespørslene, altså det som ikke er et henvisninger.

Noen ganger kan fastleger ta et bilde og sende, dette gjøres mer og mer med bruk av mobiltelefon. En fastlege beskrev at de kan sende til en avtalt mobil, uten noen pasientopplysninger, men tror ikke at de har lagt ved bilder på henvisning enda.

4.4 Relasjoner og forventninger

I dette avsnittet beskrives trekk ved relasjonene mellom fastlegene og henholdsvis hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og hvordan henholdsvis hjemmetjenesten og fastlegene oppfatter forventninger til fastlegevirksomheten.

4.4.1 Samhandling med hjemmetjenesten

Inntrykket etter å ha intervjuet fastlegene, er at de ikke bruker mer tid på å samhandle med hjemmetjenesten nå, sammenlignet med før Samhandlingsreformen. Det meste av samhandlingen gjelder resepter og medisiner, og relasjonen beskrives å være slik den har vært før.

Hjemmetjenestens perspektiver på fastlegens medvirkning

Etter å ha intervjuet ledere både i hjemmetjeneste og tildelingsenheter, er inntrykket at hjemmetjenesten oppfatter at de blir alene om ansvaret når pasienten skrives ut. Når hjemmetjenesten videreformidler informasjon til fastlegen gjennom PLO-melding, ble det kommentert at de ikke opplever det som ansvarliggjørende for fastlegene. Ansvaret ligger hos hjemmetjenesten i den videre ivaretagelsen av pasienten. En kommenterer at fastlegene ikke gjør noen ting etter utskrivning hvis de ikke gir beskjed om det. Det er hjemmetjenesten som sitter med kortene på hånda, i og med at kommunikasjonen går fra sykehus til hjemmetjenesten. Noen uttrykte at fastlegene selv aldri tar kontakt med hjemmetjenesten, mens andre sa at de skjer i enkelttilfeller. Når hjemmetjenesten kontakter fastlegene, var det generelle inntrykket at de får svar på sine spørsmål eller «bestillinger».

Hjemmetjenesten kan vanskelig kontrollere at pasienten er ferdigbehandlet. Det ble pekt på at hjemmetjenesten ikke kan kontrollere selve behandlingsskjeden, og at der burde fastlegen vært inne med hensyn til hva som videre skal følges opp. Sykepleierne i hjemmetjenesten kan ikke foreskrive medisiner eller si hva pasienten trenger, men de oppfattet at det alltid er de som har ansvar for at pasienten har det OK, og at det blir deres initiativ hvis noe skal gjøres eller endres.

4.4.2 Sykehuslegenes forventninger til fastlegene

En fastlege mente at det nivået som sykehuset har lagt seg på med hensyn til oppfølging av utskrivningsklare pasienter, er noe de stort sett kan håndtere greit. Men han nevnte samtidig at han har noen dårlige erfaringer med pasienter som er skrevet ut og sendt rett hjem fra sykehus, og mente at i enkelte tilfelle burde han vært kontaktet. Det er vanskelig å gå inn i en situasjon der sykehuset kanskje har lagt opp til at fastlegene skal følge opp veldig avansert behandling som de ikke har erfaring med. Fastlegen skisserte et eksempel med en pasient med veldig omfattende mageproblematikk, som ble sendt hjem og hadde behov for hjemmetjenester. Pasienten hadde nylig startet opp med intravenøs ernæring. Veldig lite var på plass fra sykehusets side; de hadde ikke skrevet resepter, det var ingenting som var avklart med hensyn til hva som skulle blandes i det intravenøse ernæringstilskuddet. Det stod ingenting om dette i epikrisen, og fastlegen brukte nesten en uke på å nøste opp i og få alt på plass, noe han syntes var veldig dårlig ivaretagelse av pasientens behov. I slike tilfeller ønsket fastlegen en telefon litt i forkant av utskrivelsen fra sykehuset.

Intervjuene tyder på at sykehuslegene ikke så ofte forventer at fastlegene skal eller kan bidra inn i sykehuset. En fastlege sa at det er flere ganger hun har tenkt at hun kunne vært involvert av sykehuset, at de kunne ha ringt og spurt, blant annet om medisiner. Hun sa at det har kanskje skjedd to, tre ganger i løpet av mange år at de har ringt fra sykehuset og ønsket å snakke med henne angående en inneliggende pasient. En annen fastlege bekreftet at sykehuset ringer av og til og spør om eventuelt tidligere verdier og hva fastlegen mener og tror og synes. Denne samhandlingen syntes han fungerer greit.

Endringer i forventningene

Fastlegene pekte på et forhold som de synes er problematisk; at en del sykehusleger ikke skriver ut sykemeldinger og resepter, men sender pasienten ut med en epikrise hvor det står at fastlegen bes skrive sykemelding og resepter. Dette oppfattes som et fenomen som skjer stadig oftere. En fastlege kommenterte at for pasientens del så skriver hun sykemeldingen selv om hun sier høyt til pasienten at det var ikke hennes oppgave. Hun krever at pasienter skal komme til kontoret hvis de skal ha en sykemelding, noe som blir tungvint for dem, siden de nettopp har vært på sykehuset. Fastlegen var helt klar på at

den som mener at pasienten skal være sykemeldt, skal sykemelde pasienten. Og så kan de heller etter 14 dager komme til fastlegen for å få en ny sykemelding hvis de trenger lengre sykemelding. Flere fastleger kommenterte at det før har vært vanlig at sykehuslegene skriver sykemelding i hvert fall for de første dagene.

Flere fastleger delte oppfatningen av at det stadig oftere skjedde at de i epikrisen ble bedt om å bestille sideutredninger av forhold som det var funnet indikasjon for på sykehuset.

Et forhold som en fastlege tok opp var at sykehusavdelingene har blitt så snevre. Hvis en pasient er på sykehuset for en spesiell problemstilling, men får for eksempel en øyebetennelse eller noe annet enkelt underveis, bes det om at fastlege følger opp. Fastlegen kommenterte at legene på sykehuset ikke tar seg tid til de små tingene som hun syntes de fint kunne ha løst uten at pasienten må innom fastlege for å gjøre det:

«At, sånn sett, at man da kan føle seg litt som en sånn der sekretær, at ikke dem kan gjøre det ferdig. Andre ting enn akkurat det som pasienten har vært innlagt for. Det er lite helhetstenkning.»

En fastlege sa at litt sånn flåsete så har de sagt at de skal samle inn kulepenner til sykehuslegene så de kan skrive dette selv, for det er en del rekvisisjoner med videre som forutsettes skrevet av fastlege, basert på informasjon som ikke foreligger hos fastlegen.

Forventninger om en tettere kobling til pasientene

Fastlegene opplevde veldig store forventninger hos pasientene og faktisk hos sykehuslegene for hva en fastlege skal kunne gjøre. Noe av forventningen ligger kanskje i begrepet fastlege, som kan gi assosiasjoner til at det er en tettere kobling enn det er mellom pasient og fastlege, underforstått at pasienten er hos fastlegen når han ikke er på sykehuset. Konkret er det en forventning om at fastlegen skal ha oversikt, som kom med Fastlegeforskriften i 2013, hvor det stilles krav om legemiddelgjennomgang for pasienter som står på flere preparater. En fastlege kommenterte forventninger til oppfølgingen av listepopulasjonen slik:

«Men ikke sant, de der 1140, det er ikke sånn at jeg bærer de med meg hjem»

Fastlegene fortalte at de ofte fikk brev hvor det står at fastlegen bes innkalle pasienten for å sjekke det og det. En lege forklarte at dette kan oppfattes som at fastlegen på en måte holdes til ansvar:

«La oss nå si at en person er innlagt på sykehus, man påviser en litt lav blodprosent. Og så har man ikke sjekket ut egentlig hvorfor vedkommende har lav

blodprosent. Så sier man, og fastlegen bes utrede dette. Og da har man på en måte plassert ansvaret.»

Fastlegene forutsettes å ha et system hvor de kan innkalle pasienter frem i tid. Et eksempel som ble nevnt er epikriser hvor det står at pasienten følges med årlige kontroller de første fem årene og deretter med treårs intervaller.

«Da forutsettes jeg på en måte å vite at om 8 eller 11 år så skal jeg foreta meg noe med den pasienten. Det er ikke sikkert at mitt datasystem har den type pålitelig forfallsregistrering.»

En fastlege kommenterte at denne endringen i fastlegerollen har kommet etter at "noen diktet opp noe som heter Samhandlingsreform", uten at fastlegene blir spurt om de synes det er meningsfylt.

«Det er jo ingen som har spurt oss om vi vil samhandle eller planlagt med oss hva vi har tenkt å gjøre med det.»

Eksempler på problematiske forventninger til fastlegens rolle

En fastlege beskrev et eksempel på at sykehuset ikke selv henviste videre til en annen avdeling på sykehuset, eller til en mer spesialisert enhet, men ba fastlegene gjøre det, uten å vedlegge nødvendig informasjon om hvilken avdeling man siktet til og hvilken kompetanse det gjaldt. Fastlegen uttalte følgende:

«Jeg har jo fått for eksempel pasienter som har vært innlagt, eller vært undersøkt og innlagt og de sier liksom, ja vi har funnet dette og dette, pasienten må henvises til Haukeland for de har kompetanse på dette. Og det er det som står. Og så liksom, ja ikke engang hvilken avdeling på Haukeland, og hvorfor i all verden kan ikke du henvise til Haukeland når det er på en måte innenfor ditt felt»

Det ble rapportert om at noen ganger ba sykehusleger fastlegene om å gjøre oppgaver som ikke gjøres i allmenntilleggsmedisin, eller som fastleger synes at en sykehuslege har mye bedre forutsetninger for å gjøre. Et eksempel er hvis en pasient har vært innlagt for hudkreft, og så ber sykehuslegen pasienten om å gå regelmessig til fastlegen for kontroll av andre føflekker han har på kroppen. Fastlegen kommenterte at de ikke har utstyr (dermatoskop) som de er trent i å bruke, og heller ikke er trent i å tyde det de ser. Et annet eksempel var en lungelege som sendte en veldig syk KOLS-pasient hjem, med en anbefaling om at han regelmessig skulle ta blodgass og hjemmemåling med nattlig saturasjonsovervåkning og flere undersøkelser som dette fastlegekontoret ikke gjør.

Flere fastleger unnskyldte imidlertid sykehuslegene for denne måten å opptre på, de mente at sykehuslegene ikke vet bedre om hva som er en fastleges rolle. Det er lett å la være å ta opp kampen med sykehuslegen, fordi det tar mer tid å krangle om dette enn å bare gjøre den kanskje unødvendige undersøkelsen. En fastlege sa det slik:

«Når folk blir skrevet ut tidligere som er, som egentlig er mitt ønske og at de skal være kortest mulig på sykehuset sånn at vi får, hadde nær sagt, behandlet flest mulig så må jeg ta på meg å følge opp en del ting. Så vi må være med litt på de endringene som skjer og det vi kan gjøre bør vi gjøre.»

Sykehuslegers kunnskaper om fastlegetjenesten og lokale forhold

I intervjuene kom det frem en del eksempler som illustrerte utfordringene knyttet til at sykehusleger ikke kjenner de lokale forhold.

En fastlege nevnte et eksempel med en pasient som hadde vært innlagt på sykehuset, som var sendt hjem til sin bolig på en øy langt ute i distriktet. Han ble skrevet ut uten antibiotika. Så ringte pasienten til fastlegen på legevakta om kvelden og lurte på hva han skulle gjøre for han var dårlig, og hadde ikke med seg antibiotika. Da måtte fastlegen sende legebåt en time hver vei pluss kjøring videre, for å levere medisiner for å fortsette kuren som sykehuset hadde startet. Fastlegen påpekte at dette er unødvendig ressursbruk. Men det gjøres fordi at man på sykehuset ikke forstår at det ikke finnes apotek på hvert nes.

En fastlege og en tildelingsleder pekte på det faktum at problemet mange ganger er opplæring, fordi det er turnuslegene som ofte skriver epikriser. De hevdet at det tar for lang tid før turnuslegene kan tjenesteavtalen godt nok og forstår hvordan utskrivningsprosessen fungerer.

4.4.3 Kapasitetsutfordringer og ansvar for oppfølgingstimer

I dette avsnittet peker fastlegene på kapasitetsutfordringer og spør hvilket ansvar de har for at utskrivningsklare pasienter kommer på oppfølgingstime på legekantoret.

Kapasitetsutfordringer

En rammebetingelse for å kunne følge opp utskrivningsklare pasienter, er tilgjengelig tid. Fastlegene opplevde alle som en at mange oppgaver skyves ut fra sykehusene og over på dem. Det har blitt mer å gjøre, for eksempel med oppfølging av kreftpasienter. Noen fastleger opplevde at de i for stor grad gjør ting som en legesekretær eller sykepleier kunne ha gjort, men som det enten ikke er folk til, eller ikke kompetanse til å gjøre.

Det ble etterlyst en økning av basistilskuddet, slik at fastlegen kan ha kortere lister, og dermed kortere ventetid. Dermed vil det bli mer rom for å kunne stille på møter om pasienter som det innkalles til på kort varsel.

Hvilket ansvar har fastlegen for at pasienten får oppfølgingstime?

Det blir ofte lagt opp til at pasienten må ta ansvar for egen helse, og da står det gjerne i epikrisen at pasienten er bedt om å bestille time hos fastlegen. Oppfatningen blant fastlegene var at de fleste pasientene gjør dette. En fastlege syntes imidlertid ikke at de har systemer for innkalling til for eksempel årskontroll av hjertesvikt, hvis de ikke spesifikt går inn i systemet og legger inn at en pasient skal kalles inn om et år, og så vil det da poppe opp et varsel som man da må legge det inn på nytt igjen hvis det skal poppe opp igjen om et nytt år. To av fastlegene stilte samme spørsmål; hvilket ansvar har fastlegen for at pasienten får time? En var bekymret for i hvilken grad man eventuelt kan holdes til ansvar for et eller annet forhold som man strengt ikke har kontroll på:

«Altså kan Fylkeslegen komme å si, vel, hvorfor fulgte du ikke opp dette når det stod i det brevet fra Universitetssykehuset i 2008 at fastlege bes ditten datten?»

I de tilfellene hvor tilbakemeldingene fra sykehus går til turnusleger som har sluttet eller fastleger som har skiftet jobb, er det et spørsmål om hvem som egentlig sitter med ansvaret. En fastlege pekte på at man på en måte er ansvarliggjort som fastlege, altså man forutsettes å ha en oversikt over informasjon som man kanskje ikke har oversikt over. Ingen av fastlegene nevnte eksempler på tilfeller hvor det har gått ordentlig galt fordi pasientene har blitt overlatt til seg selv, eventuelt med støtte fra hjemmesykepleien.

En av fastlegene sa at 90 prosent dukker opp til time, og så er det noen som ikke kommer på legekantoret. Fastlegen har ingen myndighet til å hente inn voksne folk som ikke vil kontrollere det ene eller andre, så hvis de ikke kommer så må det bli deres sak, mente denne fastlegen.

4.5 Er takstene tilpasset oppfølging av utskrivningsklare pasienter?

Det så ut til å være litt ulike oppfatninger av hvorvidt fastlegens takster er tilpasset god oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Det som ble nevnt av fastlegene, var at det finnes takster for møter, for kommunikasjon med hjemmetjenesten, for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten og for hjemmebesøk (dette siste spurte vi spesifikt om).

En fastlege hevdet at takstene ikke er tilpasset en god medisinsk oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Fastlegen pekte på at her ligger hovedproblemet fordi mye

av oppfølgingsarbeidet som fastlegen gjør, ikke honoreres. Legen viste til et eksempel hvor fastlegen må inn og rydde opp:

«Sånn som ikke sant han der gamle mannen med lungebetennelsen og artritten som de fulgte hjem, når de ringte meg og jeg fikk nyss i hva de drev med så kostet jo det meg ikke sant, hvert fall en halvtime på telefon. Kan ikke takstes. Ikke sant, fordi at det er spesialisthelsetjenesten, vi har en takst for å kommunisere med, med kommunale tjenester 1H og den er kanskje 80 kroner ikke sant. Men 80 kroner hvis du regner fraksjon av 1000 (som legen tidligere har anslått som vanlig inntjening for en times arbeid), hvor mange minutter får du for det i telefon med meg? Så det passer ikke. Altså det passer ikke med takstene. Sånn at det finnes ikke noen sånn type takst som kan dekke det som er kanskje den letteste måten å ta kontakt, og det er på telefon. Så der tjener vi ingenting, så det er vi jo ikke interessert i.»

En annen fastlege pekte på at det ikke er noen egne takster for oppfølging av utskrivningsklare pasienter, og at hvis det skulle være, så burde det være anledning til å kunne gå utover 20 minutter for å kunne rekke både å snakke med folk og journalføre. Legen viste til at de har erfart at det som oftest går over 20 minutter på pasienter som har vært inne på sykehus, eller gamle som har to, tre sykdommer og en lang medisinliste. Konsekvensen er at fastlegen må velge mellom å bruke tidstaksten eller andre takster, noe som gjerne ender med å bruke tidstaksten.

En tredje lege viste til et eksempel med en pasient som ble utskrevet og sendt hjem fra sykehus og hadde behov for hjemmetjeneste. Lite var på plass ved utskrivning, for eksempel manglet det resepter. Fastlegen brukte mye tid på oppfølging av denne pasienten:

«Så alt det der måtte man jo finne ut av uten, det stod ingenting om det i epikrisen, og det var, og reseptsystemet er også veldig komplisert for den her type ting. Og det der kan jo jeg ingenting om omtrent. Så det der brukte jeg nesten en uke på å nøste opp i og få på plass ordentlig det derre der.»

Fastlegen kommenterte at slik oppfølging nesten er ubetalt, det er lite å fakturere på denne typen avklaring, men legen påpekte samtidig at dette var en sjelden situasjon som var veldig komplisert:

«Når du må begynne å ringe rundt og etterlyse opplysninger, det er jo null, null, null, null. Hvert fall til sykehusene, hvis du ringer og purrer på ting eller ringer og

forhører deg om ting. Det er jo ingenting ... nei den, detektivvirksomhet er ikke særlig godt betalt.»

Kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten

I de to sistnevnte eksemplene brukte fastlegen mye tid på avklaringer med sykehuset, uten å kunne takste. En av disse fastlegene pekte på at en takst for telefonkontakt om enkeltpasienter med spesialisthelsetjenesten kanskje er den viktigste taksten å få på plass.

Møter og kommunikasjon med hjemmetjenesten

En av fastlegene viste til at hun kan ha et møte med hjemmetjenesten om en kronisk syk pasient som skrives ut og som trenger oppfølging hjemme, og mente at dette normalt er takstet til rundt 1000 kroner timen, noe som betegnes som OK. En annen lege tok opp utfordringen med å stille møter om pasienter som er skrevet ut fra sykehus, når innkalling skjer med kort tidsfrist samtidig som timeboka er full. Fastlegen viste til at tanken med Samhandlingsreformen nok er at man skal sette seg ned å snakke sammen om pasienten, men at dette er vanskelig å få til i dagens allmennlegepraksis med flere dagers venteliste. Fastlegen var imidlertid enig i at møtetaksten er OK, hvis man først får til et møte.

Det finnes en takst for kommunikasjon med hjemmesykepleien, enten elektronisk eller på telefon. Hvis det er en beskjed, så ble det kommentert at taksten var OK, men hvis det blir mye frem og tilbake på en dag så er ikke den god nok, i forhold til tidsbruken, i følge en fastlege. Det kan fort bli ganske mange telefoner for å prøve å finne ut av en sak, noe som gir lite inntjening, men denne fastlegen mente at hun ikke blir påvirket av takstene i slike saker:

«Og da kan det være en veldig dårlig butikk (litt latter), totalt sett, men det, ja, det er ikke noe, jeg har aldri tenkt over det at det har vært, at det er noe, at hvis man hadde hatt annen taksting så hadde man kunne fulgt opp annerledes eller noe sånt.»

Fastlegen trodde heller ikke at det er manglende eller lave takster som står i veien for et tettere samarbeid med sykehuset.

Hjemmebesøk

Enkelte av fastlegene fortalte at de drar jevnlig på hjemmebesøk til pasienter, og dette inkluderer også pasienter som er skrevet ut fra sykehus. Ingen av fastlegene som gjør dette, syntes at takstene er særlig godt tilpasset dette. Den ene begrunnet det med at det tar lang tid å kjøre til pasienter og at reisetakstene er dårlige. Den andre fastlegen

pekte på at man kun i særskilte tilfeller har anledning til å dra på hjemmebesøk. Fastlegen viste til Helfo som sier at så fremt pasienten kan føres til et kontor, så skal ikke fastlegen dra hjem til pasienten. Han sa at hvis du drar og ser til en som er gammel og skrøpelig som ligger hjemme så får du ikke honorar i det hele tatt. Fastlegen sa at han drar derfor ofte for egen regning, men prøver å begrense hjemmebesøkene.

4.6 Har fastlegenes medvirkning i oppfølging av utskrivningsklare pasienter endret seg?

Vi har stilt spørsmål om fastlegenes medvirkning i samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter har endret seg etter Samhandlingsreformen, og om hvorvidt fastlegene er blitt mer involvert.

Med utgangspunkt i organisasjonsteori og begreper om integrering, antok vi at endret medvirkning fra fastlegens side i samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter ville gi seg utslag i noen observerbare endringer knyttet til for eksempel deling av ressurser, tidsbruk på samhandling, formaliseringsgrad i relasjoner, varighet og stabilitet i relasjonene, grad av autonomi, avhengighet mellom tjenestene, helhetstenkning og anerkjennelse av at man må arbeide sammen. Videre oppsummeres hvorvidt slike dimensjoner kan observeres i vårt datamateriale.

En god og tidsnok oversendt epikrise kan betraktes som selve nøkkelressursen til grunn for fastlegenes oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Epikrisen representerer inngangsporten til fastlegens involvering, fordi fastlegen gjennom epikrisen skal bli informert om pasientens behandling på sykehus og om oppfølgingsbehov, i rollen som medisinsk ansvarlig for pasientbehandlingen i kommunen. Når epikrisen som nøkkelressurs, ikke deles med fastlegene (i tide) eller er mangelfull, settes fastlegen ut av spill. Dette er et dårlig utgangspunkt for samhandling.

Det syntes som om sykehuslegene var flinke til å dele faglig kunnskap når fastlegene tok initiativ. Motsatt var det sjelden sykehuslegene kontaktet fastlegen. Inntrykket etter intervjuene med fastleger, var at sykehuset i veldig liten grad benyttet seg av fastlegens kompetanse. I følge fastlegene var det uhyre sjelden at de ble kontaktet av sykehuset før deres listepasienter ble skrevet ut, eller at det fra sykehusenes side ble gjort vurderinger og stilt spørsmål ved hva fastlegen, som kjenner pasienten, forhistorien, familien og hjemmesituasjonen, kunne stille opp med.

Inntrykket etter intervjuene, var at det ikke brukes tid på samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste forut for utskrivningen, og at det i veldig liten grad brukes tid på samhandling mellom fastlegene og sykehuset i den første tiden etter utskrivningen.

Med innføring av PLO-meldinger har formaliseringsgraden i samhandlingen økt. Slike meldinger omfattet på undersøkelsestidspunktet relasjonen sykehus-hjemmetjeneste, og hjemmetjeneste-fastlege. De omfattet imidlertid ikke relasjonen sykehus-fastleger. Elektroniske meldinger er en forholdsvis ny rutine, som startet i 2011 og nådde alle kommunene i løpet av 2014, og hvor innføringen i tid faller sammen med Samhandlingsreformen. Dette har tilført to viktige aspekter i fastlegens medvirkning. For det første rapporterte både hjemmetjeneste og fastleger om at dette er en kommunikasjonskanal som muliggjør rask kommunikasjon mellom fastlege og hjemmetjeneste, men som i en del tilfeller ikke benyttes fordi hjemmetjenesten erfarer at fastlegene ikke svarer raskt nok. For det andre innebærer meldingssystemet dokumentasjon av kommunikasjonen, noe som gjør det mulig (for flere) å holde bedre oversikt over kommunikasjonen. Fastlegene meldte imidlertid om at det var liten fleksibilitet i elektroniske meldingsformater som de kunne bruke i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Faste teammøter mellom hjemmetjeneste og fastlege er en koordineringsmekanisme som vi fant i småkommuner og i et geografisk avgrenset distrikt i en av de store kommunene. Teammøtene var imidlertid i funksjon før Samhandlingsreformen, og representerer ikke noen endring når det gjelder fastlegens medvirkning i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter.

Få kommuner gjennomførte utskrivningsmøter med sykehusene, og i den grad det var slike møter, var det sjelden at fastlegen deltok. Fastlegens rolle var altså perifer i denne sammenhengen.

Inntrykket var at det ikke brukes noe mer tid på samhandling med sykehuset i utskrivningsprosessen enn før. Fastlegene samhandlet imidlertid med hjemmetjenesten, i hovedsak om resepter og medisiner, og relasjonen ble beskrevet å være som før reformen. Det at fastlegen er én, og hjemmetjenesten rundt én pasient består av mange, gjør det utfordrende å ha tette og stabile relasjoner mellom partene.

Sykehusene legger mye av premissene for samhandlingen med fastlegene, noe som understrekes av at sykehuslegene er de som bestemmer utskrivningstidspunktet. Relasjonen mellom fastleger og sykehusleger er i noen grad et avhengighetsforhold. Fastlegene er både opptatt av og avhengig av å ha en god tone med sykehuslegene. Asymmetrien i relasjonen legger begrensninger på hva fastlegene velger å si ifra om.

Det at fastlegene pålegges mere arbeid fra sykehuset oppleves i seg selv ikke nødvendigvis å ha gitt noen redusert autonomi for dem. Det var sjelden fastlegene opplevde at de var uenige med det som sykehuset hadde bedt dem om å følge opp. De

syntes ofte det var ganske greie faglige føringer på oppfølgingen som var skissert. Fastlegene nevnte eksempler på noen situasjoner hvor de opplevde at deres autonomi var redusert. For eksempel kan det å bestille sideutredninger og annet som det var funnet indikasjon for andre steder, ses på som en reduksjon av fastlegen til sekretær. I tillegg handlet det om at fastlegen kan være uenig i oppfølgingen som sykehuslegen har skissert. Fastlegen gjorde da undersøkelser eller tok prøver som de kanskje selv synes var unødvendig. Dette var imidlertid avhengig av hvordan sykehuslegen hadde formulert seg; var det som et råd som fastlegen kunne velge å følge, eller en «bestilling» og noe som ga forventning hos pasienten om en undersøkelse. En noe redusert autonomi kan ses som en pris som fastlegene betaler for økt samhandling.

Det ble kommentert at sykehusets oppfølging ofte sluttet ved utskrivning. Våre informanter, som da ikke omfatter sykehusansatte, ga ingen indikasjoner på at man på sykehuset har blitt mer helhetsorienterte enn før, med unntak av kreftbehandlingen som ble fremhevet for gode forløp.

I oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter som sendes rett hjem til oppfølging fra hjemmetjenesten, er det hjemmetjenesten som sitter med kortene på hånda, i og med at kommunikasjonen (de elektroniske meldingene) går fra sykehus til hjemmetjenesten. Fra hjemmetjenestens side oppfattet de at de ofte blir alene om ansvaret når pasienten skrives ut, at fastlegen er utmeldt av samhandlingen og at fastlegene ikke foretar seg noe etter utskrivning hvis de ikke får beskjed om det fra hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten kan imidlertid vanskelig kontrollere at pasienten er ferdigbehandlet, og her savnet de fastlegens medvirkning. Inntrykket er at det er hjemmetjenesten, og i mindre grad fastlegen, som tar et helhetlig ansvar for utskrivningsklare pasienter.

Fastlegene synes altså generelt ikke å være mer på banen etter Samhandlingsreformen, og henholdsvis sykehuslegene og hjemmetjenesten legger mye av premissene for samhandlingen.

Dempede forventninger til reformeffekter

Vi vil trekke frem to forhold som vi i utgangspunktet tenker demper forventningene til at Samhandlingsreformen skal endre fastlegenes medvirkning og samhandling. Det første forholdet er mangel på virkemidler i reformen som er rettet mot fastlegene. Det andre er teorier om sterke profesjoner.

Samhandlingsreformen er en retningsreform, med juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige virkemidler for å nå målene. En retningsreform peker på i hvilken retning helsevesenet skal endres. Virkemidler som er rettet direkte mot fastlegene og deres medvirkning og samhandling, er i hovedsak juridiske (fastlegeforskriften). Dette kan ses

på som svake virkemidler sammenlignet med for eksempel de økonomiske virkemidlene som er rettet mot kommunene i form av betaling for overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Det er riktignok forskriftsfestet at kommunene skal sørge for god integrering av fastlegetjenesten og legge til rette for samarbeid mellom den og henholdsvis andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Vi kan imidlertid ikke forvente at fastlegene på egen hånd skal oppdage hvordan de skal bli mer integrert i kommunens helsetjeneste. For å få til en endring her, kreves det virkemidler. Videre er det ønsket at man i kommunene skal legge større vekt på forebyggende helsearbeid, og særlig i forhold til pasienter med kroniske sykdommer.

Friedson (1994) peker på behovet sterke profesjoner som eksempelvis leger har, for å ha kontroll over utøvelsen av sin profesjon og selv sette grenser for hva de skal gjøre og hvordan standarden for det de gjør skal vurderes. Dette kan være et forhold som hindrer integreringen av fastlegene i den kommunale organisasjonen. Erfaringer fra Danmark og Canada viser at det er en stor utfordring å skulle endre fastlegers praksis til mer medvirkning og mindre autonomi (Waldorff & Reay 2011). Det at fastleger skal endre sin rolleidentitet⁹ kan ses på som særlig vanskelig all den tid det er etablerte praksiser og rutiner som hviler på gjensidige forventninger til og interaksjoner med mange andre aktører (Reay et al. 2016). En kanadisk studie (ibid.) viser at legers profesjonsrolle kan endres gjennom kollektiv innsats fra andre, sammen med legene. For det andre at ulike typer relasjonelle rom kan fasilitere den sosiale interaksjonen.

⁹ Profesjonell rolleidentitet = hvordan man definerer seg selv gjennom arbeidet man gjør.

5 UTVIKLING I AVVIKSRAPPORTERINGEN

I dette kapitlet presenteres først data fra årene 2014-2016, som viser en økning i antallet rapporterte avvik fra helseforetakene i Nord-Norge. Videre beskrives hvordan man har ulike tilnærminger til rapportering av avvik fra tjenesteavtale 5, både mellom kommuner og innad i samme kommune.

5.1 Data om avviksrapportering

Tabell 3 er basert på registreringer i de fire helseforetakene av rapporterte avvik fra tjenesteavtale 5¹⁰. Tallene er ikke direkte sammenlignbare fordi avvik bearbeides og rapporteres på ulik måte i helseforetakene. Til tross for disse ulikhetene, gir tallene en indikasjon om at antall rapporterte samhandlingsavvik har økt fra 2014 til 2016 i Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF. Når det gjelder UNN HF viser tabellen en klar økning fra 2014 til 2015. For 2016 har vi bare tall ut august fra UNN HF.

Tabell 3: Antall samhandlingsavvik fra tjenesteavtale 5 rapportert fra kommuner til helseforetak og vice versa i perioden 2014-2016.

	2014	2015	2016
Fra kommuner til Helgelandssykehuset HF	45	45	65
Fra Helgelandssykehuset HF til kommuner	3	6	29
Fra kommuner til Nordlandssykehuset HF	118	206	364
Fra Nordlandssykehuset HF til kommuner	31	33	40
Fra kommuner til UNN HF	344 ¹	409 ²	200 ^{3,4}
Fra UNN HF til kommuner	12	42	40 ⁴
Finnmarkssykehuset HF – hendelsessted sykehus	75	63	76
Finnmarkssykehuset HF – hendelsessted kommune	12	9	30
Finnmarkssykehuset HF – hendelsessted ukjent			9

¹ 174 fakturainnsigelser, ² 154 fakturainnsigelser, ³ 77 fakturainnsigelser

⁴ Tall per 1.9.2016

Årsaker som helseforetakene har registrert, til at kommuner rapporterer samhandlingsavvik, kan i hovedsak grupperes i kategoriene: manglende epikrise, manglende medisiner/resepter ved utskrivning, manglende opplysninger om pasienten, ikke gitt beskjed om hjemsendelse til kommunen, lovnader gitt fra helseforetaket på vegne av kommunen og feilsendte meldinger. Det er imidlertid ingen enhetlig

¹⁰ For Finnmarkssykehuset HF, UNN HF og Helgelandssykehuset er dette dokumenter vi har fått fra samhandlingskoordinatorene. For Nordlandssykehuset er tallene hentet fra saksdokumenter til OSU-møter.

kategorisering av ulike typer samhandlingsavvik helseforetakene imellom. Noen helseforetak inkluderer fakturainnsigelser som avvik, mens andre ikke gjør det.

Årsaker til at helseforetakene melder avvik til kommunene faller i hovedsak i følgende kategorier: for dårlig oppfølging etter utskrivelse, for dårlige helseopplysninger fra kommunen og mangler/feil i medisinliste fra primærlege/legevakt.

Kommunene fører ikke tilsvarende statistikk om sin rapportering av samhandlingsavvik. Men informantenes opplysninger om hva de melder avvik om, sammenfaller med de registreringene som helseforetakene har gjort. Informantene vi har snakket med fortalte enten om at antall avvik lå på omtrent samme nivå som før, eller om at antall avvik var blitt redusert. Sistnevnte situasjon ble i hovedsak formidlet fra de største kommunene i Nordland og Finnmark. De som der har hovedansvaret for å melde avvik fra kommunen, opplevde at det er blitt færre avvik med årene, men at det fortsatt skjer for mange avvik.

Både kommuneinformantene og den skriftlige omtalen av avviksstatistikene fra helseforetakene forteller om underrapportering av samhandlingsavvik. Det skjer samhandlingsavvik som kommunene i henhold til tjenesteavtale 5 burde rapportert men ikke rapporterer til helseforetakene og vice versa. Det er med andre ord toppen av isfjellet som synliggjøres gjennom avviksmeldingssystemet.

5.2 Trekk ved rapporteringen av samhandlingsavvik fra kommunene
Både mellom kommunene og innad i kommuner fant vi ulike tilnærminger til rapportering av samhandlingsavvik.

Hovedansvaret for melding av samhandlingsavvik fra kommunen og mottaket av responsen på slike avvik lå i de store kommunene vi har undersøkt enten i et tildelingskontor for kommunale helse- og omsorgstjenester eller hos en samhandlingskoordinator. Hos de små kommunene lå dette ansvaret hos en leder i pleie- og omsorgsavdelingen. Samhandlingsavvik som avdekkes ute i organisasjonen, skal som hovedregel rapporteres til disse enhetene/koordinatorne og formidles videre derfra til helseforetaket. Særlig i de største kommunene var den rådende intensjonen på dette nivået at alle samhandlingsavvik skal rapporteres fordi dette gir grunnlaget for læring og reduksjon av slike avvik. De store kommunene prioriterer i noen grad ressurser til dette arbeidet som gjør at kjente samhandlingsavvik faktisk meldes. En informant fra en av disse kommunene fortalte at de har jobbet mye med å følge opp utskrivningsklare pasienter og avdekke samhandlingsavvik knyttet til dem, særlig i hjemmetjenesten. Her er det utarbeidet egne sjekklister for å følge opp at tjenesteavtale 5 etterleves. Alle utskrivningsklare pasienter som skrives hjem skal innen tre dager ha besøk av en

sykepleier som skal sjekke at epikrisen og oppdatert medikamentliste er på plass. I en annen stor kommune meldes det sjelden avvik fra hjemmetjenesten, fordi de ikke har tid.

I de mindre kommunene var tildelingslederne imidlertid samstemt om at langt fra alle avvik fra tjenesteavtale 5 blir rapportert til helseforetaket. De prioriterer å rapportere de mest alvorlige avvikene; det vil si «*store ting som går utover pasientene*». Det de oppfatter som mindre alvorlige avvik ordner de opp i per telefon. Følgene utsagn er illustrerende:

«Eksempel på avvik som ikke meldes: mangelfulle opplysninger når de kommer til oss, at det ikke er sendt med nødvendige medisiner, at det er medisiner som må bestilles, det med hjelpemidler er ukentlig i hvert fall flere ganger i måneden. Vi skal så godt som mulig lukke avvikene selv, og gjør det. Det burde skrives i pasientjournalen. Men vi bruker ikke tid på å sende slike avvik til UNN.»

Noen av informantene på tildelingsledernivået var svært opptatt av å gi helseforetakene tilbakemelding i form av en avviksmelding når de opplevde brudd på taushetsplikten. Dette gjaldt tilfeller hvor de mottok meldinger med pasientopplysninger som var sendt til feil kommune, eller fikk meldinger om hjelpebehov hos pasienter som i realiteten ikke hadde noe hjelpebehov, og som ikke selv var informert om at opplysningene om hjelpebehov ble gitt til kommunen. Det var imidlertid ikke alle som syntes det var viktig å melde avvik dersom de fikk meldinger om pasienter som ikke var mulig å identifisere, eller som ikke var hjemmehørende i kommunen, noe følgende uttalelse illustrerer:

«Vi får meldinger på pasienter som det ikke er navn på, ikke sant. Og det skal ikke vi ha. Og da er det jo et ork å sende tilbakemelding til sykehuset bestandig. Og noen pasienter i fra andre kommuner ikke sant, skal vi heller ikke ha. Så vi bare sender de ut i cyber'n. Altså vi bare ferdigbehandler de og da blir de liggende ute i, ingen som, men sykehuset burde jo hatt tilbakemelding da. På at nå har de sendt feil, melding om feil til feil kommune eller at det ikke er navn på meldingen. Da burde, men de er ikke flinke å skrive avvik på det.»

En tildelingsleder i en liten kommune forteller om kommunikasjonen med en avdelingsleder på UNN, som hadde fått en avvikssak på bordet et halvt år etter at avviksmeldingen var sendt til sykehuset. Avdelingslederen ville at kommunen skulle ringe avdelingen innen en uke etter at avvik hadde skjedd, slik at avdelingslederen kunne snakke med rette person på avdelingen og gå igjennom saken mens den var fersk. Dette ble altså oppfattet som en bedre måte å håndtere samhandlingsavvik på, enn å sende avviksmelding til et annet nivå i organisasjonen.

Når det gjelder den andre gruppen informanter, lederne i hjemmetjenesten, fant vi også forskjeller mellom kommunene. I noen av de store kommunene var lederne i hjemmetjenesten samstemte med tildelings-/samhandlingskoordinatornivået om at alle opplevde samhandlingsavvik bør meldes. De brukte tid på å motivere ansatte om å melde avvik og meldte i stor grad selv videre de avvik de ble gjort kjent med. Hovedinntrykket som informantene fra ledernivået i hjemmetjenesten ga, var imidlertid at både de og andre ansatte i hjemmetjenesten som erfarer samhandlingsavvik, ikke tar seg tid til å rapportere. De skyldte på at de mangler tid til dette arbeidet, at de syns systemet for rapportering er innviklet eller at de ikke har tro på at avviksmeldinger vil bidra til noen bedring. I praksis tar de en telefon til helseforetaket og ordner opp uten at noe av det som er samhandlingsavvik rapporteres. De er jo gjerne i en situasjon hvor de må få et svar der og da. Noen fortalte at de meldte samhandlingsavvik i starten av reformen, men opplevde at det tok minimum et halvt år før de fikk svar. Når svaret kom, hadde alle glemt hva saken dreide seg om.

Samhandlingsavvikene genererer gjerne en del ekstra arbeid for eksempel når en pasient meldes utskrivningsklar, drar hjem og er mye dårligere enn beskrevet. Medisiner er kanskje ikke klargjort i dosetter som beskrevet. Hjelpepleieren som er på vakt kan ikke håndtere situasjonen faglig forsvarlig og en sykepleier må dra ut til pasienten. Det går der og da utover tilbudet til andre pasienter og kan skape overtidsarbeid med tilhørende økte kostnader. Slike episoder blir gjerne ikke gjenstand for avviksmeldinger til helseforetakene.

Flere av informantene på ledernivå i hjemmetjenesten var tydelig på at de selv hadde et klart forbedringspotensial med hensyn til å bidra til at avviksmeldinger blir sendt fra kommunen til helseforetaket, noe følgende fortelling illustrere:

«Jeg har jo, altså jeg har gule lapper her det står samhandlingsavvik fordi at jeg skal melde det, men så har jeg ikke gjort det. Sånn at det, det er jeg dårlig på og det har jeg egentlig alltid vært dårlig på, også når jeg jobbet som sykepleier selv. Det var liksom, ja å skrive avvik det er jeg ikke så veldig god på. Men jeg burde. [...] Så et stort avvik som jeg opplevde i desember i 2015 som bare var så åpenbart, og jeg tenkte at det der må de på øre/nese/hals avdelingen få vite om. Det har jeg heller ikke gjort noe med. Og det tenker jeg på, om ikke daglig så tenker jeg på, på det. For at det er, ja det har nå sikkert med litt organiseringen av min hverdag, men jeg, nei jeg får, jeg må nok, jeg må rett og slett begynne å skrive avvik. For det er viktig form for dokumentasjon, og det hjelper ikke å ringe til avdelingen og klage til en sykepleier der på at de ikke har meldt det tidligere eller til saksbehandling, på Tildelingskontoret og tror at det skal nødvendigvis bli satt inn

riktige tiltak i forhold til det. Altså den rette veien å gå er å melde avvik. Og det er et paradoks fordi at jeg oppmuntrer jo alle her til å melde avvik til meg. Fordi at da får jeg skriftlig sant, og da er det så mye lettere å gjøre noe med det.»

Blant fastlegeinformantene var det bare én som hadde bidratt til at det ble skrevet samhandlingsavvik gjennom det formelle systemet for avviksrapportering. Informantene fortalte at fastlegene i kommunen i liten grad er informert om innholdet i tjenesteavtalene. En av fastlegeinformantene som selv har vært involvert i samhandlingsavtaleprosessen på vegne av sin kommune, sa det slik:

«Fastlegene har nok i liten grad vært involvert i utformingen av disse tjenesteavtalene. Det betyr at man ikke har noe veldig bevisst forhold til de, ikke noe eierforhold til de. Og hele konseptet med å melde avvik tror jeg er fjernt for svært mange. Slik at folk river seg i håret og kjefter i kantinen over ting de har blitt konfrontert med, men det kommer i liten grad frem til relevante organer i helseforetaket fordi at hele konseptet med avviksmeldinger er fjernt for mange. Og der har vi nok en jobb å gjøre blant fastlegene, at man får disse tingene inn på en fasong der det på en måte blir erkjent i helseforetaket. Men systemet har nok en juridisk legitimitet, mens man ikke nødvendigvis faglig føler involveringen.»

Når samhandlingsavvik oppstår, velger fastlegene å kommunisere med leger i helseforetaket på annet vis. Noen fortalte at de sender mail direkte til avdelingsoverlegen på den avdelingen det gjelder. Ander fortalte at de kommuniserer med helseforetaket gjennom henvisninger. De har hørt om at det finnes egne skjema for å melde samhandlingsavvik, men synes det blir for tungvint å bruke tid på å sette seg inn i hvordan dette fungerer. De var også usikre på nytten av en slik melding. En av fastlegene sa det slik:

«Altså hadde det ligget et avviksskjema som jeg, altså på min pult eller noe som jeg bare kunne fylt ut og klikket avgårde og som gikk til Tor Ingebrigtsen eller hvem det nå er så ...»

En fastlege fortalte om hvor vanskelig situasjonen kan være når de ikke får nødvendig pasientinformasjon via epikriser:

«Jeg kan jo tillate meg noen ganger å sende en henvisning til UNN med, hei jeg har ikke fått, pasienten, jeg gjorde det i dag, det kommer en pasient til meg på onsdag, han skal snakke om at de har gitt han beskjed om at han har kreft. Han gruer seg til operasjonen. Hva skal dere gjøre? Jeg vet ikke at han har kreft. Jeg har henvist han for at jeg har funnet noe som jeg tror er kreft, jeg vet ikke at han

har det. Hvor han har det. Hva skal dere gjøre? Hva er prognosen? Skal det behandles? Når tid skal han inn? Vær vennlig å sende epikrise. Pasienten er utskrivet for tre uker siden, han kommer til meg i morgen, nei på onsdag neste uke. Han har hjemmetjeneste. [...] Ærede kolleger og god helg. Ja, for da må man være litt sånn taktfull. Og det kan jeg gjøre til sykehuset og det er ikke meningen å smekke dem på fingrene, men det er jo bare en slags, husk på, jeg trenger noe info her.»

I noen tilfeller har helseforetak sendt melding om samhandlingsavvik til kommunene. Dette er meldinger som mottas og håndteres av tildelings-/samhandlingskoordinatornivået. De som hadde opplevd å få slike meldinger, fortalte at det var nyttig og at de hadde lært mye av tilbakemeldingen. En av informantene sa det slik:

«Det er jo den viktigste forbedringsarenaen man kan ha, det er jo at avvik ble skrevet både på spesialisthelsetjenesten og oss, og så, og så at man kan gå gjennom dem og finne løsninger. Det er jo, det er jo holdt på å si, den aller, aller viktigste måten å forbedre samhandlingen på.»

5.3 Bidrar avvikshåndteringen til forbedringer?

Tildelingslederne i de store kommunene som er konsekvente med å melde samhandlingsavvik, opplever at de får tilbakemelding om hva helseforetaket har kommet fram til når det gjelder meldte avvik og at antall samhandlingsavvik i noen grad er redusert med tiden. I de øvrige kommunene var oppfatningen om resultatene av avviksmeldingene mer blandet, noe følgende sitat illustrerer:

«Noen ganger har jeg kjent at det har vært viktig å sende avviksmelding, sykehuset har faktisk oppfattet at, oj, vi har ikke tenkt på det på den måten. At det var et problem for kommunen. Og da synes jeg det kan være hensiktsmessig. Men som regel så synes jeg at å skrive avviksmelding er litt sånn, litt trøstesløst da for jeg vet, jeg klarer ikke helt å se hvordan det blir håndtert.»

Flere informanter fortalte om at det var blitt kortere behandlingstid på innmeldte samhandlingsavvik. En informant fortalte imidlertid at de bare får beskjed fra helseforetaket om at avviket er lukket. Hva det i praksis betyr, var uklart for henne. En annen informant fortalte:

«Vi får jo presentert statistikker på hvor mange, hvor mange avviksmeldinger som blir skrevet og sånn. [...] en gang i året får man den statistikken. Men ellers så er det, så er det dårlig med tilbakemeldinger på de avvikene.»

En informant trakk fram at meldinger om samhandlingsavvik ble tatt opp på samhandlingsmøter mellom helseforetak og kommuner. Men at det ofte var veldig dårlig oppmøte på disse møtene fra kommunenes side.

6 NÅR SAMHANDLINGEN SVIKTER: INNSPILL TIL FORBEDRINGER

Utgangspunktet for denne studien var å finne ut hvilke endringer som skjer og har skjedd etter innføringen av Samhandlingsreformen, for det første når det gjelder oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter med fokus på fastlegens medvirkning og samhandling, og for det andre når det gjelder håndteringen av samhandlingsavvik.

Fastlegene og hjemmetjenesten er opptatt av ulike sider ved samhandlingen om utskrivningsklare pasienter. Mens fastlegenes interesse er fokusert om den medisinske oppfølgingen, er pleie- og omsorgstjenesten mest opptatt av at de trenger (bedre) funksjonsbeskrivelser fra sykehusene for de utskrivningsklare pasientene, for å kunne planlegge og tilrettelegge for pasienten i eget hjem.

Siden denne studien omfatter intervjuer med fastleger og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommuner, er de fleste forbedringsinnspillene rettet fra kommunen og mot spesialisthelsetjenesten, og ikke omvendt.

Fastlegenes oppfølging av utskrivningsklare pasienter

Alle samhandlingsavtalene i Helse Nord-området påpeker at samhandling med fastlegene er av avgjørende betydning. Men fastlegenes medvirkning til oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter synes ikke å ha endret seg i særlig grad etter innføringen av Samhandlingsreformen. De har ikke kommet nevneverdig mer på banen. En hovedgrunn til dette er sene og/eller manglende startinformasjon til fastlegene i form av epikriser. Dette er ikke noe nytt tema, og praksiskonsulenter har pekt på problemstillingen i mange år allerede (Ringberg 2005). Data fra 2016 om epikriser som nasjonal kvalitetsindikator viser at det er i Helse Nord-området man er seinest med å sende ut epikrise; 35 prosent av epikrisene ble sendt innen en dag, og 73 prosent av epikrisene ble sendt innen sju dager (Direktoratet for e-helse 2016). Nordlandssykehuset ligger lavest av alle helseforetakene i landet på denne lista, og UNN ligger også svært lavt.

I de tilfeller hvor det skal være en medisinsk oppfølging av pasienten i regi av fastlegen, og spesielt i tilfeller der det haster, eller den medisinske tilstanden er alvorlig, er problemet størst med hensyn til manglende mottatt epikrise hos fastlegen på utskrivningsdagen.

Det synes å være en asymmetri i forholdet mellom de to legegruppene, som legger begrensninger på hva fastlegene velger å si ifra om. Fastlegene er avhengige av å ha en god tone i forhold til sykehuslegene. Det er ingen forhold som tilsier at ikke denne

asymmetrien vil vedvare. Det er spesialistene som har ansvar for utskrivningen og bestemmer tidspunktet for utskrivning. Spesialistene må ses på som nøkkelen til en god samhandling. Det hviler dermed et stort ansvar på "den mektigste" parten til å bidra til en god medisinsk oppfølging av pasienten når denne er utskrevet.

Sene epikriser er ikke nødvendigvis et uttrykk for et kapasitetsproblem, men kan også ses på som et kulturproblem, hvis situasjonen er slik at man "alltid" er forsinket i epikriseskrivingen. Det finnes avdelinger som håndterer epikriseskrivingen på gode måter, for eksempel med fokus på at ansvaret for epikriseskrivingen plasseres den dagen pasienten legges inn. **En bedre samhandling vil innebære å sende epikrise samtidig som pasienten skrives ut, eller ta kontakt med fastlegen i de tilfeller man vet at epikrisen er forsinket men hvor det er nødvendig at fastlegen får informasjon.**

I følge flere av våre respondenter blir turnuslegene ofte satt til å skrive epikriser. Disse har ikke vært i turnus i kommunehelsetjenesten enda, og kan ha veldig dårlig kjennskap til kommunehelsetjenesten inkludert fastlegekontorer og pleie- og omsorgstjenesten, i tillegg til dårlig kjennskap til lokale forhold som for eksempel avstand og på hvilke steder det finnes apotek. Vårt innspill er at **turnuslegene har et opplagt større veiledningsbehov i epikriseskriving enn man i utgangspunktet kanskje har tenkt, og dette veiledningsbehovet må møtes for å oppnå bedre samhandling mellom sykehus og kommune.**

Håndtering av samhandlingsavvik

Avvikshåndteringen i kommunene preges foreløpig av ulik praksis, og det ser ut til å være en viss forskjell på store og små kommuner, i hvert fall når det gjelder ledelsens holdninger. I de fleste største kommunene, men ikke alle, var den rådende intensjonen blant tildelingsledere at alle samhandlingsavvik skal rapporteres fordi dette gir grunnlaget for læring og reduksjon av slike avvik. Noen store kommuner prioriterer ressurser til dette arbeidet, andre gjør ikke det. Hvor stor del av avvikene som rapporteres, har vi ingen holdepunkter for å si noe om. I de små kommunene var tildelingslederne imidlertid samstemt om at kun de mest alvorlige avvikene fra Tjenesteavtale 5 blir rapportert til helseforetaket.

Vårt inntrykk fra intervjuene er at håndteringen av avvik fra Tjenesteavtale 5 (samhandlingsavtalen) virker halvhjertet. Dette systemet ser ikke ut til å fungere i praksis. Mange av sakene til grunn for avviksrapporteringen må løses der og da, med rette avdeling på sykehuset som adressat.

Vi har beskrevet eksempler på at fastlegene finner egne måter å "melde avvik" på, enten det er ved å ta det ut gjennom å kjeft i kantina, eller ved høflig å gjøre rette avdeling på sykehuset oppmerksom på blunderen i en skriftlig henvendelse sendt i et henvisningsformat.

Likeledes har vi hørt eksempler på at sykepleiere i hjemmetjenesten også "melder avvik" ved at de gjør en oppklarende henvendelse til rette avdeling på sykehuset, eller at de ringer avdelingen og forteller om avviket kort tid etter at det har skjedd, mer eller mindre i forståelse med sykehusavdelingen.

Vi stiller spørsmål ved at løsningen av problemer med sviktende samhandling som oppstår i kjølvannet av Tjenesteavtale 5, forsinkes og "flyttes ut" fra avdelingen hvor avviket skjer, fordi det skal løses gjennom systemet med skriftlig rapportering av samhandlingsavvik. Ved å si at løsningen på sviktende samhandling = et system for avvikshåndtering, blir avvikssakene anonymisert, og behandlingen av sakene flyttes ut fra avdelingen hvor den sviktende samhandlingen foregikk, og til samhandlingsavdelingene på sykehusene. Respondentene våre forteller at det tar lang tid (gjerne et halvt år) før det kommer svar til kommunene. Svarene oppfattes ofte som generelle, for eksempel "*at avviket er lukket*", og slike svar motiverer ikke til å melde avvik. **Vi tror man vil være tjent med å vurdere andre måter å løse sviktende samhandling enn den gjeldende avvikshåndteringen, hvor håndteringen bør flyttes nærmere der svikten har skjedd - både i tid og rom.**

LITTERATUR

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS 2014/382. IRIS og NSDM.

Abelsen B, Gaski M. Samhandlingsreformen: Om utskrivningsklare pasienter og kommunenes håndtering av avvik fra forpliktende tjenesteavtale. *Kommunerevisoren* 2016: 16-20.

Agenda Kaupang. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport 2016.

Andresen JF, Kittelsen J. (2007). Internkontroll og fag – spiller de på samme lag? Masteroppgave, Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Oslo: Universitetet i Oslo

Brandstorp H. Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning. Doktorgradsavhandling. ISM skriftserie nr.175. Helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges arktiske universitet.

Brattheim BJ, Hellesø R. Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning* 2016 11 (1): 26-33
<https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskrivning-av-pasienter-fra-sykehus>

Danielsen BV, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning* 2010; 5: 1: 28-34.

Direktoratet for e-helse. Utsendelse av epikrise i somatisk helsetjeneste. 2. kvartal 2016.
[https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-\(epikrise\)-sendt-innen-syv-dager](https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-(epikrise)-sendt-innen-syv-dager)

Friedson E. *Professionalism Reborn*. Chicago: University of Chicago Press. 1994.

Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Human Factors*, 2003. 45: 173–85.

Gaski M, Abelsen B. Forsterket legetjeneste i kommunene. Virkninger for kommunene av ny fastlegeforskrift. *Norut Alta rapport* nr.8 2013.

Gautun H, Martens CT, Veenstra M Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivningsklare pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2016 nr 2: 88-94.

Gittell JH. Coordinating mechanisms in care provider groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science* 2002 vol. 48, No. 11: 1408-1426.

Hansen GS, Helgesen MK, Holmen AKT. Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen- forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 2014, 2: 109-130.

Hals K. Statusrapport. Samhandlingsreformens implementeringsfase. Kommunale samarbeidsgrupper i avtaleinngåelser med helseforetakene. Oslo: Universitetet i Oslo. 2012.

Helse Nord RHF. Tilsyn med samhandling og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen 2015.

Holmboe O, Bjertnæs OA. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. PasOpp-rapport nr. 147 – 2016.

Holmen AKT. Endrede styringsregimer = endring i lederroller. *MAGMA*, 2016, 2: 34-39.

Høyer KL. Hvad er teori og hvordan forholder teori sig til metode? I Vallgård S og Koch L red., *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4 utg. København Munksgaard. 2012: 17-41.

Iversen T, Øien H og Schou A. Fastlegene i samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2016 nr 2: 107-116.

Kassah BLL, Tingvoll WA, Dreyer Fredriksen ST. Samhandling–sykepleieledere og bestiller-utførerenhet. *Geriatrisk sykepleie* 2014; 3:26–33.

Kassah BLL, Tønnesen S. Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2016 nr. 4: 342-358.

Keast R, Brown K, & Mandell M. 2007, "Getting the Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies", *International Public Management Journal*, 10:1: 9-33.

Kirchhoff, R, Bøyum-Folkeseth L, Gjerde I, Aarseth T. Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2016 (2): 95-106

Kirchhoff R, Ljunggren B. Aspects of Equality in Mandatory Partnerships - From the Perspective of Municipal Care in Norway. *International Journal of Integrated Care* 2016; Volum 16 (2): 1-8.

Langørgen AG, Laue A, Tande RM, Bondevik GT. Kommunikasjon og samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten – erfaringer og ønsker blant fastleger og sykehusleger. *Utposten* 2016 nr 7.

Ljunggren B, Haugset AS, Solbakk N. Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013. Trondheim: Trøndelag forskning og utvikling. Arbeidsnotat 2014;2.

Martens CT, Veenstra M. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Frå dialog til avviksmelding. NOVA rapport 9/15. Oslo: NOVA, 2015.

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.

Reay T, Goodrick E, Waldorff SB, Casebeer A. Getting leopards to change their spots: co-creating a new professional role-identity. *Academy of Management Journal*. *published ahead of print April 22, 2016*.

Ringberg U. Praksiskonsulenter på Sommarøya. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2005; 125: 2405.

Romøren M, Pedersen R, Førde R. En pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger. *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 3 2017, 137: 193-7.

Sexton JB, Thomas EJ, and Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 2000. 320: 745–49

Statens helsetilsyn. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Tingvoll WA, Sæterstrand T, Fredriksen ST. Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederes erfaringer om utskrivning av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden* 2010; 30: 29-33.

Trondheim kommunerevisjon (2014). Samhandlingsreformen. Rapport 15/2014-F.
Trondheim: Trondheim kommune.

Ulvund I, Rokstad A-M R og Vatne S. Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst.
Sykepleien forskning 2016 DOI:10.4220/Sykepleienf.2016.58904

Waldorff SB, Reay T. Collaborative innovation in health care: The case of family
physicians. Working paper No: 6/2011. The 2nd ABC-workshop, Boston, September 2011.
www.ruc.dek/CLIPS.

Williksen RM, Bringedal KH, Snåre M, Hall TA. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og
helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og
helseforetak. Oslo: Deloitte AS. 2014

VEDLEGG

Vedlegg 1: Temaliste for samtaler med samhandlingslederne

Vår del av evalueringen av Samhandlingsreformen i Nord-Norge fokuserer på fastlegenes rolle og på avvik fra samhandlingsavtalen om utskrivningsklare pasienter/avvikshåndtering. Innledningsvis ønsker vi å snakke med samhandlingskoordinatorerne i helseforetakene om punktene under:

- Oppdatering på hva som har skjedd og skjer i sykehuset mht samhandling om utskrivningsklare pasienter
- Oppdatering på hva som har skjedd og skjer i sykehuset mht behandlingen av avvik fra samhandlingsavtalen om utskrivningsklare pasienter
- Om graderingen av avvik (alvorlighetsgrad)
- Om eventuell underrapportering av avvik
- Dialog med fastleger: UNN har opprettet et fastlegeråd under OSO - finnes det planer om tilsvarende i ditt helseforetak? Eller andre tiltak?

Videre håper vi at du etter samtalen kan skaffe oss data om avvik fra samhandlingsavtalen om utskrivningsklare pasienter for årene fra 2013 og frem til i dag.

Vedlegg 2: Intervjuguider for intervjuer i kommunene

A Leder av enhet i hjemmebaserte tjenester

1 Når begynte du å arbeide i hjemmesykepleien?

2 Kan du fortelle om hjemmebaserte tjenester i kommunen (antall brukere, type, personell)?

3 Kan du fortelle om utskrivninger av pasienter fra spesialisthelsetjenesten som trenger oppfølging fra hjemmesykepleien etterpå; omfang, typer?

4 Kan du beskrive din rolle og medvirkning når pasienter legges inn og når de skrives ut fra sykehus og direkte hjem, til oppfølging fra hjemmesykepleien?

5 Hva er de største utfordringene sett fra din side med hensyn til primærhelsetjenestens oppfølging og behandling av utskrivningsklare pasienter?

6 Hvis du trenger å konsultere sykehuset etter utskrivning; hvordan gjøres det?

7 Hva består fastlegenes medvirkning av når det gjelder oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter som sendes rett hjem?

8 Hvordan kommuniserer hjemmesykepleien med fastlegene? Formelt og uformelt

9 Kommunen og helseforetaket har inngått tjenesteavtale 5 om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Har du noen erfaring med avvik fra denne samarbeidsavtalen?

B Fastleger

1 Når begynte du som fastlege?

2 Om listelengde/kapasitet

3 Innleggelser i spesialisthelsetjenesten fra din liste som trenger oppfølging fra PLO etterpå, hvor ofte, typer?

4 På hvilke måter medvirker fastlegen i oppfølgingen av de utskrivningsklare pasientene som sendes rett hjem?

5 Opplever du at takstene er tilpasset en god medisinsk oppfølging av utskrivningsklare pasienter?

6 Hva er de største utfordringene sett fra din side med hensyn til primærhelsetjenestens oppfølging og behandling av pasienter som er meldt utskrivningsklare?

7 Hva er de største utfordringene for deg med hensyn til oppfølging og behandling av utskrivningsklare pasienter?

8 Hvordan kommuniserer fastlegene med hjemmesykepleien om pasienter som meldes utskrivningsklare fra sykehus? Formelt og uformelt

9 Hvilke elektroniske meldinger om innleggelser i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten går til fastlegen, og når i prosessen skjer det?

10 Hvis du trenger å konsultere sykehuset etter utskrivning; hvordan fungerer det?

11 Har Samhandlingsreformen ført til redusert autonomi for deg i håndteringen av utskrivningsklare pasienter?

12 Kommunen og helseforetaket har inngått tjenesteavtale 5 om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Har du noen erfaring mht dine egne pasienter som gjelder avvik fra samarbeidsavtalen om utskrivning fra sykehus?

Spørsmål til fastleger som også sitter i fastlegerådet oppnevnt av UNN sitt OSO

- Hvilke saker har dere behandlet?
- Hvem har satt sakene på dagsorden?
- Hvordan er prosessen?
- Får dere gjennomslag?
- Tanker om hvilken betydning rådet har/vil komme til å ha?
- Hvordan kommuniserer medlemmene i fastlegerådet med øvrige fastleger?

C Samhandlingskoordinator eller lignende

Samhandlingskoordinator (i store kommuner) og tilsvarende medarbeidere (i mindre kommuner) som har førstehånds kjennskap til prosessen rundt utskrivning

1 Kan du fortelle om jobben din (innhold, arbeidsoppgaver, hvor lenge du har vært i jobben)?

2 Kan du fortelle om utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten som trenger oppfølging fra hjemmesykepleien etterpå, omfang, typer?

3 Hva er de største utfordringene sett fra din side med hensyn til primærhelsetjenestens oppfølging og behandling av utskrivningsklare pasienter?

4 Hvis du trenger å konsultere sykehuset etter utskrivning; hvordan foregår det?

5 Hvordan oppfatter du at fastlegen medvirker i oppfølgingen av utskrivningsklare pasienter som sendes rett hjem?

6 Kommuniserer du noen gang direkte med fastlegene (formelt eller uformelt) med hensyn til utskrivning fra sykehus?

7 Har du noen erfaring med avvik fra tjenesteavtale 5 om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning?

8 Har praksisen rundt utskrivningsklare pasienter endret seg siden 2012?