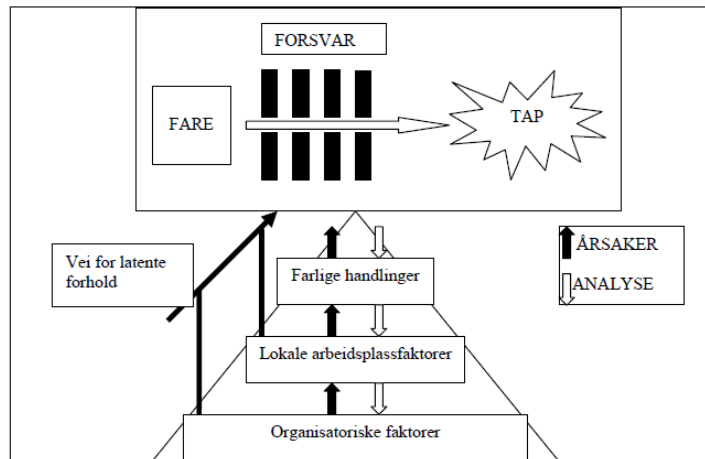


Utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen

- Skaper vi nye grenseflater med risiko for svikt?



**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

MSAMAS

SEMESTER: Vår 2013

FORFATTER: Heidi Fugli

VEILEDER: Geir Sverre Braut

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

**Utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen
-skaper vi nye grenseflater med risiko for svikt?**

**EMNEORD/STIKKORD: Risikoforståelse, sikkerhetsstyring, sikkerhetskultur,
pasientsikkerhet, forsvarlige tjenester, internkontroll, samhandlingsreformen,
samarbeidsavtaler**

SIDETALL: 96 totalt

**STAVANGER12.juni 2013.....
DATO/ÅR**

Forord

Etter flere års deltidsstudier, utgjør denne oppgaven nå slutten på mitt masterstudium i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Det startet med at jeg fikk tildelt arbeidsoppgaver innenfor helsemessig- og sosial beredskap hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og meldte meg på et kurs i risiko og samfunnssikkerhet ved Norsk utdanningscenter for samfunnssikkerhet og beredskap (NUSB). Et stimulerende miljø, samt forelesninger av høy kvalitet ga meg inspirasjon til videre studier. Det har vært noen lærerike år. Jeg ønsker å takke ledelsen ved Fylkesmannens helseavdeling for positiv innstilling, bistand og tilrettelegging, noe som har bidratt til å gjøre dette mulig for meg ved siden av ordinært arbeid. Mye av kunnskapen oppleves som direkte anvendbar i mitt daglige arbeid på helseavdelingen.

Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerik og krevende. Takket være min kunnskapsrike og engasjerende veileder Geir Sverre Braut i Statens helsetilsyn, har jeg gjennom kreativ bistand fått motivasjon til å gjennomføre dette arbeidet. Jeg ønsker også å takke ressurspersonene fra kommuner og helseforetak, som gjennom samtaler, velvillig har bidratt med viktig informasjon om samarbeidsavtalene. Videre ønsker jeg å takke flere av mine kollegaer for faglige diskusjoner og samtaler om emnet. En spesiell takk til Tone Løken som med sin erfaring, har tilført meg ”fersk” kunnskap på samhandlingsområdet.

Oslo, 12. juni 2013

Heidi Fugli

Sammendrag

Samhandlingsreformen ble lansert i St. Meld. nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Formålet med reformen er å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og mest mulig tilpasset den enkelte bruker. Reformen startet offisielt 1. januar 2012, med to nye lover og tretten nye eller reviderte forskrifter, i tillegg til flere økonomiske og faglige virkemidler.

For å sikre sammenhengende og helhetlige tjenester er det lovfestet at kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Denne studien ønsker, i et sikkerhetsteoretisk perspektiv å belyse, hvilken betydning de lovpålagte samarbeidsavtalene har for økt pasientsikkerhet, ved forflytning av pasienter mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. Sikkerhetsperspektivet er blant annet belyst gjennom Avens (2006) teori om sikkerhetsstyring, med forankring i hans modell for sikkerhetsstyring gjengitt i kapittel 2.2.

Det er tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

Utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen

- reformen har økt pasientsikkerhet som et av sine mål, hvordan bidrar samarbeidsavtalene til dette?
- innfører vi nye grenseflater med risiko for svikt?

For å kunne gi svar på problemstillingene, er følgende forskningsspørsmål utviklet:

- Er det mulig å finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene?
- Hvordan fremkommer fokus på pasientsikkerhet gjennom avtalene?
- Hvordan er kravet om faglig forsvarlig virksomhet operasjonalisert i avtalene, gjennom internkontrollen?

Studien er gjennomført med dokumentanalyse som metode, i et kvalitativt design.

Dokumentanalysen omfatter alle de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak i Helse Sør-Øst. Samarbeidsavtalene som har vært gjenstand for analyse er knyttet til åtte helseforetak, eid av Helse Sør-Øst, og alle de 172 kommunene i de fylkene som

Helse Sør-Øst omfatter. Dette utgjør mer enn halvparten av landets befolkning. Rammeverk for analysen er hentet fra lover med forarbeider, forskrifter og nasjonale veiledere.

Svaret på forskningsspørsmålet om risikovurderinger, er nei! Det har ikke vært mulig å finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for avtalene.

Fokus på pasientsikkerhet fremkommer gjennom selve avtalene, med underliggende prosedyrer som beskriver arbeidsprosesser i detalj. Fokus på pasientsikkerhet viser seg også ved at avtalene viser til ulike tiltak igangsatt gjennom samhandlingsreformen. Det vises blant annet til utvikling av helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer og praksiskoordinatorordningen.

Svarene på det tredje forskningsspørsmålet om operasjonalisering av kravet til forsvarlig virksomhet, gjennom internkontrollen, indikerte at det ikke har vært noen selvfølge å tenke internkontroll ved avtaleinngåelse. Ingen av helseforetakene har utviklet indikatorer i internkontrollen for å fange opp svikt i grenseflatene. Felles avvikssystemer er under utvikling. Det har ikke vært mulig å se hvordan samarbeidsavtalene og kravet til systematisk styring er koblet sammen.

Med bakgrunn i svarene over kan man si at samarbeidsavtalene bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom avtalene i seg selv. Ved lovfestet krav til samarbeid, gjennom minstekrav til innhold i avtalene, gjennom krav til lederforankring, opplæring og implementering, samt gjennom tiltak initiert gjennom samhandlingsreformen, nedfelt i avtalene. Kravet til forsvarlig virksomhet forutsetter imidlertid systematisk styring, og kunnskap om egne resultat, blant annet ved at systemer for å overvåke svikt i grenseflatene utvikles og benyttes til kontinuerlig forbedringsarbeid.

Funn som kan anses å være en trussel for pasientsikkerheten, er manglende utbredelse av helhetlige informasjonsutvekslingssystemer. I følge Avens (2006) modell for sikkerhetsstyring kan dette sees på som en begrensende rammebetingelse, som hindrer virksomhetene å nå målet om økt pasientsikkerhet. Sikker informasjonsoverføring av nødvendig informasjon, i rett tid, til riktig sted/person, er vurdert til å være en forutsetning for ytelse av forsvarlig helsehjelp.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	ii
Sammendrag.....	iii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	3
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Avgrensing.....	7
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIV	10
2.1 Risikoperspektiver	10
2.2 Sikkerhetsstyring	11
2.3 Sikkerhetskultur og risikoforståelse.....	14
2.4 Pasientsikkerhet	15
2.5 Krav om forsvarlige tjenester	17
2.6 Internkontroll i sosial- og helsetjenesten	20
2.7 Krav i regelverket	23
3.0 METODE	25
3.1 Datagrunnlag.....	25
3.3 Kildekritikk.....	26
3.4 Validitet	27
3.5 Reliabilitet.....	27
3.6 Forskningsetikk.....	28
4.0 EMPIRI.....	29
4.1 Lovgrunnlaget som sikrer samarbeidsavtalene.....	29
4.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2	29
4.1.2 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e	30
4.1.3 Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenester.....	31
4.2 Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.....	34
4.3 Presentasjon av samarbeidsavtalene i Helse Sør-Øst RHF.....	36
4.3.1 Helse Sør-Øst RHF.....	37
4.3.2 Sykehuset Innlandet HF	38
4.3.3 Sykehuset i Vestfold HF.....	41
4.3.4 Akershus universitetssykehus HF.....	43
4.3.5. Oslo universitetssykehus HF	46

4.3.6.	Sykehuset Østfold HF.....	47
4.3.7.	Sykehuset Telemark HF	49
4.3.8.	Vestre Viken HF.....	51
4.3.9.	Sørlandet sykehus HF.....	52
4.4	Presentasjon av opplysninger fremkommet i samtaler	54
5.0	DRØFTING	59
5.1	Drøfting av metode(sterke og svake sider)	59
5.2	Drøfting av funn fra dokumentanalyse av samarbeidsavtalene	60
5.2.1	Risikovurderinger	62
5.2.2	Pasientsikkerhet	64
5.2.3	Styringssystemet.....	73
6.0	KONKLUSJON.....	78
6.1	Videre forskning	80
6.2	Videre forvaltingsarbeid	81
	LITTERATURLISTE.....	82
	Vedlegg 1. Samarbeidsavtalene i Helse Sør-Øst.....	87

FIGURLISTE

Figur 1 Modell for sikkerhetsstyring (Aven, 2006 s. 68).....	12
Figur 2 Modell for faser i utviklingen av og undersøkelsen av en organisatorisk ulykke (Reason, 1997 s. 18).	14
Figur 3 Sveitserostmodellen (Reason 1997 s. 12)	16
Figur 4 Kjernen i en rettslig standard (Haugland, 2012 s. 184)	18
Figur 5 Forklaringsmodell for rettslig standard (Haugland, 2012 s. 184).....	18
Figur 6 Forsvarlighetslinjen (Helsetilsynet)	19
Figur 7 Demings sirkel (Hdir 2004 s. 28).....	22
Figur 8 Definisjoner og sammenhenger mellom begreper (Helljesen, 2011)	67

1.0 INNLEDNING

”Samhandlingsreformen kan ta liv”, lyder overskriften på en artikkel i Fagbladet Sykepleien. Det fremkommer i artikkelen at geriatriprofessor Bruun Wyller (2011) frykter at de skrøpeligste eldre kan dø for tidlig ved ikke å bli lagt inn og undersøkt i sykehus. Professoren mener at samhandlingsreformen er aldersdiskriminerende. Han uttrykker som følger: ” Når ansvar og penger skal overføres fra sykehus til kommuner, må noen pasientgrupper i mindre grad legges inn. Jeg mener det skinner tydelig igjennom at det er de eldre man har i tankene” (Bruun Wyller, 2011).

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling - på rett sted - til rett tid*, står dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer i fokus. Stortingsmeldingen bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Det fremkommer at Regjeringen gjennom samhandlingsreformen, vil søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene som vil komme. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen. Det legges videre til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene (HOD, 2009).

De viktigste økonomiske virkemidlene i reformen er kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for dette er blant annet å stimulere kommunene til å vurdere bedre helseeffekt gjennom ”riktigere” bruk av sykehusene (HOD, 2009).

Det er tydelig kommunisert i stortingsmeldingen at flere skal behandles i kommunene. Bruun Wyller (2011) er av den oppfatning av at dette vil ”ramme” de eldre. Et annet spørsmål er om kommunene dimensjonert for dette? Hvordan har kommunene forberedt og planlagt for økte og mer avanserte tjenester? Man kan få en følelse av at ”kartet blir til mens man går”.

I Meld. St. nr. 10 (2012-2013) *God kvalitet - Trygge tjenester*, trekker regjeringen frem tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse, som en hovedutfordring for fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Personellet utgjør den viktigste ressursen i pleie- og

omsorgstjenesten. Tjenesten er derfor sårbar med hensyn til endringer i personelldekning og personellens kvalifikasjoner. Om lag en tredel av årsverkene i omsorgssektoren består i tillegg av personell uten helse og sosialfaglig utdanning, samtidig som brukernes behov blir stadig mer komplekse og omfattende. Det stilles dermed større krav til kompetanse (HOD, 2012).

En undersøkelse for Norsk Sykepleierforbund resulterte i følgende overskrift: *”Mer enn hver tredje kommune mangler fagkompetanse for å lykkes med samhandlingsreformen. Over 40 prosent svarer at det er størst mangel på sykepleiere”* (Østby, 2012).

Undersøkelsen ble utført blant kommunale ledere. I følge Prop. 91 L (2010-2011) påhviler ansvaret for et kvalitativt godt tjenestetilbud kommunen, og i siste instans kommunens folkevalgte ledelse. Departementet ønsker å forankre ansvaret hos kommunens øverste ledelse både for kvalitetsarbeid og for samarbeidsavtalene (HOD, 2010). Når ledelsen svarer at kompetansen ikke er tilstrekkelig, hvilke tiltak er iverksatt for å imøtekomme utfordringene? I et sikkerhetsperspektiv, kan man stille mange spørsmål. Har kommunene iverksatt noen konkret vurdering av hvor det kan oppstå svikt, som følge av mangel på sykepleiere? Har virksomhetene på bakgrunn av risikovurderinger, vurdert konsekvensene av mangel på sykepleiere? Er det satt inn tiltak for å hindre kjent risiko? Er kommunenes kompetanse og kompetansebehov kartlagt? Det vil være interessant å undersøke hvilket sikkerhetsarbeid som ligger til grunn for utarbeidelsen av samarbeidsavtalene, og se etter om dette gjenspeiler seg i avtalene.

Et annet tiltak i samhandlingsreformen er å etablere enheter som samarbeider på tvers av kommunehelsetjenesten (førstelinje) og spesialisthelsetjenesten (annenlinje), såkalt ”halvannenlinjetjeneste”, helsetjenester som opererer i grenseflaten mellom førstelinje og annenlinjetjenesten. Her skal det legges til rette for at pasienter i større grad skal behandles utenfor sykehusene av kvalifisert personell. I praksis innebærer disse nye tjenestetilbudene at det innføres tre nivåer i helsevesenet (Aase og Testad, 2010). Forfatterne skriver videre følgende: *”Den ti år gamle pasientrettighetsloven sammen med en fersk samhandlingsreform skaper utfordringer både med hensyn til økte krav til pasientinvolvering og et økt antall grenseflater for pasienten i sitt møte med helsetjenestene. Dette gir et økt behov for kartlegging og analyse av hvordan disse forholdene påvirker kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene”*.

Denne oppgaven skal ikke handle om alle virkemidlene i samhandlingsreformen, men kun belyse hvordan de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er av betydning for økt pasientsikkerhet ved forflytning av pasienter mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten.

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Samhandlingsreformen ble lansert i St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Formålet med meldingen er blant annet å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og mest mulig tilpasset den enkelte bruker (HOD, 2009).

Reformen startet offisielt 1. januar 2012 med to nye lover, 13 nye eller reviderte forskrifter og flere økonomiske og faglige virkemidler.

I følge meldingen skal bedre samarbeid mellom kommune og sykehus bidra til at pasienter og brukere opplever helhetlige og sammenhengende helsetjenester. For å sikre dette skal kommunene og sykehusene blant annet inngå samarbeidsavtaler.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler. Loven stiller også minimumskrav til innholdet i avtalene. Nasjonal veileder (2011) for utarbeidelse av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, sier blant annet at:

”Samarbeidsavtalene skal bidra til å:

- *Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.*
- *Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).*
- *Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.*
- *Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.*
- *Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.*
- *Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte”.*

I tillegg til de lovpålagte tema som skal inngå i avtalene, anbefales det å formalisere et samarbeid blant annet om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, noe som også er en lovpålagt oppgave i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 (2011). Dette utdypes i Meld. St. nr. 10 (2012-2013) hvor regjeringens helhetlige politikk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten presenteres. Regjeringens mål er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, og bedre pasientsikkerhet (uten ytterligere utdyping av begrepet) og færre uønskede hendelser.

Det vil være av interesse å se nærmere på omfanget av hvordan tiltak som skal sikre god kvalitet og pasientsikkerhet, er operasjonalisert og fremkommer i tjenesteavtalene. Det foreligger noen få studier i Norge knyttet til samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og effekter på pasientsikkerhet (Aase og Testad, 2010). En evalueringsstudie av skriftlig kommunikasjon mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, med spesielt fokus på hvem som hadde oppfølgingsansvaret, ble utført i Trondheim (Garåsen, 2008, gjengitt etter Aase 2010 s. 133.). Den viste betydelige mangler. Blant annet manglende enighet om hvilke pasienter som hadde god nytte av sykehusopphold. Aase og Testad (2010) sier videre at det er for tidlig å si noe om hva konsekvensene av en tredelt struktur i helsevesenet vil bli, både med hensyn til kvaliteten av behandlingstilbudet og for ivaretagelse av pasientsikkerhet og pasientrettigheter.

Forfatterne trekker videre frem at identifiserte kulturforskjeller mellom de ulike behandlingsnivåene også vil innebære utfordringer med hensyn til å skape felles risikoforståelse og omforente tiltak innen sikkerhetsarbeidet i samhandlingen (NOU 2005:3, gjengitt etter Aase, 2010).

At det kan oppstå problemer i grenseflater underbygges også av erfaringer og funn Statens helsetilsyn har gjort over flere år. Oppsummerte funn i tilsynsrapporter fra 2005- 2008 viser dette. Braut (2009) uttrykker at et av punktene som går igjen er: *”Der ein har grenseflater mellom forvaltningsnivå eller tjenestegreiner, må ein rekne med problem. Om ein ikkje har problem er det stort sett nokon som har vore på plass med fornuftig styringsgrep. Det tverrfaglige samspelet verkar tilfeldig og ofte personavhengig”*(Braut, 2009).

Fylkesmannen i Aust-Agder gjennomførte i 2012 et tilsyn av pasientforløp mellom Sørlandet Sykehus HF og 4 tilhørende kommuner, basert på avviksmeldinger og bekymringsmeldinger

hvor pasienter hadde vært skadelidende i forbindelse med samhandling. Etter en gjennomgang av 60 pasientjournaler var deres hovedfunn som følger: ” *System for sikker informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune, og internt i kommunene, er ikke på plass. Dette utgjør en trussel mot pasientsikkerheten. Sykehuset må sikre at epikriser skrives og sendes samme dag som pasienten utskrives. De kommunale journalsystemene er uoversiktlige. Der systemene svikter, yter helsepersonellet sitt ytterste for å kompensere. Vi fant en tjeneste “på strekk”, der mye tid gikk med til telefoner for å sikre at de hadde tilstrekkelig og korrekt informasjon*”(Syvertsen, 2013).

Et sentralt spørsmål i denne studien er om samarbeidsavtalene bidrar til å sikre at personell i de ulike behandlingsnivåene utvikler en felles oppfatning av risikoforhold og fare for svikt i tjenesten. Ulik oppfatning av hva som er forsvarlige tjenester kan ha stor betydning for pasientsikkerheten, på lik linje med manglende styring!

Den videre hensikten med oppgaven vil være å belyse, gjennom dokumentanalyse, hvordan de lovpålagte samarbeids- og tjenesteavtalene mellom kommunene og sykehusene i helseregion sør-øst, bidrar til å øke pasientsikkerheten, herunder sikre forsvarlige tjenester ved overføring av pasienter mellom behandlingsnivåene. Oppgaven vil som et ledd i dette, undersøke om det er utviklet indikatorer i virksomhetenes styringssystem som skal bidra til å fange opp svikt og avdekke sårbare områder.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i lovkravet om samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen, er det i denne oppgaven tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

Utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen

- reformen har økt pasientsikkerhet som et av sine mål, hvordan bidrar samarbeidsavtalene til dette?**
- innfører vi nye grenseflater med risiko for svikt?**

Blaikie (2010), sier at forskningsspørsmålene er et av de viktigste elementene i forskningsdesignet, de uttrykker tydeligere hva undersøkelsen ønsker å oppnå. For å kunne belyse og besvare problemstillingene er følgende tre forskningsspørsmål utviklet:

- Er det mulig å finne fram til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene?
- Hvordan fremkommer fokus på pasientsikkerhet gjennom avtalene?
- Hvordan er kravet om faglig forsvarlig virksomhet operasjonalisert i avtalene, gjennom internkontrollen? (hvilke indikatorer er for eksempel utviklet?)

Sentralt i samhandlingsreformens mål om økt pasientsikkerhet, står kravet til faglig forsvarlig tjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (2011), spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (1999) og helsepersonelloven § 4 (1999). Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av en norm (Prop. 91L (2010-2011)), jf. kap. 2.5. Oppgaven vil belyse innholdet i avtalene i forhold til en fortolkning av faglig forsvarlighet opp mot faglige normer. Funn fra dokumentanalysen vil bli drøftet i et sikkerhetsteoretisk perspektiv.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 (2011), stiller krav til hva avtalene som et minimum skal inneholde. Det fremkommer i nasjonal veileder til samarbeidsavtaler (2011), at det ved enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene eller motsatt, at overføringen skal være forsvarlig.

Partene må videre, i følge nasjonal veileder, sikre at den som skal utføre en oppgave har faglig kompetanse og nødvendige ressurser og utstyr til å utføre tiltaket (ibid.)

Krav til sikkerhet ved tjenesteytingen omfattes også av forsvarlighetskravet i følge Braut (2012). Kravet om forsvarlighet er derfor et krav om forsvarlig organisering av virksomheten. Det forutsetter at det gjennomføres organisatoriske og systemmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å oppfylle sine plikter. Virksomhetene i helse- og sosialtjenesten er pålagt gjennom internkontrollforskriften § 4 (2003), til å ha oversikt over områder med risiko for svikt (Braut, 2012).

Oppgaven vil undersøke om kommunene har gjennomført risikovurderinger av hvor det kan svikte, og om det er satt inn barrierer/tiltak for å forhindre kjent risiko, gjennom tjenesteavtalene. Det sentrale her er om virksomhetenes styringssystemer er utviklet slik at de fanger opp behovet for å overvåke forhold knyttet til faglig forsvarlig virksomhet i grenseflatene mellom de ulike nivåene.

1.3 Avgrensning

Temaet utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen kan undersøkes på en rekke områder. Denne oppgaven omfatter kun de lovpålagte samarbeidsavtalene og delavtalene som er utarbeidet, med sikte på økt pasientsikkerhet ved overføring mellom behandlingsnivåene.

Dokumentanalysen er avgrenset mot kommunale særavtaler. Studien tar kun utgangspunkt i samarbeidsavtalene som er tilgjengelige på helseforetakenes nettsider. Etter en gjennomlesning av alle avtalene og etter at jeg har dannet meg et inntrykk gjennom hvordan avtalene fremstår på nettsidene til de ulike helseforetakene, har studien blitt avgrenset ytterligere mot avtaler som er av relevans for oppgavens tema, som er risiko for svikt ved forflytning av pasienter mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten, særlig i forhold til pasienter som har behov for tjenester fra kommunens helse- og omsorgstjeneste etter utskriving fra sykehus.

Studien har fokus på hva som er gjort av analyser, risikovurderinger og tiltak i forkant, for å unngå at svikt oppstår, og hva som er satt inn av barrierer og tiltak igjennom avtalene. Tjenesteavtalene om forebygging, jordmortjenester og beredskap har ikke vært gjenstand for vurdering i denne studien.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

Risikopersepsjon: Risikopersepsjon handler om hvordan folk sosialt og kulturelt skaper sin egen risikoforståelse. Hvordan folk flest forstår, opplever og håndterer risiko og farer. Hvordan risiko oppleves og hvordan forståelse av risiko påvirker atferd (Aven, 2004).

Sikkerhetsstyring: Begrepet sikkerhetsstyring innebærer alle systematiske tiltak som iverksettes for både å oppnå og opprettholde et sikkerhetsnivå, i overensstemmelse med de mål og krav som er satt. Det kan både være knyttet til myndighetskrav og internt i organisasjonen (Aven, 2006).

Risikostyring: Er alle tiltak og aktiviteter som gjennomføres for å styre risiko. Risikostyring handler om å balansere verdiskapning og fravær av uønskede hendelser, skader og tap (Aven, 2007).

Regelverk: Regelverk er i denne oppgaven brukt synonymt med lovgiving, bindende normer i form av lov og forskrift.

Barrierer: Organisatoriske, regulerende eller tekniske tiltak for å hindre feilhandlinger, ulykker og uønsket tap (Aven, 2004).

Pasientsikkerhet: I Nasjonal helse- og omsorgsplan beskrives pasientsikkerhet som et begrep man bruker når man snakker om sikkerhet i helsetjenesten, pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Meld. St..nr. 16 (2011-2015)).

Pasientsikkerhet er videre relatert til kvalitet i helsetjenestene, men de to begrepene er ikke synonyme. Pasientsikkerhet kan ses som en viktig del av kvalitet, men kvalitet omfatter også andre områder (Aase, 2010).

Kvalitet: Norsk standard definerer kvalitet som *”i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav”* (Meld. St. nr. 10 (20012-2013)).

Meldingsløftet: Programmet Meldingsutbredelse som Helse- og omsorgsdepartementet nå har gitt Norsk Helsenett ansvar for. Ett av målene er å etablere elektronisk meldingsutveksling mellom alle kommuner, sykehus og fastleger innen 2015 (NHN).

Samhandling: Er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Helhetlige pasientforløp: Er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Behandlingslinjer: Innebærer å beskrive, systematisere, og standardisere behandlingen av en definert pasientgruppe for å optimalisere kvalitet og effektivitet (Meld. St. nr. 10 (2012)).

Førstelinetjeneste: Kommunenes helse- og omsorgstjeneste, jf helse- og omsorgstjenesteloven (HOD, 2011).

Annenlinjetjeneste: Spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven (HOD, 1999).

Praksiskoordinator (PKO): Er forankret i en avtale mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen fra 2005, hvor et nettverk av fastleger, praksiskonsulentene, fungerer i små konsulentstillinger ved sykehus, for å bedre samhandling mellom fastleger, øvrig primærhelsetjeneste og sykehus. Målsettingen med ordningen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første - og andrelinjen. Ordningen skal bidra til å bedre arbeids- og ansvarsfordeling når flere parter har behandlingsansvar, samtidig eller i faser av forløpet (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIV

For å kunne belyse problemstillingen i et risikofaglig perspektiv vil det i det følgende bli presentert tre ulike syn på risiko. Deretter vil utvalgt teori om sikkerhetsstyring, samt sikkerhetskultur og risikoforståelse bli redegjort for.

Videre vil pasientsikkerhet settes i sammenheng med faglig forsvarlighet. Lovgrunnlaget for å sikre forsvarlige tjenester vil bli presentert, deretter hvordan forsvarlighet og pasientsikkerhet kan operasjonaliseres gjennom gjeldende normer i et funksjonsbasert regelverk (Fintland og Braut, 2012).

Lovgrunnlaget for samarbeidsavtalene og nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak (HOD, 2011), er valgt beskrevet i empirikapittelet, for å gi er mer helhetlig inntrykk av konkrete krav, sett opp mot avtalene.

2.1 Risikoperspektiver

Risiko kan tolkes i lys av flere perspektiver, noe som kan gi ulikt utfall i hvordan risiko blir vurdert og håndtert. I det følgende vil tre ulike syn på hvordan risiko kan forstås bli presentert.

Risiko i et kvalitativt perspektiv: Den kvalitative tilnærmingen til risikobegrepet hevder at risiko handler om vurdering av usikkerhet knyttet til mulige fremtidige hendelser og størrelser, og kan ikke bestemmes av et objektivt faktum (Aven, 2007; Aven et al, 2004; Aven Røed og Wiencke, 2008). Denne tilnærmingen er også relevant innenfor helsetjenesten (Aven, 2013).

Dette står i kontrast til det kvantitative risikobegrepet som tradisjonelt har vært brukt innenfor ingeniørfag og tekniske fag. Innenfor dette synet ses risiko på som sannsynlighet multiplisert med mulig konsekvens (forventningsverdi) (Aven, 2007). Denne naturvitenskapelige tilnærmingen har en forståelse av at risiko og sannsynlighet er objektive størrelser og forsøker å beregne disse (Aven et. al., 2004). Den medisinske forståelsen er mest orientert mot sannsynlighetsdelen av risikobegrepet.

I en senere tilnærming er det forsøkt å bygge en bro mellom de to ovennevnte perspektiv. Det prediktive Bayesianske paradigmet har fokus på prediksjon og bruk av sannsynlighet for å uttrykke usikkerhet (Aven, 2006). Perspektivet fokuserer på det usikre, om en viss hendelse kommer til å inntreffe eller ikke. Usikkerhet knyttes her til tilgjengelig kunnskap og informasjon man har på et tidspunkt. Sannsynlighet brukes for å uttrykke usikkerhet, og sannsynlighetene er subjektive. En subjektiv sannsynlighet kan forklares som en måte å uttrykke grad av tro. Dette innebærer at det alltid vil være en betydelig usikkerhet knyttet til hvorvidt en hendelse vil inntreffe eller ei, og hvilke konsekvenser den vil gi. Risiko som uttrykkes reflekterer vurderinger, basert på tilgjengelig informasjon og kunnskap. En risikoanalyse beskriver med andre ord ikke verden nøyaktig, men blir et verktøy for å uttrykke vurderinger rundt usikkerhet. Man gjør bruk av erfaringsdata og ekspert uttalelser, og foretar en kritisk vurdering over hvorvidt den er gyldig i forhold til fremtidig situasjon. Det vil med andre ord alltid foretas en subjektiv vurdering (Aven, 2006).

I denne studien vil risikovurderinger være knyttet til krav i lovverk, blant annet kravet i internkontrollforskriften, om at virksomhetene skal ha oversikt over egne resultat og kunnskap om hvor det kan svikte i tjenesten, slik at svikt kan forebygges. Dette forutsetter systematisk arbeid med sikkerhet.

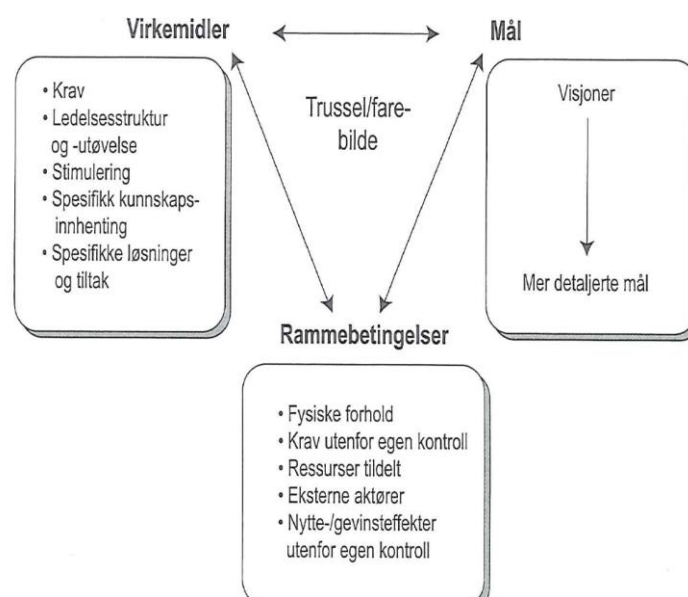
2.2 Sikkerhetsstyring

Sikkerheten kan styres gjennom ulike virkemidler. Begrepet sikkerhetsstyring innebærer alle systematiske tiltak som iverksettes for både å oppnå og opprettholde et sikkerhetsnivå, i overensstemmelse med de mål og krav som er satt. Det kan både være knyttet til myndighetskrav og internt i organisasjonen (Aven, 2006). Forfatteren peker på at man i stedet for sikkerhetsstyring kunne ha brukt begrepet risikostyring. Selv om begrepene ikke er helt sammenfallende, mener han at forskjellene er vanskelige å se innenfor sikkerhetsanvendelser.

Arbeid med sikkerhet og pålitelighet er kontinuerlige oppgaver som må betraktes parallelt med andre aktiviteter og styringsoppgaver i en organisasjon. Innenfor sikkerhetsstyring må overordnede mål og krav i styringsoppgavene spesifiseres. Mulige løsningsforslag, som sikrer at mål og krav blir overholdt, må utarbeides. Ved hjelp av ulike analysemetoder kan man vurdere grad av måloppnåelse. Tiltak velges på bakgrunn av analyseresultatene, i en sirkulerende prosess, for å finne den beste løsningen. For å finne årsaker til at uønskede

hendelser finner sted, må man kartlegge de kombinasjoner av komponentfeil som fører til systemfeil, en årsaksanalyse. Analysene vil ofte avdekke åpenbare og enkle årsakssammenhenger (Aven, 2006). Avens (ibid) modell for sikkerhetsstyring, som er illustrert under, har tre hovedelementer: Mål, virkemidler og rammebetingelser. Mål og virkemidler kan organisasjonen oftest styre selv, det siste, rammebetingelser er vanligvis krav utenfor egen kontroll. Forfatteren beskriver at et sikkerhetsmål uttrykker en tilstand eller et sikkerhetsnivå som for eksempel samfunnet ønsker å oppnå på lang eller kort sikt. I denne studiens sammenheng kan det være pasientsikkerhet. Aven mener videre at sikkerheten kan styres gjennom bruk av ulike virkemidler. Krav i lover og forskrifter kan imidlertid være både et virkemiddel og en rammebetingelse. Ledelse, planlegging og organisering, samt tilsyn og kontroll er andre virkemidler for å nå fastsatte mål. Videre er stimuleringstiltak som insentiver, motivasjon og opplæring, virkemidler. Myndighetene har i forbindelse med samhandlingsreformen iverksatt flere økonomiske virkemidler, blant annet økt kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette for å stimulere til at mer og annen pasientbehandling skal skje i kommunene. Insentivet skal bidra til endret praksis. Et annet virkemiddel i sikkerhetsstyring er spesifikk kunnskapsinnhenting, som bruk av ROS analyser, beredskapsanalyser, kostnytte analyser, konsekvensanalyser og utredninger, for å få et godt grunnlag til å fatte optimale beslutninger i skjæringspunktet mellom sikkerhet og andre verdier (Aven, 2006).

Figur 1 Modell for sikkerhetsstyring (Aven, 2006 s. 68).



Sikkerhetsstyring kan betraktes på lik linje med andre styringsoppgaver i en virksomhet, som for eksempel økonomistyring. For effektiv sikkerhetsstyring er det viktig at det utarbeides planer for hvilke sikkerhetsaktiviteter som skal iverksettes, og at planene følges.

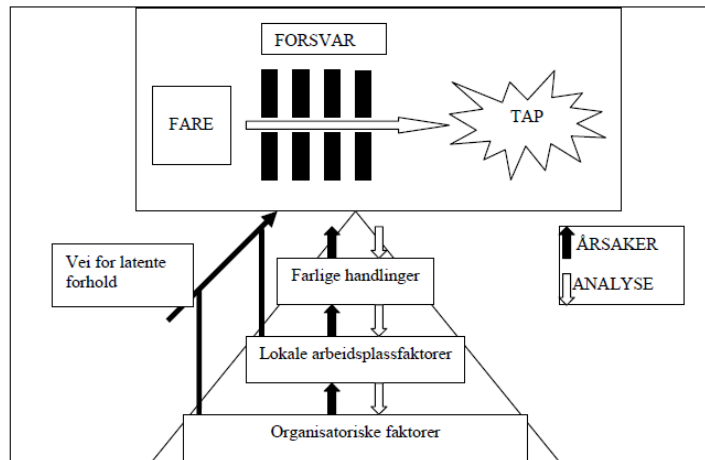
Aven (2006) setter videre sikkerhetsstyring i sammenheng med begrepene internkontroll og kvalitetssikring. Kvalitetssikring forklarer han gjennom Vere (1990), som definerer kvalitetssikring som alle planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å gi tillit til at et produkt eller tjeneste tilfredsstiller gitte krav til kvalitet. Internkontrollbegrepet defineres lik kravet i helsetilsynsloven, som alle systematiske tiltak som virksomheten iverksetter for å sikre at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i og i medhold av lov eller forskrift. Kravet til internkontroll i helsetjenesten vil bli presentert senere i dette kapittelet.

Sikkerhetsstyring i denne oppgavens perspektiv, som er pasientsikkerhet, kan forklares ut i fra gjeldende rett. En rekke lovbestemmelser skal i følge forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven verne om pasientenes sikkerhet. De fleste lovregulerte pliktene til helsepersonell har et sikkerhetsaspekt. Bestemmelsene om forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 er sentrale, i tillegg til krav i internkontrollforskriften for helsetjenesten (HOD, 2010-2011).

Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Meld. St. nr. 16 (2011-2015)). Sikkerhetsstyring gjennom kravet til internkontroll og plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i helselovgivningen, innebærer en plikt for virksomhetene til å ha oversikt over egne resultat og hvor det kan være fare for svikt. Det er derfor en forventning til at systemer for å overvåke svikt i tjenestene er opprettet og brukes i forbedringsarbeid.

Det er forskjellige syn på hvordan svikt eller uønskede hendelser oppstår, Reason (1997) er opptatt av å se på slike hendelser som systemsvikt. Han beskriver sammenhengen mellom menneske, miljø og organisasjon ved utvikling av en organisatorisk ulykke, illustrert i modellen som er presentert under. Den viser hvordan organisatoriske forhold påvirker lokale forhold, som igjen gir grunnlaget for hendelsen. I studiet av ulykker går en andre veien: ser på hvilke feilhandlinger som var involvert, hvilke lokale forhold/faktorer som eksisterte og hvorvidt disse betingelsene hadde sin bakgrunn i organisatoriske forhold.

Figur 2 Modell for faser i utviklingen av og undersøkelsen av en organisatorisk ulykke (Reason, 1997 s. 18).



Reasons modell for faser i utviklingen av og undersøkelsen av en organisatorisk ulykke, illustrerer nivå i utviklingen og undersøkelsen av en organisasjonsulykke. Den øverste figuren representerer hendelsen/ulykken, mens figurene i trekanten representerer systemet som gir grunnlaget for hendelsen, dvs. menneske – miljø – organisasjon.

2.3 Sikkerhetskultur og risikoforståelse

Sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av individets og gruppens verdier og holdninger. Kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelse og dyktighet i forhold til organisasjonens helse- og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning om betydningen av sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt. Ut i fra dette mener Aven at en organisasjonskultur kan være styrbar gjennom strukturer og systemer (Aven, 2004).

Sikkerhetskultur er i følge Reason (1997) en prosess som krever kollektiv læring, denne kulturen er bygd opp av felles måter å handle, tenke og organisere på, som gjør at sikkerhetskultur og kvalitetstankene er en naturlig del av organisasjonens arbeid. Han hevder også at det er viktig at kulturen fokuserer mest på systemansvar og ikke produserer syndebukker.

Profesjonskulturer er også omtalt i NOU 2005:3, hvor det fremheves at det ikke bare kreves tekniske og strukturelle løsninger for å få til bedre samhandling mellom tjenestenivåene i helsetjenesten. Men at det også vil kreve en grunnleggende forståelse og holdningsendring omkring hvorfor og hvordan man må samhandle. Dette ble omtalt som at en aldri så liten ”kulturrevolusjon”, måtte på plass, med større vekt på felles ansvar, helhet, sammenheng og samspill (HOD, 2005).

Andre som har satt spørsmålsteget ved om ulikheter i risikopersepsjon hos personell innenfor ulike nivåer og profesjoner, skaper utfordringer for det systematiske sikkerhetsarbeidet på tvers av grenseflater i helsevesenet er Wiig og Sætre Hansen (2010). Profesjonsperspektiv på risikopersepsjon forklares videre av Reason (2008) som, hvordan hver enkelt ansatt i behandlingsteamet er trent opp til å forstå og handle på bakgrunn av et risikobilde.

Det er videre kjent at samarbeid og informasjonsflyt mellom ulike organisatoriske enheter og profesjonsgrupper er en kritisk faktor for pasientsikkerhet (Reiman mfl., 2008; Zohar mfl., 2007; Morgan og Obgonna, 2008; gjengitt etter Aase, 2010). Noe som også støttes av norske studier (Garåsen, 2008, gjengitt etter Aase, 2010). I veiviseren til helhetlige pasientforløp (Grimsmo, 2012), som er en videreformidling av kunnskap og erfaringer fra to større utviklingsprosjekt i Orkdalsregionen, fremkommer det følgende: *”En viktig erfaring i dette arbeidet har vært at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tenker forskjellig om pasientforløp. Mens pasientforløp i sykehus er utviklet i forhold til faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser, er hovedmålet i forløpet i kommunehelsetjenesten å ivareta pasientens samlede medisinske behov og funksjonsevne og legge til rette for at pasienten skal greie seg selv på beste mulig måte”*.

Wiig (2010) sier det derfor vil være naturlig å anta at forståelsen av hva som utgjør de vesentligste risikoutfordringene vil variere blant ansatte i de ulike behandlingsnivåene i helsetjenesten. Ulik forståelse av risiko kan gå ut over pasientsikkerheten.

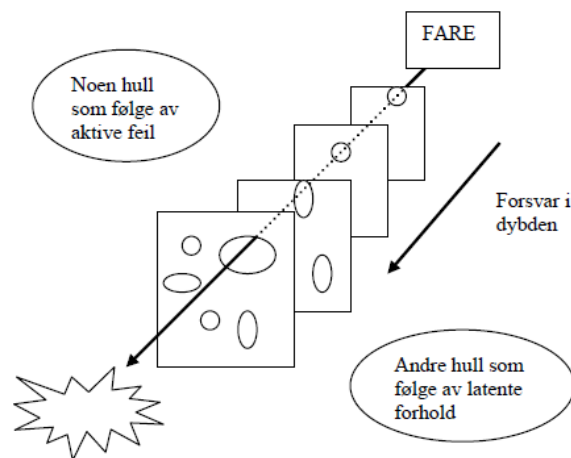
2.4 Pasientsikkerhet

Når man snakker om sikkerhet i helsetjenesten brukes ofte begrepet pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade på pasienter som kan relateres til ytelse av helsetjenester. Flere internasjonale undersøkelser viser at 8-20 prosent av pasienter innlagt

i sykehus blir utsatt for uønskede hendelser (Prop. 91 L (2010-2011)). Både i sykehusene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir sviktende informasjonsoverføring og manglende samhandling risiko for uønskede hendelser. Helsetilsynet har i sine tilsyn med legemiddelbehandling på sykehjem avdekket at aktuelle lovkrav ikke var oppfylt ved 51 av 67 sykehjem. Det ble blant annet avdekket manglende oversikt hos sykehjemsledelsen over risikoforhold knyttet til legemiddelbehandlingen. Sentralt i pasientsikkerhetsarbeid er å ha kunnskap om uønskede hendelser. Ulike verktøy er tatt i bruk i kommuner og helseforetak for å skaffe oversikt over uønskede hendelser (HOD, 2010-2011).

I forbindelse med gjennomføring av samhandlingsreformen kan vi si at myndighetskravene og nasjonale veiledere, samarbeidsavtalene med prosedyrer og opplæring, utgjør barrierer som skal forhindre at uheldige hendelser og svikt oppstår, slik Reason fremstiller det nedenfor.

Figur 3 Sveitserostmodellen (Reason 1997 s. 12)



James Reasons (1997) sveitserostmodell illustrerer at et ulykkesforløp passerer gjennom korresponderende hull i flere lag av forsvar, barrierer og sikringer. Hullene skapes av både aktive og latente feil. Aktive feil utføres direkte av operatøren ”The Sharp End”, latente forhold kan være feil eller avvik som samler seg opp ved brudd på flere sikkerhetsbarrierer og omtales som systemsvikt. Sveitserost modellen beskriver forskjellen mellom ideologi og virkelighet, med forsvar i dybden. Når uhell oppstår er det gjennomgående hull gjennom alle barrierene.

2.5 Krav om forsvarlige tjenester

Sentralt i samhandlingsreformens mål om økt pasientsikkerhet, står kravet til faglig forsvarlig tjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1(2011), spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (1999) og helsepersonelloven § 4 (1999). Bestemmelsene vil bli gjengitt nedenfor.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, lyder som følger:

”Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

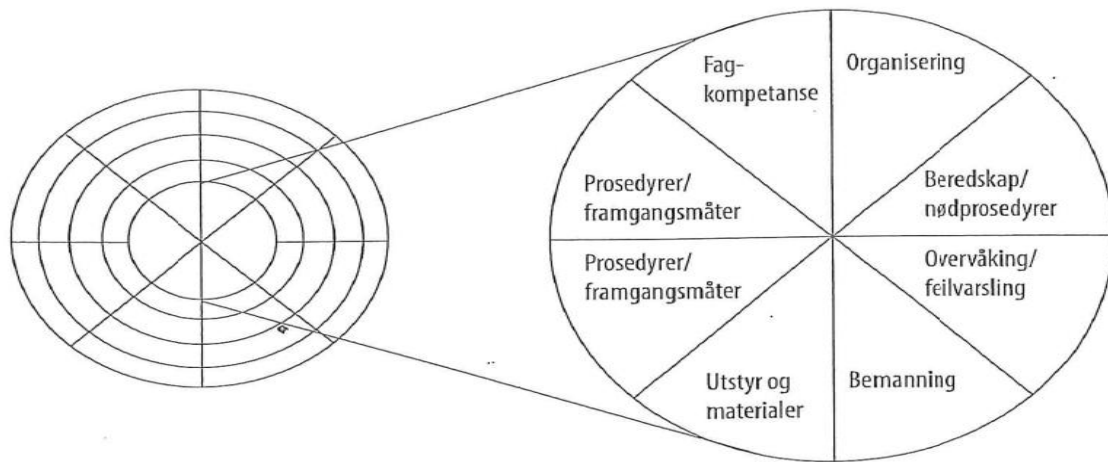
- a) Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b) Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- c) Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d) Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d)”.

Forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L (2010-2011)) sier at kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet styres av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

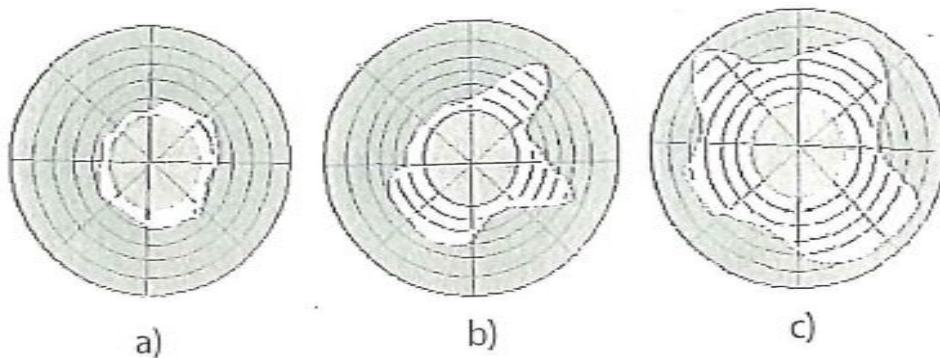
Haugland (2012), skriver at bruk av standarder der innholdet i rettsreglene styres av utviklingen av ny kunnskap på et fagfelt, samtidig pålegger virksomhetene en plikt til å forholde seg til slik ny kunnskap. Han skriver videre at det i helsetjenesten er krevende å få oversikt over hvilke krav virksomhetene forventes å oppfylle, og å identifisere hvor forsvarlighetsgrensen går. Haugland har utviklet en modell hvor han fremstiller en rettslig standard som en blink, der kjernen utgjør sentrum med sine ulike typer normer, slik det er illustrert i figuren nedenfor.

Figur 4 Kjernen i en rettslig standard (Haugland, 2012 s. 184)



Modellen nedenfor skal illustrere forholdet mellom god faglig praksis (ytterst), handlingsrom for akseptabel praksis (midten), og grensen for lovlighet (innerst).

Figur 5 Forklaringsmodell for rettslig standard (Haugland, 2012 s. 184)

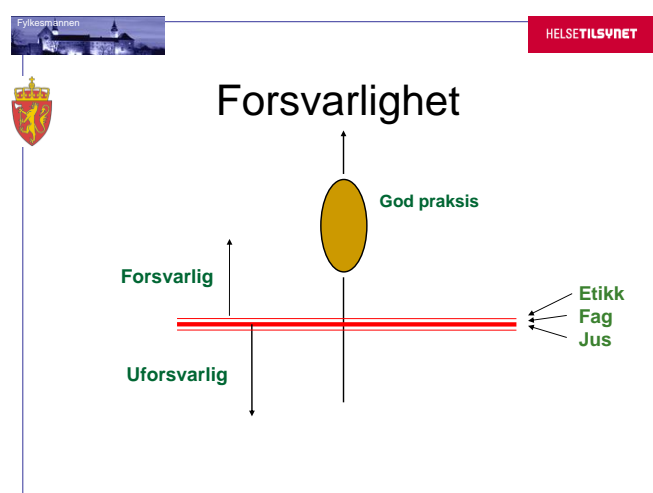


I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven presiseres det videre at forsvarlighetskravet har en dobbelt funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten, og viser til normer som beskriver hvordan tjenesten bør være. Normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense, kan kommunen

utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang (HOD, 2011).

En vanlig modell for tilsynsmyndigheten å illustrere forsvarlig virksomhet på er gjennom forsvarlighetslinjen (Helsetilsynet). Den vannrette linjen illustrerer forsvarlighetslinjen. Ovalen illustrerer god praksis, for eksempel praksis i tråd med faglige retningslinjer og veiledere. Området mellom forsvarlighetslinjen og god praksis illustrerer forbedringsrommet, eller der hvor det kan utøves skjønn.

Figur 6 Forsvarlighetslinjen (Helsetilsynet)



Kravet til forsvarlig virksomhet omfatter også et krav om at tjenesteytelsen skal være sikker. For helsepersonell er plikten om forsvarlig yrkesutøvelse plassert på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4 ved at yrkesutøvelsen skal være i samsvar med de ”krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”(ibid).

Helsepersonelloven § 4 (1999). Forsvarlighet, lyder som følger:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens

behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner”.

Kravet til faglig forsvarlige tjenester i spesialisthelsetjenesten er forankret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (1999). Plikt til forsvarlighet, og lyder som følger:

”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud”.

For å sikre at innholdet i tjenesten er forsvarlig, må eier og ledelse blant annet sørge for at utstyret er i orden, at personellet har tilstrekkelig kompetanse, at ansvarsforhold er avklart, at forsvarlige vaktordninger er etablert m.m. Forsvarlighetskravet innebærer dermed også et krav til forsvarlig organisering av virksomheten, som vil innebære krav om at det gjennomføres organisatoriske og systemmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle den plikt til forsvarlig yrkesutøvelse som påligger dem (Ot. Prop. nr. 10 (1998-1999)). Kravet til styring er nærmere utdypet i internkontrollforskriften for helsetjenesten, i kapittelet under.

2.6 Internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenesten (2003) gjelder de virksomheter som omfattes av helse- og omsorgslovgivningen som er pålagt internkontrollplikt etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3 (helsetilsynsloven, 1984). Dette omfatter dermed både helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenestene.

Forskriften har som formål å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Kravet til innholdet i internkontrollen er som følger:

”§ 4. Innholdet i internkontrollen

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,*
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,*
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,*
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,*
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,*
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,*
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,*
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten”.*

Demings sirkel (Dr W.E. Deming) er en modell som viser på en forenklet måte hvordan systematisk styring og forbedringsarbeid inngår i en sammenhengende prosess.

Figur 7 Demings sirkel (Hdir 2004 s. 28)



For denne studiens anliggende, som blant annet er sikkerhetsstyring, er det spesielt aktuelt å trekke frem § 4 f) i internkontrollforskriften, da innholdet der direkte kan relateres til virksomhetenes plikt til å styre, gjennom kjennskap til egen virksomhet og resultat. Kravet til virksomhetene om å ha kjennskap til hvor de har størst fare for svikt utdypes ytterligere i veilederen til internkontrollforskriften, "Hvordan holde orden i eget hus", § 4 f) lyder som følger:

"Om trygge tjenester, pasientsikkerhet og risikoanalyse

Den/de ansvarlige for virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Virksomheten må foreta en systematisk gjennomgang av sine tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.

Målet for kartleggingen er å:

- *Finne fram til områder der svikt kan inntre oftere enn akseptabelt*
- *Finne fram til områder der svikt kan få alvorlige eller uheldige følger for klienter, pasienter eller andre*
- *Hindre at svikt skjer".*

Veilederen viser til eksempler på tiltak som virksomheten kan iverksette for å skaffe seg oversikt over hvor det er fare for svikt, som å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser,

etablere ordninger for registrering av feil og uønskede hendelser, og bruk av avviksmeldinger i forbedringsarbeid. Det vises imidlertid ikke til noen spesifikk metode for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (Hdir, 2004).

Sentralt for denne studien er bevisstgjøringen av virksomhetenes ansvar for systematisk styring, for å overvåke og forhindre svikt i grenseflaten mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten, i forbindelse med samhandlingsreformen. Hvilke tiltak er iverksatt for å overvåke såkalte samhandlingsavvik?

I bladet Kommunerevisoren skriver Braut (2012) følgende: *”Det er utan tvil eit sentralt leiarskapsansvar å sikre at medarbeidarane i verksemda veit kva lovkrav som gjeld, korleis desse skal fortolkas og får arbeidsforhold som gjev dei høve til å arbeida innanfor dei rammene som krava i lovgivinga set. Dette er i kjernen for all internkontroll”*. Braut hevder videre at internkontroll i samhandlingsreformens navn må ta opp i seg behovet for å overvåke forhold knyttet til faglig forsvarlig virksomhet i grenseflaten mellom ulike tjenesteytende organer og faggrupper.

2.7 Krav i regelverket

Ved presentasjon av forsvarlighetskravet i helsetjenestelovgivningen ovenfor, er det presisert at forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Og at innholdet i forsvarlighetskravet dermed endrer seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Dette har bakgrunn i hvordan regelverket er utformet.

Funksjonelle regelverk er i følge Fintland og Braut (2012) utformet slik at de gir uttrykk for hvilket nivå på sikkerheten man skal legge seg på, eller hvilke standarder utenfor selve lovteksten men skal etterleve. De forklarer videre at slike rettsregler ofte ligger nær opptil det som i juridisk litteratur kalles rettslige standarder, hvor normen er gitt av forhold som ligger utenfor regelverksteksten. Regelverk kan også være utformet med detaljkrav eller deterministiske krav, slik som for eksempel kravet til helsepersonell om hva som skal dokumenteres i pasientjournal jf. journalforskriften (Lindøe et al., 2012).

I denne studien vil derfor normene, som er operasjonalisert gjennom krav i lovverk og tilhørende veiledningsmateriale og retningslinjer, danne grunnlag for vurderingen av hvordan økt pasientsikkerhet eventuelt oppnås gjennom samarbeidsavtalene.

3.0 METODE

Blaikie (2010) skiller mellom metode og metodologi. Metode er framgangsmåten, teknikker og prosedyrer man skal bruke i en studie, og sier noe om hvordan man skal gå frem for å skaffe kunnskap. Metodologi er diskusjonen rundt hvordan forskningen er foretatt, sammen med en kritisk analyse av tilnærmingen man har benyttet i studien (Blaikie, 2010).

Dette kapitlet vil belyse hvilke metodologiske valg og refleksjoner som er gjort i oppgaven for å prøve å skape en sammenheng og rød tråd mellom metodologiske valg, teori og empiri.

3.1 Datagrunnlag

For å kunne svare på spørsmålet i problemstillingen er datagrunnlaget basert på offentlige dokumenter som er relevante for samhandlingsreformen og utarbeiding av samarbeidsavtaler, samt samarbeidsavtalene mellom nivåene i helsetjenesten. Dokumentene omfatter lover, forskrifter, stortingsmeldinger, evalueringsrapporter og flere andre offentlige utredninger og dokumenter, i tillegg til samarbeidsavtalene. Videre er det innhentet utfyllende informasjon, gjennom telefonsamtaler med representanter fra fire kommuner og fire helseforetak. Dette for å få mer informasjon om arbeidet som ligger til grunn for avtaleinngåelse, og for å verifisere om all tilgjengelig dokumentasjon foreligger.

Sentrale utdrag fra avtalene knyttet til alle helseforetakene er presentert. Det er videre referert kort fra samtalene med ressurspersoner innen samhandling. Utsagn i samtalene er knyttet til forskningsspørsmålet om det er mulig å finne frem til gjennomførte risikoanalyser som ligger til grunn for avtalene og om all tilgjengelig dokumentasjon foreligger. Tilleggsinformasjon som fremkom igjennom samtalene vil også bli presentert.

Funn i samarbeidsavtalene blir drøftet både i forhold til om de oppfyller norm, og om forskningsspørsmålene kan besvares. I tillegg er sentrale utdrag av litteratur om risikoforståelse, sikkerhetsstyring, pasientsikkerhet og forsvarlig tjeneste presentert i teorikapitlet.

3.2 Dokumentgjennomgang

Studien kan forstås som en empirisk oppgave, hvor det er benyttet kvalitativt design, og dokumentanalyse som metode. Tilnærmingen til tekstanalyse har vært deduktiv, da operasjonaliserte myndighetskrav er brukt som rammeverk for forståelse og lesestruktur.

Gjennomgang av samarbeidsavtalene, sentrale lover, forskrifter, utredninger og veiledere, representerer de viktigste skriftlige kildene for denne studien.

Dokumentanalysen omfatter alle samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak i helseregion sør-øst. Utvalget omfatter 172 kommuner, fordelt på 8 helseforetak. De fleste avtalene, for de kommunene som hører inn under hvert helseforetak er identiske. Det utgjør i praksis 8 ulike sett med avtaler. Dokumentene som er brukt i denne studien er offentlige dokumenter og er tilgjengelige på nettsidene til hvert helseforetak.

Avtalene vil bli gjenstand for en beskrivende og fortolkende analyse, jeg vil lete etter hvilke beskrivelser av fenomenet fremkommer, og hva kan jeg slutte av dette. I dokumentanalysen vil det bli søkt identifisert indikatorer som sier noe om pasientsikkerhet, forsvarlige tjenester og sikkerhetsstyring

Dokumentanalysen omfatter også omfanget av samarbeid om pasientsikkerhet som går utenfor det rent lovpålagte, i den grad dette er beskrevet i avtalene. I en analyse skal man beskrive, systematisere og kategorisere datamaterialet for å kunne sammenbinde og fortolke det (Jacobsen, 2005).

Studien vil også se på utfordringer i grenseflatene mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. For å få informasjon om hvilket arbeid som ligger til grunn for utarbeiding av avtalene, og for å sikre at all tilgjengelig skriftlig informasjon foreligger, er det gjennomført telefonsamtaler med representanter som har vært involvert i utarbeidelsen av avtalene i fire kommuner og fire helseforetak.

Utvelgelse av representanter er gjort ut ifra en offentlig tilgjengelig oversikt over samhandlingskoordinatorene knyttet til hvert helseforetak. Kommunekontaktene ble oppgitt på forespørsel under samtalen med representant fra helseforetakene.

3.3 Kildekritikk

Alle kildene som er benyttet som grunnlag for denne studien er offentlig tilgjengelige forvaltningsdokumenter. Det er presisert i veilederen til utarbeidelse av samarbeidsavtaler at det er kommunestyret som skal inngå avtalene med helseforetaket. Det er de samme dokumentene som ligger til grunn for denne studien, som det beslutningsgrunnlaget kommunen faktisk fatter sine vedtak på bakgrunn av. Samarbeidsavtalene er nå innhentet fra

helseforetakenes nettsider. En annen løsning kunne ha vært å innhente avtalene fra hver enkelt kommune, dette for å sikre tilgang til lokale variasjoner av avtalene. Gjennom telefonsamtaler med kommunene, ble det imidlertid henvist til helseforetakene nettsider, ved spørsmål om hvor avtalene med eventuell tilhørende dokumentasjon, var å finne.

3.4 Validitet

Gyldighet i en undersøkelse handler om at en faktisk studerer det fenomenet en ønsker å studere, det må være i tråd med problemstillingen (Jacobsen, 2005). Den teoretiske definisjonen av fenomenet må samsvare med den operasjonaliserte definisjonen. I denne studien vil det for eksempel være om operasjonaliseringen av begrepet pasientsikkerhet, gir et riktig svar på det jeg ønsker å undersøke. Pasientsikkerhet er i denne studien operasjonalisert gjennom kravet til faglig forsvarlige tjenester, fravær av uønskede hendelser og systematisk styring i helselovgivningen. Normene er gitt i forarbeider til lovene og nasjonale veiledere.

Intern gyldighet sier noe om de konklusjonene som har kommet frem er riktige eller gyldige og har dekning i empirien.

Ekstern gyldighet sier noe om at resultatene fra en studie også er gyldige i andre sammenhenger, om resultatet kan generaliseres (Jacobsen, 2005). I denne studien kan dette være et spørsmål om resultatet fra studien kan være gjeldende i andre helseregioner. Man må da blant annet se på om utvalget av undersøkelsesobjekter er representative for fenomenet som blir undersøkt. I denne studien er utvalget Helse Sør-Øst, som er en av fire helseregioner i landet, og omfatter tilbudet om spesialisthelsetjenester til ca 2, 8 millioner mennesker. Samarbeidsavtalene som har vært gjenstand for analyse er knyttet til 8 helseforetak og 172 kommuner. Regionen utgjør den største og mest folkerike helseregionen i landet, med flest helseforetak innen regionen. Lover, forskrifter og veiledere, brukt som rammeverk for dokumentanalysen, er nasjonale og gjelder i hele landet.

3.5 Reliabilitet

Reliabilitet i følge Jacobsen (2005) viser til graden av pålitelighet i forskningsprosessen. Det er ikke nok at man i undersøkelsen svarer på det man spør om, undersøkelsen skal i tillegg være mulig å gjennomføre for andre, og få samme svar. Dette krever blant annet nøyaktighet i beskrivelse av fremgangsmåte og referering. Forskningsprosessen skal være transparent og etterrettelig.

I denne studien er all dokumentasjon som er benyttet i analysen offentlige tilgjengelige dokumenter, kilder er oppgitt og det er referert så nøyaktig som mulig.

3.6 Forskningsetikk

Informasjonen som er innhentet i denne studien gjennom telefonsamtaler med representanter fra helseforetak og kommuner, er vurdert til ikke å være forskningsintervjuer. Det er ikke søkt NSD om oppbevaring/innhenting av personopplysninger, da samtalerne er utført for å verifisere at all skriftlig informasjon foreligger, samt om det finnes skriftlige risikovurderinger som ligger til grunn for avtaleinngåelsen, som ikke er publisert eller tilgjengelig på nettet. All dokumentasjon og informasjon det ble spurt etter, er offentlig forvaltingsdokumentasjon, det er ikke spurt etter personlige oppfatninger eller vurderinger. Data fra samtalerne er ikke lagret elektronisk, samtalerne ble heller ikke tatt opp på bånd eller annet elektronisk lagringsmedium. Informasjon fra samtalerne som gjengis i studien, kan ikke knyttes til navngitt person eller virksomhet. Ved innledning av telefonsamtalerne, ble det informert om bakgrunnen for henvendelsen. Samtykke ble gitt ved oppstart av samtalen. Svarene på spørsmålene som ble stilt ble nedtegnet for hånd, umiddelbart etter at samtalerne var utført. Tilleggsinformasjon ble også nedtegnet.

4.0 EMPIRI

Empirikapittelet inneholder først en presentasjon og klargjøring av det normative kravet til samhandling jf. lover, forskrifter og nasjonale veiledere. Det normative kravet til forsvarlig tjeneste og pasientsikkerhet er tidligere presentert i teorikapittelet. Normene klargjøres for å kunne besvare forskningsspørsmålene om hvordan fokus på pasientsikkerhet fremkommer igjennom avtalene, og om og hvordan kravet om faglig forsvarlig virksomhet er operasjonalisert i avtalene. Deretter vil utdrag av samarbeidsavtalene knyttet til alle helseforetakene og kommunene i Helse Sør-Øst, bli presentert og vurdert opp mot normene.

Informasjon fra samtaler med representanter fra kommunene og helseforetakene blir presentert tematisk i forhold til spørsmålene som ble stilt. Samtalene er hovedsakelig gjennomført for å kunne gi svar på om all tilgjengelig dokumentasjon foreligger, og for å få svar på forskningsspørsmålet om det er mulig å finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene, og om det er utviklet styringsparametre for å følge med på svikt i helsefaglige forhold under samhandlingen.

Funn vil bli kategorisert i forhold til forskningsspørsmålene og sammenholdt med faglige normer og teori om sikkerhetsstyring og risikoforståelse, i det kommende drøftingskapittelet.

4.1 Lovgrunlaget som sikrer samarbeidsavtalene

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 (2011) hjemler kommunens plikt til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket og beskriver kravet til minimumsinhold i avtalene. Specialisthelsetjenesteloven § 2-1 e (1999) hjemler helseforetakenes plikter. Bestemmelsene blir presentert under.

4.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2

Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 (1999) ”Plikt til å inngå samarbeidsavtale”, og § 6-2 ”Krav til avtalens innhold”, lyder som følger:

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer.

Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Avtalen skal som et minimum omfatte:

- 1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,*
- 2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,*
- 3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,*
- 4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,*
- 5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,*
- 6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*
- 7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,*
- 8. samarbeid om jordmortjenester,*
- 9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,*
- 10. samarbeid om forebygging og*
- 11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.*

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres”.

4.1.2 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e

Lovhjemmelen som forplikter spesialisthelsetjenesten til å inngå samarbeidsavtaler i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e (1999) om ”Samhandling og samarbeid ” lyder som følger:

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

I tillegg til lovtekstene gjengitt over, er det utarbeidet en forskrift som skal regulere medfinansieringsansvar og betaling for utskrivingsklare pasienter.

4.1.3 Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011), har som mål å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Forskriften pålegger kommunene å betale sykehuset for utskrivningsklare pasienter. Unntatt fra betalingsplikten er pasienter under psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

Bestemmelsen i § 2 "virkeområde" lyder som følger:

Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggers behandling innen somatikk i spesialisthelsetjenesten og betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Med egne innbyggere menes personer som er folkeregistrert i kommunen.

Forskriften gjelder ved behandling i offentlige sykehus og private sykehus som har avtale med regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sjette ledd.

I forskriften beskrives definisjoner, ansvar og vilkår som gjelder i forbindelse med utskriving av pasienter som har behov for helse- og omsorgstjenester etter utskriving. Bestemmelser om dette er angitt i forskriftens kapittel tre. Kapittelet er valgt gjengitt i sin helhet, da bestemmelsene i dette kapittelet angir i detalj hva som forventes av partene, og er sentral for

overføring av pasienter mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. Bestemmelsene lyder som følger:

§ 7. Vurdering av en pasient som legges inn på sykehus

Når en pasient legges inn på sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.

§ 8. Varsling til kommunen om innlagt pasient

Viser vurderingen etter § 7 at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.

Varslet etter første ledd skal inneholde

- a) pasientens status*
- b) antatt forløp*
- c) forventet utskrivningstidspunkt.*

Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre ledd innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

Sykehuset skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.

§ 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*

- d) *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten*
- e) *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*

§ 10. Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient

Når en pasient er definert som utskrivningsklar, jf. § 9, skal sykehuset straks varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

§ 11. Melding til sykehuset om når kommunen kan ta imot pasienten

Kommunen skal etter å ha mottatt varsel om en utskrivningsklar pasient, jf. § 10, straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som hindrer dette.

Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen skal straks gi beskjed når et kommunalt tilbud er klart for pasienten.

§ 12. Overføring av utskrivningsklar pasient fra sykehuset til kommunen

Sykehuset kan overføre utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart.

Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. forskrift om pasientjournal § 9.

§ 13. Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud

Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i § 8 til § 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient.

Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister når vilkårene i andre ledd er oppfylt.

Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i sykehus fastsettes i statsbudsjettet.

§ 14. Krav på redegjørelse

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt etter § 9. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av sykehuset.

De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd.

§ 15. Det økonomiske oppgjøret

De regionale helseforetakene skal sørge for at det sendes regning til kommunen for betaling av utskrivningsklare pasienter som er blitt liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, jf. § 13.

I følge nasjonal veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, som blir presentert under, skal avtalene bidra til å konkretisere oppgaver og ansvar, samt hjelpe til med å etablere gode samarbeidsrutiner. Krav i lov og forskrift skal bli operasjonalisert i samarbeidsavtalene.

4.2 Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal veileder (2011) til kapittel seks i helse - og omsorgstjenesteloven. Hensikten er blant annet å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler. Formålet med samarbeidsavtalene er videre, i følge veilederen, å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsplasseringen mellom kommuner og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Samarbeidsavtalene skal blant annet bidra til å *”utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere”*, og å *”utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet”*. I tillegg anbefales det å formalisere samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (HOD, 2011).

Veilederen presenterer først lovgrunnlaget for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, deretter formål og virkeområde. Det er ønskelig å trekke fem følgende om forventninger til forarbeidet: *”Kommuner og foretak vil begge ha samme interesse i å utarbeide avtaler som kommer pasientene til gode. Som følge av at kommuner og helseforetak har ulike ansvars- og virkeområder, kan det oppstå interessemotsetninger og uenighet om*

*hvilke bestemmelser som er formålstjenlige. Det er derfor viktig at både foretakene og kommunene i forkant av forhandlingene om innholdet i avtalene, **grundig analyserer** sine behov og vurderer gode/dårlige erfaringer i tidligere samarbeid. Dette bør danne grunnlaget for å komme frem til en felles forståelse om hva avtalen skal inneholde”.*

Veilederen viser til at bestemmelsene i helselovgivningen er førende for at tjenestene som ytes er forsvarlige, og lyder som følger:

”Ved enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen eller motsatt, skal overføringen være faglig forsvarlig. Partene må sikre at den som skal utføre en oppgave har faglig kompetanse og nødvendige ressurser og utstyr til å utføre tiltaket”.

”I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personell med allmenn kompetanse og spesialistkompetanse”.

Veilederen trekker også frem spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor kommunene, slik den fremgår av spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 (1999). Det vises til vedtektene for de regionale helseforetakene som sier at RHFene: *”skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning ovenfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud”.*

I veilederens kapittel tre, beskrives forventninger til avtalens parter og struktur. Det vises til forventningene om at avtalen bygger på tidligere inngåtte intensjonsavtaler. Det er også anbefalt at intensjonsavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og RHFene videreføres selv om dette ikke er lovpålagt. Videre presiseres det at avtalen skal gjelde for alle fagområdene (somatikk, psykisk helse og rus). Når det gjelder avtalestruktur, anbefales det å utarbeide en generell del og spesifikke deler som ivaretar temaene loven krever skal inngå, samt andre tema partene ser behov for å avtalefeste.

Videre presiseres det ytterligere at: *”Det er kommunestyret som skal inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen, eller med det helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. Det anbefales at de regionale helseforetakene overlater til helseforetakene å inngå avtaler med kommunene”.*

Det anbefales at avtalene mellom det enkelte helseforetak og kommunene de samarbeider med, i størst mulig grad er likelydende, begrunnet med at standardisering er med på sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester.

I veilederens kapittel fire beskrives følgende prinsipper det er viktig å ivareta ved organisering av arbeidet:

- *Avtalene bør være forankret på relevant nivå.*
- *Avtalene gjøres kjent for alle de angår. Dette innebærer både at avtalene er lett tilgjengelige, for eksempel på intranett, og at de er gjenstand for daglig oppmerksomhet hos ledere og ansatte.*
- *Etablering av formålstjenelige samarbeidsorganer og samarbeidsformer, for utarbeidelse, gjennomføring, oppfølging og videreutvikling av avtalene.*
- *Utarbeidelse av evalueringsrutiner og rutiner for tilbakemelding av gode og dårlige erfaringer og håndtering av uenighet.*
- *Samarbeidet må være basert på likeverd og gjensidig respekt.*
- *Ivareta involvering av brukere og ansatte.*

Veilederens kapittel fem og seks beskriver hva som bør inngå i avtalene som utformes.

Kapittel fem dreier seg om krav til hva avtalene som et minimum skal inneholde jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 (2011) og de forskrifter som regulerer området. Kapittel seks omtaler andre tema enn de lovpålagte, som det anbefales å formalisere et samarbeid på. For eksempel samarbeid om lokalmedisinske sentr, samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutine for håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringsløyper. Det foreslås også å lage avtaler om samarbeid med fastleger og avtalespesialister og NAV, på områder hvor det finnes samhandlingsflater.

4.3 Presentasjon av samarbeidsavtalene i Helse Sør-Øst RHF

Samarbeidsavtalene fremstår og er presentert forskjellig på de ulike helseforetakenes nettsider. Alle helseforetakene har egne nettsider om samhandling. Samarbeidsavtalene er tilgjengelige via underliggende sider eller lenker på disse nettstedene. I det følgende vil avtalene til hvert enkelt helseforetak og tilhørende kommuner bli presentert slik de fremstår på deres nettsider. Det vil først presenteres hvordan samhandlingsnettsiden fremstår med en beskrivelse av hvordan sidene er bygget opp, og med eventuelle henvisninger til andre tiltak i

samhandlingsreformen. Videre vil utdrag av samarbeidsavtalene bli presentert i den form som fremkommer på nettsidene. Etter presentasjonen av avtalene til hvert helseforetak, er funn oppsummert i forhold til sentrale spørsmål i denne studien.

Datagrunnlaget utgjør samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak i HSØ. Dette omfatter åtte sett med avtaler, knyttet til like mange helseforetak. Avtalene involverer 172 kommuner i nedslagsfeltet. Dokumentstudien tar kun utgangspunkt i de avtalene som er tilgjengelige på helseforetakenes nettsider, uavhengig av om de er signert av kommunens ledelse eller ikke. I følge nasjonal veileder er det opp til hver kommune og hvert helseforetak å inngå avtaler utover det lovpålagte, det kan derfor forekomme lokale versjoner av avtalene i kommunene dette angår. Dersom lokale variasjoner ikke fremkommer på helseforetakenes nettsider, vil de ikke bli presentert i denne studien.

For å sette funnene inn i en overbyggende kontekst, vil først det regionale helseforetaket bli presentert.

4.3.1 Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF (regionalt helseforetak), heretter kalt HSØ, er ett av fire regionale helseforetak i Norge, de skal dekke behovet for spesialisthelsetjenester til befolkningen, i fylkene Aust Agder, Vest Agder, Telemark, Vestfold, Østfold, Buskerud, Hedmark, Oppland, Oslo og Akershus. Dette utgjør ca 2,8 millioner mennesker. HSØ eier 10 helseforetak, og de samarbeider med flere private ideelle sykehus og andre private tjenesteytere. Helseforetakene Sykehusapotekene og Sunnås sykehus, utelukkes fra studien fordi de har andre funksjoner og oppgaver enn de åtte andre helseforetakene. Samarbeidsavtaler med private sykehus og private tjenesteytere er også utelukket fra studien, da inkludering av disse ville bli for omfattende og ikke ansees som mulig innenfor denne studiens omfang og tema.

HSØ har egne nettsider om samhandling. Hovedsiden om samhandling viser til flere hovedområder for samhandling, herunder opplysninger om samhandlingsnettverk, PKO, nøkkeltall, samhandlingsmidler, gode eksempler på tiltak, samt tilgang til veiledere og lovverk. En egen lenke leder til samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, det vises til at avtalene skal publiseres på helseforetakene egne nettsider. Avtalene vil i det følgende bli presentert.

4.3.2 Sykehuset Innlandet HF

Nettsidene til Sykehuset Innlandet HF (SIHF) om samhandling, har informasjon om innholdet på siden ved hjelp av faner, samt lenker i venstre menyen. Samarbeidsavtalene vises i en av fanene. I venstre menyen er det lenker til avvikshåndtering. Det fremkommer at avviksmeldingene ikke er standardisert, men at tilgjengelig mal kan brukes hvis ønskelig. Meldingene kan ikke sendes elektronisk og må sendes pr post til divisjonsdirektør i den divisjon der avviket skjedde, for behandling i kvalitetsutvalget der. Det er videre lenker til PKO, Meldingsløftet, samarbeidsrutiner og samarbeidsutvalg.

Samarbeidsavtalen som helhet inneholder overordnet samarbeidsavtale vedlagt delegasjonsfullmakt fra HSØ og mandat for Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)/Geografisk samarbeidsutvalg (GSU), 11 tjenesteavtaler, samt samhandlingsrutiner. Samhandlingsrutinene beskrives som en konkretisering av tjenesteavtalene og er tilgjengelige på nettsidene.

Overordnet samarbeidsavtale er bygget opp etter mal angitt i nasjonal veileder. I punkt 5.4 om kvalitetsutvalg fremkommer det at: *”SI og kommunen kan etablere et kvalitetsutvalg hvor partene møter som likeverdige parter for å arbeide med oppfølgingen av avvik, dissenser og gjensidig kvalitetsforbedring på lavest mulig nivå. Målet er å forebygge systemsvikt og å heve kvaliteten”*. I merknad til punktet fremkommer det at partene er enige om at kvalitetsutvalget i den enkelte divisjon i SIHF og representanter fra kommunen utgjør felles kvalitetsutvalg etter denne avtalen. I punkt seks forplikter partene seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og samarbeidsparter, samt sette av nok ressurser knyttet til medvirkning. Videre skal partene opprette en klar adressat, med ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne. I punkt åtte om avvik, fremkommer følgende: *”Med avvik menes brudd på bestemmelser i overordnet samarbeidsavtale, tjenesteavtale og samhandlingsrutiner”*.

Tjenesteavtale 1. Beskriver ansvar og oppgavefordeling. Under punktet om formål, fremheves det som en målsetting at pasientene får behandling på laveste effektive omsorgsnivå, jf. LEON prinsippet. I punkt fem om samarbeidsområder, fremkommer følgende: *”Sykehuset Innlandet HF og kommunen er forpliktet til å sikre god kommunikasjon og rutiner ved overganger mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og Sykehuset Innlandet”*. Under punkt seks om avvik vises det til ordlyd i overordnet samarbeidsavtale.

Tjenesteavtale 2. Beskriver samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Det vises til at avtalen må sees i sammenheng med tjenesteavtale nr. 3, og nr. 5, om innleggelse og utskriving. PKO fremheves som en ordning som skal fremme, og utvikle samarbeidet mellom fastleger, kommuner og spesialisthelsetjenesten i samhandling rundt pasienter for å sikre helhetlige tjenester. Ved avvik henvises det til overordnet samarbeidsavtale.

Tjenesteavtale 3. Beskriver henvisning og innleggelse, og har som formål å klargjøre aktørenes ansvar og oppgaver ved henvisning og innleggelse av pasienter i sykehus, for å sikre at pasientene møter en sammenhengende helsetjeneste, at brukeren får tjenester til rett tid, med korrekt og sikker meldingsformidling mellom behandlingsnivåene og for å redusere risikoen for uheldige hendelser. Ansvar og oppgaver er beskrevet. Det fremheves i punkt 4.1 nr. 1. at: *"All kontakt mellom SI og innleggende lege vedr. henvisning skal dokumenteres i pasientens journal, både i sykehus og hos legen"*. Videre i nr. 2. at: *"Både kommunen og den enkelte divisjon i SI er ansvarlig for å etablere fast kontaktpunkt for kommunikasjon"*, og i nr. 3. at: *"I de tilfeller pasienten vil være i behov av kommunale helse- og omsorgstjenester skal kontaktpunkt i kommunen varsles senest innen 24 timer etter innleggelsen"*. Det vises videre til samhandlingsrutinene for praktisk gjennomføring og ytterligere krav til partene.

Tjenesteavtale 4. Beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og regulerer oppgaver som kommunen og SIHF skal samarbeide om frem til 2016, og gir veiledning om hva tilbudene skal inneholde. Det fremkommer følgende: *"Den lokale, tilleggsavtalen skal danne grunnlaget for at det kommunale døgnopphold for øyeblikkelig hjelp blir et faglig forsvarlig tilbud"*.

Tjenesteavtale 5. Beskriver ansvar og oppgaver for utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra SIHF. Avtalen har som formål å sørge for klargjøring av SIHF og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende opphold i og utskriving fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving.

Tjenesteavtale 6. inneholder retningslinjer for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og informasjon om faglige nettverk og hospitering. Avtalen viser til at samarbeid om enkeltpasienter, vedrørende informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring

er regulert i tjenesteavtale 3. og 5., samt i samhandlingsrutinene. Under punkt 4. om ansvar og oppgavefordeling, går det frem at partene må vurdere behov for ny kompetanse knyttet til samhandlingsreformens intensjon og gjennomføring. Videre at partene i fellesskap har ansvar for å utvikle behandlingsforløp fra hjem til hjem. SIHF har ansvar for å benytte praksiskonsulentordningen (PKO) i arbeidet med å systematisere samarbeidet med fastlegene, gi veiledning til kommunehelsetjenesten knyttet til enkeltpasienter og generell veiledning, samt sørge for at veiledning til kommunehelsetjenesten blir systematisert.

Helseforetaket og kommunene har også utarbeidet følgende avtaler:

Tjenesteavtale 7. Om forskning, utdanning, praksis og læretid.

Tjenesteavtale 8. Om svangerskaps- fødsel og barselomsorg, med tilleggsavtale om beredskap og følgetjeneste.

Tjenesteavtale 9. Om IKT-løsninger lokalt.

Tjenesteavtale 10. Om forebygging.

Tjenesteavtale 11. Om beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede.

Samhandlingsrutiner

Som en del av overordnet samhandlingsavtale og tjenesteavtalene, er det også utviklet åtte samhandlingsrutiner. Disse blir presentert som en konkretisering av tjenesteavtalene.

Rutine for henvisning til planlagt vurdering i spesialisthelsetjenesten, inneholder detaljert oversikt over hvilke opplysninger en henvisning skal inneholde, ansvarsforhold ved behov for transport og ved behov for hjelpemidler. Rutine nummer to beskriver ansvar og praktisk gjennomføring der pasienten har behov for følge av kjent personale ved innleggelse i sykehuset. Rutine for innleggelse av pasient som trenger øyeblikkelig hjelp, beskriver ansvar, omfang og krav til dokumentasjon, transport og hjelpemidler ved akutt innleggelse i sykehus. Rutine nummer fire om mottak av pasient som kommer direkte til sykehuset, skal bidra til å sikre korrekt behandling av pasienter som henvender seg direkte til SIHF for hjelp.

Rutine nummer fem gjelder samhandling om utskriving av pasienter fra Sykehuset Innlandet til kommunene. Rutinen gjelder alle pasienter som er innlagt SIHF og sannsynligvis trenger bistand fra kommunen etter utskrivelsen. Her beskrives utskrivingsprosessen, delt inn i orienteringsfasen, dialogfasen og utskrivingsfasen. Innholdet er skjematisk fremstilt og oppgavene er fordelt på sykehuset og kommunens ansvar. Betydningen av begrepene utskrivingsklar, epikrise, sykepleie/fagrappport er også utdypet.

Rutine nummer seks beskriver bruk av individuell plan (IP). Rutine nummer syv beskriver forenklet innleggelse i SI, dette gjelder pasienter med såkalt "åpen retur". Rutine nummer

åtte handler om avvik fra samarbeidsrutinene, og lyder som følger: ”Partene skal håndtere avvik etter nærmere definerte retningslinjer. Disse tas inn som vedlegg til samhandlingsrutinene på samme måte som samhandlingsavtalen. Med avvik menes brudd på samhandlingsrutinene og faglige retningslinjer”.

Oppsummering

SIHF og tilhørende kommuner har utarbeidet samarbeidsavtaler i tråd med myndighetskravene og krav i nasjonal veileder. Det er i tillegg utarbeidet samarbeidsrutiner for å konkretisere innholdet i noen av avtalene ytterligere. De har videre utarbeidet en felles avvikshåndteringsrutine. Alle avtaler og rutiner er tilgjengelige på nettsidene. Det opplyses om at behandling av samhandlingsavvik skal foregå i divisjonenes kvalitetsutvalg, og at avvik må sendes pr post, da det ikke er lagt til rette for elektronisk korrespondanse. Det er presisert i avtalen om utskrivingsklare pasienter, at avtalen omfatter pasienter innen somatikk, psykisk helsevern og rus.

PKO trekkes frem som en ordning som skal fremme samarbeidet mellom fastleger, kommuner og spesialisthelsetjenesten, for å sikre helhetlige tjenester. SIHF har ansvar for å benytte PKO, blant annet for å gi veiledning til kommunehelsetjenesten knyttet til enkeltpasienter.

Det er fremhevet at partene i fellesskap har ansvar for å utvikle behandlingsløp fra hjem til hjem. Det er for øvrig ingen informasjon om behandlingslinjer, eller forløp, knyttet til nettsidene om samhandling. Det er videre ingen opplysninger knyttet til internkontroll, risikoanalyser eller kvalitetsindikatorer for å måle svikt i grenseflatene.

4.3.3 Sykehuset i Vestfold HF

Hovednettsiden om samhandling viser blant annet til informasjon om Praksiskoordinator ordningen (PKO), behandlingslinjer og samhandlingsavvik. Det er utviklet en prosedyre og et avviksmeldeskjema for bruk ved avvik og uønskede hendelser i samhandlingen. Både signerte og usignerte avtaler er tilgjengelige på SiV HF sine nettsider hvor samarbeidsavtalene finnes. I alle de usignerte avtalene fremkommer det et utfylt punkt for utfylling av særskilte avtaler eller forhold i avtalen som gjelder en spesifikk kommune. De signerte avtalene forekommer i ulikt antall og område under hver enkelt kommunelogo. Overordnet avtale og 11 delavtaler (a-k) er tilgjengelige på nettsiden. Det fremgår at delavtalene skal regulere, konkretisere og

beskrive samhandlingen på ulike områder. For å sikre at det som reguleres i delavtalene gjennomføres på en kvalitativ god måte, er delavtalene understøttet av prosedyrer. Prosedyrene er beskrevet som et viktig verktøy for å sikre og utvikle kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpene. Prosedyrene er ikke tilgjengelige på nettsiden om samhandling.

Følgende usignerte delavtaler er tilgjengelige på sykehusets nettsider:

Delavtale a) Om partenes ansvar. Avtalen regulerer spesifikt følgende områder for samarbeid, svangerskaps-, barsel og fødselsomsorg, rusbehandling og psykisk helsevern, omsorg for døende, pasientopplæring og oppfølging av kronikergruppene, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, demensutredning og behandling og kvalitetssikring av prehospital vurdering.

Delavtale b) Om henvisning til og innleggelse i sykehus, beskriver ansvar og oppgaver.

Delavtale c) Om retningslinjer for utskrivning fra sykehus. Avtalen skal blant annet bidra til at pasienten får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Under punkt 10. fremkommer det at avvik skal meldes i nærmere angitt avviks prosedyre.

Delavtale d) Om beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede

Delavtale e) Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste til pasienter med behov for koordinerte tjenester

Delavtale f) Om kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Denne usignerte delavtalen omhandler somatisk øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen. Det er satt av punkt for hver enkelt kommunes utfylling av tiltak og framdrift.

Sm et eksempel i signert avtale med Holmestrand kommune hvor følgende fremkommer:

”Holmestrand kommune deltar i 9k prosjekt der en utreder samarbeid rundt lokalmedisinske tjenester og øyeblikkelig hjelp døgnopphold for 9 kommuner. Kommunen kan på dette tidspunkt ikke tidsfastsette når tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold starter opp. Dette er avhengig av nevnte prosjekt. Kommunen forplikter seg til at tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold er etablert per 01.01.2016, enten i egen regi eller i samarbeid med andre kommuner. Det anbefales at det gjennomføres en ROS- analyse ved innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud”.

Delavtale g) Retningslinjer for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og for faglige nettverk og hospitering

Delavtale h) Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

Delavtale i) Samarbeid om jordmortjenester

Delavtale j) Samarbeid om IKT løsninger lokalt

Delavtale k) Forebygging

Oppsummering

Sykehuset i Vestfold har utarbeidet avtaler i tråd med myndighetskrav og veileder.

Rekkefølgen på tjenesteavtalene avviker noe fra rekkefølgen beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, men minimumskravet til innhold er oppfylt. Avtalene er rettet mot somatikk, psykisk helse og rus. Prosedyrene som skal konkretisere tjenesteavtalene, beskrives som et verktøy for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Prosedyrene er ikke tilgjengelige på nettsidene. Det er utviklet en prosedyre for felles avviksbehandling. Det vises til PKO og behandlingslinjer som tiltak for å sikre samhandling. I avtalen om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, er det anbefalt at det gjennomføres en ROS analyse ved innføring. Det finnes for øvrig ingen informasjon om hvordan avtalene er knyttet sammen med internkontrollen, eller om det er utviklet indikatorer for å overvåke svikt i samhandlingen.

4.3.4 Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) samhandler både med kommunene i Akershus og noen bydeler i Oslo, det foreligger derfor to ulike sett av avtaler. I følge foretakets nettside beskriver de to overordnede samarbeidsavtalene hvilke samarbeidsformer partene er enige om, herunder oppgaver og sammensetning. Hovednettsiden om samhandling har lenker til samhandlingsreformen, hvor avtalene finnes, til samhandlingstiltak, elektronisk samhandling og en side for fastleger med opplysninger om PKO.

Samarbeidsavtalene mellom Ahus og Oslo, består av samarbeidsavtale del 1. generell del, og samarbeidsavtale del 2- tjenesteavtale 2, avtalene er inngått mellom kommunen og Oslo universitetssykehus (OUS), Akershus universitetssykehus (Ahus), Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. De underliggende tjenesteavtalene nr. 1, og nr. 3-9, reguleres av den generelle avtalens bestemmelser når det gjelder samarbeidsformer,

tvisteløsning og gjennomføring. Partenes intensjon er at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming, og at avgjørelser tas så nært brukeren som mulig. Det legges spesiell vekt på å oppnå likeverdig tilbud til hele Oslos befolkning, uavhengig av bosted.

Tjenesteavtalene er som følger:

Tjenesteavtale 1. *"Samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester"*, partene forplikter seg i denne avtalen til å samarbeide om utarbeidelse av retningslinjer om pasientforløp, *"fra hjem til hjem"*. Videre i punkt nr 6. fjerde kulepunkt, er partene forpliktet til å utvikle indikatorer for samtlige samarbeidsområder, for å kvalitetssikre omfang og innhold.

Tjenesteavtale 2. *"Samarbeid om innleggelse i spesialisthelsetjenesten og om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon"*. I avtalens punkt seks står det at partene skal utforme retningslinjer om henvisning og mottak i sykehus, partenes ansvar under utredning og behandling, partenes ansvar ifb med utskriving, særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling, om barn som pårørende og om barn som pasient. Retningslinjer for helhetlige pasientforløp er avtalt mellom Akershus universitetssykehus HF og bydel Alna, bydel Grorud og bydel Stovner og omfatter de tema som er presentert ovenfor. Retningslinjene er publisert i sammenheng med tjenesteavtalene.

Tjenesteavtale 3. *"Kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd"*. I punkt fire, *"Fremdriftsplan"*, fremkommer det at Oslo kommune tar sikte på å etablere de første 32 sengeplassene i løpet av første kvartal 2013. Under punktet om ansvar, står det at: *"Kommunens ansvar avgrenses til å gjelde det som til enhver tid utgjør et forsvarlig tilbud om øyeblikkelig hjelp"*.

Det er videre utarbeidet følgende tjenesteavtaler:

Nr. 4. Kunnskapsoverføring og informasjonsoverføring

Nr. 5. Forskning etc

Nr. 6. Jordmortjenester avtale

Nr. 7. Om lokale IKT-tjenester.

Nr. 8. Om forebygging.

Nr. 9. Om beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Oppsummering

Ahus og Oslo kommune har utarbeidet samarbeidsavtaler i tråd med krav i nasjonal veileder. Rekkefølgen på tjenesteavtalene avviker noe fra oppsettet i helse- og omsorgstjenesteloven og veilederen, men minstekravet til avtaler er oppfylt. Det er i tillegg utarbeidet retningslinjer til tjenesteavtale 2, om helhetlige pasientforløp. I tjenesteavtale 1, forplikter partene seg til å utarbeide retningslinjer om pasientforløp *"fra hjem til hjem"*, og til å utvikle indikatorer for samtlige samarbeidsområder for å sikre omfang og innhold. Det foreligger ingen lenke til retningslinjer, eller nærmere beskrivelse av indikatorer for kvalitetssikring, eller avvikssystem.

Samarbeidsavtalene mellom Ahus og Akershus kommunene omfatter overordnet samarbeidsavtale og helhetlig pasientforløpsavtale, samt delavtaler 1, 2, 4, og 6-11.

Helhetlig pasientforløpsavtale, regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom kommune/bydel og Ahus vedrørende henvisning, innleggelse, utskrivning og særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling av pasienter. Avtalen gjelder både for barn og voksne og omfatter områdene somatisk helse, psykisk helse og rus/avhengighet.

Delavtale 1. Gråsoner, har som formål å etablere samarbeidsarenaer for å kunne avklare grenseflater og gråsoner i pasientsamarbeidet, for eksempel hvor det er mangler og hvor det er overlappinger i kommunenes og helseforetakets tilbud.

Delavtale 2. Koordinerte tjenester, regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom kommunen og Ahus i forbindelse med behov for samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester, rehabilitering, habilitering, læring og mestring.

Delavtale 4. Øyeblikkelig hjelp, avtalen skal bidra til at kommunene senest innen 2016 etablerer kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Delavtale 6. Forskning og innovasjon, har særlig fokus på å styrke forskningsaktivitet på tvers av tjenestenivåene.

Delavtale 7. Utdanning og kompetanseutvikling, skal legge til rette for gjensidig kunnskapsoverføring og utvikling, for å styrke kompetansen blant ansatte i kommune og sykehus.

Det er videre utarbeidet følgende delavtaler:

Delavtale 8. Svangerskaps- fødsels- og barselomsorg

Delavtale 9. IKT løsninger, det opplyses om at Ahus startet i 2012 med PLO meldinger, og at det i løpet av første kvartal 2013 vil være innført for alle partene.

Delavtale 10. Forebygging

Delavtale 11. Beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede

Oppsummering

Ahus og Akershus kommunene har utarbeidet samarbeidsavtaler i tråd med kravene i nasjonal veileder og lovtekst. Benevning og rekkefølge avviker noe i forhold til veilederen, men minstekravet er innfridd. Helhetlig pasientforløpsavtale fremstår som detaljert og omfattende, den tar opp i seg innholdet i flere av retningslinjene i avtalen mellom Ahus og Oslo kommune. Det henvises til PKO og andre samhandlingsprosjekter, samt arbeidet med pasientforløp. Det foreligger ingen informasjon om avvikssystemet eller henvisning til internkontrollen.

4.3.5. Oslo universitetssykehus HF

På nettsidene til Oslo universitetssykehus HF (OUS), på området samhandling, under samarbeidsavtaler finnes; avtale generell del, *”Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF- Generell del”*, tjenesteavtale nr. 2, *”Samarbeid om innleggelse i sykehus og utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon”*., og tjenesteavtale nr. 9, *”Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede”*.

Det finnes en nettside om praksiskonsulentordningen (PKO), her finnes også en fane om avviksmeldinger. Ved nærmere observasjon fremkommer det at avviksmeldingene gjelder hvordan fastleger og andre primærleger kan melde avvik knyttet til samhandling. Det finnes videre en nettside om behandlingslinjer og pasientforløp, disse inngår i sykehusets kvalitetshåndbok, men de ulike nettsidene viser ikke til hverandre. Innholdet i kvalitetshåndboken er knyttet til sykehusets intranett og kan derfor ikke åpnes på nettsidene om samhandling.

I den generelle samarbeidsavtalen, fremkommer det under punkt fem, *”Tjenesteavtaler”*, at følgende tjenesteavtaler skal inngå som del av samarbeidsavtalen; Det listes opp

tjenesteavtaler nummerert 1. -9., hvorav nr. 1. samarbeid til pasienter som har behov for koordinerte tjenester, nr. 2. om innleggelse og om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, nr. 3. om kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Nr. 4. gjensidig kunnskapsoverføring, nr. 5. om forskning, nr. 6. om jordmortjenester, nr. 7. om lokale IKT løsninger, nr. 8. om forebygging og nr. 9. om beredskapsplaner.

Tjenesteavtaler nr. 1., og nr. 3.-8. er ikke søkbare på foretakets nettidder pr mars 2013.

Tjenesteavtale nr. 2 ”Samarbeid om innleggelse i sykehus og utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon”, omfatter områdene somatisk helse, *psykisk helse og rus/avhengighet*, og gjelder uavhengig av om pasienten er bosatt eller oppholder seg i Oslo. Under punkt seks fremkommer det at partene skal utforme retningslinjer om henvisning og mottak, om partenes ansvar ifb med utredning, behandling og utskrivning, om poliklinisk behandling, om barn som pårørende og om barn som pasient. Videre at det skal utvikles indikatorer for samtlige samarbeidsområder som omfattes av avtalen, i den hensikt å kvalitetssikre omfang og innhold. Retningslinjer som det vises til i punkt seks er ikke søkbare på nettsiden til OUS pr mars 2013.

I avtalens punkt ti fremkommer det at partene skal utarbeide system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

Oppsummering

OUS og Oslo kommune har utarbeidet samarbeidsavtaler som er i tråd med veileder og myndighetskrav. Det foreligger overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler nr. 1-9, hvor avtale 5. ikke foreligger. Avtaler nr. 3-8 er pr 2. mai 2013 publisert på nettsidene i signert form. Hovednettsiden om samhandling viser til lenker til sider om PKO, behandlingslinjer og pasientforløp, samt elektronisk samhandling. Det fremkommer ingen informasjon om hvordan samhandlingsavvik skal håndteres, eller overvåkes.

4.3.6. Sykehuset Østfold HF

På nettsidene til Sykehuset Østfold (SØ) fremkommer det at kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold har hatt en forpliktende samarbeidsavtale siden 2005, og at det nå er utarbeidet en ny avtale i forbindelse med samhandlingsreformens krav. Kommunene i Østfold

og SØ sin avtale omfatter overordnet samarbeidsavtale og 16 retningslinjer. Det foreligger også rutiner og prosedyrer som vedlegg til enkelte av retningslinjene, alt er tilgjengelig på nettsidene i venstre menyen.

Retningslinjene er som følger:

1. Oppgavedeling, avtalen regulerer oppgaver og tiltak partene skal samhandle om. I retningslinjen under punktet om videre arbeid, fremkommer det at partene i løpet av 2012 forplikter seg til å starte arbeidet med å kartlegge og definere gråsoner og grenseflater.
2. Helhetlige og sammenhengende helsetjenester til pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester. Retningslinjen utdyper blant annet partenes ansvar for arbeidet med koordinerende enhet, koordinatorene, individuell plan og ansvarsgrupper.
3. Innleggelse i SØ, beskriver partenes ansvar og oppgaver ved henvisning og innleggelse i sykehuset. Retningslinjen omfatter både somatikk og psykisk helsevern.
4. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Retningslinjen med vedlegg, beskriver hvordan det er planlagt for og utredet for hvordan dette tilbudet skal kunne iverksettes innen gitt frist. I punkt 8. er det tatt inn evalueringskriterier, for å kunne følge utviklingen av om tiltakene som iverksettes har hatt ønsket og effekt og god kvalitet. Det er listet opp både kvalitative og kvantitative indikatorer for evaluering.
5. Utskriving av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester, gjelder somatikk, psykisk helsevern har egen prosedyre. Retningslinjen beskriver vilkår for når en pasient er utskrivingsklar og kommunal betalingsplikt, den har vedlagt en rutine for utskrivning.
6. Kunnskapsoverføring, beskriver tiltak for å sikre gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og faglige nettverk. Det beskrives blant annet planlagte kombinerte arbeidsforhold med tilsetting både i kommune og sykehus, for å gi mulighet for kompetanseoverføring, trygghet for faglig samstemming og felles forståelse.
7. Samarbeid om forskning, beskriver virksområde og forpliktelser for partene.
8. Samarbeid om jordmortjenester, beskriver organisering og ansvar, samt følgetjeneste.
9. Samarbeid om IKT-løsninger, beskriver omfang og forpliktelser.
10. Samarbeid om forebygging, beskriver virkeområde og samarbeid.
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden, beskriver virkeområde og samarbeid.
12. Samarbeidsformer, beskriver samarbeidsfora, oppgaver og sammensetning.
13. Rekvirering av tekniske hjelpemidler når pasient er innlagt SØ.
14. Gjensidig hospiteringsordning mellom kommunene i Østfold og SØ.

15. Bruker/pasient med behov for følgepersonell.

16. Håndtering av avvik fra rutiner godkjent av Administrativt samarbeidsutvalg Østfold.

Rutinen har som formål å sikre at ansatte i sykehuset og kommunene benytter system for klager og avvik etter godkjente rutiner. Den definerer ansvar og fremgangsmåte. Det er utviklet et felles avviksskjema, og det er forutsatt at før avvik meldes skal muntlig kommunikasjon mellom partene ha forekommet. Det fremkommer også hvordan rutinen skal evalueres.

Oppsummering

Sykehuset Østfold har utarbeidet samarbeidsavtaler i tråd med veileder og myndighetskrav. Avtalene om utskriving gjelder somatikk, psykisk helsevern har egen prosedyre. Sykehuset har utarbeidet fem avtaler utover minimumskravet. Dette omfatter samarbeidsformer, tekniske hjelpemidler, behov for følgepersonell og håndtering av avvik. Det finnes forøvrig ingen henvisning til behandlingslinjer, PKO eller informasjon om tilknytning til internkontrollen.

4.3.7. Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Telemark (STHF) nettsider om samhandling viser til mange underliggende sider med relevans for samhandling. De viser til nettside om pasientforløp, avviksmelding, og samhandling om avvik. De viser videre til nettside om fastlege og kommunehelsetjenesten og til samhandlingsavtalene med kommunene. Samhandlingsavtalene består av en overordnet samarbeidsavtale, og 12 unummererte delavtaler. Delavtalene understøttes av prosedyrer/retningslinjer. Prosedyrene blir beskrevet som et viktig verktøy for å utvikle og sikre kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpene. Avtaler om sykehusforbruk og om avviksbehandling inngår som delavtaler.

Delavtalene er som følger:

Delavtale om innleggelse i sykehus presiserer at den også omfatter prosedyrer som hører inn under avtalen.

Delavtale om utskriving fra sykehus, beskriver ansvar og oppgaver når pasient er utskrivingsklar. Ved håndtering av avvik og uenighet, vises det til overordnet samarbeidsavtale punkt åtte: *”En praktisk ordning for å registrere avvik er utarbeidet av partene”*. Pkt.13. *”prosedyrer fra kvalitetssystemet TQM er tilknyttet avtalen”*, herunder sjekklister ved utskriving, kontaktinformasjon, og samhandling om avvik og forbedringsarbeid, avviksmelding til STHF, veiledende dokument for bruk i kommunene.

Delavtale om beredskapsplaner, beskriver helhetlige beredskapsplan for helse- og sosialberedskap.

Delavtale om akuttmedisinsk kjede.

Delavtale om øyeblikkelig hjelp i kommunene, beskriver hvordan plasser til døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunene planlegges ivaretatt.

Delavtale om analyse av sykehusforbruk for pasienter fra egen kommune, jf. kommunal medfinansiering. Dette er en avtale som kommer i tillegg til de lovpålagte.

Delavtale om avviksbehandling, har som mål å sikre best mulig samhandling mellom partene ved at det etableres et felles system for håndtering av avvik fra de avtaler og prosedyrer som er vedtatt. Det fokuseres på fortløpende rapportering av avvik og mulighet til forbedring.

Avtalen beskriver fremgangsmåten, og viser til en prosedyre for avviksmelding. Denne avtalen kommer i tillegg til de lovpålagte avtalene.

Delavtale om forebygging og pasientforløp.

Delavtale om samarbeid om IKT-løsninger.

Delavtale om jordmortjenester.

Delavtale om kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og faglige nettverk.

Delavtale om brukermedvirkning.

Overordnet avtale pkt. 4.4.3 sier at det skal utarbeides en delavtale som beskriver samarbeidsform med fastlege og avtalespesialister, denne avtalen er ikke søkbar på nett.

Oppsummering

STHF og kommunene har utviklet samarbeidsavtaler i tråd med nasjonal veileder og myndighetskrav. De har i tillegg utviklet to avtaler som går utover det lovpålagte. Alle delavtalene viser til navngitte og nummererte prosedyrer i sykehusets kvalitetssystem, prosedyrene er ikke tilgjengelige på nettsiden. Avtalene avviker fra veilederen ved ulik rekkefølge på avtalene. Nettsidene viser til PKO og sider om samhandling som viser til samhandlingskoordinatorer. Det er lenke til samhandlingsprosedyrer mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste, gjennom "Helsedialog". Det er også lenke til nettside om pasientforløp. Prosedyre om avviksmelding og forbedringsarbeid knyttet til eksterne samarbeidspartnere er tilgjengelig på nettsiden. Det fremkommer at avvik som oppstår i kommunene må sendes pr post til kvalitetsavdelingen ved STHF, avvik oppstått på sykehuset meldes rett i kvalitetssystemet elektronisk. STHF melder avviksstatistikk til partene to ganger årlig. Det finnes for øvrig ingen informasjon om hvordan avtalene for øvrig er knyttet til internkontrollen.

4.3.8. Vestre Viken HF

Det fremkommer at Vestre Viken HF og de 26 kommunene i kommunehelsesamarbeidet inngikk intensjonsavtale om samarbeid i 2010. Partene hadde da et grunnlag for avtalestruktur før lovverkets nye krav var kjent, de har bygget videre på dette. Det foreligger nå en overordnet samarbeidsavtale og lokale samarbeidsavtaler som er likelydende for alle kommuner/sykehus. Det er videre utarbeidet 16 unummererte delavtaler. På nettsidene under samhandling finnes tilgjengelige lenker til PKO, samhandlingsprosjekter og samarbeidspartnere.

Følgende unummererte avtaler er lagt ut på deres nettsider:

Avtale om inn- og utskriving av pasienter –somatikk.

Avtale om inn- og utskriving av pasienter - psykisk helsevern.

Avtale om IKT-løsninger mellom NN kommune og Vestre Viken HF.

Avtale om forebyggende arbeid.

Avtale om forskning, utdanning og praksis og læretid.

Avtale om gjensidig kompetanseutveksling.

Avtale om svangerskaps- fødsels- og barselomsorg.

Avtale om retningslinjer for uenighet og tvister for Vestre Viken helseområde.

Avtale om beredskap - og følgetjeneste for gravide med vedlegg.

Avtale om beredskap.

Avtale om den akuttmedisinske kjeden.

Avtale om etablering av kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp døgn, beskriver ansvar og oppgaver og virkeområde for hvordan partene forplikter seg til å delta i utvikling av et slikt tilbud innen fristen. Det skal utarbeides en lokal driftsavtale.

Det er videre utarbeidet følgende avtaler:

Intensjonsavtale om palliasjon og kreftomsorg.

Samarbeid om folkehelsearbeid Vestre Viken HF og Buskerud fylkeskommune.

Samarbeidsavtale mellom forebyggende familieteam, Asker DPS og helsestasjonene i Asker og Bærum.

Samarbeidsavtale mellom Asker og Bærum kommune og VVHF om forebyggende tiltak til barn og unge.

Oppsummering

Vestre Viken HF og kommunene har utviklet samarbeidsavtaler i tråd med veileder og myndighetskrav på området. Rekkefølgen og benevnningen avviker noe fra veileder, men alle elementene finnes. Det er også utviklet avtaler som går utover minstekravet. Dette gjelder retningslinjer for uenighet og tvister. Det fremgår ikke av nettsidene hvordan avtalene er knyttet til internkontrollen.

4.3.9. Sørlandet sykehus HF

Det er utarbeidet en overordnet samarbeidsavtale mellom SSHF og kommunene. Denne er datert 31. januar 2013, og er ikke tilgjengelig under nettsidene samhandling/avtaler. I avtalen beskrives det hvilke delavtaler som er inngått mellom SSHF og kommunene på Agder. På sykehusets nettsider er det lagt ut 30 sett med signerte delavtaler mellom kommunene og SSHF. Det informeres om at alle avtalene er fremforhandlet i overordnet samhandlingsutvalg. Kommunene har lagt ut et ulikt antall signerte delavtaler under sine faner. Kristiansand kommune har følgende avtaler i tillegg til overordnet avtale:

Delavtale 1. Oppgave- og ansvarsfordeling, som beskriver enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.

Delavtale 2. Om samarbeid i tilknytning til innleggelse og utskriving til pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester.

Delavtale 3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus, beskriver ansvar, oppgaver og fremgangsmåte ved innleggelse i sykehuset. I punkt 6.0 Kartlegging av praksis for hvordan pasienter legges inn i sykehus, kommer det frem at det er planlagt for en kartlegging i en definert periode, for bl.a å se hvor pasienter blir lagt inn fra.

Delavtale 4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd.

Delavtale 5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon. Formålet fremkommer i punkt 3.0, og partene er enige om at det er å: a) Styrke pasientsikkerheten ved utskriving b) Sikre at pasientens medisinske, omsorgsmessige og rehabiliteringsbehov blir ivaretatt ved overføring fra sykehuset til kommunalt ansvar c) Styrke pasientopplevd kvalitet d) Sikre at pasient og pårørende opplever sammenhengende pasientforløp e) Sikre at pasienten tas hånd om jf.

LEON prinsippet f) *Bidra til å standardisere hva som er god kvalitet i samhandlingen omkring utskriving mellom alle sykehus og alle kommune på Agder* g) *Klargjøre standarder for utskriving som derved kan gi grunnlag for melding av avvik og kontinuerlig forbedringsarbeid* h) *Sikre god samhandling og forståelse mellom nivåene i helsetjenesten.*

Uenighet om utskrivingsklar pasient skal meldes i sykehusets og kommunens avvikssystem og behandles i ordinære kvalitetssystemer. I punkt 7.0 er det beskrevet i detalj hvordan partene skal gå frem ved melding av avvik, og hvordan det skal kommuniseres.

Delavtale 6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring. Avtalen skal sikre at partene har en fellesforståelse av behovet for kompetanseoverføring.

Delavtale 7. Forskning, utdanning praksis og læretid, definerer og beskriver ansvar og oppgaver.

Det er videre utarbeidet følgende avtaler:

Delavtale 8. Jordmortjenester.

Delavtale 9. IKT-løsninger.

Delavtale 10. Forebygging.

Delavtale 11. Akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner.

Delavtale 12. Håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer.

Denne er en frivillig ønsket avtale fra denne parten, og tar for seg avvik fra samhandlingsavtaler og delavtaler mellom SSHF og kommune. Det er utviklet et felles avviksmeldeskjema.

Delavtale 13. Styringsdata og analyser. Avtalen regulerer samhandling rundt styringsinformasjon og analysearbeid knyttet til dette mellom kommunene og sykehuset. Det fremkommer at denne avtalen er frivillig inngått. Formålet er å synliggjøre befolkningens bruk av helsetjenester, og bidra til å identifisere forbedringsmuligheter.

Oppsummering

Tema for delavtale 1-11 følger oppbygning jf. nasjonal veileder, i tillegg er det utarbeidet delavtale 12. Håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer, og delavtale 13. Analyse/styringsdata ang bruk av helsetjenester på begge nivå. Prosedyrer som skal støtte delavtalene beskrives i avtalene, prosedyrene er ikke tilgjengelige på nettsidene. Det foreligger ingen informasjon om hvordan avtalene er knyttet til internkontrollen.

4.4 Presentasjon av opplysninger fremkommet i samtaler

For å få informasjon om hvilket arbeid som ligger til grunn for utarbeiding av avtalene, og for å sikre at all tilgjengelig skriftlig informasjon er funnet, er det gjennomført telefonsamtaler med representanter som har vært involvert i utarbeidelsen av avtalene i fire kommuner og fire helseforetak. Det ble stilt to spørsmål, svarene er gjengitt under. Det kom også frem noe tilleggsinformasjon under samtalene, særlig om utfordringer, denne informasjonen er også gjengitt.

Spørsmål 1.

Er det mulig å finne frem til gjennomførte risikoanalyser eller vurderinger som ligger til grunn for avtalene?

Kommune 1.

”Nei, ingen skriftlig ROS analyse er gjennomført. Dersom det gjøres risikoanalyser er de oftest knyttet opp mot økonomiske forhold og budsjett. Det ble allikevel vurdert behov for å utvide kapasiteten med 10 ekstra korttidsplasser, og tre ekstra stillinger på bestillingskontoret for å motta pleie- og omsorgsmeldinger”.

Kommune 2.

”Det foreligger ingen ROS analyse, men vi har utarbeidet rapporter i forberedelsen”. Det vises til prosjektrapport om interkommunalt samarbeid om øyeblikkelig hjelp tjenester.

Kommune 3.

”Vet ikke om det foreligger noen ROS analyser, verken fra kommuner eller helseforetak. Det var mest fokus på å forhandle frem avtalene i tide”.

Kommune 4.

”Kjenner ikke til om det ble utarbeidet noen ROS analyse. Arbeidet var omfattende nok i seg selv”.

Helseforetak 1.

”Jeg har ikke kjennskap til at det ble utarbeidet risikoanalyser i forbindelse med avtaleinngåelsen. Derimot var det ulike diskusjoner på områder hvor det kan svikte ved overføring av pasient. Dette kan dreie seg om mangelfullt oppdaterte legemiddellister, manglende epikriser, feil i epikriser, ambulanser som ikke kommer til avtalt tid etc”.

Helseforetak 2.

”Hvis du med risikoanalyser henviser til matrisemodellen hvor vi kartlegger sannsynlighet og konsekvens for utpekte risikoområder, så har vi ikke gjort det. På noen områder, for eksempel avtalen om innleggelse og utskriving av pasient fra sykehus har vi over tid kartlagt ”svikt i samhandlingen” og iverksatt ulike tiltak”.

Helseforetak 3.

Svarte ikke direkte på om det var gjort noen risikoanalyser forut for avtaleinngåelsen. Viste imidlertid til samarbeidsprosjekt med kartlegging av nåværende kompetanse og fremtidig kompetansebehov.

Helseforetak 4.

Viste ikke om det forelå noen risikoanalyser i forkant av avtaleinngåelse. Trodde ikke det. Mente at avtalene bygger på tidligere avtaler og kjennskap og samarbeid gjennom mange år.

Spørsmål 2.

Er det på forhånd utviklet indikatorer i internkontrollen for å følge med på helsefaglige forhold (hva rapporteres det på til ledelsen)?

Kommune 1.

”Vi følger ukentlig med på antall meldinger, endringsmeldinger, overliggere på sykehus utover en uke og søknader pr måned”. Oppfølgingen av nevnte styringsparametre oppgis til å være primært for å følge med på økonomi og budsjett.

Kommune 2.

Ikke svart direkte på spørsmålet. Fant det ikke naturlig å tenke internkontroll ved avtaleinngåelse. *”Vi skriver avvik, men burde skrevet mange flere. Det er så tungvint alt må gjøres manuelt og sendes pr brev”.*

Kommune 3.

”Jobber med å utvikle og bygge opp et avvikssystem. Følger foreløpig med på enkeltpunkter, som for eksempel utskriving av pasienter uten epikrise, og momenter rundt varslings tid for utskriving”.

Kommune 4.

”Nei! Utviklet tilleggsavtaler om tvistehåndtering og avvik. Avvikshåndteringsavtalen har ikke vært praktisert”.

Helseforetak 1.

Svarer nei på spørsmålet om det er utviklet indikatorer i styringen. Forteller om avvik som håndteres av samhandlingsenheten ved sykehuset, og deretter blir videreformidlet til aktuell enhet. *”Samhandlingsavvikene videresendes til klinikkens kvalitetsutvalg som har ansvar for å ta avvikene videre inn i respektive klinikker”.*

Helseforetak 2.

”Vi har blitt enige om å lage tertialvise oppsummeringer av antallet samhandlingsavvik og hva de inneholder og legge disse frem for samhandlingsutvalget. Det samme utvalget prioriterer forbedringsarbeid. Det foreligger fungerende ordninger for å oppdage og håndtere avvik, men det er tungvint. Kommuner og sykehus har ikke et felles elektronisk system”.

Helseforetak 3.

Ikke svart på dette.

Helseforetak 4.

Svarer at indikatorer i internkontrollen ikke har vært jobbet med. *”Mye som gjenstår av arbeid for å operasjonalisere den overordnede avtalen”.* Forteller at prosedyrene som det vises til i tjenesteavtalene er ikke tilgjengelig på nett, fordi kvalitetssystemet ikke er kompatibelt med det eksterne nettet. Avviksavtalen reforhandlet, men ikke ferdig. *”Mange uhensiktsmessige avvik har vært sendt inn”.* Samhandlingsavdelingen har tett kontakt med kvalitetsavdelingen, og enkelte avvik blir løftet ut og behandlet i kvalitetsutvalget.

Tilleggsopplysninger fremkommet i samtalene

Kommune 1.

”Pleie- og omsorgsmeldinger på faks og telefon er ikke et godt opplegg. Ofte er ikke epikrisen ferdig når pasienten skrives ut. Det er nå laget et malsystem slik at meldingen er leselig, men burde vært elektronisk. Transport er et problem når pasientene må vente i timevis, holder plasser ledig og oppbemannet”.

Kommune 2.

”Bare økonomi som teller. Sykehuset melder en utskrivingsdato når pasienten legges inn, de opplever at denne mange ganger endres, dette fører til utfordringer for bemanningen som da er planlagt oppbemannet fra samme dato. Også problemer med elektronisk meldingsutveksling, ikke alle er i gang med dette. Utfordringer med epikriser og informasjon til fastlegene, ikke alltid de får samme informasjon”.

Kommune 3.

De har ikke problemer med utvikling av avtaler, reforhandling og evaluering. *”Utfordringene går mer på materielt innhold, som for eksempel hva det skal satses på først, hvem skal betale osv”.* Opplyser at de har reforhandlet avtale 5 etter vurdering av fare for pasientsikkerheten, ved at et stort antall pasienter ble skrevet ut uten epikrise. Meldingsutveksling foregår elektronisk i mange kommuner, regner med at de resterende vil ha mulighet til dette i løpet av året.

Kommune 4.

”Meldes ikke avvik pga komplisert system. Manuelt”.

Helseforetak 1.

”Utfordringer med pleie- og omsorgsmeldinger, ikke mulighet for å sende elektroniske meldinger til kommunehelsetjenesten eller sykehjem. Litt tilfeldig med meldinger og epikriser til fastlegene. Implementering av avtalene og opplæring oppleves å være den største utfordringen”.

Helseforetak 2.

”Det gjenstår mye oppfølgingsarbeid i kjølvannet av avtalene. Viser til arbeidet med pasientforløp og prioriteringer av hvilket det skal satses på først”.

Helseforetak 3.

”Kommunene ønsker at det skal være sterkere føringer i avtalene ved utskriving. Striden har vært pasienter som skrives ut uten epikrise. Det har også vært diskusjoner i hva som ligger i veiledningsplikten”.

Helseforetak 4.

”Den største utfordringen er å gjøre tjenesteavtalen kjent og implementert”.

Oppsummering av informasjon gitt i samtaler

Samtlige informanter har svart negativt på om det er det mulig å finne frem til gjennomførte risikoanalyser eller vurderinger som ligger til grunn for utarbeidelsen av samarbeidsavtalene. Noen sa at de ikke visste, eller ikke kunne svare på dette. Flere oppga at de hadde deltatt i arbeidsgrupper hvor avtaler har blitt utarbeidet, men kunne ikke vise til skriftlige risikovurderinger eller ROS analyser.

På spørsmål om det på forhånd er utarbeidet indikatorer i internkontrollen for å følge med på svikt i grenseflatene, svarer alle nei! Ved henvisning til en samarbeidsavtale hvor det fremgår at det skal utarbeides kvalitetsindikatorer, er det ikke mulig å få svar på hvor langt de har kommet med dette arbeidet. Flere viser til avvikssystemer under utvikling, at det er fungerende kvalitetssystemer i sykehusene, men at kun utvalgte samhandlingsavvik blir behandlet i kvalitetsutvalgene. Noen snakket om underrapportering av avvik på grunn av tungvindt system, hvor avvik må sendes i posten.

Under samtale fremkom det mange tilleggsopplysninger. Mange pekte på at systemet med meldingsutveksling pr faks og telefon tok mye tid, og ikke følte kvalitetssikret godt nok. At det kunne være en fare for pasientsikkerheten ved at meldingene må håndteres manuelt. Det ble opplyst om at epikriser ikke alltid var ferdig når pasienten ble utskrevet, eller at den ikke nådde rette vedkommende. Flere mente at implementering av avtalene, å gjøre dem kjent i virksomheten, var den største utfordringen.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet er funn fra dokumentanalysen kategorisert i forhold til forskningsspørsmålene og drøftet i lys av faglige normer presentert i kapittel 2.5 til 2.7, samt i kapittel 4.1, samt teori om sikkerhetsstyring og risikoforståelse presentert i kapittel 2.1 til 2.4. Drøftingen presenteres i to underkapitler, hvor metodiske refleksjoner utgjør det første.

5.1 Drøfting av metode(sterke og svake sider)

Dokumentanalysen omfatter alle de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst er en av fire helseregioner i landet og skal sørge for spesialisthelsetjenester til ca 2, 8 millioner mennesker. Dette utgjør den største og mest folkerike helseregionen i landet. Samarbeidsavtalene som har vært gjenstand for analyse er knyttet til 8 helseforetak (eid av Helse Sør-Øst) og alle de 172 kommuner i de fylkene som Helse Sør-Øst omfatter.

Med bakgrunn i dokumentgrunnlagets omfang og de geografiske, demografiske og politiske variasjonene i Helse Sør-Østs omfattende nedslagsfelt, er det ikke urimelig å vente at funn i denne studien, kan gjenfinnes i de andre helseregionene. På tross av at nasjonale veiledere og myndighetskrav foreligger, er det allikevel usikkert hvordan geografiske ulikheter, ulik befolkningssammensetning og tilgang til helsetjenester har påvirket utformingen av, og arbeidet med samarbeidsavtalene i andre helseregioner. Muligheten for å generalisere funnene, studiens eksterne validitet, er avhengig av i hvor stor grad utvalget er representativt for hele den norske populasjonen. I følge Jacobsen (2005) kan man i prinsippet aldri generalisere sikkert til noen andre enn til den populasjonen utvalget er trukket fra, og til det tidspunktet undersøkelsen er foretatt på. Funnene her gjelder altså Sør/Øst Norge, ca. halvparten av landets befolkning, og det er grunn til varsomhet med å anta at de er representative for resten av landet.

All dokumentasjon som er benyttet i dokumentanalysen i denne studien er offentlige tilgjengelige dokumenter. Samarbeidsavtalene er tilgjengelige på helseforetakenes nettsider. Rammeverk for analysen er hentet fra lover med forarbeider, forskrifter, og nasjonale veiledere. Det vil derfor være mulig for andre å gjenta denne studien, basert på nøyaktig samme dokumentgrunnlag. Reliabiliteten av funnene kan således bekreftes ved etterfølgende studier.

5.2 Drøfting av funn fra dokumentanalyse av samarbeidsavtalene

Før forskningsspørsmålene blir drøftet, vil funn i forhold til struktur på avtalene bli presentert og drøftet opp mot nasjonal veileder, og sikkerhetsteori.

Struktur

I nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak (2011), er det beskrevet forventninger til avtalenes struktur. Det er anbefalt å utarbeide en generell del og spesifikke deler som ivaretar temaene loven krever skal inngå. Videre er det anbefalt at avtalene mellom det enkelte helseforetak og kommunene de samarbeider med skal være likelydende. Fordelen med standardisering beskrives med at det vil kunne bidra til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester. Et forslag til samarbeidsavtale er vedlagt veilederen som mal. Det uttrykkes videre en forventning til at avtalene skal omfatte somatisk helsetjeneste, psykisk helse og rus.

Samarbeidsavtalene knyttet til de åtte helseforetakene som inngår i studien er presentert forskjellig, og fremstår som ulike på helseforetakene nettsider. Ved nærmere analyse kommer det frem at avtalene også er bygget opp forskjellig. Alle settene med avtaler har ulik oppbygging, benevning og utforming. Ved alle helseforetakene finnes imidlertid overordnet avtale og underliggende delavtaler. De underliggende avtalene benevnes tjenesteavtaler, delavtaler og retningslinjer. Noen delavtaler er nummererte med tall, noen med bokstaver, enkelte følger rekkefølgen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 (2011) kronologisk. Noen helseforetak har unummererte delavtaler, og er presentert ukronologisk. Enkelte har for eksempel slått sammen delavtale om innleggelse og utskriving, og noen har gamle intensjonsavtaler på samme sted. De fleste helseforetakene viser til ulike prosedyrer som konkretiserer innholdet i delavtalene. Prosedyrene er benevnt som; samhandlingsrutiner, rutiner, prosedyrer og retningslinjer. Ved kun to av helseforetakene er prosedyrene det vises til tilgjengelige på sykehusets nettsider hvor samarbeidsavtalene finnes. Alle helseforetakene har beskrevet at avtalenes virkeområde er innenfor somatisk helsetjeneste, psykisk helse og rus. To helseforetak har utarbeidet egne tjenesteavtaler, eller prosedyrer som gjelder utskriving av pasienter innen psykisk helsetjeneste.

I brev fra HSØ til helseforetakene hvor oppgavene med å utarbeide samarbeidsavtaler ble delegert til helseforetakene, er det ikke gitt føringer for struktur på, eller innhold i avtalene.

Selv om avtalene fremstår ulikt og er ulikt bygget opp med innhold, avviker ikke avtalene i stor grad fra de anbefalinger som er gitt i lovteksten og i veilederen. I følge statusrapport fra Helsedirektoratet (2012) og samhandlingsstatistikk fra Helsedirektoratet (2013) oppfyller nå alle kommuner og helseforetak kravet til avtaleinngåelse. Det fremkommer at alle avtalene oppfyller minstekravet gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 (2011) om samarbeidsavtaler.

Det kan allikevel stilles spørsmål ved om ikke avtalenes struktur burde vært ytterligere standardisert, også mellom helseforetakene i samme helseregion og nasjonalt. Begrunnelsen brukt i veilederen om at standardisering er med på å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester, for å anbefale standardisering av avtalene mellom helseforetak og hver enkelt kommune, kan brukes på dette nivået også. Standardisering av strukturen vil kunne lette tilgjengelighet, lesbarhet og forståelse av avtalene, herunder forenkle implementering. En standardisert struktur hindrer ikke at innholdet kan være preget av lokale forhold og forutsetninger. Lokale forhold ansees som viktige da de kan tenkes å påvirke sikkerheten i tjenestene.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e (1999) har det regionale helseforetaket en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale foretaket og med andre regionale foretak. Det er i veilederen for samarbeidsavtaler anbefalt at det regionale helseforetaket overlater til helseforetakene å inngå avtaler. Det behøver ikke være noen motsetning mellom at RHFet tilrettelegger for standardisert struktur på avtalene, samtidig som HFet lokalt ivaretar innholdet i avtalene. Hensikten beskrevet i veilederen er blant annet å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samarbeidsavtaler (HOD, 2011).

Som nevnt over viser de fleste helseforetakene til ulike underliggende prosedyrer som konkretiserer innholdet i delavtalene. Flere opplyser at prosedyrene sammen med tjenesteavtaler og overordnet avtaler utgjør samhandlingsavtalene. Ved kun to av helseforetakene er prosedyrene det vises til tilgjengelige på sykehusets nettsider hvor avtalene finnes. Det er anbefalt at avtalene i sin helhet presenteres på helseforetakenes nettsider og at de skal være lett tilgjengelige. Det kan stilles spørsmål ved om dette er oppfylt. Prosedyrene som ikke er publisert, er ikke tilgjengelige for eksterne samarbeidsparter (kommunene), de kan dermed ikke gjøre seg kjent med det konkretiserte innholdet i avtalene de har inngått med helseforetaket. Gjennom en av samtalene fremkom det at prosedyrene det vises til i tjenesteavtalene ikke er tilgjengelige på samme nettsted som avtalene, fordi de er

lagret i sykehusets kvalitetshåndbok. Avtalene og prosedyrene er lagret i to forskjellige datasystemer, som ikke er kompatible. På dette området har flere av helseforetakene tydeligvis utfordringer med blant annet funksjonalitet. To av helseforetakene i denne studien har imidlertid håndtert denne praktiske utfordringen.

Med bakgrunn i teori om sikkerhetsstyring (Aven, 2006) kan sikkerhetsmålet for temaet struktur være, ensartet nasjonal praksis i bruken av samarbeidsavtaler. Det kan sees på som et delmål for å nå hovedmålet, økt pasientsikkerhet. Virkemidlene er implementering, opplæring og motivasjon til bruk. Rammebetingelsene er blant annet gitt i lovkrav med minstekrav til innhold i samarbeidsavtalene. Ensartet struktur på samarbeidsavtalene burde inngått som en rammebetingelse, for å lette lesbarhet, tilgjengelighet og implementering av avtalene. For å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester, slik målet uttrykkes i nasjonal veileder til samarbeidsavtaler.

5.2.1 Risikovurderinger

Studien har videre fokus på hva som er gjort av analyser, risikovurderinger og tiltak i forkant av avtaleinngåelse, for å unngå at svikt oppstår, samt på hva som er satt inn av barrierer og tiltak igjennom avtalene. Et av forskningsspørsmålene er, om det er mulig å finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene.

I veilederen for samarbeidsavtaler finnes følgende om forventninger til forarbeidet:

*”Kommuner og foretak vil begge ha samme interesse i å utarbeide avtaler som kommer pasientene til gode. Som følge av at kommuner og helseforetak har ulike ansvars- og virkeområder, kan det oppstå interessemotsetninger og uenighet om hvilke bestemmelser som er formålstjenlige. Det er derfor viktig at både foretakene og kommunene i forkant av forhandlingene om innholdet i avtalene, **grundig analyserer** sine behov og vurderer gode/dårlige erfaringer i tidligere samarbeid. Dette bør danne grunnlaget for å komme frem til en felles forståelse om hva avtalen skal inneholde”. Veilederen viser samtidig til bestemmelsene i helselovgivningen som er førende for at tjenestene som ytes skal være forsvarlige.*

Ved gjennomgang av samarbeidsavtalene var det ikke mulig å spore hvilke forarbeider avtalene er basert på. Formen på avtalene uttrykker hva det er enighet om og hva som er bestemt, etter at forhandlinger er gjennomført. Ingen av avtalene eller delavtalene viser til

gjennomførte risikovurderinger, med tilhørende tiltak. For å finne informasjon om hvilket arbeid som ligger til grunn for utarbeiding av avtalene, er det gjennomført samtaler med representanter fra kommuner og helseforetak, som har vært involvert i arbeidet med dette. Ingen av representantene svarte positivt på spørsmålet om det var mulig å finne frem til gjennomførte risikoanalyser eller vurderinger som ligger til grunn for utarbeidelsen av samarbeidsavtalene. Flere oppga at de hadde deltatt i arbeidsgrupper hvor avtaler har blitt utarbeidet, men kunne ikke vise til skriftlige risikovurderinger eller ROS analyser. Noen svarte at de ikke visste, eller at de ikke kunne svare på spørsmålet.

Det fremkom allikevel at partene har vurdert behov for endret kapasitet og kompetanse, og planlagt for dette, blant annet ved å utvide kapasiteten med ekstra korttidsplasser og flere ansatte for å håndtere økte administrative oppgaver. Det vises også til prosjektrapporter utarbeidet i arbeidsgrupper hvor samhandlingsavtaler er fremforhandlet. Andre fortalte at det hadde vært diskusjoner på områder hvor det kan svikte ved overføring av pasienter mellom behandlingsnivåene. Et av svarene pekte på at avtalene bygger på tidligere inngåtte intensjonsavtaler og kjennskap til hverandre gjennom mange års samarbeid. Funn kan indikere at det er gjort vurderinger av hvor det kan svikte, men at disse ikke er nedtegnet eller gjennomført systematisk.

I følge Aven et. al. (2004) krever sikkerhetsstyring systematikk. Et systematisk sikkerhetsarbeid forutsetter både langsiktig planlegging og helhetsvurderinger av systemet man skal jobbe med. Ved gjennomgang av myndighetskrav til avtalene og veileder, fremkommer det ikke noe spesifikt krav til systematisk styring, eller beskrivelse av hvordan virksomhetene skal gjennomføre risikovurderinger, ROS analyser, eller overvåke svikt i grenseflatene mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. Internkontrollforskriften § 4f) (2003) viser imidlertid til virksomhetenes plikt til å styre gjennom kjennskap til egen virksomhet og resultat. Kravet til virksomhetene om å ha kjennskap til hvor de har størst fare for svikt utdypes videre i veilederen til internkontrollforskriften. Veilederen viser til eksempler på tiltak som virksomhetene kan iverksette for å skaffe seg oversikt over hvor det er fare for svikt. Tiltak som nevnes er, risiko og sårbarhetsanalyser, registrering av feil og uønskede hendelser og bruk av avviksmeldinger til forbedringsarbeid. Det vises ikke til noen spesifikk metode for å gjennomføre systematisk gjennomgang av tjenester og resultater, for å sikre at tjenestene er i henhold til krav.

Tidligere i studien er tre ulike perspektiver på hvordan risikobegrepet kan tolkes presentert. Intensjonen med presentasjonen var i tillegg til å belyse at risiko kan vurderes ut i fra ulike perspektiv, å lete etter risikovurderinger rundt usikkerhet i samarbeidsavtalenes forarbeider. Da det viser seg at slike forarbeider ikke er tilgjengelige, er det ikke mulig å ta stilling til eller vurdere hvilket risikoperspektiv som avspeiler seg.

Svaret på forskningsspørsmålet om, det er mulig å finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene, er negativt. Dette er ikke i tråd med viktige prinsipper innen sikkerhetsstyring (Aven, 2006). I følge Avens modell for sikkerhetsstyring illustrert i kap. 2.2, kan sikkerheten styres gjennom ulike virkemidler. Spesifikk kunnskapsinnhenting er et av virkemidlene. Dette innebærer bruk av ulike analyser, som ROS analyser, for å få et godt grunnlag for å fatte optimale beslutninger i skjæringspunktet mellom sikkerhet og andre verdier. Funn i denne studien indikerer manglende systematikk og manglende skriftlighet i gjennomføring av risikovurderinger, i forberedelsen til avtaleinngåelse. Gjennom risikoanalyser kan sårbarhet i systemet avdekkes på et tidlig stadium, og på den måten forhindre at uønskede hendelser oppstår.

5.2.2 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet er i denne studien operasjonalisert gjennom kravet til faglig forsvarlige tjenester, fravær av uønskede hendelser og systematisk styring i helselovgivingen. Normene er gitt i lovteksten, forarbeider til lovene, forskrifter og nasjonale veiledere. Det andre forskningsspørsmålet i studien er: Hvordan fremkommer fokus på pasientsikkerhet gjennom avtalene?

I nasjonal veileder for samarbeidsavtaler (2011) er betydningen av begrepene pasientsikkerhet, god kvalitet og forsvarlige tjenester ikke nærmere utdypet eller forklart. Det er imidlertid presisert at kravet til forsvarlige tjenester er førende og praksis skal være i tråd med helselovgivingen. Veilederen lyder som følger:

”Ved enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen eller motsatt, skal overføringen være faglig forsvarlig. Partene må sikre at den som skal utføre en oppgave har faglig kompetanse og nødvendige ressurser og utstyr til å utføre tiltaket”.

”I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personell med allmenn kompetanse og spesialistkompetanse”(HOD, 2011).

Det er videre kommunisert at samarbeidsavtalene blant annet skal bidra til å utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, som følger faglige retningslinjer og veiledere, og å utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Det er videre anbefalt å formalisere samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (HOD, 2011).

Ved dokumentanalyse av samarbeidsavtalene finner man det ikke spesifikt forklart hva som skal bidra til økt pasientsikkerhet. Det fremkommer allikevel et fokus på pasientsikkerhet ved at avtaler og prosedyrer viser til tiltak, som skal sikre ulike prosesser i samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Avtalene er bygget opp slik at de ivaretar kravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 (2011) med overordnet avtale og delavtaler på underpunktene. Avtalene beskriver blant annet, bakgrunn, formål, virkeområdet, prosesser, avvikshåndtering, samt partenes ansvar og oppgaver på de spesifikke områdene. Flere helseforetak har utformet tjenesteavtalen om utskrivingsklare pasienter ved å gjengi kravene i kapittel tre i forskriften om medfinansiering av spesialisthelsetjenester (2012). Innholdet i forskriften angir detaljer i forhold som må være avklart før utskriving, rutiner for varsling, samt vilkår for når en pasient er utskrivingsklar. Prosedyrene som er knyttet til delavtalene beskrives av flere som et viktig verktøy for å sikre og utvikle kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpene. Et helseforetak skriver i retningslinjen for utskriving fra sykehus, at den skal bidra til at pasienten får faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slik kan det gis et inntrykk av at avtalene i seg selv oppfattes som tiltak som bidrar til å sikre pasientsikkerheten. Pasientsikkerheten er operasjonalisert gjennom avtalene og detaljerte prosedyrebeskrivelser som fordeler ansvar og oppgaver, samt beskriver arbeidsprosesser detaljert, i tillegg til opplæring og til hvordan eventuelle tvister skal håndteres.

Aven (2004) beskriver i sin modell for sikkerhetsstyring at virkemidler eller tiltak for å nå målene, som i denne sammenheng er pasientsikkerhet, kan være nasjonale faglige veiledere, holdningskampanjer eller opplæring for å påvirke ansattes holdninger og kunnskapsnivå. Myndighetskrav og fysiske forhold utgjør rammebetingelsene. Avtalene og prosedyrene kan også sees på som sikkerhetsbarrierer, slik Reason (1997) fremstiller det i sin sveitserostmodell. Modellen illustrerer at svikt eller uønskede hendelser oppstår når det er

gjennomgående hull igjennom alle forsvar og barrierer. Uønskede hendelser kan oppstå dersom prosedyrene ikke følges, innholdet i dem ikke er godt nok kjent eller implementert i virksomheten, og tiltak ikke følges.

Samarbeidsavtalene viser også til andre tiltak, som kan sees på som virkemidler i sikkerhetsstyringen, initiert gjennom samhandlingsreformen, for å sikre helhetlige tjenester. Begrepene blir drøftet og presentert i det følgende, da de også oppfattes til å ha betydning for pasientsikkerheten.

Helhetlige pasientforløp

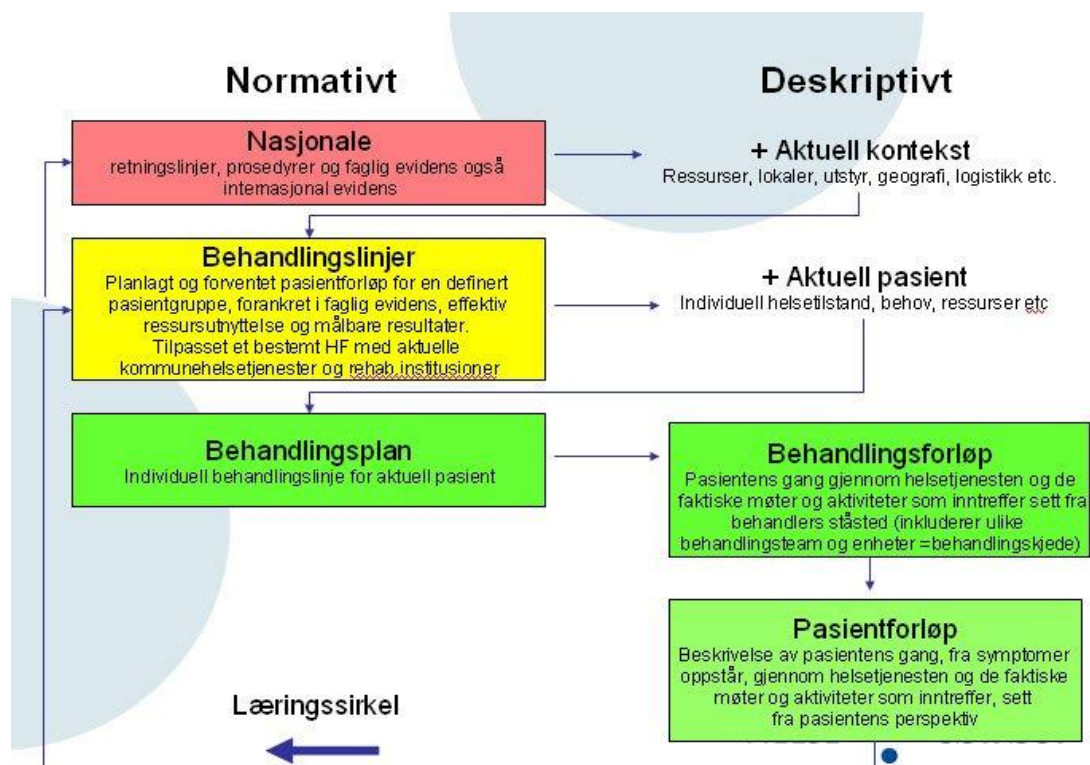
Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) lanserte begrepet helhetlige pasientforløp. Helhetlige pasientforløp defineres i meldingen som den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov. Nasjonal veileder for samarbeidsavtaler (2011) uttrykker at samarbeidsavtalene blant annet skal bidra til å: *”Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere”*.

I dokumentanalysen gjenspeiler begrepet seg gjennom detaljerte instruksjoner nedfelt i prosedyrer, eller delavtaler. En delavtale om utskrivning fra sykehus lyder som følger: *”Avtalen skal blant annet bidra til at pasienten får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten”*. Det vises til rutine som konkretiserer ansvar, oppgaver og utdyper begrepsforståelse, for eksempel begrepet *”utskrivingsklar”*. Noen avtaler bruker begrepet behandlingsforløp fra *”hjem til hjem”*, og skriver at partene i fellesskap har ansvar for å utvikle slike. Noen bruker pasientforløp. Ulik begrepsbruk kan være kilde til misforståelse og skape ulike forventninger hos partene. Begrepene brukes om hverandre, vi ser det også i neste avsnitt om behandlingslinjer.

Tiltaket helhetlige pasientforløp kan sees på som et virkemiddel i sikkerhetsstyring (Aven, 2006) for å nå målet om økt pasientsikkerhet, ved å sikre sammenhengende tjenester.

Begrepene pasientforløp og behandlingslinjer er illustrert under og viser de definisjoner Helse Sør-Øst benytter og anbefaler.

Figur 8 Definisjoner og sammenhenger mellom begreper (Helljesen, 2011)



Behandlingslinjer

Samarbeidsavtalene viser også til at det jobbes med å utvikle behandlingslinjer, eller standardiserte behandlingslinjer som innebærer å beskrive, systematisere, og standardisere behandlingen av en definert pasientgruppe for å optimalisere kvalitet og effektivitet (Meld. St. nr. 10 (2012)). En artikkel i Sykepleien (2012) sier at standardiserte behandlingslinjer er et verktøy som kan bedre pasientsikkerheten og ressursutnytingen. Forfatteren bruker definisjonen: *”Ei behandlingslinje er ein kompleks intervensjon som har gjensidig taking av avgjerder og organisering av behandlingsprosessen for ei definert gruppe pasientar i ein definert tidsperiode som mål”*. Målet med å standardisere pasientforløpene beskrives til å være bedre kvalitet på pleie og behandling gjennom hele behandlingsforløpet ved bedre risikostyrt pasientutbytte, bedre pasientsikkerhet og optimalisert ressursutnyttelse (Biring, 2012). Flere av helseforetakenes nettsider om samhandling, har lenker til nettsider hvor arbeidet med behandlingslinjer presenteres. Noen samarbeidsavtaler viser også til at det jobbes med utvikling av behandlingslinjer, innfor definerte diagnosegrupper. Utvikling av behandlingslinjer oppfattes også til å være et virkemiddel i sikkerhetsstyring (Aven, 2006). Fokus på pasientsikkerhet viser seg her gjennom, standardisering av pasientbehandlingen innenfor definerte diagnosegrupper.

Praksiskoordinator ordningen

Et annet tiltak for å sikre samhandling er praksiskoordinator ordningen (PKO), den er forankret i en avtale mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen fra 2005, hvor et nettverk av fastleger, praksiskonsulentene, fungerer i små konsulentstillinger ved sykehus, for å bedre samhandling mellom fastleger, øvrig primærhelsetjeneste og sykehus. Målsettingen med ordningen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første - og andrelinjen. Samhandlingsreformen viser til denne ordningen som skal bidra til å bedre arbeids- og ansvarsfordeling når flere parter har behandlingsansvar, samtidig eller i faser av forløpet (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Nasjonal veileder for samarbeidsavtaler uttrykker følgende om forventninger til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten: *"I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personell med allmenn kompetanse og spesialistkompetanse"*(HOD, 2011).

Gjennomgang av samarbeidsavtalene viste at det i flere avtaler blir pekt på PKO som et tiltak for å sikre kunnskapsoverføring mellom behandlingsnivåene. Et av helseforetakene skriver i avtale om tjenester til pasienter med behov for koordinering: *"PKO fremheves som en ordning som skal fremme, og utvikle samarbeidet mellom fastleger, kommuner og spesialisthelsetjenesten i samhandling rundt pasienter for å sikre helhetlige tjenester"*. En annen avtale lyder som følger: *"..HF har ansvar for å benytte praksiskonsulentordningen (PKO) i arbeidet med å systematisere samarbeidet med fastlegene, gi veiledning til kommunehelsetjenesten knyttet til enkeltpasienter og generell veiledning, samt sørge for at veiledning til kommunehelsetjenesten blir systematisert"*.

Veilederen for samarbeidsavtalene viser i denne sammenheng også til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor kommunene i spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 (1999). Den viser til vedtektene for de regionale helseforetakene som sier at RHFene skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning ovenfor kommunene, slik at pasientene sikres et helhetlig tilbud. En representant fra helseforetakene fortalte at det hadde vært diskusjoner om hva som ligger i veiledningsplikten, hvor langt denne går, og at de hadde utfordringer med at veiledning krevde mye ressurser, som det ikke var planlagt for i driften. Noe som førte til vanskeligheter med å planlegge ressursbruk i virksomheten.

PKO kan sees på som nok et virkemiddel innenfor teori om sikkerhetsstyring (Aven, 2006), for å nå et mål. Delmålet er i denne sammenheng overføring av kunnskap mellom personell med spesialistkompetanse og personell med allmenn kompetanse, for å sikre opplæring og forsvarlig behandling. Gjennom PKO er det forutsatt at personell i kommunens helse- og omsorgstjeneste får faglig veiledning gjennom pasientenes fastlege.

Det foregår i tillegg veiledning og opplæring på andre måter. Det uttrykkes i denne studien uklarhet vedrørende hvor grensen for veiledningsplikten går, og hvordan det skal foregå.

Informasjonsutveksling

Sentralt for samhandlingsreformen, og for mulighet til å kunne gi pasienter forsvarlig oppfølging ved overflytting fra sykehus til kommunehelsetjenesten, er å sikre at tilstrekkelig informasjon om pasientens behandling og oppfølging blir tilgjengelig, innen forsvarlig tid for de som har ansvar for oppfølging. Statusrapporten fra Helsedirektoratet (2012) skriver følgende om epikriser: *”For at pasienten skal få best mulig oppfølging etter sykehusopphold er det viktig at andre deler av helsetjenesten raskt får relevant informasjon fra sykehuset. Epikrise er en oppsummering av dokumentasjon på pasientbehandlingen på sykehuset. Den skal etter utskriving fra sykehuset sendes fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging”*. Epikrisetid beskrives som den tiden det tar fra pasienten skrives ut av sykehuset til epikrisen er sendt. Nasjonale kvalitetsindikatorer har som mål at 100 % av epikrisene skal sendes ut innen syv dager. Dette ansees ikke som tidsnok, jf. resultatene fra tilsynet under.

Resultatet fra tilsynet som Fylkesmannen i Aust Agder gjennomførte av pasientforløp mellom Sørlandet sykehus og 4 tilhørende kommuner, viste at 50 % av epikrisene ble sendt fra 1-8 dager etter utskriving, i noen tilfelle ble epikrise sendt til feil mottaker. Fylkesmannen vurderte at system for sikker informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune ikke er på plass, og at dette utgjør en trussel mot pasientsikkerheten. Fylkesmannen mener at sykehuset må sikre at epikriser sendes samme dag som pasienten utskrives (Syvertsen, 2013).

Tilleggsinformasjon gitt i samtaler med representanter fra helseforetak og kommuner er sammenfallende med funnene i tilsynet, de opplyste at epikriser ikke alltid var ferdige når pasienten ble utskrevet, og at den av og til ikke nådde rette vedkommende, noe som ble ansett som en trussel for pasientsikkerheten. Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten § 12 (2012) sier at ved utskriving fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi

pasienten forsvarlig oppfølging. Det vises til journalforskriften § 9 (2000), som sier at epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Det kan stilles spørsmål ved hva som er forsvarlig i denne sammenheng.

Informasjonsutvekslingen omfatter også meldinger fra sykehuset om forventet utskrivingsklar pasient, jf. krav i forskrift om medfinansiering i spesialisthelsetjenesten (2012). Det har pågått et prosjekt for å etablere elektronisk meldingsutveksling. I Statusrapport fra Helsedirektoratet (2012) fremkommer det at prosjektet *Nasjonalt meldingsløft* er avsluttet og overført til Norsk Helsenett og benevnes nå *Meldingsutbredelse*. Ett av målene i følge Norsk helsenett, er å etablere elektronisk meldingsutveksling mellom alle kommuner, sykehus og fastleger innen 2015 (NHN). Dette innebærer mulighet til å utveksle elektronisk informasjon mellom de ulike tjenesteyterne og behandlerne og etter hvert mellom tjenesteyter og pasient/bruker. Nasjonal strategi for hvordan regjeringen vil bidra til å sikre en helhetlig- og forutsigbar IKT- utvikling, beskrives i Meld. St. nr. 9 (2012-2013). *Èn innbygger-èn journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*.

Dokumentanalysen viste at flere helseforetak viser til *Meldingsløftet* på sine nettsider om samhandling. Samarbeidsavtalene som gjelder utskriving av pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskriving, omtaler kravene til utveksling av pleie- og omsorgsmeldinger jf. kravene i forskrift om medfinansiering i spesialisthelsetjenesten, om varsling innen 24 timer, og endringsmeldinger om utskriving, i detalj. Gjennom tilleggsinformasjon fra samtaler kom det frem at mange kommuner fortsatt ikke hadde mulighet for elektronisk utveksling av pleie- og omsorgsmeldinger, meldingsutveksling foregår da manuelt via faks og telefon. Manuelle meldingsutvekslinger ble oppgitt til å være tidkrevende og gi dårlig kvalitetssikring.

I Meld. St. nr. 10 (2012-2013) fremkommer det at elektroniske pasientjournaler og pasientadministrative systemer anses som kritiske systemer for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Ut i fra ovenstående utsagn, kan svikt i informasjonsutvekslingen både når det gjelder pleie- og omsorgsmeldinger og epikriser, ansees å være en trussel for pasientsikkerheten. Helhetlige informasjonsutvekslingssystemer vil være et nødvendig virkemiddel innen sikkerhetsstyring, hvor målet er helhetlig og forsvarlig behandling, i forbindelse med at kommunene får økte og endrede oppgaver. Slik dette kan oppfattes å være

nå, hvor elektronisk informasjonsutveksling ennå ikke er fullt utbredt, fungerer det mer som en begrensende rammebetingelse, som hindrer virksomhetene i å nå målet.

Oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene blir drøftet i påfølgende avsnitt. Temaet inngår i minstekravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 til utarbeidelse av delavtaler. Temaet er valgt løftet frem og drøftet, da innholdet i plikten til øyeblikkelig hjelp døgntjeneste i kommunene vil innebære store organisatoriske endringer. Man innfører også i realiteten et nytt behandlingsnivå i helsetjenesten, herunder flere grenseflater med risiko for svikt.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

Kommunen skal som nevnt over, utvikle et kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016 jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 4), (2011). Nasjonal veileder for samarbeidsavtaler (2011) sier at avtalene bør beskrive samarbeidet om det døgnbaserte øyeblikkelig hjelp tilbudet frem til etablering av et kommunalt tilbud om døgnopphold. Avtalen bør også beskrive hvordan pasienten sikres et fullverdig tjenestetilbud mens tilbudet bygges opp. Forfatterne Aase og Testad (2010) mener at de nye tjenestetilbudene som utvikles i forbindelse med samhandlingsreformen innebærer at det innføres tre nivåer i helsevesenet. De stiller spørsmål ved om vi med dette skaper nye grenseflater med økt risiko for svikt.

Ved gjennomgang av samarbeidsavtalene fremkommer det at avtalene om øyeblikkelig hjelp døgnopphold hovedsakelig beskriver og regulerer oppgaver som kommunen og helseforetaket skal jobbe sammen om frem til 2016. Det beskrives at lokale tilleggsavtaler planlegges: *”Den lokale, tilleggsavtalen skal danne grunnlaget for at det kommunale døgnopphold for øyeblikkelig hjelp blir et faglig forsvarlig tilbud”*. Flere av avtalene beskriver at lokale driftavtaler skal utvikles. Helsedirektoratet har utviklet en veileder for å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 (2012). Det fremkommer at den utvidete plikten skal oppfylles ved etablering av døgnplasser og omfatte kun pasienter som ellers ville ha blitt innlagt i sykehus (Hdir, 2013). I veilederens punkt 3.1 om kartlegging av dagens situasjon, vurdere, analysere og avklare fremtidens behov, fremkommer det klare forventninger om at kommunene og helseforetakene bør gjøre en risiko- og sårbarhetsanalyse i planleggingsfasen, for å avdekke risikoområder. Kommunenes ø-hjelptilbud skal ha tilgang på lege daglig og sykepleier hele døgnet. Det skal inngås skriftlige avtaler mellom sykehus og kommune om

hvilke diagnosegrupper som skal omfattes og hvilken kompetanse og utstyr tilbudet krever. Tilbudet genererer økt behov for personell, kompetanse og utstyr. Det er åpnet opp for og planlagt for ulike løsninger. Noen planlegger interkommunale løsninger med lokalmedisinske sentre, noen har planlagt med noen senger i en egen avdeling på sykehjem.

Med henvisning til Aven (2006) modell for sikkerhetsstyring, inngår denne nye plikten til kommunene, med tilhørende økonomiske insentiver, som et virkemiddel for myndighetene for å få endret organisering i helsetjenesten. For kommunene blir det en ny rammebetingelse. Hvor godt kommunene skal lykkes med oppgavene avhenger av god planlegging, godt samarbeid i planprosessen, og positive holdninger til samarbeid mellom tidligere etablerte behandlingsnivåer. Gjennom studier og tilsyn har flere kommet frem til at det er fare for svikt i grenseflater. Grimsmo (2012) fant svikt i samarbeid og informasjonsflyt mellom avdelinger internt i sykehus og mellom nivåene i helsetjenesten. I følge Aven et al (2004) er utvikling av en felles sikkerhetskultur her sentral. I følge forfatteren er organisasjoner som har en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning om betydningen av sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt, en positiv organisasjonskultur. Ulik forståelse av risiko mellom behandlingsnivåene, kan være en fare for pasientsikkerheten, blant annet ved at svikt ikke fanges opp.

Tredelingen av helsetjenesten er allikevel ikke ny, samarbeidsavtalene er som tidligere skrevet, basert og bygget på tidligere intensjonsavtaler om samarbeid, mellom kommuner og helseforetak. Intermediæravdelinger i sykehjem, har mottatt, ikke helt ferdigbehandlede pasienter fra helseforetak. Det som er nytt, er at pasientene nå må være definert som utskrivingsklare jf. forskrift om medfinansiering sv spesialisthelsetjenesten (2012), og at kommunene må ta alle kostnadene selv. Sykestuedriften i deler av landet vårt, har også representert en tredeling. Det er imidlertid fortsatt for tidlig å si noe om hva konsekvensene av innføring av kommunal øyeblikkelig hjelp døgntjeneste vil bli, både med hensyn til kvaliteten av behandlingstilbudet og for ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Oppsummering

Svaret på forskningsspørsmålet om hvordan fokus på pasientsikkerhet fremkommer gjennom avtalene, er sammensatt. Fokus på pasientsikkerhet fremkommer i avtalene gjennom selve avtalene, med underliggende prosedyrer som beskriver arbeidsprosesser detaljert.

Pasientsikkerheten søkes ivaretatt gjennom krav, motivasjon gjennom implementering, samt opplæring. Aven (2006) mener at disse virkemidlene som han kaller stimulering, handler om

å sette i gang tiltak for å få ansatte eller virksomheten til å bevege seg i riktig retning i forhold til mål og visjoner.

Fokus på pasientsikkerhet fremkommer også gjennom ulike virkemidler igangsatt gjennom samhandlingsreformen, som det også vises til i samarbeidsavtalene. I denne studien er tiltakene helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer, praksiskoordinatorordningen, samt informasjonsutveksling og øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, trukket fram for drøfting, da de oppfattes å være vesentlige virkemidler for å nå målet om økt pasientsikkerhet. Det finnes imidlertid flere viktige tiltak og virkemidler enn det som er trukket frem i denne studien.

5.2.3 Styringssystemet

Sentralt for denne studien er også bevisstgjøringen av virksomhetenes ansvar for systematisk styring, for å overvåke og forhindre svikt i grenseflaten mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. Studiens tredje forskningsspørsmål lyder: Hvordan er kravet om faglig forsvarlig virksomhet operasjonalisert i avtalene, gjennom internkontrollen? Et sentralt spørsmål er om det er utviklet indikatorer i internkontrollen, for å kunne fange opp svikt i grenseflatene, og for å kunne følge med på og måle resultat.

Aven (2006) setter sikkerhetsstyring i sammenheng med begrepene internkontroll og kvalitetssikring. Kvalitetssikring defineres som alle planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å gi tillit til at et produkt eller tjeneste tilfredsstiller gitte krav til kvalitet. Internkontroll defineres som, alle systematiske tiltak virksomheten iverksetter for å sikre at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Denne definisjonen er identisk med bestemmelsene i helsetilsynslovens § 3 som blant annet sier at: *”Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter”*.

Lovbestemmelsen viser til internkontrollforskriften for helsetjenesten som har som formål å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd har også en bestemmelse om det samme, som sier: *”Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre,*

evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold”.

I forbindelse med dokumentanalysen ble det sett etter om avtalene er knyttet sammen med internkontrollen, eller om virksomhetenes styringssystem er utviklet slik at de fanger opp behovet for å overvåke forhold knyttet til faglig forsvarlig virksomhet i grenseflatene mellom de ulike behandlingsnivåene. I en av avtalene om samarbeid om innleggelse i sykehus, og utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, fremkommer følgende: ”...*Videre skal det utvikles indikatorer for samtlige samarbeidsområder som omfattes av avtalen, i den hensikt å kvalitetssikre omfang og innhold*”. Det fremkommer også i avtalen at partene skal utarbeide system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

Et av spørsmålene som ble stilt til representanter fra helseforetak og kommuner var, om det på forhånd er utviklet indikatorer i internkontrollen for å følge med på helsefaglige forhold. Svarene indikerte at det ikke var noen selvfølge å tenke internkontroll ved inngåelse av avtalene. Ingen kunne fortelle at indikatorer var utviklet. Helseforetaket som hadde skrevet om indikatorer i avtalen, fortalte at det ikke hadde jobbet videre med dette. Flere viser til avvikssystemer under utvikling, og at det er fungerende kvalitetssystemer i sykehusene fra før. Hvordan er det egentlig med kvalitetssystemene i kommunene?

Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler (2011) sier ikke noe konkret om hvordan samarbeidsavtalene skal sees i sammenheng med styring og internkontroll. I veilederens kapittel seks omtales andre tema som avtalene kan inneholde (anbefales tatt med i avtalene) i tillegg til det lovpålagte minstekravet. Anbefalte tema er blant annet, samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det vises til at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er en lovpålagt oppgave, jf. § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og §§ 3-4a og 3-11 i spesialisthelsetjenesteloven (1999), og beskriver i korte trekk hva en slik avtale kan inneholde. Rutine for håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer, er også anbefalt formalisert i en avtale. Det vises til at partene bør etablere et system for tilbakemeldinger og håndtering av avvik på de avtaler og retningslinjer som er inngått, for å sikre god samhandling og kontinuerlig læring

og kvalitetsutvikling. I Statusrapport fra samhandlingsreformen (2012) fremkommer det at 102 av 172 kommuner i Helse Sør-Øst har avtale om avvikshåndtering, og at 17 av 172 har avtale om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I denne studiens dataanalyse fremkommer det at tre helseforetak i regionen ikke viser til avvikshåndtering knyttet til samhandling, på sine nettsider. Samarbeidsavtalene viser at det heller ikke er utarbeidet delavtaler ut over minstekravet eller prosedyrer for avvikshåndtering ved disse helseforetakene. En av de tre viser imidlertid til et avviksskjema som kan brukes av fastleger i forbindelse med samhandling og PKO. Tre av de øvrige fem helseforetakene har utviklet delavtaler og felles avviksmeldeskjema for samhandlingsavvik, et av helseforetakene viser til at prosedyrer i TQM (sykehusets kvalitetssystem), med sjekklister etc. som er tilknyttet delavtalen. De to siste helseforetakene har utviklet prosedyrer for avvikshåndtering og avviksmeldeskjema. Et av helseforetakene påpeker at det er frivillig å benytte avviksskjemaet. Ingen har oppgitt at felles avvikshåndtering foregår elektronisk. Det er beskrevet at avvik som oppstår i en kommune, behandles der den oppstår. Avviksskjemaene sendes deretter pr post til den divisjon pasienten tilhørte i helseforetaket, for videre behandling i sykehusets kvalitetsutvalg. Utsagnene som følger belyser hvordan avvikshåndteringen oppfattes av enkelte. Samtale med en representant fra kommune lyder som følger: *"Vi skriver avvik, men burde skrevet mange flere. Det er så tungvint å gjøre manuelt"*. En annen representant svarer: *"Nei! Avvikshåndteringsavtalen har ikke vært brukt"*. Utsagn fra representant fra et helseforetak lyder som følger: *"Det foreligger fungerende ordninger for å oppdage og håndtere avvik, men det er tungvint. Kommuner og sykehus har ikke et felles elektronisk system"*. Felles kvalitetsutvalg er av noen helseforetak beskrevet med at en representant fra kommunene er tatt inn i eksisterende kvalitetsutvalg. Et helseforetak opplyser om at de sender oversikt over samhandlingsavvik to ganger i året til partene.

Denne studien har ikke kunnet vurdere hvilke helseforetak som har avtaler om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Samhandlingsstatistikken (Helsedirektoratet, 2013) viste til at 17 av 172 kommuner i helseregionen har avtaler om dette. Det er imidlertid ikke mulig å finne tilbake til disse avtalene ved gjennomgang av helseforetakenes samarbeidsavtaler. Helsedirektoratet har ikke beskrevet hvilke kriterier de har analysert avtalene etter, og det er ikke mulig å finne avtaler med benevnelse som faller inn under denne kategorien. Et helseforetak har imidlertid utviklet delavtale som omfatter analyse

av styringsdata knyttet til bruk av helsetjenester på begge nivå. Et annet helseforetak har delavtale om sykehusforbruk for pasienter fra egen kommune. Et helseforetak opplyste at de overvåket pasientstrømmen, og registrerte nøye hvor pasienten blir innlagt fra og skrevet ut til. Sistnevnte avtaler kan sees på som ledd i å overvåke egne resultat.

Oppsummert om avvikshåndtering kan det sies at, flertallet av helseforetakene i denne studien har utviklet systemer og avtaler for å overvåke svikt i samhandlingen sammen med tilhørende kommuner. Noen helseforetak viser ikke til felles avvikshåndtering, og de har ikke utarbeidet delavtale som omfatter avvikshåndtering. Delavtaler om kvalitetsutvikling og pasient- og brukersikkerhet er ikke definert. Det kan imidlertid oppfattes som et paradoks at ikke avvikshåndtering og kvalitetsforbedringsarbeid inngår i minstekravet til samarbeidsavtalene jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 (2011). Da plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er lovfestet i helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a (1999).

Forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L (2010-2011)) beskriver plikt til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, som et prosesskrav. Prosesskravet stiller først og fremst et krav om systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten, og tydeliggjør at arbeid for dette er en viktig virksomhetsoppgave. Forarbeidene beskriver at: *”Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring vil inngå som en naturlig del av virksomhetens internkontroll”*. Det opplyses også om at kravet i interkontrollforskriften er et minstekrav til systematisk styring. Det er videre et ønske om å tydeliggjøre lokale folkevalgtes ansvar for kvalitet i tjenestene (HOD, 2011). I følge Avens (2006) teori om sikkerhetsstyring er det viktig med lederforankring for å nå fastsatte mål. Alle samarbeidsavtalene har nå vært til politisk behandling, og er godkjent av kommunenes ledelse. Det må derfor forventes at kommunenes øverste ledelse er inneforstått med at dette innebærer at tjenestene må planlegges og ytes i henhold til gjeldende myndighetskrav.

Gjennom dokumentanalysen har det ikke vært mulig å se hvordan samarbeidsavtalene og kravet til systematisk styring er koblet sammen. Det jobbes med å utvikle avvikssystemer for håndtering av avvik som oppstår i overgangen mellom behandlingsnivåene. Noen helseforetak har kommet lenger enn andre på dette området. Det er ulik håndtering og bruk av systemene i kommunene.

Sikkerhetsstyring gjennom kravet til internkontroll og plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i helselovgivningen, innebærer en plikt for virksomhetene til å ha oversikt over egne resultat og hvor det kan være fare for svikt. Målet for samhandling er økt pasientsikkerhet. Det innebærer fravær av uønskede hendelser. Det er derfor en forventning til at systemer for å overvåke svikt i grenseflatene mellom tjenestenivåene er opprettet og brukes i systematisk forbedringsarbeid, for å oppnå helhetlige pasientforløp og sammenhengende tjenester av god kvalitet.

Med bakgrunn i de drøftinger som er foretatt i dette kapitlet, vil problemstillingene søkes besvart ved oppsummering og konklusjon i det påfølgende kapittel.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med studien har vært å belyse, i et sikkerhetsteoretisk perspektiv, hvordan de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehusene i Helse Sør-Øst, bidrar til å øke pasientsikkerheten ved overføring av pasienter mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. Problemstillingene som ble reist i oppgavens innledning var: Samhandlingsreformen har økt pasientsikkerhet som et av sine mål, hvordan bidrar samarbeidsavtalene til dette? Og, innfører vi nye grenseflater med risiko for svikt?

For å kunne svare på problemstillingene er det utviklet tre forskningsspørsmål, som er besvart i det følgende. Konklusjonene er basert på fortolkning av teori, empiri og drøfting.

Risikovurderinger

Studien har hatt fokus på hva som er gjort av analyser, risikovurderinger og tiltak i forkant av avtaleinngåelse, samt på hva som er satt inn av barrierer og tiltak igjennom avtalene. Det første forskningsspørsmålet lyder: Er det mulig finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene.

Svaret på forskningsspørsmålet er nei, det er ikke mulig å finne frem til gjennomførte risikovurderinger som ligger til grunn for innholdet i avtalene. Funn kan imidlertid indikere at det er gjort vurderinger av hvor det kan svikte, men disse er ikke nedtegnet eller gjennomført systematisk.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet er i denne studien operasjonalisert gjennom kravet til faglig forsvarlige tjenester, fravær av uønskede hendelser og systematisk styring. Det andre forskningsspørsmålet i studien lyder: Hvordan fremkommer fokus på pasientsikkerhet gjennom avtalene?

Fokus på pasientsikkerhet fremkommer i avtalene gjennom selve avtalene, med underliggende prosedyrer som beskriver arbeidsprosesser detaljert. Pasientsikkerheten søkes ivaretatt gjennom krav, motivasjon gjennom implementering, samt opplæring. Fokus på pasientsikkerhet fremkommer også ved at avtalene viser til ulike virkemidler igangsatt gjennom samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene viser blant annet til tiltakene helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer og praksiskoordinatorordningen.

Svikt i informasjonsutvekslingen både når det gjelder pleie- og omsorgsmeldinger og epikriser, ansees å være en trussel for pasientsikkerheten. Fungerende helhetlige informasjonsutvekslingssystemer er en forutsetning for å sikre forsvarlig helsehjelp.

Styringssystemet

Sentralt for denne studien er også virksomhetenes ansvar for systematisk styring, for å overvåke og forhindre svikt i grenseflaten mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten. Studiens tredje forskningsspørsmål lyder: Hvordan er kravet om faglig forsvarlig virksomhet operasjonalisert i avtalene, gjennom internkontrollen? Et sentralt spørsmål er om det er utviklet indikatorer i internkontrollen, for å kunne fange opp svikt i grenseflatene, og for å kunne følge med på og måle resultat.

Funn indiker at det ikke har vært noen selvfølge å tenke internkontroll ved avtaleinngåelse. Det er ikke utviklet indikatorer i internkontrollen for å fange opp svikt i grenseflatene, og for å måle resultat. Det har ikke vært mulig å se hvordan samarbeidsavtalene og kravet til systematisk styring er koblet sammen. Virksomhetene jobber med å utvikle avvikssystemer for håndtering av avvik som oppstår i overgangen mellom behandlingsnivåene.

Med bakgrunn i ovenstående svar på forskningsspørsmålene, er svarene på problemstillingene at:

Samarbeidsavtalene bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom avtalene i seg selv. Ved lovfestet krav til samarbeid, gjennom minstekrav til innhold i avtalene, gjennom krav til lederforankring, opplæring og implementering, og gjennom tiltak initiert gjennom samhandlingsreformen, nedfelt i avtalene. Det forutsettes imidlertid at avtalene holdes levende, gjøres kjent og brukes aktivt. Pasientsikkerhet slik det er fortolket i denne studien, forutsetter forsvarlig tjeneste, fravær av uønskede hendelser og systematisk styring. Sikker informasjonsoverføring av nødvendig informasjon, i rett tid, til riktig sted/person, er vurdert til å være en forutsetning for ytelse av forsvarlig helsehjelp. Manglende utbredelse av helhetlige informasjonsutvekslingssystemer anses å være en trussel for pasientsikkerheten. I følge Avens (2006) modell for sikkerhetsstyring kan dette sees på som en begrensende rammebetingelse, som hindrer virksomhetene å nå målet om økt pasientsikkerhet.

Om vi innfører nye grenseflater med risiko for svikt, er vanskelig å svare på. Det er imidlertid kjent og påvist at svikt oppstår i grenseflater jf. tidligere presenterte studier. En suksessfaktor for å redusere svikt, kan være større fokus på systematisk styring, utvikling av systemer som sikrer at svikt forebygges, fanges opp og håndteres, slik at tjenestene kan forbedres. Fag og styringssystemer bør sees i sammenheng. Opplæring i sikkerhetsstyringsteorier bør inngå i helsepersonells utdanning.

6.1 Videre forskning

Det har gjennom arbeidet med oppgaven, dukket opp spørsmål og problemstillinger som det kunne være interessant å arbeide videre med. En tilsvarende undersøkelse i de andre helseregionene ville kunne gi en nasjonal oversikt, og svar på om det er geografiske forskjeller eller tilsvarende funn. Det kunne også vært interessant å bruke samme problemstilling, men med utgangspunkt i kommunenes dokumenter og styringssystemer.

Videre ville det vært av interesse å undersøke hvilke konsekvenser samhandlingsreformen har fått for kommunenes organisering, og dimensjonering av de ulike helse- og omsorgstjenestene. Grimsmo (2012) har undersøkt hvordan kommunene har løst utfordringen med utskrivingsklare pasienter. Et av hans funn, var at kommunene hadde sett en endring i pasientsammensetningen på sykehjemmet, etter samhandlingsreformens start. Som at pasientene som kommer generelt sett er mer pleietrengende, at pasientgrupper med et større krav til kompetanse, blir skrevet ut tidligere, og at flere pasienter enn tidligere ble utskrevet med pågående avansert behandling. Det ble rapportert lengre ventetid på korttidsplass og sykehjemsplass, for hjemmeboende med behov for institusjonsplass. Han beskriver dette som en forflytning av flaskehalser, og er bekymret for at problemet blir mindre synlig, enn overliggere på sykehus som er utskrivingsklare.

Pasienter blir også ofte innlagt på nytt kort tid etter utskrivning. Et interessant spørsmål er om dette har økt etter oppstart av samhandlingsreformen. Flere helseforetak fører nå grundigere statistikk over reinnleggelser, og hvor pasientene innlegges fra og skrives ut til. Helse Sør-Øst (2013) har startet et pilotprosjekt med mål å redusere reinnleggelser for hjertesvikt pasienter. Tiltakene er blant annet forbedret kommunikasjon og oppfølging ved utskrivelse.

6.2 Videre forvaltingsarbeid

Veilederen for samarbeidsavtaler bør revideres. Hvis målet er standardisering bør dette komme tydeligere til uttrykk. Standardisering av strukturen vil kunne lette tilgjengelighet, lesbarhet og forståelse av avtalene, herunder forenkle implementering. En standardisert struktur trenger ikke være til hinder for at innholdet kan være preget av lokale forhold og forutsetninger, som anses viktige for ivaretagelse av sikkerheten. Ved en eventuell revidering, bør det også vurderes om tydeligere forventninger til forarbeide skal fremgå. Er det forventet at partene skal gjennomføre og dokumentere risikovurderinger, ROS analyser? Finnes det noen nasjonale føringer for eventuelle metoder som forventes brukt?

I veilederen fremkommer det videre ikke noe spesifikt krav til hvordan samarbeidsavtalene skal sees i sammenheng med kravet til systematisk styring og internkontroll. Utvikling av avvikssystemer for å overvåke svikt i grenseflatene mellom behandlingsnivåene i helsetjenesten fremstår som valgfritt. Pasientsikkerhet slik det er definert i denne studien, forutsetter faglig forsvarlig tjeneste, fravær av uønskede hendelser og systematisk styring.

LITTERATURLISTE

Aase, K. (red) (2009). *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H. og Sandve K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aven, T., Røed, W., Wiencke, H. S. (2008.) *Risikoanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aven, T. (2007). *Risikostyring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aven, T. (2006). *Pålitelighets- og risikoanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aven, T. (2013). The concepts of risk and probability: an editorial. *Health, Risk & Society*, 15, (2), 117-122. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.775729> . Lastet ned: 05.06.2013.

Biringer E. (2013). Betre kvalitet med behandlingslinjer. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/1144169/betre-kvalitet-med-behandlingslinjer>-. Lastet ned 27.05.2013.

Blaikie, N. (2010). *Designing Sosial Research: the logic of anticipation*. Cambridge: Polity Press.

Braut, G. S. (2012). Samhandlingsreforma – lovtolkingsutfordringer for tilsyn og revisjon. *Kommunerevisoren* , 67, (5), 4-7. Tilgjengelig fra: http://www.nkrf.no/kommunerevisoren_5_2012/cms/161/127/hent_artikkel/176. Lastet ned. 27.05.2013.

Braut, G. S. (2010). Kva skal til for at Statens helse tilsyn er nøgd? *Omsorg* 3,1-4. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2009/Braut_omsorg_032009.pdf. Lastet ned: 27.05.2013.

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2012). FOR 2011-11-18 nr 1115: *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111118-1115.html>. Lastet ned: 27.05.2013.

Grimsmo, A. (2012). Veien frem til helhetlige pasientforløp. *Norsk helsenett*. Tilgjengelig fra: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/Utvikling%20av%20pasientforloep%20stoettet%20av%20elektronisk%20samhandling.pdf/view>. Lastet ned: 27.05.2013.

Helljesen, G. S. (2010). Behandlingslinjer. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/samhandling/metoder-og-verkt%C3%B8y/behandlingslinjer;jsessionid=23F104C4C97E19983742172A053044BE>. Lastet ned: 04.06.2013.

Helsedirektoratet (2012). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med rapport fra Helsedirektoratet. IS-2026. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/status-for-samhandlingsreformen/Publikasjoner/IS-2026_revidert.pdf. Lastet ned 27.05.2013.

Helsedirektoratet (2013). Samhandlingsstatistikk 2011-2012. IS-2040. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf>. Lastet ned 27.05.2013.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>. Lastet ned 27.05.2013.

Helsepersonelloven (1999). LOV 1999-07-02 nr 64: *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. Lastet ned: 25.05.2013.

Helsetilsynsloven (1984). LOV 1984-03-30 nr 15: *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>. Lastet ned: 27.05.2013.

Helse Sør-Øst RHF (2012). Oppdragsdokument. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Sør-Øst (2013). Ønsker å redusere reinnleggelser. Tilgjengelig fra: <http://www.vestreviken.no/aktuelt/nyheter/Sider/onsker-a-redusere-reinnleggelser.aspx>. Lastet ned 27.05.2013.

HOD (2011). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Veiledningsmateriell. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell/Sider/default.aspx>. Lastet ned: 27.05.2013.

HOD (2011). Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>. Lastet ned: 27.05.2013.

Hofstad, E. (2011). Ekspertutvalg ble ikke hørt. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/652269/ekspertutvalg-ble-ikke-hort->. Lastet ned 27.05.2013.

Hofstad, E. (2011). Samhandlingsreformen kan ta liv. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/653447/--samhandlingsreformen-kan-ta-liv>. Lastet ned 27.05.2013.

Internkontrollforskriften for helsetjenesten (2003). FOR 2002-12-20 nr 1731: *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>. Lastet ned: 27.05.2013.

Jacobsen, D., I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Oslo: Høyskoleforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave), Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Lindøe, P., H., Kringen, J. og Braut, G. S. (2012). *Risiko og styring. Risikostyring og rettslig regulering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. nr. 10 (2012-2013). *God kvalitet- trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>. Lastet ned: 27.05.2013.

Meld. St. nr. 9 (2012-2013). *Èn innbygger-èn journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/pages/38146106/PDFS/STM201220130009000DDDPDFS.pdf> .
Lastet ned 08.06.2013.

Meld. St. nr. 16 (2011-2012). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf> .
Lastet ned 08.06.2013.

NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>. Lastet ned 27.05.2013.

Prop. nr. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>. Lastet ned 27.05.2013.

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. England: Ashgate Publishing Company.

Renn, O. (2008). *Risk Governance, Coping with uncertainty in a complex world*. Earthscan.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). LOV 1999-07-02 nr 61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>. Lastet ned: 27.05.2013.

St. melding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>. Lastet ned: 27.05.2013.

Syvertsen. A (2013). Hvordan gikk det med de utskrivingsklare. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/austagder/hvordan_gikk_det_med_utskrivingsklare_2012.pdf. Lastet ned 27.05.2013.

Vinnem, J. E. (2010). Innflytting i nye Ahus. Gjennomgang og vurdering av styringsdokumentasjon. Rapport nummer 200473-03. Preventor.

Østby, B. A. (2012). Færre utskrivingsklare pasienter i sykehus. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1091099/farre-utskrivingsklare-pasienter-i-sykehus>. Lastet ned: 27.05.2013.

Østby, B. A. (2012). Kommunene mangler sykepleiere. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/873574/kommunene-mangler-sykepleiere>. Lastet ned: 27.05.2013.

Østby, B. A. (2012). Samhandlingsreformen utfordrer kommunene. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1065562/samhandlingsreformen-utfordrer-kommunene>. Lastet ned: 27.05.2013.

Vedlegg 1. Samarbeidsavtalene i Helse Sør-Øst

Akershus universitetssykehus HF. Tilgjengelig fra:

<http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Sider/side.aspx> . Lastet ned: 05.06.2013.

Oslo universitetssykehus HF. Tilgjengelig fra: <http://www.oslo->

[universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/samhandling/Sider/samarbeidsavtaler.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/samhandling/Sider/samarbeidsavtaler.aspx) . Lastet ned: 05.06.2013.

Sykehuset i Vestfold HF: Tilgjengelig fra:

<http://www.siv.no/fagfolk/samhandling/avtaler/Sider/side.aspx> . Lastet ned: 05.06.2013.

Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset->

[innlandet.no/fagfolk/samhandling/Sider/side.aspx](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/Sider/side.aspx) . Lastet ned: 05.06.2013.

Sykehuset Telemark HF. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset->

[telemark.no/fagfolk/samhandling/Sider/samhandling---avtaler-med-kommunene.aspx](http://www.sykehuset-telemark.no/fagfolk/samhandling/Sider/samhandling---avtaler-med-kommunene.aspx) . Lastet ned: 05.06.2013.

Sykehuset Østfold HF. Tilgjengelig fra: <http://sykehuset->

[ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/Sider/samarbeidsavtalen.aspx](http://sykehuset-ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/Sider/samarbeidsavtalen.aspx) . Lastet ned: 05.06.2013.

Sørlandet sykehus HF. Tilgjengelig fra: <http://www.sorlandet->

[sykehus.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/Sider/side.aspx](http://www.sorlandet-sykehus.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/Sider/side.aspx) . Lastet ned: 05.06.2013.

Vestre Viken HF. Tilgjengelig fra:

<http://www.vestreviken.no/fagfolk/samhandling/Sider/samarbeidsavtaler.aspx> . Lastet ned: 05.06.2013.