

Vedlegg 5/18

KPMG

cutting through complexity™

Forvaltningsrevisjon

"Samhandlings- reformen"

Nøtterøy kommune

2015



Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Nøtterøy kommune i september 2015 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon med fokus på Samhandlingsreformen i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner går frem av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir problemstillinger, metode og revisjonskriter presentert. I kapittel 2 blir fakta presentert etterfulgt av våre vurderinger, mens rapportens anbefalinger går frem av kapittel 3.

Takk til kommunen for god hjelp og tilgjengelighet igjennom hele prosjektet.

Tønsberg, februar 2016



Siv Karlsen Moe
Partner

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har KPMGs formål vært å kartlegge og undersøke i hvilken grad kommunens samarbeid med fastleger fungerer etter intensjonene. Revisjonen har særlig fokusert på pasientsikkerhet i samarbeidet og da spesielt innenfor "overganger" i pasientforløp. Med overganger menes der pasient kommer til/fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Våre vurderinger baserer seg hovedsakelig på innhentet dokumentasjon i tillegg til intervju med utvalgte personer i kommunen. Under følger et kort sammendrag av KPMGs funn, vurderinger og anbefalinger.

Samhandlingsreformen har påført fastlegene og kommunen mer ansvar, og de jobber i dag mer med de sykeste enn de gjorde før. Denne utfordringen fordrer god dialog og samarbeid partene imellom, sykehuset inkludert. Dette for å sikre en god og helhetlig pasientflyt. I det ligger blant annet å sikre at alle mottar god og tilstrekkelig informasjon. Revisjonen viser at det er ønskelig fra fastlegenes side at dette samspillet blir forsterket. Ansvaret til fastlegene vokser, men de opplever at avgjørelser som får innvirkning på fastlegenes oppgaver, blir tatt uten at de blir konferert. Fastlegene savner et tettere samarbeid med kommunen, samt større involvering.

Kommunikasjonen mellom de ulike partene har bedret seg betraktelig det siste året. Det å kommunisere via e-meldinger er utelukkende blitt trukket frem som et veldig positivt fremskritt når det kommer til informasjonsutveksling. Det sies at kommunikasjonen mellom kommunen og sykehus og kommunen og fastlegene er blitt forbedret. Kommunikasjonen mellom sykehus og fastleger fungerer ikke like godt per i dag. Vi ser blant annet at noe dokumentasjon vedrørende enkeltpasienter kommer senere til fastlegene enn til kommunen.

Det er risikoer knyttet til overgangene til og fra sykehus. Risikoene er først og fremst knyttet til hvorvidt all informasjon foreligger hos behandlede part - og om informasjonen er korrekt/oppdatert. De fleste overføringer blir utført uten problem, men det hender fortsatt at noe er glemt, feil eller forsinket. Dette gjelder i alle ledd, enten det (for eksempel) er fastlegenes henvisning, hjemmetjenestenes sykepleierrapport eller epikrisen¹ fra sykehuset. Årsaken til at feil forekommer er hovedsakelig menneskelig svikt. Vår vurdering er at risikoen ville vært redusert hvis det forelå mer standardiserte rutiner og sjekklister som det ble gitt opplæring i. Det ville da vært tydeligere for alle hva som skal sendes av dokumentasjon.

I revisjonen har vi blitt informert om flere avvik, og noen av de mest kritiske er knyttet til feil eller mangelfulle medikamentlister. Det er uheldig for pasientforløpet at fastlegene ofte mottar epikrisen fra sykehuset senere enn hva hjemmetjenesten gjør. Det kan i verste fall ta flere dager før feil i epikrisen/ medikamentlisten avdekkes.

Når det oppstår samhandlingsavvik, som for eksempel manglende dokumentasjon, så skal avviket fylles ut på et skjema, printes ut og sendes til mottaker per post. Denne måten å registrere avvik på blir av mange betegnet som et tungvint system. Dette har ført til at mange samhandlingsavvik ikke er blitt registrert i tråd med prosedyren, og det

¹ Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte.

sies å være en underrapportering av avvik sammenlignet med omfanget. Mange avvik bli i stedet løst over telefon eller ved bruk av e-melding. Ulempen med at avvik løses på denne måten, er at man vanskeligere avdekker systematiske avvik. Det gjør det også vanskeligere å iverksette tiltak, samt at en læringseffekt uteblir.

Det å melde avvik fra kommune til fastlege foregår på en annen måte, men det er usikkerhet blant noen av respondentene i revisjonen knyttet til hvorvidt det foreligger et system for å melde slike avvik. Vi anser at det burde vært utarbeidet en felles prosedyre for registrering og håndtering av avvik fra kommune til fastlege.

Våre anbefalinger

Basert på våre vurderinger anbefaler vi kommunen å iverksette følgende tiltak:

1. Vurdere behovet og mulighetene for tettere samarbeid/involvering med fastlegene
2. Vurdere rutiner som sikrer at fastlegene holdes oppdatert og informert
3. Se på muligheter for å få flere til å melde samhandlingsavvik
4. Utarbeide en rutine for hvordan avvik skal meldes til fastleger
5. Utarbeide standardiserte rutiner og sjekklister for dokumentasjonsoverføring til sykehus ved innleggelse – både ved sykehjem og hjemmetjeneste.
6. Finne en løsning på hvordan fastlegene kan få tilgang på medikamentlistene samtidig som kommunen.
7. Se på muligheter for å kunne slette ikke-gjeldende medisinlister.

Vi anbefaler kommunen å ta anbefalingene med i prosessen når det ved en eventuell sammenslåing skal etableres en ny, felles helse- og omsorgstjeneste med Tjøme kommune.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og formål	5
1.2 Problemstillinger	5
1.3 Metode	6
1.4 Revisjonskriterier	7
2 Fakta	8
2.1 Innledning	8
2.2 Samarbeid mellom kommunen og fastleger	10
2.3 Pasientmottak	13
2.4 Innleggelse i spesialisthelsetjenesten	16
2.5 Registrering av avvik i pasientforløpet	18
3 Våre anbefalinger	21
4 Uttale fra rådmannen	22
Vedlegg 1 Gjennomgått dokumentasjon	23
Vedlegg 2 Revisjonskriterier	24

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Bakgrunn

Kontrollutvalget har i møte 10. september 2015 i sak 26/15 valgt å gjennomføre forvaltningsrevisjonsprosjekt "Samhandlingsreformen". Temaet er et område presentert i kommunens Plan for forvaltningsrevisjon.

Formål

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke i hvilken grad kommunens samarbeid med fastleger fungerer etter intensjonene. Revisjonen har særlig fokusert på pasientsikkerhet i samarbeidet og da spesielt innenfor "overganger" i pasientforløp. Med overganger menes der pasient kommer til/fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Det har også vært et formål at forvaltningsrevisjonen skal gi anbefalinger om framtidige forbedringstiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik.

1.2 Problemstillinger

I forvaltningsrevisjonen er følgende problemstillinger blitt besvart:

- 1. Hvilke samarbeidsstrategier er etablert mellom kommunen og fastleger i kommunen?**
 - a. For generelt samarbeid
 - b. For roller og ansvar
 - c. For kommunikasjon
 - d. For utarbeiding av felles, formelle rutiner
- 2. Ved pasientmottak til kommunen, fra spesialisthelsetjenesten, hva er kravene til dokumentasjon?**
 - a. For fastlege
 - b. For kommunen
 - c. Etterleves kravene?
- 3. Ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten, hva er kravene til dokumentasjon (for personer som mottar et kommunalt helsetilbud)?**
 - a. For fastlege
 - b. For kommune
 - c. Etterleves kravene?
- 4. For pasientforløp til/fra spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad registreres avvik?**
 - a. Har kommunen et avvikssystem?
 - b. Hvem skal registrere avvik?
 - c. Hvordan skal avvik følges opp?
 - d. Bli rutinene for avvikshåndtering etterlevd?

1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med krav i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon.

I prosjektet har følgende teknikker blitt brukt for å samle inn data:

Dokumentanalyse

Til grunn for rapporten ligger gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter. Mottatt skriftlig dokumentasjon er listet opp i vedlegg 1.

Intervju

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjon er det gjennomført 10 intervju, der et av de var gruppeintervju. Vi har snakket med:

- Kommunaldirektør
- Leder for hhv. tjenestekontoret, helsehuset og hjemmetjenester
- En pasientansvarlig sykepleier
- En hovedtillitsvalgt
- To privatpraktiserende fastleger
- En sykehjemslege
- Brukerrepresentant fra Røde Kors
- En avdelingssykepleier fra SiV

Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personenes erfaring og formelt ansvar i henhold til definert formål og problemstilling. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen.

Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese igjennom referatet og gjøre eventuelle korrigeringer.

Datainnsamlingen ble avsluttet 18.12.2015.

Rapport er sendt rådmannen til uttale.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunen blir revidert opp imot².

I denne forvaltningsrevisjonen har følgende kilder blitt benyttet for å utlede revisjonskriterier:

-
- Kommunelovens § 23 om administrasjonssjefens oppgaver og myndighet
 - Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester
 - Forskrift om fastlegeordning i kommunene
 - Individuelle avtaler mellom kommunen og leger som inngår i fastlegeordningen
 - Lov om helsepersonell m.v,
 - Forskrift om pasientjournal
 - Lovpålagte samarbeidsavtaler inngått mellom kommunen og Sykehuset i Vestfold
 - Prosedyre for avvikshåndtering
-

Revisjonskriteriene vil bli referert til underveis i rapporten og er listet i vedlegg 1.

² RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon, Norges kommunerevisorforbund.

2 Fakta

2.1 Innledning

2.1.1 Om fastlegens rolle i Samhandlingsreformen

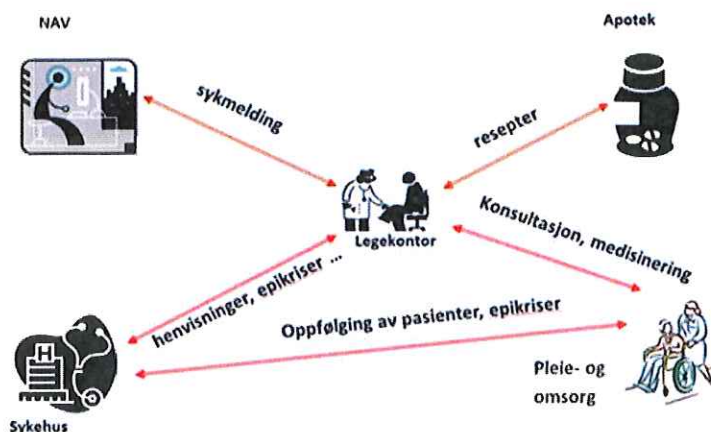
Samhandlingsreformen har et mål om å oppnå en god og sammenhengende pasientbehandling. I Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen (St meld 47, s. 94) pekes fastlegen på som premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak.

Meldingen peker på behovet for bedre integrering og klarere roller for fastlegene i den kommunale helsetjenesten. Dette innebærer at de må være tilknyttet kommunen og ha et ansvarsforhold i forhold til kommunal helseledelse. Videre at kommunene må inneha et proaktivt lederskap overfor fastlegene, overfor den samlede kommunale helse- og omsorgstjeneste og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Meldingen peker også på viktigheten av at kommunene kommer i en posisjon hvor de har reell mulighet til å foreta nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegerressursene. Det går også frem av meldingen at fastlegene er et viktig redskap i forhold til å sikre økonomisk styring både i kommunene og i helseforetak. For å sikre en sterkere kommunal styring av fastlegene, foreslår meldingen tiltak langs flere akser:

- Tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges.
- Tydeligere kommunal styring på den kurative (behandlede/kurerende) delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Figuren under, som er hentet fra nettsiden til Sykehusene i Vestfold (SiV), gir en god illustrasjon over fastlegens sentrale rolle i Samhandlingsreformen:



2.1.2 Organisering i kommunen

Helse- og sosialtjenesten i Nøtterøy ledes av kommunaldirektør og omfatter åtte tjenesteområder, i tillegg kommer rådgivende stab, legetjenester og miljørettet helsevern.

Nøtterøy kommune har totalt 15 fastlegehjemler³, hvorav 2 av dem er kommunalt ansatt. I kommunen er det også ansatt en turnuslege. De kommunalt ansatte legene deler en pasientliste seg imellom. I kommunen finner man også sykehjemsleger som er ansatt på institusjon. Sykehjemslegene og de kommunalt ansatte fastlegene er organisert direkte under institusjonsleder.

I tillegg kommer kommunens kommuneoverlegestilling. Vedkommende har en 30 % stilling i kommunen, og er også kommuneoverlege i Andebu og Stokke kommune. Denne stillingen ligger innunder kommunaldirektørens stab.

2.1.3 Om fastlegens rolle i kommunen

Det er kommunen sitt ansvar å organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastlegens liste. Kommunen skal også sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen⁴.

Videre er det fastlegenes ansvar å se til at alle allmennlegeoppgaver blir utført. Av fastlegeforskriften § 10 går det frem at:

"Fastlegens listeansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift.

Fastlegen skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen.

Allmennlegeoppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste inngår ikke i listeansvaret."

Siste ledd betyr blant annet at det er sykehjemslegene som er medisinsk ansvarlige for pasienter/brukere som mottar helse- og omsorgstjenester på en institusjon i kommunen. Dermed er det hjemmetjenesten i kommunen som har mest dag-til-dag kontakt med fastlegene, ettersom listeansvaret ligger hos fastlegene for alle personer i kommunen som bor hjemme, omsorgsbolig inkludert. En fulltids fastlege har i gjennomsnitt 15-18 pasienter på sin liste som mottar hjemmetjenester⁵.

En fastlege i fulltidspraksis kan, ifølge fastlegeforskriften § 12, pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sykehjem og fengsler. For tiden er det bare én av de privatpraktiserende legene i kommunen som har en avtale om å utøve andre allmennlegeoppgaver i kommunen.

³ Kilde: Helfo, Min Fastlege

⁴ Fastlegeforskriften § 4.

⁵ Fra "Veien frem til helhetlig pasientforløp" (NHN, 2012), s. 4

Kommunen skal, ifølge fastlegeforskriften § 30, inngå en individuell avtale med alle leger som deltar i fastlegeordningen – og det er i disse avtalene det fremgår hvilke andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen. Alle fastlegene har slike avtaler, og i forbindelse med denne revisjon er tre av avtalene blitt oversendt og gjennomgått. Det er et forbedringsområde at avtalene skal dekke kravene i fastlegeforskriften, noe de ikke fullt ut gjør i dag. I samråd med fastlegene er det blitt bestemt at avtalene skal revideres når en eventuell kommunesammenslåingsprosess med Tjøme kommune starter opp.

2.2 Samarbeid mellom kommunen og fastleger

2.2.1 Generelt samarbeid

Det er etablert to faste samarbeidsarenaer mellom kommune og fastleger, henholdsvis Allmennlegeutvalget og Samarbeidsutvalget. Kravet om å ha disse utvalgene er nedfelt i rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene. Denne avtalen er inngått med henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og forskrift om fastlegeordningen.

Allmennlegeutvalget	<ul style="list-style-type: none"> ■ Allmennlegeutvalget (ALU) er allmennlegenes eget møte. Her stiller alle allmennlegene i kommunen. ■ AMU skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunen, for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. ■ Fra kommunen stiller kommunaldirektør og kommuneoverlege. Andre parter inviteres med på møtet hvis det er noe ALU ønsker å drøfte eller få informasjon om. ■ ALU har møte minst to ganger per år.
Samarbeidsutvalget	<ul style="list-style-type: none"> ■ Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. ■ Deltakere er tillitsvalgte for fastlegene, kommuneoverlege, kommunaldirektør, institusjonsleder sykehjem/helsehus. ■ Drøfter saker som tidligere har vært diskutert, eller skal tas opp i Allmennlegeutvalget. ■ Møtet blir avholdt 4 ganger i året.

Det opplyses om at begge de overnevnte møtene fungerer godt og at det er et godt samarbeid. Det er ingen faste, formaliserte møtepunkt mellom kommunen og fastlegene utenom overnevnte møtepunkt.

Det er ingen uttrykte ønsker om flere møter, verken fra kommunen eller fastlegenes side, men begge parter skulle helst sett at det var et tettere samarbeid. Per i dag er det liten kontakt mellom fastlegene og kommunen utenom de to faste utvalgene. Fastlegene opplyser om at de ønsker å bli mer involvert i saker som berører dem. For eksempel når samarbeidsavtaler skal utarbeides/fornyas. Dette er et ønske som fastlegene har signalisert i alle møteforum over lengre tid. Det har i liten grad ført til noen endringer.

I kommunen er det ingen som har en dedikert oppgave om å følge opp fastlegene, og det etterlyses en i kommunen med særlig ansvar for å involvere fastlegene. For

eksempel i medisinskfaglige spørsmål som involverer fastlegene og deres pasienter, eller i kommunikasjon med annenlinjetjenesten (sykehus), da sykehuset ser på kommunal-legeapparatet som både kommune og fastleger under ett.

Tettere samarbeid ville trolig gjort det lettere for begge parter å ta opp saker med sykehuset som man er uenige i. Fastlegene opplever for eksempel at sykehuset stadig legger mer oppgaver som sykehuset enkelt kunne gjort selv, over på dem. Eksempelvis blir pasientene oftere henvist til fastlege etter et sykehusopphold, for å få resepter etc. Dette er noe som belaster både fastlegene og pasientene.

2.2.2 Roller og ansvar

Det er en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommunen og fastlegene. Mye av dette står beskrevet i fastlegeforskriften. Det går blant annet frem i fastlegeforskriften § 6 at kommunen plikter å holde legen informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ha betydning for legens virksomhet. Forskriftens § 7 omhandler kommunens ansvar for kvaliteten i den kommunale allmennlegetjenesten, mens § 8 inneholder kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid:

"Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten."

Fastlegenes erfaring er at kommunen ikke fullt ut etterlever disse kravene i forskriften. Årsaken er blant annet, som vi har vært inne på tidligere, mangelfull involvering og informering. De kunne også ønsket at deres kompetanse som fastleger i større grad ble etterspurt.

I tillegg til at fastlegene ønsker tettere samarbeid, så ønskes en mer tilstedeværende kommuneoverlege. Det opplyses om at det i rammeavtale mellom KS-forening og legeförening er anbefalt en minimum 50 % kommuneoverlegestilling i en kommune på størrelse med Nøtterøy kommune.

Det etterlyses av fastlegene en kommuneoverlege som fungerer som et slags bindeledd mellom fastlegene, kommuneadministrasjon og politikere. Dette er tatt opp flere ganger, og senest i et formelt brev til rådmann i kommunen, datert 12.oktober 2015. Det er særlig kommuneoverlegen og vedkommendes stillingsprosent fastlegene uttrykker bekymring over i dette brevet. Det pekes blant annet på et stadig økende behov for medisinsk kompetanse og medisinsk legerådgivning ettersom utfordringene i kommunehelse-tjenestene vokser, og at kommuneoverlegen burde hatt en større rolle i dette arbeidet.

Kommunen opplyser i intervju at de kjenner godt til fastlegenes ønske om en større kommuneoverlegestilling, da det har vært tema på mange av deres samarbeidsmøter. De opplyser videre at en utvidelse av stillingen ikke er prioritert per i dag. Kommuneoverlegen har lang erfaring og følgelig god oversikt, til tross for liten stillingsbrøk. Kommuneoverlegen har også bred kompetanse og er alltid tilgjengelig for kommuneadministrasjonen.

2.2.3 Kommunikasjon

Det viktigste kommunikasjonsmiddelet mellom kommunen og fastlegene er e-link (også kalt for PLO-melding). Her foregår mye av kommunikasjonen og dokumentasjons-overføringen.

Den daglige kontakten mellom fastlegene og kommunen skjer hovedsakelig via PLO-melding, som er et system som etter sigende fungerer veldig godt. Alle fastlegene i Nøtterøy kommune benytter dette systemet i dag. Den elektronisk kommunikasjonen sies å være et stort framskritt. Systemet fungerer veldig bra når det gjelder å informere hverandre om gangen i pasientens behandling. Men det pekes på noe variasjon blant fastlegene på hvor raske/flinke de er til å følge opp PLO-meldinger. Noen pekte i intervju på behov for å utforme standardiserte rutiner på hvordan kommunikasjon mellom kommunen og fastlegene skal være, for eksempel hvor raskt man skal svare på en henvendelse i e-link-systemet, hvem som skal følge opp henvendelser ved ferieavvikling/sykdom etc.

Selv om systemene stort sett fungerer bra, er det en utfordring at alle parter (fastlegene, kommunen og sykehuset) bruker ulike system, som er ganske forskjellige og lite kompatible med hverandre. Det er en uttalt risiko at viktig informasjon kan "forsvinne", da det som sendes av dokumentasjon fra den ene parten, kan se helt annerledes ut når dokumentasjonen åpnes opp i ett annet type program hos mottaker.

Det blir i intervjuene pekt på som særlig viktig at det er et godt samarbeid mellom fastlegene og sykepleierne i hjemmetjenesten, da fastlegene er medisinsk ansvarlig for pasientene så lenge de er hjemme og ikke på institusjon. I den forbindelse ble det initiert et prosjekt en tid tilbake, som blant annet gikk ut på at pasientansvarlige sykepleiere (PAS) i hjemmetjenesten skulle forsøke å fordele brukere seg imellom, ut i fra hvem brukerne har som fastlege. På den måtte vil fastlegene få færre sykepleiere å forholde seg til. Et annet tiltak var at PAS skulle avtale møte med fastlegene på deres kontor for å diskutere enkeltpasienter. Tanken er at disse møtene skal bli avholdt ved behov, men gjerne 1-2 ganger i året for de multisyke pasientene.

Overnevnte prosjekt har mottatt positive tilbakemeldinger fra både kommunen og fastlegene, da det har bidratt til bedre samordning. Men etter at prosjektet ble avsluttet, og tiltaket ble innlemmet i den daglige driften, har ikke fastlegene som ble intervjuet i denne revisjonen, blitt kalt inn til møter med hjemmetjenesten. Fra kommunen beklages det at de ikke har kommet så godt i gang med disse møtene, men det opplyses om at dette vil bedre seg.

Fastlegene har mulighet til å legge pasienter inn på kommunens ØH-plasser⁶. I de tilfellene tar fastlege kontakt med institusjonslegen på Villa Smidsrød hvor sengene er plassert. Etter vanlig kontortid skjer innleggelse på ØH-plasser i samråd med vakthavende lege. Fastlegene opplever at dialog vedrørende bruk av ØH-plass fungerer godt på dagtid. På sykehjemsvakt er det forskjellige sykehjemsleger som rullerer, og da kan kommunikasjonen variere noe.

En utfordring som ble påpekt av både fastlegene og ansatte i kommunen, er at det ikke er noen i kommunen som har ansvar for å videresende viktig post/dokumentasjon til fastlegene. Det er mye (offentlig) informasjon som blir adressert til kommunen, som også er nyttig informasjon for fastlegene. For å bøte på problemet har kommunen i senere tid bedt postmottaket om å være mer oppmerksom på dokumentasjon som også

⁶ Øyeblikkelig hjelp-plasser.

bør videresendes fastlegene. Optimalt sett burde det vært en person med helsefaglig bakgrunn som tok seg av og kvalitetssikret sorteringen.

2.2.4 Utarbeiding av felles, formelle rutiner

Det foreligger ingen felles rutiner mellom fastlegene i Nøtterøy og kommunen. Ansvar er nedfelt i diverse overordnede avtaler, som for eksempel avtalen mellom KS og Den norske legeforening. Avtalene som er blitt utarbeidet mellom kommunen og SiV i forbindelse med Samhandlingsreformen, har fastlegene i liten grad vært med på å utforme. I de ulike arbeidsgruppene var det fastleger med, men fastlegene i kommunen ble aldri spurt om hva de mente om spørsmål som gjaldt Nøtterøy kommune. Kommunen ser selv i ettertid at samarbeidsavtalene burde vært gjennomgått i allmennlegeutvalget i kommunen før ferdigstilling i samhandlingsutvalget.

I et av intervjuene blir det opplyst at det blant kommunene i Vestfold pågår et prosjekt som ser på generelt pasientforløp, og som skal gjøre at systemene blir bedre, også i forhold til fastleger. Her vil det antakelig komme en rutine våren 2016. Målet er å gi et likt tilbud uansett hvordan helse og omsorg er organisert i kommunene. Rutinen trengs for å sikre god informasjonsflyt i overgangene mellom fastlege, kommune og sykehus. Det er spesielt fastlegen det er fokus på. En lege fra en annen kommune i Vestfold er med i denne arbeidsgruppen.

Norsk helsenett (NHN) har utarbeidet en veiviser for helhetlig pasientforløp, hvor det for pasienter som bor hjemme, anbefales en rutinemessig kontroll hos fastlege 14 dager etter utskrivning. Dette ligger også som en anbefaling i epikrisen fra sykehuset. Utdfordringen er at det frem til nå ikke har vært en rutine for dette, og det har heller ikke vært noen som har hatt et ansvar for å sørge for at tiltaket blir gjennomført. Flere håper at man i arbeidet med helhetlig pasientforløp (ref. forrige avsnitt) skal finne en måte å gjennomføre tiltaket på.

2.3 Pasientmottak

Ved pasientmottak i kommunen er det delavtalen *"Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten"*, som klargjør helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver.

Avtalen skiller mellom følgende trinn i behandlingsforløpet:

- Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten
- Når pasienten er vurdert som utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten
- Utskriving av pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten

I dette delkapittelet ser vi nærmere på hva som er legenes og kommunes krav i de to siste trinnene, og hvorvidt kravene blir fulgt i praksis.

2.3.1 Krav til fastlege

Ved utskrivning til kommunen har ikke fastlegene et konkret dokumentansvar. Først noen dager etter utskrivning mottar fastlegene epikrisen fra sykehuset i posten, og før det er det ikke gitt at fastlegen vet at en av pasientene har vært innlagt, hvis de ikke selv har henvist. At dokumentasjonen kommer sent fra sykehuset til fastlegene er en utfordring

som også er blitt pekt på i et nylig tilsyn gjennomført av Helsetilsynet, som vi vil komme tilbake til senere i rapporten.

Legene blir ofte kontaktet av hjemmetjenesten når pasienten har kommet hjem, men det er ingen automatikk i at fastlegene hører fra hjemmetjenesten. Det skjer bare hvis/når hjemmetjenesten har spørsmål om behandling eller medisiner. Dersom hjemmetjenesten etterspør dokumentasjon/informasjon fra fastlegene, blir det oversendt så raskt som mulig.

Det er en viss sårbarhet knyttet til at fastlegene ikke alltid er tilstede på kontoret, og at det kan gå noen dager før e-post blir gjennomgått. Her har e-meldingene en svakhet, men sykepleiere skal ha fått beskjed om at de må ringe legen hvis det haster.

2.3.2 Krav til kommunen

■ Når pasienten blir vurdert som utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten

Kommunen skal sørge for at utskrivningsklare pasienter overføres til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. Kommunen informerer pasient og kontaktperson i behandlende enhet om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskrivning. Hvis pasienten ikke er i journalsystemet fra før av, så oppretter tjenestekontoret en mappe på pasienten, der de legger inn den informasjonen de har tilgjengelig.

■ Utskriving av pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten

Når spesialisthelsetjenesten har varslet at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, skal kommunen forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten. Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når vedkommende er utskrivningsklar.

2.3.3 Kommunens etterlevelse

I kommunen er det tjenestekontoret som er hovedmottaker for informasjon om pasienter som kommer til å bli utskrevet fra sykehus. Det er de som blant annet vurderer pasientens behov og fatter vedtak i forbindelse med utskrivning.

Avtalen mellom kommunen og sykehuset er at tjenestekontoret skal ha melding innen kl. 13 fra sykehuset om de har noen utskrivningsklare pasienter. En time senere går fristen ut for tjenestekontoret, og de må innen det tidspunktet ha bestemt seg for hvilket omsorgstilbud de har til den utskrivningsklare pasienten. Hvis de må meddele at de ikke har plass, blir kommunen belastet med kr. 4 387 per overliggedøgn.

Tidligere kunne meldingene fra sykehuset komme når som helst på døgnet, men nå har rutinen gått seg til, og fristen om å melde ifra innen klokken 13 blir i stor grad overholdt av sykehuset.

Det hender at tjenestekontoret må si nei til å ta imot pasienter, enten på grunn av kapasitetsutfordringer eller fordi det trengs mer ressurser enn hva som er tilgjengelig, for eksempel hvis pasienten skal motta en spesiell type behandling i hjemmet. Sykehuset har i særskilte tilfeller akseptert å vente noen dager med å melde pasienten utskrivningsklar, da hjemmesykepleien ikke kan gi en forsvarlig behandling på kort varsel.

Mottakssekretær ved tjenestekontoret har som ansvar å dokumentere all dialog med sykehuset. Vedkommende tar ut alle e-meldinger og skannede epikriser som hører til

pasienten, og legger de til pasientens saksbehandler på tjenestekontoret. Det viktigste fra alle e-meldingene skrives også ut, og legges i pasientens papirjournal.

De som skal utføre tjenesten er som regel på kopi, slik at de kan begynne å planlegge tjenesteytingen. Frem til utskriving foregår all kommunikasjonen mellom sykehus og tjenestekontor, med mindre det er mer naturlig at sykehuset tar direkte kontakt med utfører. Tjenestekontoret opplyser også om at de etter mottak sender melding på e-link til pasientens fastlege for å informere om hvilket tjenestetilbud pasienten har fått, også om de som blir lagt inn på institusjon.

Under følger noen utvalgte nøkkeltall (fra årsberetningen 2014) som omhandler fastlegene og Samhandlingsreformen. Vi ser blant annet at kommunen hadde 263 overliggedøgn i 2014, noe som er en kraftig økning fra tidligere år.

	2012	2013	2014
Antall meldte utskrivningsklare pasienter	645	703	958
Antall pasientdøgn på avdeling for ØH-plasser	-	177	386
Antall fakturerte overliggedøgn på sykehus	0	12	263
Antall fastleger med driftstilskudd	15	13	13
Antall fastleger ansatt i kommunen		2	2
Antall ledige plasser på fastlegelistene	814	714	605 (pr.6.3.15)

Tjenestekontoret har et regneark hvor de fører oversikt over innkommende pasienter, hvor pasienten tas imot, når dette skjedde, antall overliggedøgn, osv. Dette gir nyttig statistikk for tjenestekontoret. Per oktober 2015 var det brukt kr. 1,2 mill. på overliggedøgn som sykehuset har fått fra kommunen. I oktober ble det meldt 118 utskrivningsklare pasienter. Samme måned registrerte tjenestekontoret 14 reinnleggelser⁷.

Tjenestekontoret gjør ikke medisinskfaglige vurderinger selv, men samler inn opplysninger og bruker alt tilgjengelig materiale til å finne frem til pasientens omsorgsbehov. Basert på dette fattes helhetlige beslutninger om tjenestetilbud. Dersom det er behov for medisinskfaglig kompetanse for å ta beslutninger, støtter tjenestekontoret seg på fastleger, behandlende leger i spesialisthelsetjenesten og/eller epikriser. Det oppgis å være god respons fra fastlegene ved spørsmål fra tjenestekontoret. Samarbeidet mellom tjenestekontoret og fastlegene er i forbindelse med enkeltpasienter, og ikke i form av systematisk og rutinemessig samarbeid.

Det sies at alle overganger fra sykehus til kommunal helsetjeneste bærer med seg en viss risiko. Det gjelder særlig risiko for at man ikke får med korrekt/tilstrekkelig dokumentasjon, for eksempel medikamentlister. Under et sykehusopphold blir ofte medisiner lagt til eller fjernet fra medikamentlisten. Det kan da oppstå usikkerhet om sykehusets medisinerings stemmer overens med det fastlegene har skrevet ut tidligere.

Fastlegene får endelig epikrise fra sykehuslege, men den kommer først etter noen dager. Imellomtiden må man gå ut i fra at midlertidig epikrise som fulgte med pasienten fra sykehuset er korrekt i forhold til medisiner gitt av fastlegen, og at hjemmetjenesten eventuelt tar kontakt hvis de har noen spørsmål. Risikoen er at sykepleierne gir pasienten medisiner vedkommende ikke burde ta, eller ikke får gitt medisiner som burde bli gitt. Det har hendt at legene må skrive ut resepter før epikrisen har ankommet, og at det har blitt gjort basert på annenhåndsinformasjon fra sykepleierne. Risikoen er gjerne størst når

⁷ Det kan hende det er flere reinnleggelser siden tjenestekontoret bare registrerer reinnleggelserne til de som mottar kommunale helsetjenester.

det gjelder multisyke pasienter som har et komplekst sykdomsbilde, og som mottar mange ulike typer medisiner.

Avvik tilknyttet medikamentlister bli også nevnt i et tilsyn gjennomført av Helsetilsynet senhøsten 2015, hvor de har sett på "*Samhandling om utskrivning av pasienter fra Sykehuset i Vestfold HF til kommuner 2015*". Her avdekkes blant annet følgende avvik:

"SiV HF sikrer ikke overføringen av nødvendig informasjon om legemidler ved utskrivning av pasienter til hjemmet med kommunale helsetjenester".

Videre blir det av Helsetilsynet vist til en rekke observasjoner som avviket bygger på, deriblant at det kan ta lang tid før fastlegene mottar epikrisen (opp til 10 dager etter utskrivelse). En annen observasjon i rapporten er at det ikke alltid er samsvar mellom legemidler gitt utskrivningsdagen og korrigert legemiddelliste i epikrisen. Dette kan gi risiko for svikt hvis ikke epikrise foreligger samtidig.

2.3.4 Vår vurderinger

Det fremstår å være gode prosedyrer i kommunen når det gjelder hvem i de enkelte avdelingene som har ansvaret for å dokumentere og journalføre viktig informasjon i forbindelse med pasientmottak. Det er ingenting i datainnsamlingen som tyder på alvorlige eller repeterende avvik.

Kommunen tar kontakt med fastleger ved behov. Fastlegene selv har ingen særskilte dokumentasjonskrav i forbindelse med pasientmottak. Hvis det er behov for en oppdatert medikamentliste er det kommunen (hjemmetjenesten) som tar kontakt med fastlegen og ber om å få ettersendt nødvendig dokumentasjon. Til dette fungerer e-link veldig bra.

Risikoen for manglende samsvar mellom medikamentlister fra sykehus og fastlege vurderer vi imidlertid som svært uheldig, da feil eller mangler kan gå utover liv og helse. Kommunen bør i samråd med sykehus og fastleger finne en løsning på hvordan denne risikoen kan minimeres/monitoreres.

2.4 Innleggelse i spesialisthelsetjenesten

Kravene som gjelder for kommunen og fastlegene i forbindelse med innleggelse i spesialisthelsetjenesten fremgår av delavtalen "*Om henvisning til og innleggelse i sykehus*". Formålet med avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver ved henvisning og innleggelse av pasienter i helseforetaket.

Henvisende lege kan i tillegg til fastlege være eksempelvis institusjonslege, vakthavende lege på ØH-plassene eller legevakt.

I dette delkapittelet ser vi nærmere på hva som er henholdsvis legenes og kommunes krav, og hvorvidt kravene blir fulgt i praksis.

2.4.1 Krav til fastlege

Kapittel 5 i overnevnte avtale inneholder en ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen, som er delt inn i to deler:

- Pasienter som henvises til øyeblikkelig hjelp
- Pasienter som henvises til planlagt helsehjelp.

Felles for begge tjenestene er at henvisende lege skal sende med en skriftlig henvisning, og av den skal det fremkomme klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert, utredet eller behandlet.

Ved øyeblikkelig hjelp skal henvisningen i tillegg inneholde alle relevante opplysninger som trengs for å kunne starte behandling så raskt som mulig. Henvisning til planlagt helsehjelp skal også inneholde tilstrekkelig med opplysninger, men da for at spesialisthelsetjenestene skal kunne prioritere i henhold til gjeldende forskrift og nasjonale prioriteringsveiledere.

For fastlegene og andre henvisende leger stilles det med andre ord strenge krav når det gjelder innhold i henvisning, slik at spesialisthelsetjenesten raskt kan sette i gang behandlingen hvis det er akutt, eller gjøre nødvendige prioriteringer hvis det ikke er snakk om øyeblikkelig hjelp.

2.4.2 Krav til kommunen

For pasienter som fra før av mottar kommunale helsetjenester, skal prosedyren "innleggelse i sykehus" med tilhørende konvolutt benyttes, slik at nødvendig dokumentasjon oversendes til helseforetaket. I senere tid, når utbredt elektronisk meldingsutveksling er blitt tatt i bruk, blir den fysiske konvolutt i mindre grad brukt.

2.4.3 Kommunens etterlevelse

Når en person henvises til spesialisthelsetjenesten, mottar kommunen en "innlagt pasient"-melding. Denne meldingen går ut til alle enheter som det er registrert at pasienten mottar tjenesten fra, selv om det eksempelvis bare er snakk om trygghetsalarm. Deretter er det opp til den enkelte enhet å sørge for at nødvendig informasjon blir videresendt til sykehuset. Det kan eksempelvis være medikamentliste, sykepleierapport, legerapport (dersom pasient kommer fra sykehjem), IPLOS-vurdering mm. Både hjemmetjenesten og sykehjem har faste prosedyrer på hvem som sender informasjon til sykehus.

En utfordring kan være pasienter som mottar hjemmetjenester ved innleggelse, og som har ansvar for egne medisiner, men som på et tidligere tidspunkt har hatt et korttidsopphold på institusjon. Institusjonen sletter ikke nødvendigvis medisinlistene etter endt opphold, og listen blir da lagret på pasientens journal. Når hjemmetjenesten ved henvendelse fra sykehuset sender innlagt pasient-melding til sykehuset, så kan det hende medikamentlisten fra institusjonsoppholdet følger med. Medikamentlisten som institusjon har lagt inn kan være gammel og utdatert, og kan potensielt utgjøre en fare for pasienten. Hjemmetjenesten forsøker alltid å ta med en merknad om at de ikke kan gå god for at det som står i medikamentlisten stemmer, men man er likevel avhengig av at de på sykehuset leser den beskjedne.

Sykehuset opplyser om at den dokumentasjonen som de mottar fra kommunene ved innleggelse varierer, og at den tilsynelatende er personavhengig. Tradisjonelt sett er insititusjon flinkere til å legge ved korrekt informasjon enn det hjemmetjenesten er. Det kommer gjerne av at de er tettere på pasienten på sykehjem. Dokumentasjon har imidlertid bedret seg etter at man begynte å sende mer elektronisk, men det kan fortsatt bli bedre. Det gjelder for eksempel informasjon om fallrisiko, ernæring og kognitiv funksjon. Det påpekes imidlertid at Nøtterøy kommune er en av de bedre kommunene som SiV forholder seg til i Vestfold.

Videre opplyses det om at også legenes henvisninger varierer, og i likhet med over er det personavhengig. Et forslag som kom fra en av respondentene, er å etablere en felles

standard hos fastleger for innleggelse på sykehus. Herunder hva en henvisning skal inneholde og hvilken dokumentasjon sykehuset trenger for å raskt kunne sette seg inn i situasjonen.

2.4.4 Våre vurderinger

Vår vurdering er at krav til dokumentasjon ved innleggelse av pasienter på sykehus er godt kjent av både fastleger og helsepersonell i kommunen, men i praksis blir ikke alltid kravene til dokumentasjon overholdt. Dette gjelder både hos fastlege og kommunen. Denne vurderingen baserer seg på den informasjonen vi har fått fra et bredt utvalg respondenter, bestående av både fastleger, ansatte i helse- og omsorgstjenesten samt avdelingssykepleier fra SiV. Gjennomgangen viser at det kan være mangler ved eksempelvis henvisninger, epikriser og/eller sykepleierrapport. Selv om dokumenteringen stort sett er i tråd fastsatte krav, kan konsekvensene potensielt sett være svært store de gangene dokumentasjonen ikke holder mål.

Undersøkelsene viser et behov for større standardisering av informasjonen som blir utvekslet, noe rutiner vil kunne bidra til. I forlengelsen bør det gis opplæring i rutinene samt utarbeides et system for å følge opp hvorvidt rutinene etterleves i praksis.

Den risiko at sykehuset kan motta gamle, utdaterte medikamentlister fra kommunen ved innlegging av pasienter, vurderer vi som særlig uheldig. På samme måte som ved utskrivning, kan denne risikoen potensielt sett medføre fare for liv eller helse, og det burde utarbeides en løsning på problemet.

2.5 Registrering av avvik i pasientforløpet

2.5.1 Om avvikssystemet

Det er etablert et felles system for registrering og håndtering av avvik mellom SiV HF og Nøtterøy kommune. Systemet er nærmere beskrevet i en felles prosedyre, kalt "Samhandlingsavvik". Hensikten med prosedyren er å sikre at avvik og uønskede hendelser som oppstår i samhandlingen mellom SiV HF og kommunen meldes og håndteres på rett måte i den enkelte organisasjon slik at avvik ikke gjentas.

Proseduren skal medvirke til at sykehuset og kommunen lærer av hendelsene, og at tjenesten forbedres og sikres. Pasienten skal oppleve at helsetjenesten i Vestfold er samordnet og preget av kontinuitet.

For å melde avvik benyttes et skjema som er likt for alle parter. Avviksmelding fra kommune til SiV HF, og motsatt, blir fylt ut på et elektronisk skjema som man finner på SiVs nettsider. Deretter skrives skjemaet ut og sendes per post (merket med "unntatt offentlighet") til en navngitt adresse. Det er ikke definert noen plass *hva* som er et avvik, men skjemaet innehold en rekke med alternativ som man kan velge mellom når avviket skal registreres, f.eks. "Mangler oppdatert medikamentliste" eller "Mangelfull kommunikasjon/ samhandling".

2.5.2 Hvem registrerer avvik

Alle ansatte som oppdager et avvik har ansvar for å melde ifra om dette. Det er ingen fast praksis på hvordan avviksregistreringen blir gjennomført. Det vanlige er at avviket blir gitt videre til nærmeste leder, som sikrer at nødvendig informasjon er påført meldingen før avviket blir sendt til SiV. Videre er det ledere med personalansvar som er ansvarlig for å gi avvik en forsvarlig behandling og lukke avviket. Samhandlingsavvik blir

også registrert i kommunens arkivsystem, dette for at avvikene skal være tilgjengelige for andre, og for at man lettere skal kunne ha oversikt over sendte avvik.

Fra kommunens side er det meldt avvik på at sykehuset ikke har sendt med oppdatert epikriser, samt manglende medisiner og medisinsk utstyr. At pasienter har dukket opp sent på kvelden, uten forvarsel, har også vært årsak til avvik. Det opplyses imidlertid at det oppstår mye sjeldnere avvik på disse tingene i dag enn det gjorde tidligere.

Det er helst hjemmesykepleien som sender samhandlingsavvik. Det er de som er mest avhengige av at det sammen med pasienten følger med oppdaterte medikamentlister og medisiner frem til første virkedag.

Avvik om mangelfull dokumentasjon kommer trolig av manglende standardisering. Det varierer hvilken informasjon som kommer fra sykehuset når pasient meldes utskrivningsklare, noe som burde vært mer standardisert. Tjenestekontoret hadde da sluppet å spørre så mye de gjør.

2.5.3 Oppfølging av avvik

Det er tjenestekontoret som mottar alle avvik fra sykehuset. Avvik fra sykehus som omhandler enkeltpasienter skannes og sendes ut til den tjenesten det gjelder, og som er ansvarlig for å besvare avviket. Dersom et avvik handler om system, og ikke en nevnt pasient, legges det i en samlemappe i WebSak. Handler avviket om en pasient som er skadelidende, skanner tjenestekontoret det inn i Gericca på pasientens journal, men likevel også inn på mappa i WebSak. Avviket mottas og håndteres gjennom organisasjonens ordinære saksbehandling.

Tjenestekontoret er lite involvert i selve behandlingen av avvikene, men de fører statistikk over omfanget. Det er dermed tjenestekontoret som har best oversikt over alle registrerte avvik, både av kommunen og sykehuset. Tjenestekontoret har imidlertid ingen rolle når det kommer til å følge opp om sykehus følger opp avvik som er sendt til dem fra kommunen. Den som sender avvik må følge dette opp selv.

Tidligere var det et problem at avvik til SiV ikke ble besvart, noe som man skal gjøre. Dette har imidlertid bedret seg nå, men er fremdeles noe begge parter kan bli enda bedre på. Når det kommer svar på avvik fra sykehuset, blir også det lagret i WebSak av tjenestekontoret.

2.5.4 Etterlevelse

Alle er kjent med prosedyren for å melde ifra om samhandlingsavvik. Samtidig er det mange som peker på at fremgangsmåten er veldig tungvint, noe som gjøre at terskelen for å melde avvik er høy. Det skal mye til før det sendes et avvik. Det er dermed en risiko for underrapportering ved at det foreligger flere samhandlingsavvik enn det som blir meldt inn.

Mange avvik blir løst over telefon eller e-link, uten av det registreres som avvik. Det gjelder eksempelvis avvik knyttet til manglende epikrise mm. Da kontaktes behandlete avdeling som eksempelvis fakser over det som mangler.

Oppfølgingen av avvik er også mangelfull. Prosedyren sier at alle avvik skal besvares av de som mottar avviket, men dette blir i varierende grad gjort. Både ansatte ved kommunen og sykehuset opplyser om at begge parter har et forbedringspotensial når det gjelder oppfølging av avvik.

Fastlegene kan også melde samhandlingsavvik ved hjelp av overnevnte prosedyrer, men også de opplyser at de ikke melder inn avvik på grunn av tungvint system.

På spørsmål om hvorvidt det foreligger et system for å melde avvik fra kommune til fastlege, har respondentene kommet med flere ulike svar. Noen mener det ikke er noen måte å melde avvik av. Andre mener at avvik må tas over telefon med den legen det gjelder. En av respondentene beskrev at avvik blir meldt ved at man først melder avviket i det interne avvikssystemet til kommunen, slik at leder blir informert om hva som har skjedd, og deretter sender avviket til fastlegen via e-link, hvor det krysses av for "avvik" når det skal markeres hva type melding det er. Eksempel på avvik rettet mot fastleger er at de har vært for lite tilgjengelige.

2.5.5 Våre vurderinger

Målet med avvikssystemet er at det skal medvirke til at sykehuset og kommunen lærer av hendelsene og at tjenestene forbedres og sikres. Vår vurdering er at dette målet bare delvis blir innfridd. Det oppstår avvik som aldri blir registrert, og de som blir meldt inn følges i varierende grad opp. Mange avvik blir vel og merke rettet opp i, for eksempel over telefon, og uten at det sendes inn et formelt avvik. Ulempen med at avvik løses på denne måten er at de ikke dokumenteres, og slik blir det vanskeligere for kommunen å avdekke systematiske avvik. Det gjør det også vanskeligere å iverksette gode og målrettede tiltak. En årsak til mangelfull avviksregistrering er at prosessen for å melde avvik er tungvint.

Det blir i revisjonen nevnt flere hendelser som burde vært meldt som avvik. De fleste er forbundet med mangelfull dokumentasjon og da særlig manglende medikamentlister. De fleste avvik skyldes stort sett menneskelige feil, og noen av avvikene kunne, etter vår vurdering, vært unngått med standardiserte rutiner, sjekklister, kvalitetssikring mm, som sikret korrekt og lik praksis.

I tidligere omtalte tilsyn om samhandling om utskriving av pasienter er det Fylkesmannens vurdering at SiV HF har et forbedringspotensial når det gjelder systematisk styring av at retningslinjene i delavtale c) etterleves. Denne merknaden bygger blant annet på følgende observasjoner:

"Avvikssystemet er ikke systematisk i bruk som forbedringsverktøy når det gjelder samhandlingen, og det meldes i liten grad avvik fra SiV HF til kommunen ved brudd på avtalen, for eksempel når innleggelsesrapport mangler fra kommunen."

Dette funnet sammenfaller med våre observasjoner.

Det foreligger heller ingen felles prosedyre for håndtering av avvik mellom kommune og fastlege, noe vi vurderer som uheldig. Man risikerer at både fastleger og kommunen ikke blir gjort kjent med avvik som har oppstått, noe som kan øke sannsynligheten for at samme feil begås flere ganger.

4 Uttale fra rådmannen

Høringsuttale mottatt på e-post fra Rådmannen, 27.01.16:

Jeg vil takke for forvaltningsrevisjonens rapport og de anbefalinger som gis blir vurdert i sammenheng med kommunesammenslåing. Funnene i KPMGs rapport sammenfaller med funn i nasjonale rapporter publisert ved årsskiftet.

Kommunen vil ta rapportens anbefalingene med i den videre prosessen med å etablere en ny, felles helse- og omsorgstjeneste med Tjøme kommune.

Samhandlingsutvalget mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Vestfold har i handlingsplanen for 2016 vedtatt å innarbeide et generelt pasientforløp for samhandling. Dette tiltaket iverksettes for å løse de utfordringer det pekes på i de tilsyn og evalueringer som er gjort av Samhandlingsreformen.

Kommunen vil vurdere behov og muligheter for tettere samarbeid/involvering med fastlegene. Møter mellom fastlegene og hjemmetjenesten gjennomføres når pasientensyn tilsier det. Fastlegene involveres gjennom samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg, i samhandlingsarbeidet i Vestfold.

Kommunen har prøvd ut ulike praksis for å holde fastlegene orientert og oppdatert. Rutinene for dette vurderes fortløpende i samarbeidsutvalget.

Kommunen vil fortløpende motivere medarbeidere og fastleger til å melde samhandlingsavvik. Avvik i samhandling er fulgt opp fra lederne i kommunesamarbeidet i Vestfold. Kommunen vil i samarbeid med fastlegene vurdere avviksrutiner ift fastlegene.

Samhandlingsutvalget mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Vestfold har i handlingsplanen for 2016 vedtatt å arbeide med avvikssystem, spesielt fra spesialisthelsetjenestens side.

Standardisering av rutiner og sjekklister inngår som en del av arbeidet med innføringen av generelt pasientforløp.

Kommunen vil følge opp arbeidet med kvalitetssikring av samhandling om medikamentlister.

Rådmannen og administrasjonen takker for godt samarbeid med forvaltningsrevisjonen. Rapporten vil være nyttig i det videre arbeidet med samhandling.

Vedlegg 1 Gjennomgått dokumentasjon

Overordnet dokumentasjon

- Overordnet samarbeidsavtale mellom Nøtterøy kommune og Sykehuset i Vestfold helseforetak (SiV HF), gjeldende fra 01.01.2012
- Delavtale om henvisning til og innleggelse i sykehus, avtale gjeldende fra 01.01.2012
- Delavtale med retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, delavtale gjeldende fra 1.4.2014.
- Delavtale om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvar for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre, jfr. overordnet avtale pkt. 4.2.a, gjeldende fra 01.01.2012
- Rammeavtalene mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen.
- Tre fastlegeavtaler mellom kommunen og kommunens fastleger

Rutiner mm.

- Rutine for Smidsrød helsehus og håndtering av e-link
- Hjemmetjenestenes samarbeid med fastlegene
- Prosedyre for avvikshåndtering pluss skjema
- Sjekkliste til forberedelse i forkant av pasientsamarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegen

Øvrig dokumentasjon

- Brev til rådammen fra fastlegene om kommuneoverlegestillingen, datert 12.10.2015
- Rapport over registrerte samhandlingsavvik i 2014
- Samhandling i Vestfold – status og utfordringer, møte i styret 22.10.2015
- Tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenestene til kommunen. Samlerapport etter ni tilsyn gjennomført i Midt-Norge 2015.

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Kommuneloven:

■ § 23 Administrasjonssjefens oppgaver og myndighet pkt 2.

Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

■ § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.
- 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.

■ § 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

- 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 utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

I 2013 ble ny fastlegeforskrift innført. Bakgrunnen for revisjonen av fastlegeforskriften kan oppsummeres i to behov: behovet for kvalitetssikring av fastlegjetjenesten, og behovet for mer integrerte tjenester.

Fastlegeforskriften peker på kommunens ansvar for informasjon (**§ 6**), i det ligger blant annet et ansvar for å fastlegene informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ha betydning for legens virksomhet. I **§ 7** presenteres kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten. Kommunen skal blant annet sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2.

Fastlegeforskriften peker også på kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid (§ 8). Dette gjelder for det første samarbeid mellom kommunen og fastleger, for det andre mellom fastleger og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten, og for det tredje mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Fastleger i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmenneleggeoppgaver i kommunen (§ 12).

Forskriften skal gjøre fastlegens rolle mer tydelig. Fastlegen skal ivareta medisinsk faglig koordinering og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Fastlegen skal i større grad, etter individuell vurdering, tilby forebyggende tiltak til pasientene på egen liste. Ansvar for det generelle folkehelsearbeidet ligger imidlertid fortsatt hos kommunene. I paragraf 24 fremheves det at fastlegens henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene.

Forskrift om pasientjournal

■ § 9 Epikrise

Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes **det helsepersonell** som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.

Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens faste lege.

Epikrise skal sendes innen **forsvarlig tid** (normalt innen en uke) etter at helsehjelpen er avsluttet. Med det menes det at epikrisen ikke må sendes senere enn at nødvendig oppfølging kan settes i verk. Det må vurderes konkret i den enkelte situasjon hva som er forsvarlig.

Helsepersonelloven

■ Kapittel 8 – dokumentasjonsplikt, §§ 39 – 45

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i en journal for den enkelte pasient. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.

Lovpålagte samarbeidsavtaler inngått mellom kommunen og Sykehuset i Vestfold

■ Overordnet avtale

Denne avtalene er inngått mellom etter pålegg i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i lov om spesialisthelsetjenester. Avtalen er juridisk bindende og ble gjort gjeldende fra 01.01.12. Formålet er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og foretaket, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentral samhandlingsområder. Overordnet samarbeidsavtale og tilhørende avtaler skal sikre at lovens krav til innhold oppfylles.

Avtalene skal evalueres årlig og resultatet av evalueringen legges frem for kommunestyrene og styret i SIV HF.

For å sikre at det som reguleres i delavtalene gjennomføres på en kvalitativt god måte, skal delavtalene understøttes av prosedyrer. Prosedyrene er et viktig verktøy for å utvikle og sikre kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpene.

■ Avtale om innleggelse av pasienter (fra kommune til sykehus)

Innleggelse skal baseres på en henvisning, hvor det skal fremkomme klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert, utredet eller behandlet. Henvisningen skal inneholde alle relevante opplysninger. Papirutskrift av henvisning skal følge pasienten.

Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling er innført skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling skal disse benyttes.

■ Avtale om utskriving av pasienter (fra sykehus til et kommunal helse- og omsorgstilbud)

Kommunen skal ha en mottaksordning som koordinerer henvendelsene fra sykehus om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Etter første henvendelse fra sykehus skal kommunen omgående følge opp "melding om utskrivningsklar pasient", og deretter fatte vedtak og iverksette planlegging og etablering av tjenester i kommunen.

Kommunen vurderer hvilke tjenester pasienten skal ha ut i fra kommunenes tjenestetilbud, krav til faglig forsvarlighet og egen vurdering. Pasienten skal overføres til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar.

Ved uenighet om pasienten er utskrivningsklar skal uenigheten prøves løst mellom sykehusavdeling og saksbehandler i kommunen. Hvis de ikke fører frem kan kommunal lege ta kontakt med behandlingsansvarlig lege så raskt det lar seg gjøre for å bli enige om det videre forløp.

Individuelle avtaler mellom kommunen og leger som inngår i fastlegeordningen

I avtalene som er inngått mellom kommunen og fastlegene vises det til følgende plikter og rettigheter, som gjelder for begge parter:

- Kommunehelsetjenesteloven
- Forskrift om fastlegeordningen
Avtale mellom staten/ KS og legeföreningen om basistilskudd og takster
- Rammeavtale mellom KS og Den norske legeförening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene
- Tariffavtale om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten
- Hovedtariffavtalen (HTA) og hovedavtalen (HA) så langt det passer

Avtalene kan revideres en gang per år hvis en av partene ønsker det.

Prosedyre for avvikshåndtering

Partene har i fellesskap utarbeidet en prosedyre for avvikshåndtering. Håndtering av avvik på de avtaler, retningslinjer og prosedyrer som er inngått, er nødvendig for å sikre at det etableres et system for lukking av avvik, læring og erfaringsutveksling. Målet er at pasientene skal oppleve at helsetjenesten i Vestfold er samordnet og preget av kontinuitet. Prosedyren skal medvirke til at sykehuset og kommunene lærer av hendelsene og at tjenestene forbedres og sikres.

Kontakt oss

Siv Karlsen Moa Partner

T +47 4063 9548
E siv.karlsen@kpmg.no

Ole Willy Fundingsrud Prosjektleder

T +47 40 63 9692
E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Ingvill Strand Prosjektdeltager

T +47 4063 9107
E ingvill.strand@kpmg.no

kpmg.no

© 2016 KPMG AS, a Norwegian member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International Cooperative ("KPMG International").

