

## Referat møte 1 FSU Samhandlingsavvik

Tid: 15.12.22 kl. 12.00 – 14.30  
Sted: Videokonferanse (Teams)  
Møteleder: Marit Bergh  
Referent: Guri M. Lajord/Lene Kristiansen

---

### Tilstede

Hege Hammer Bech	Avdelingsleder Bardu legekantor og interkommunal legevakt
Lise Nystrand	Avdelingssykepleier hjemmetjenesten sone 1 Narvik
Lars Røslie	Avdelingsleder akuttmottaket og obs posten
Gry Luneborg	Fagutviklingssykepleier, ortopedisk kirurgisk sengepost UNN Narvik
Jorunn Lorentsen	Seksjonsleder SPHR Silsand
Anja Thomassen	Fastlege Senjalegen
Sidsel Haldorsen	Brukerutvalget UNN
Stein Widding	Rådgiver, samhandling og helsetjenesteutvikling

### Forfall

Nina Haugli	Enhetsleder Balsfjord sykehjem
-------------	--------------------------------

### Eksterne innledere (sak 2):

Margrethe Kristiansen	Seksjonsleder, seksjon for sykehjem Tromsø kommune
David Johansen	Klinikksjef medisinsk klinikk UNN

### Sekretariat

Marit Bergh	Seksjonsleder samhandling og helsetjenesteutvikling, UNN
Lene Kristiansen	Rådgiver samhandling og helsetjenesteutvikling, UNN
Guri Moen Lajord	Interkommunal samhandlingsleder

---

**Sak:** 01/22  
**Tittel:** Åpning av møtet  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 15.12.22

---

Sekretariatet ønsket velkommen til første møte i faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik. Det ble gjennomført presentasjonsrunde blant møtedeltakerne, og en kort introduksjon av helsefelleskapet Troms og Ofoten. For utfyllende informasjon, se [helsefelleskapets nettside](#)

### Vedtak:

FSU Samhandlingsavvik tar informasjon om bakgrunnen for utvalget og sammensetning til orientering.

---

**Sak:** 02/22  
**Tittel:** Gjennomgang av mandat  
**Fra:** David Johansen, klinikkjef medisinsk klinikk UNN og Margrethe Kristiansen, seksjonsleder, seksjon for sykehjem Tromsø kommune  
**Møtedato:** 15.12.22

---

Utvalget fikk informasjon om Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) sitt vedtak om etablering av FSU-et, og det ble foretatt gjennomgang av mandatet som er vedtatt av Strategisk samarbeidsutvalg.

**Vedtak:**

FSU samhandlingsavvik tar mandat gitt av Strategisk samarbeidsutvalg til etterretning, og stiller seg bak dette.

Vedlegg 1: Kristiansen/Johansen/Sodefjed/Lindekleiv - Prosjektrapport

---

**Sak:** 03/22  
**Tittel:** Konstituering – valg av leder og nestleder  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 15.12.22

---

Forslag til leder og nestleder ble framsatt i møtet. Anbefalt at vervene fordeles mellom partnerne, f.eks. hvis leder er fra UNN bør nestleder være fra kommune, fastlege- eller brukerrepresentantene.

**Vedtak:**

1. Som leder av FSU Samhandlingsavvik i perioden des. 2022- desember 2023 velges Lars Røslie.
  2. Som nestleder av FSU Samhandlingsavvik i perioden des. 2022- desember 2023 velges Anja Thomassen.
- 

**Sak:** 04/22  
**Tittel:** Samhandlingsavvik – en oppdatering  
**Fra:** Stein Widding  
**Møtedato:** 15.12.22

---

Stein Widding presenterte status for meldte samhandlingsavvik i 2022. Påfølgende diskusjon som konkluderer med store svakheter i systemet, både når det gjelder å melde, saksbehandle og følge opp avviksmeldingene.

**Vedtak:**

FSU Samhandlingsavvik tar saken til orientering.

Vedlegg 2: Widding - Presentasjon samhandlingsavvik

---

**Sak:** 05/22  
**Tittel:** Hvordan skal vi jobbe, hvor begynne, hvordan prioritere?  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 15.12.22

---

På bakgrunn av innledningene i sak 2 og 4 hadde FSU en runde på aktuelle problemstillinger. Det ble bemerket at det er stor bekymring til at helsetjenestene i dag har få dårlige systemer for kommunikasjon. Dette medfører både svikt i elektronisk dialog og kan true pasientsikkerheten. Utvalget blinket ut tema som ønskes sett på i første omgang, og som settes på agenda til neste møte.

**Vedtak:**

På bakgrunn av innspill gitt i møtet vil FSU samhandlingsavvik i første omgang arbeide med følgende punkter i mandatet:

- Digitale løsninger – stort forbedringspotensial
- Gjennomgang av utvalgte samhandlingsavvik
- Samhandlingsprosjekt mellom UNN Narvik og Narvik kommune – noe andre kan lære av?
- Eksempler på god avvikshåndtering ute i tjenesten, f.eks. Interkommunal legevakt i Bardu

---

**Sak:** 06/22  
**Tittel:** Møteplan 2022  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 15.12.22

---

Dato	Klokkeslett	Møteform/-sted
Tors 16.02.23	12.00-15.00	Digitalt
Ons 03.05.23	12.00-15.00	Senter for psykisk helse og rus Silsand
Tors 14.09.23	12.00-15.00	UNN Tromsø
Tors 07.12.23	12.00-15.00	Narvik kommune

Saksliste og møtetreferat vil fortløpende bli publisert på [www.helsefelleskapet.no](http://www.helsefelleskapet.no)

**Vedtak:**

FSU samhandlingsavvik godkjenner møteplanen for 2023 med de endringene gjort i møtet. Sekretariatet sender kalenderinnkalling til alle fastsatte møtetidspunkt.

---

**Sak:** 07/22  
**Tittel:** Eventuelt  
**Møtedato:** 15.12.22

---

Ingen saker.

ID-nummer:1048590

ID-nummer:1067438

ID-nummer:1067116

ID-nummer:1070809

Prosjektoppgave  
ved Handelshøyskolen BI

Læring av samhandlingsavvik

Eksamenskode og navn:

**MAN 5170 Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i  
helsetjenesten**

Utleveringsdato:

27.9.2021

Innleveringsdato:

25.5.2022

Stuedsted:

BI Oslo

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN .....	2
1.2 PROBLEMSTILLING .....	5
1.3 AVGRENSNING .....	5
1.3 LESEVEILEDNING .....	5
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER .....</b>	<b>6</b>
2.1 UTVALGTE NASJONALE FØRINGER OG LOVKRAV .....	6
2.2 KVALITET I HELSETJENESTENE.....	7
2.3 SAMHANDLING OG FELLES LÆRING .....	8
2.4 LÆRING AV FEIL OG PSYKOLOGISK TRYGGHET.....	9
<b>3. METODE.....</b>	<b>12</b>
3.1 KVALITATIV METODE.....	12
3.2 TJENESTEDESIGN.....	13
3.3 GJENNOMFØRING .....	15
3.4 STYRKER OG SVAKHETER VED VALGT FREMGANGSMÅTE.....	15
3.5 ETIKK.....	16
<b>4. RESULTAT .....</b>	<b>17</b>
4.1 FORPROSJEKT.....	17
4.2 WORKSHOP .....	19
4.3 FORSØK.....	25
4.4 ETABLERING AV NY SAMHANDLINGSARENA .....	31
<b>5. DISKUSJON.....</b>	<b>33</b>
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>38</b>
<b>7. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>39</b>
<b>8. VEDLEGG .....</b>	<b>42</b>
VEDLEGG 1: ANALYSE WORKSHOP 1 .....	42
VEDLEGG 2: ANALYSE WORKSHOP 2, .....	43
VEDLEGG 3: SAKSFREMLEGG TIL STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG .....	44

## Sammendrag

Et samhandlingsavvik er et avvik sendt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten etter avvik i konkrete pasientforløp. Formålet med oppgaven var å styrke læringen av samhandlingsavvik.

Vi benyttet kvalitativ tilnærming og designtenking. Vi jobbet for å forstå utfordringene, utvikle en idé til en ny måte å håndtere samhandlingsavvik, teste og forbedre denne. Dette med utgangspunkt i nasjonale føringer og lovkrav, teorier om læring av feil og psykologisk trygghet. Våre informanter var helsepersonell og ledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Informantene fortalte at de opplevde det tungvint å melde avvik; at samhandlingsavvik ble håndtert separat fra interne avvik, at det ofte ikke var dokumentert saksbehandling eller gitt tilbakemelding til melder, samt at avvikene ble behandlet separat i ansvarlig enheten uten at det foregikk analyse og læring på tvers av tjenestenivåene. Gjennom workshops med helsepersonell og ledere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten utviklet vi en ny samhandlingsarena der samhandlingsavvik kan gjennomgås i fellesskap. Dette ble brukertestet og videreutviklet med utgangspunkt i teori om læring av feil. Som direkte følge av utviklingsprosjektet vårt etablerte Helsefelleskapet Troms og Ofoten et faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik fra høsten 2022. I utvalget skal helsepersonell og ledere fra kommune og spesialisthelsetjenesten sammen gjennomgå samhandlingsavvik og gode pasientforløp på tvers av nivåene.

Det nyutviklede *faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik* kan bidra til å styrke felles læring og forbedre praksis. Dette er en ny samhandlingsarena som kan bli en viktig tjenesteinnovasjon. Arenaen vil være gjenstand for kontinuerlig utvikling det neste året.

## Forord

Helse- og omsorgstjenestene står overfor utfordringer tilknyttet den demografiske utviklingen i samfunnet som stiller krav til høy endringstakt, med en overordnet etisk forpliktelse om, og et ansvar for, å forvalte de tilgjengelige ressurser slik at flest mulig får best mulig helsetjenester, gjerne nærmest mulig sitt eget hjem. Endringene i befolknings sammensetningen og i behovene i samfunnet indikerer at innovasjon, kompetanse- og kvalitetsutvikling i helse og omsorgsarbeid bør prioriteres. Det stilles krav om at ledelse og styring må være ut fra et helhetlig og langsiktig perspektiv, der overordnede nasjonale og lokale føringer legges til grunn for all beslutningstaking for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester og fremme utvikling. Det mangler således ikke overordnede mål og ambisjoner, utfordringene tilknyttes gjerne heller gjennomførelse i praksis. Som toppledere i primær- og spesialisthelsetjenesten påhviler det oss derav et stort ansvar til forvaltning og utvikling av tjenestene. Samtidig er vi privilegerte som får lov til å lede innen nettopp dette spennende feltet, som også i stor grad byr på muligheter.

I møte med fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester er samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten av essensiell betydning. Ved å «forene styrkene» er vi bedre rustet til å sikre kvalitet i tjenestene og gode sammenhengende pasientforløp. Styrkene impliserer her også kompetanse og erfaringsbasert læring av gode forløp, som det kan vises til mange eksempler på. Det gjøres mye bra i helse, og det finnes dermed god grunn til å lære av alle aktivitetene og forløpene som går bra i større grad enn å lære av negative erfaringer. I det innledende utforskende arbeidet til prosjektoppgaven var det dette feltet som fanget vår interesse og nysgjerrighet. Å undersøke, avdekke og erverve kunnskap om hvordan organisasjonene arbeider med samhandlingsavvik for læring til kontinuerlig kvalitetsforbedring har for oss opplevdes meningsfullt og spennende.

*“Learning is not a one-time event or a periodic luxury. Great leaders in great companies recognize that the ability to constantly learn, innovate, and improve is vital to their success.”*

-Amy Edmondson

I vår streben etter læring til vekst i ledergjerningen har det nasjonale topplederprogrammet ved BI gitt oss en dypere innsikt i rollen som leder for helsefeltet, ny viten, inspirasjon og ikke minst økt kunnskap om- og kjennskap til hverandres tjenester. Noe av det viktigste vi har lært underveis er at trygghet i egen- og på den andre parts rolle, skaper åpenhet om behov for læring og endring til forbedring og kvalitetsutvikling.

Vi vil rette en stor takk til helseteamet ved BI som har lagt til rette for dette flotte året som vi har vært så privilegerte å få tatt del i, der vi av eminente forelesere har blitt guidet gjennom høyst relevant og spennende materiale. En spesiell takk rettes til vår dyktige veileder og høvding ved BI, Bjørn Erik Mørk, som har vært en støttespiller for oss underveis i studiet og i prosessen med utarbeidelse av prosjektoppgaven.

Prosjektoppgaven er også et resultat av et godt, spennende og lærerikt samarbeid i prosjektgruppen, som har bidratt til et utvidet perspektiv og forståelse av betydningen av læring på tvers av organisasjoner. Vi takker hverandre for et godt samarbeid!

Tromsø og Nordreisa 27.mai 2022

Angela Sodefjed, David Johansen, Margrethe Kristiansen og Haakon Lindekleiv



## 1. Innledning

Vi er fire toppledere fra Nord-Norge som gjennomførte programmet «*Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten*» ved Handelshøyskolen BI (Figur 1). Som deltagere på programmet gjennomførte vi et utviklingsprosjekt for å bidra til utvikling og forbedring av samhandlingen mellom kommune og spesialist, samt bidra til praktisk anvendelse av og refleksjon over programmets innhold. I denne oppgaven beskriver vi utviklingsprosjektet vårt.



**Angela Sodefjed**  
Kommunalsjef  
Helse og Omsorg  
Nordreisa kommune



**David Johansen**  
Klinikkjef  
Medisinsk klinikk  
UNN HF



**Margrethe Kristiansen**  
Seksjonsleder  
Seksjon Sykehjem  
Tromsø kommune



**Haakon Lindekleiv**  
Fagsjef  
Fag og kvalitetssenteret  
UNN HF

*Figur 1. Forfatterne av oppgaven*

Angela Sodefjed har siden juni 2020 vært kommunalsjef for helse- og omsorgssektoren i Nordreisa kommune. Angela er utdannet fysioterapeut med tilleggsutdanning i fysisk aktivitet og helse. Forut for stillingen som kommunalsjef var hun leder for fysikalsk avdeling i kommunen. Nordreisa har om lag 5000 innbyggere. Helse og omsorgssektoren har et budsjett på om lag 158 millioner og består av 218 årsverk fordelt på seks virksomheter; hjemmetjenester, omsorgsboliger, institusjonssenter, bo- og avlastningstjenester, helsetjenester og sykehjem.

David Johansen er klinikkjef for Medisinsk klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og har bistilling som førsteamanuensis II ved Universitetet i Tromsø (UiT). Han er spesialist i indremedisin og kardiologi. David ble ansatt som klinikkjef desember 2020, og kom fra stilling som seksjonsleder i UNN. UNN er et helseforetak med fire somatiske sykehus i Harstad, Longyearbyen, Narvik og Tromsø, ett psykiatrisk sykehus i Tromsø, flere distriktpsikiatriske- og medisinske

sentre, samt driver prehospitale tjenester. UNN er lokalsykehus for 193 000 personer og regionsykehus for 450 000 personer i Nordland, Troms og Finnmark. UNN hadde i 2020 totalt 6 979 årsverk. Pasientbehandlingen medførte 38 170 døgnopphold og 395 327 polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger. Medisinsk klinikk har ca. 570 årsverk og ca. 600 millioner kroner i budsjett. Klinikken er fordelt mellom 3 lokalisasjoner (Tromsø, Narvik og Harstad). Hovedområdene i klinikken er indremedisin, mikrobiologi og smittevern på både lokalsykehus- og regionsykehusnivå. Som klinikkssjef leder David et lederteam på 6 avdelingsledere. Det pågår for tiden flere store prosjekter innad i klinikken ved poliklinikken, sengepostene og forskning. David deltar i flere av UNN sine sentrale prosesser som for eksempel partnerskapsavtalen og strategisk samarbeidsutvalg.

Margrethe Kristiansen er seksjonsleder for seksjon for sykehjem i Tromsø kommune og har bistilling som førsteamanuensis II ved UiT. Margrethe er utdannet sykepleier, har en master i offentlig administrering (MPA) og PhD i helsevitenskap. Margrethe har snart 20 års erfaring fra ulike lederstillinger i kommunehelsetjenesten, hvorav siste 6 år som seksjonsleder. Hun er stedfortreder for avdelingsdirektør for helse og omsorg. Tromsø kommune er Nord Norges største bykommune med rundt 70 000 innbyggere. Avdeling for helse og omsorg består av ca. 2400 årsverk som hver dag gir helse og omsorgstjenester til over 4000 innbyggere. Ca. 600 årsverk tilhører seksjon for sykehjem fordelt på 5 sykehjem med til sammen 362 sykehjemsplasser. Seksjon for sykehjem forvalter et budsjett på 465 mill.

Haakon Lindekleiv har siden 2016 vært fagsjef ved UNN og har bistilling som professor II ved UiT. Haakon er lege og har master i helseledelse. Han er linjeleder for Fag- og kvalitetssenteret ved UNN. Senteret har 21 ansatte og et budsjett på 20 millioner. Han leder faglige prosesser i sykehuset som går på tvers av klinikkene, utarbeider og følger opp en rekke styresaker og opprettholder kontakt med Helse Nord RHF, nasjonale myndigheter og andre helseforetak. Haakon deltar i fastlegerådet til UNN og har et nært samarbeid med klinikkene og stabene.

### ***1.1 Bakgrunn***

Vi startet med å identifisere samhandlingsutfordringer som kunne danne grunnlag for et utviklingsprosjekt. Dette ble gjennomført ved at medlemmene i

prosjektgruppen i oktober 2021 intervjuet utvalgte ledere og helsepersonell på våre arbeidsplasser. Metoden for intervjuet er beskrevet i kapittel 3.

I intervjuene beskrev informantene følgende tre hovedområder som utfordringer i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten:

*A. Kommune- og spesialisthelsetjenesten har ulike finansieringsløsninger som tidvis ikke belønner god samhandling*

Flere av informantene beskrev hvordan kommuner og sykehus mangler økonomiske incentiver for å få til gode pasientforløp på tvers av tjenestene. En av informantene fortalte et eksempel der en pasient hadde hatt gjentatte innleggelser på grunn av brystmerter uten at alvorlig oppstått sykdom ble påvist. Etter at pasienten var vurdert tverrfaglig i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ble det lagt en god plan med økte kommunale tjenester. Den nye planen medførte imidlertid et økonomisk tap for både kommunen og sykehuset. De gjentatte innleggelsene hadde gitt sykehuset et overskudd på 250 000 kroner og disse inntektene forsvant når pasienten ikke lenger ble innlagt. At pasienten fikk økte kommunale tjenester medførte økte utgifter for kommunen.

*B. Kommune- og spesialisthelsetjenesten kommuniserer ikke alltid like bra om avvik og dette kan bidra til et dårlig samarbeidsklima*

Alle informantene beskrev at både kommuner og sykehus regelmessig sender avvik, men at disse i varierende grad ble fulgt opp og aldri på tvers av organisasjonene. Noen av informantene beskrev avvikssystemet som byråkrati uten reell læring av hendelsene.

*C. Det er regelmessig utfordringer tilknyttet samhandling i forbindelse med utskrivelse av pasienter fra sykehus som har behov for videre kommunal oppfølging.*

Flere av informantene beskrev utfordringer i forbindelse med utskrivelser av pasienter fra sykehus til kommune. Informantene beskrev ulike aspekter ved utfordringene, blant annet at pasientene ble skrevet ut uten tilstrekkelig dokumentasjon, at utskrivelsene ble gjennomført uten tilstrekkelig koordinering

med kommunene, at pasienter ikke var ferdigbehandlet og at kommunene ikke klarte å ta imot ferdigbehandlede pasienter.

Først planla vi et utviklingsprosjekt om hvordan finansieringen av kommune- og spesialisthelsetjenesten i større grad kan belønne god samhandling. Vi kontaktet professor og helseøkonom Jan Abel Olsen ved Universitetet i Tromsø og forsøkte å etablere kontakt med Helsedirektoratet. Vi forlot dette temaet i desember 2021 fordi vi innså at det ikke var realistisk å etablere et utviklingsprosjekt om finansieringsordninger innenfor studieprogrammets tidsramme.

Vi valgte i stedet utfordringer med samhandlingsavvik som nytt tema for prosjektoppgaven. Et samhandlingsavvik er et avvik sendt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten etter avvik i konkrete pasientforløp. Gjennom våre stillinger ble vi kjent med en hendelsesanalyse av samarbeidet mellom Harstad kommune og UNN fra desember 2021. Analysen viste at de vanligste samhandlingsavvikene var feil i forbindelse med for sen epikrise og manglende pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). Analysen viste også at avvik i liten grad ledet til reell forbedring. Samhandlingsavvikene ble registrert og fulgt opp separat hos hver aktør. Det var lite felles forbedringskultur og læring. Vi stilte oss spørsmålet om hvordan vi sammen i kommune- og spesialisthelsetjenesten kan styrke læringen av samhandlingsavvik.

Under arbeidet med utviklingsoppgaven ble vi gjennom jobbene våre kjent med *#Råbra!*, et verktøy for å forsterke det som gjøres som er bra med fokus på læring av dette. *#Råbra!* er utviklet av Marianne Nordhov, leder i UNN og tidligere student på programmet «*Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten*». Verktøyet er basert på det engelske *#Greatix!* og «*Learning from Excellence*», en internasjonal sosial bevegelse for å styrke læring av det som går bra. Tildelingene av *#Råbra!* leveres skriftlig på et *#Råbra!* kort. Alle tilknyttet avdelingen, uavhengig av stilling eller profesjon, kan tildele et *#Råbra!* kort basert på det de opplevde som bra. Spørsmålene er enkle:

- Hvem gjorde noe bra?
- Hva var bra og hvorfor?
- Hva kan vi lære av dette?
- Hvilke endringer kan vi gjøre for at dette skal skje oftere?

Den som tildeles et *#Råbra!* kort får en personlig gratulasjonsepost med innhold og adressant. Det er opp til den enkelte medarbeider hvorvidt det deles med kollegaer om mottatt *#Råbra!* kort. Den som har sendt en tildeling får et takkekort for å ha delt et *#Råbra!* kort. Leder benytter kortet i sitt forbedringsarbeid.

I det videre arbeidet undersøkte vi muligheten for å bygge videre på ideen med *#Råbra!* i forbindelse med samhandlingsavvik, med spørsmål om hvordan gjennomgang av samhandlingsavvik kan forsterke det som går bra. Vår hypotese var at samhandling vil styrkes dersom det lykkes med å etablere en annen og mer positiv måte å lære av samhandlingsavvik på mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

### ***1.2 Problemstilling***

Hvordan kan vi sammen i kommune- og spesialisthelsetjenesten styrke læringen av samhandlingsavvik?

### ***1.3 Avgrensning***

Utviklingsoppgaven er avgrenset til samhandlingsavvik mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Vi avgrenset oppgaven til å gjelde et konkret forbedringsprosjekt som ble utviklet sammen med informantene. Vi valgte å ikke gå inn på andre forhold som blant annet organisering, strukturer, tjensteavtaler og IKT-systemer. Vi valgte å ikke gjøre nærmere analyser, herunder historisk utvikling over tid eller mellom helsefelleskap.

### ***1.3 Leseveiledning***

Vi anbefaler alle lesere å lese sammendraget og konklusjonen først.

Den mer interesserte leser vil finne at teoretiske perspektiver er beskrevet i kapittel to. Kapittel tre beskriver metodene vi benyttet. I kapittel fire viser vi hvordan vi benyttet kvalitativ tilnærming og designtenking til å forstå utfordringene, utvikle en idé og løsning, brukerteste ideen og forbedre denne. I kapittel fem drøftet vi dette opp mot teori og litteratur, samt reflekterte over det vi lærte av utviklingsprosjektet.

## 2. Teoretiske perspektiver

I kapittel to beskriver vi hvordan nasjonale føringer og lovkrav relateres til samhandlingsavvik, samt setter dette i rammen av teorier for læring av feil og psykologisk trygghet.

### *2.1 Utvalgte nasjonale føringer og lovkrav*

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Planen beskriver punktvis mål for hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell skal kunne oppleve helse- og omsorgstjenestene. Det er ni hovedmål i planen og vi vil trekke frem disse målene som relevante for samhandlingsavvikene:

- Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir.
- Lederne gjennomfører endringene som må til i godt samarbeid med de ansatte.
- Vi lærer av hverandre.

De siste to punktene er nært knyttet til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017 (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Forskriften gir de juridiske rammene for hvordan helse- og omsorgstjenesten skal bli ledet og få bedre kvalitet. Formålet med forskriften er «å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves». Forskriften tydeliggjør lederes ansvar og medarbeideres involvering. Videre presiseres kravet til brukermedvirkning, kravet til forbedring og krav til kvalitet, system og kultur.

Forskriften er inspirert av metoden for kvalitetsforbedring som ble utviklet av den amerikanske statistikeren William Edwards Deming. Metoden omtales ofte som Demings sirkel og danner grunnlag for aktivitet i et styringssystem (Arntzen, 2021,

s. 81). Metoden innebærer at aktiviteter skal kontinuerlig planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres:

Avslutningsvis tok vi utgangspunkt i *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* som er Helsedirektoratets handlingsplan for trygge og sikre helsetjenester og bedre pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2020). Handlingsplanen skal legge til rette for at kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. Handlingsplanen beskriver viktigheten av å integrere arbeidet med pasientsikkerhet i etablerte styringslinjer, herunder etablere nytt arbeid med pasientsikkerhet i samhandlingsmøter mellom helseforetak og kommune. Utover dette gjenfinner vi ikke at handlingsplanen beskriver samhandling eller samhandlingsavvik.

## ***2.2 Kvalitet i helsetjenestene***

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten etablerer ulike systemer for å ivareta og styrke kvaliteten i helsetjenestene. «Ved hjelp av sjekklister, prosedyrer, kjennskap til de aktuelle lovkravene, håndtering av risikoområder, avviksbehandling, interne evalueringer, opplæring, kompetanse, hensiktsmessig ressursbruk og brukermedvirkning skal tjenestene sikres god kvalitet» (Arntzen, 2021, s. 116).

Et viktig system for å styrke kvaliteten er avvikssystemet. Et avvikssystem er en del av internkontrollen og innebærer at medarbeidere på alle nivå melder uønskede hendelser, at hendelsen vurderes av leder og at det iverksettes tiltak for å redusere risikoen for lignende hendelser i fremtiden (Kongsvik et al., 2018).

Avvikssystemer for ivaretagelse av pasientsikkerhet har i stor grad hatt fokus på det som går galt, årsak og hyppighet. En slik «find and fix» tilnærming vil imidlertid gi lite informasjon vedrørende tilstedeværelse av pasientsikkerhet, men heller trekke oppmerksomheten mot fravær av pasientsikkerhet (Lawton et al, 2014). Det har det siste tiåret vært et økende fokus internasjonalt på at et avvikssystem ikke bare kan fokusere på det som går galt, men også det som går bra. Sistnevnte kan være både gode prestasjoner hos individer, grupper og organisasjoner (Lawton et al, 2014). Disse ulike tilnærmingene til avvik kan også beskrives som «safety 1» og

«safety 2», der førstnevnte definerer hvorfor det går galt, med mål om å identifisere og lære av avvik der avvik rettes opp ved forbedring av sikkerhet gjennom fokus på fravær av sikkerhet (Hollnagel, 2015). «Safety 2» har fokus på hvorfor det går bra med fokus på å forbedre sikkerhet ved å forstå hvorfor situasjoner vanligvis går bra og bruke det til forklaring på hvorfor det i noen tilfeller går galt. Læring skjer gjennom å forsterke det som går bra (Rømuld & Os, 2022).

At forbedring gjøres helhetlig og på tvers av sektorer er en forutsetning for å skape reell forbedring (Dixon Woods & Martin, 2016). Dette innebærer at avvik i pasientforløp ikke kan analyseres separat dersom de inkluderer både kommune- og spesialisthelsetjenesten, men må gjøres helhetlig i hele forløpet fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre må læring spres på tvers av sektorene.

### ***2.3 Samhandling og felles læring***

Læring kan defineres som «erverving og utvikling av kunnskaper og ferdigheter som er relativt permanente, og som har sitt utgangspunkt i erfaring» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s.247). «Læring er et kommunikasjonsfenomen» og betyr endring av et eller annet slag (Bateson, 2005, sitert i Jensen og Ulleberg, 2019, s. 179). Endringene kan videre deles inn i to kategorier, hvorav den første er endringer i individene, innebærende kunnskap, ferdigheter, samhandling og holdninger. Den andre er endringer i organisasjonene som tilknyttes struktur, systemer, rutiner, mål og verdier (Steen, 2022).

Det er vist at 96 % av ledere mener at en organisasjons evne til læring kan øke konkurransefortrinn, men kun om lag 20 % av ledere er fornøyde med læringsfunksjonens ytelse (Steen, 2022). Å skape kanaler for læring er således god investering i organisasjonen (Steen, 2022).

«Organisasjonen besitter ikke selv kompetanse, men forvalter kompetansen medarbeiderne gjør tilgjengelig» (Lai, 2013, s. 22). Det er medarbeiderne som gjennom sin kompetanse utvikler og nyttiggjør organisasjonens prosesser og systemer, som igjen bidrar til ny læring og kompetanse (Lai, 2013, s. 23). Kunnskap kan være taus og skjult, også for den som har den (Lai, 2013, s.48). Taus kunnskap er intuitivt basert og kan ikke gjøres bevisst rede for (Kaufmann & Kaufmann,



2015, s. 280). Taus kompetanse deles derfor først og fremst gjennom samhandling, på arenaer der det er mulighet til å arbeide tett sammen med kilden og det gis rom for å prøve og feile og erfare i praksis (Lai, 2013, s. 48). Gjennom eksternalisering, ved at erfaring deles med andre, skapes det helhetlig læring (Steen, 2022).

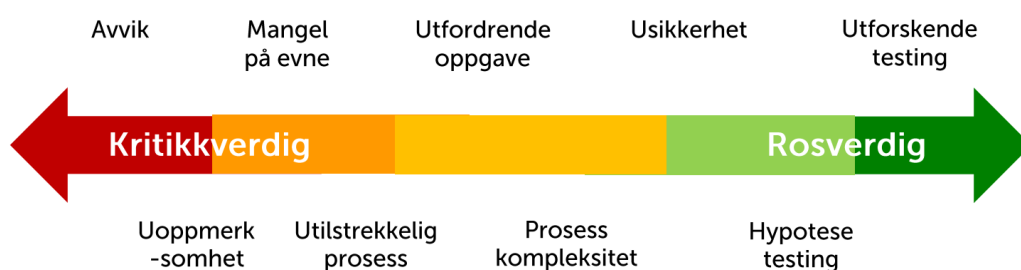
For felles læring er det videre en fordel å kjenne til og forstå de ulike beskrevne versjonene av arbeid i en organisasjon «Work as imagined» innebærer det som antas at skjer eller man mener bør skje. «Work as done» innebærer det som faktisk skjer. «Work as prescribed» tar utgangspunkt i lover og regler, og «work as observed» handler om det man ser skjer (Steen, 2022).

#### ***2.4 Læring av feil og psykologisk trygghet***

Feil kan defineres som avvik fra forventede og ønskede resultater (Cannon & Edmondson, 2005). Det kan skilles mellom tre typer feil. Den første er unngåelige feil under forutsigbare omgivelser, såkalt «dårlige feil» grunnet avvik fra etablert praksis. Den andre er kompleksitetsrelaterte feil som er uforutsette, eksempelvis i forholdet mellom etablerte rutiner og nye utfordringer. Den tredje er intelligente feil, også definert som «gode feil», som innebærer eksperimentering og testing av nye løsninger for å unngå større feil (Edmondson, 2011, referert i Mørk, 2020). Læring av feil kan videre deles inn i tre prosesser, identifisering av feil, analysering av feil og bevisst eksperimentering (Cannon & Edmondson, 2005). Identifisering av feil skjer under utførelse av rutinepregede og forutsigbare oppgaver og er ofte tidlige tegn på alvorlige hendelser. Videre innebærer analysering av feil å søke en forståelse av hvorfor feilen er begått. Bevisst eksperimentering handler om bevisst feiling for å kunne lære av dem. Relevante spørsmål er hva som skjedde, hvorfor det skjedde, og hva kan vi lære av det? (Mørk, 2021). Eksperimenter er kjent for å ha uforutsigbare utfall og er ment for læring. Eksperimentering ved å prøve ut nye metoder for å finne ut hva som kan fungere og ikke fungere øker risikoen for feil, men øker samtidig muligheten for å finne gode løsninger på utfordringer eller nye produktideer og innovasjoner (Cannon & Edmondson, 2005). Feil kan sees på som unngåelig når man eksisterer i en kompleks verden i stadig endring, i stedet for problematiske hinder som aldri skulle funnet sted. Det betyr ikke at ledere burde oppmuntre til å gjøre feil, men erkjenne at å gjøre feil er unngåelig og derved heller legge vinn på læring av feil (Cannon & Edmondson, 2005).

Arntzen beskriver forholdet mellom helsetjenestenes økte kompleksitet som krever høy kompetanse og sikkerhetstiltak, samt samhandling mellom profesjoner på tvers av enheter der informasjon utveksles- med påfølgende mulig økt risiko for feil. En finner også gjerne et sterkt individfokus i helsetjenestene, der feil tilegnes den enkelte, til tross for at feil ofte kan tilskrives systemer og organisatoriske forhold (Arntzen, 2021, s. 46). «Den feilbarlige helsearbeideren arbeider i et system som også er feilbarlig, på grunn av utilstrekkelige rammebetingelser og systemer for å forebygge og lære av feil» (Wiig & Aase, 2006, sitert i Arntzen, 2021, s.46).

Det må læres av suksess så vel som feil gjennom en bedre forståelse av at ulike typer feil vil kunne oppstå. Å rette oppmerksomhet mot hva som hendte og hva man kan lære av hendelsen, fremfor å tildele skyld, vil kunne gi viktig læring (Mørk, 2020). Figur 2 illustrerer en modell for læring av feil, rangert fra kritikkverdigg til rosverdigg.



Figur 2. Modell for læring av feil. Kilde: Mørk, 2021. Dette er en norsk versjon av figuren «A spectrum for reasons for failure» i Edmondson (2011).

Psykologisk trygghet bidrar til motivasjon for kontinuerlig kvalitetsutviklingsarbeid, der psykologisk trygghet innebærer en tro på at å ta mellommenneskelig risiko, hvorav eksempelvis å be om hjelp eller innrømme feil, verken bringer formelle eller uformelle negative konsekvenser (Edmondson & Zhike, 2014). Psykologisk trygghet oppleves på gruppenivå, der arbeidsklimaet gir rom for både uenigheter og funksjonelle konflikter (Mørk, 2019). Videre kjennetegnes et psykologisk trygt arbeidsklima av høye prestasjoner, gjensidig respekt, åpenhet og samarbeid (Mørk, 2019).

Mennesker handler gjerne på måter som hindrer læring i møte med potensielle trusler eller ydmykelse (Argyris, 1982, sitert i Edmondson, 1999). To kulturtrekk som kan være til hinder for psykologisk trygghet er ufeilbarlighetskultur og

uprofesjonell adferd ved ufin kommunikasjon eller ugrei oppførsel. En ufeilbarlighetskultur, der det ikke gis rom for å diskutere feil, kan bidra til å skape utrygghet, og uprofesjonell adferd kan knyttes til flere negative konsekvenser. Eksempler kan være at man ikke tør å si fra, manglende evne til konsentrasjon, mistriksel, helseproblemer og redusert samarbeid. Konsekvensene vil også kunne gjenspeile seg økonomisk, og direkte eller indirekte i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet (Fjærtøft, 2022).

Figur 3 beskriver en lineær modell for læring i arbeidsgrupper (Edmondson, 1999), der strukturelle og mellommenneskelige forhold legges til grunn for både læring og prestasjoner i team. Modellen viser at psykologisk trygghet har sammenheng med handlinger og resultater, der læring er av betydning.



*Figur 3. Læring i arbeidsgrupper (Edmondson, 1999).*

### 3. Metode

I kapittel tre beskriver vi valg av kvalitativ metode og tjenstedesign, samt gjennomføringen av datainnsamling og analyse.

#### *3.1 Kvalitativ metode*

Vi valgte å ta utgangspunkt i den kvalitative metoden for å belyse problemstillingen fordi denne «fremskaffer dyptgående detaljer og informasjon fra et mindre antall mennesker» (Martinsen, 2019, s.115), og egner seg som metode der forskningsprosessen innebærer kartlegging av feltet ved bruk av intervju som verktøy, med påfølgende tolking av svar i lys av teori (Martinsen, 2019, s.115). Ved å fortolke forsøkes å finne meningen i noe, eller forklare noe, og ved å søke menneskelig erfaring søkes en konkret opplevelse fra informantenes perspektiv (Dalland, 2012, s. 57). Den kvalitative metoden gir svar på hvorfor og hvordan, generer hypoteser, gir handlekraftige innsikter og en dyp forståelse som inspirerer til idéutvikling, samt kontekst og perspektiver (Strømmen, 2021). En styrke ved den kvalitative metoden er at den gir en relativt stor fleksibilitet som kan kjennetegnes av en «runddans mellom teori, data og metode» (Wadel, 1991, sitert i Oppen, Mørk og Haus, 2020, s. 343).

For å få kjennskap til informantenes opplevelser og vurderinger på en åpen måte kan intervju være et hensiktsmessig verktøy (Oppen, Mørk og Haus, 2020, s. 366). Intervjuer kan imidlertid være tidkrevende og kompetansen til intervjuer kan være av betydning. Det kan også være forskjell mellom informantenes ord og handling (Argyris og Schön, 1974, sitert i Oppen, Mørk og Haus, 2020, s. 366).

I kapittel 1.1 har vi kort beskrevet at vi gjennomførte innledende intervjuer for å finne tema for oppgaven. Som informanter valgte vi ledere, politikere og helsepersonell i Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN. Vi valgte informantene som hadde førstehånds kjennskap til samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og som var helsepersonell eller ledere. Vi gjennomførte hver fire eller fem intervjuer. Intervjuene ble gjennomført digitalt eller som fysisk møter med varighet inntil en time. Intervjuene var semistrukturerte med utgangspunkt i følgende spørsmål.

- Hvilke utfordringer opplever du at vi står overfor i skjæringspunktet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?

- Hva opplever du er det største hinderet for samarbeid, og hvordan kommer dette til uttrykk?
- Hva kan være et aktuelt utviklingsprosjekt som kan bidra til å styrke samarbeidet på tvers av tjenestene?

Intervjuene hadde som formål å generere hypoteser og ideer til utviklingsprosjektet. Vi lot derfor informantene i størst mulig grad snakke fritt, men stilte noen få oppfølgingsspørsmål dersom vi var usikre på hva informantene mente eller ønsket at de utdypet.

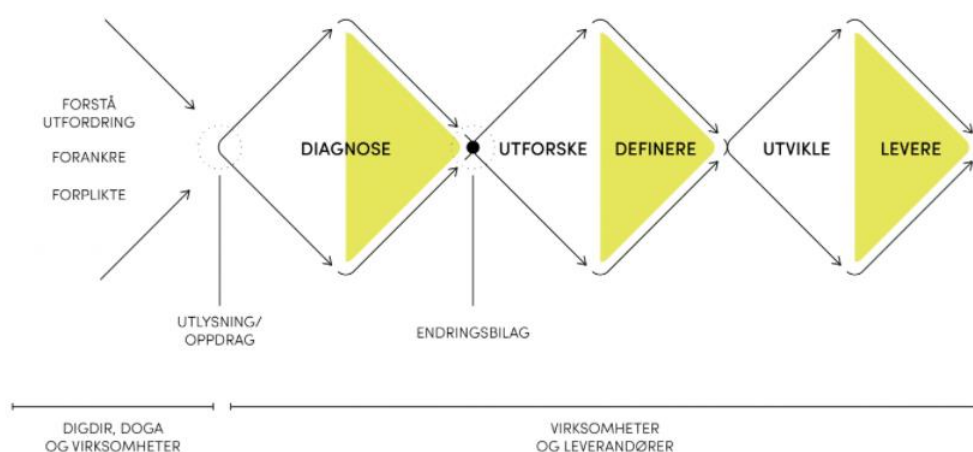
### ***3.2 Tjenstedesign***

Tjenstedesign kan presenteres i fem trinn: å forstå, samskape, visualisere, tenke helhetlig og prototype (Elsbach, 2018). For en forståelse av det aktuelle området benyttes gjerne verktøy som intervju eller observasjon. Videre involveres medarbeidere, partnere og sluttbrukere i designprosessen med formål om samskaping for å sikre eierskap og relevans. En felles forståelse og engasjement underveis skapes gjennom visualisering av ideer, konsepter og løsninger, der den helhetlige forståelsen av konteksten rundt det som det designes for er avgjørende. Trinnet innebærer derfor nødvendig kartlegging for å forstå området, finne forbedringsområder, og designe nye løsninger. Løsningene eller ideene prototypes eller testes ut som små eksperimenter (Strømmen, 2021). Tjenstedesign er en svært effektiv måte å raskt utvikle nye løsninger og implementere disse (Liedtka, 2018).

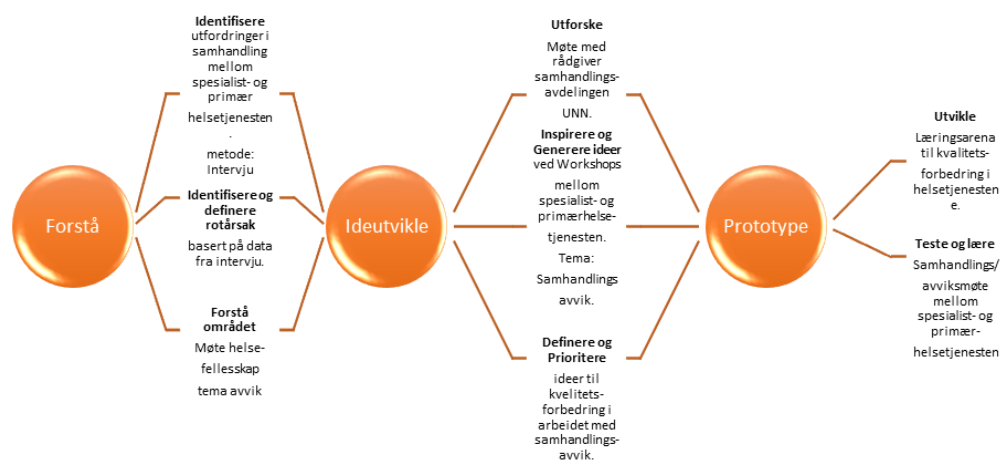
For å forstå og identifisere aktuelle utfordringer tilknyttet samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennomførte vi intervjuer med aktuelle informanter. Data fra intervjuene danner grunnlaget for prosjektoppgaven, der det for ervervelse av en ytterligere forståelse av et av de identifiserte utfordrende områdene fra intervjuene, her tilknyttet samhandlingsavvik mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, ble avholdt møte mellom rådgiver ved samhandlingsavdelingen ved UNN og oppgavens forfattere. En av oppgavens forfattere deltok også i møte i Troms og Ofoten helsefellesskap der samhandlingsavvik var tema til drøfting. I prosessen med å utforme eller designe tentative løsninger til økt læring gjennom samhandlingsavvik ble det arrangert to workshops for samskaping ved involvering av medarbeidere og sluttbrukere. Av

workshops fremkom informasjon til belysning av utfordringer tilknyttet samhandlingsavvik og forslag til endret praksis. Workshops bidro således til utvikling av ideer og en mer helhetlig forståelse av kontekst, som munnet ut i et konkret forslag eller ide til prototyping eller forsøk, derved avviksmøter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på utøvende nivå og strategisk nivå.

Proessen kan også visualiseres som en «trippel diamant», med overskriftene «forstå», «ideutvikle» og «prototype» (Strømmen, 2021). Dette er i Figur 4 visualisert som en trippel diamant (Digitaliseringsdirektoratet, 2021). Der hver diamant inneholder to trinn som viser hvordan prosessen åpner opp og utforsker, for deretter å definere og lukke (Digitaliseringsdirektoratet, 2021). Figur 5 viser hvordan vi vi med designtenking som metode jobbet for å forstå, ideutvikle og prototype.



Figur 4. Trippel diamant (Digitaliseringsdirektoratet, 2021).



Figur 5. Vår datainnsamling visualisert i henhold til trippel diamant modellen

### ***3.3 Gjennomføring***

Vi gjennomførte utviklingsprosjektet gjennom to forprosjekt, to workshops, tre forsøk og til slutt forslag til implementering. Møtene ble avholdt digitalt dels pga. pandemi, men også grunnet lange reiseveier. En av gruppemedlemmene ledet møtene og en annen dokumenterte underveis. I planleggingen av møtene ble det lagt stor vekt på å samle informasjon fra et bredt utvalg representanter. F.eks. klinisk personell, lokale nivå fire ledere til toppledere på nivå to.

Vi bemerker at selve prosessen har innebåret tolkning og beskrivelser av funn ut fra rådata til forklaring av hva vi har undersøkt, som noe håndterbart og meningsfullt (Oppen, Mørk og Haus, 2020, s.378). Intervju fra forprosjekt, workshops og forsøk ble dokumentert på datamaskin underveis og umiddelbart etter sesjonene, og videre gjennomgått, oppsummert og transformert til et skriftlig språk av gruppen. Å bevare innholdet slik det blir fremstilt i størst mulig grad, uten at detaljer av relevans ved transformasjon fra muntlig til skriftlig språk utelates kan være en sårbar prosess (Oppen, Mørk og Haus, 2020, s.379). Gruppen la derfor vekt på å skrive ut empirien ordentlig, som således dannet et grundig analysegrunnlag til videre tolkning. De enkeltes notater ble sammenholdt og forenet til et felles dokument, som i den videre analyseprosessen av workshops ble analysert ved bruk av empirinær koding for å «oppdage» fenomener og aksialkoding for å tolke og sette de ulike kodene i sammenheng. Dette er i tråd med for eksempel Oppen, Mørk og Haus (2020, s. 379). Komplette analyse er vedlagt. Notatene er anonymiserte slik at de ikke kan tilskrives den enkelte deltaker.

### ***3.4 Styrker og svakheter ved valgt fremgangsmåte***

Oppgaven bygger på et forholdsvis lite utvalg som begrenser studiens validitet. Informantene hadde derimot god kjennskap til arbeid med samhandlingsavvik og delte mange erfaringer som bidro til å styrke studiens reliabilitet. En annen styrke i prosjektet er valg av fremgangsmåte hvor informantenes beskrivelser av problemstillingen ble testet ut både i workshopene og forsøkene. På den måten ble funnene kontrollert mot andre som bekreftet at dagens praktisering av samhandlingsavvik var beskrevet på riktig måte. Dette styrker prosjektets interne validitet. Det lave antall deltakere betyr at vi likevel skal være forsiktig med å generalisere prosjektets konklusjon til andre enheter (Jacobsen, 2015)

### ***3.5 Etikk***

Oppgaven ble utført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Informantene ble ivaretatt gjennom vern av personsensitive opplysninger og ved at deltakelse var etter frivillig informert samtykke, innebærende tilstrekkelig informasjon til informant i forkant av undersøkelsen om undersøkelsens formål og bruk av resultater. Der det er brukt sitater eller utsagn som direkte eller indirekte kan tilskrives informant har vedkommende samtykket. Gjengivelse av data har tydelige kildehenvisninger.



## 4. Resultat

I dette kapittelet beskriver vi resultatene fra arbeid i utviklingsprosjektet med å forstå utfordringene med samhandlingsavvik, samt prosessen med å utvikle en ny måte å håndtere samhandlingsavvik i fellesskap.

### 4.1 Forprosjekt

Vi gjennomførte to forprosjekter for å utvide vår forståelse av utfordringene med samhandlingsavvik. Det første forprosjektet var deltagelse i behandlingen av en sak i Strategisk samarbeidsutvalg i Troms og Ofoten helsefellesskap om samhandlingsavvik med tilhørende diskusjon. Strategisk samarbeidsutvalg er det øverste organet i Helsefellesskapet Troms og Ofoten der toppledere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten deltar sammen med fastlege og brukerrepresentanter. Det andre forprosjektet var intervju med rådgiver ved samhandlingsavdelingen ved UNN.

#### 4.1.1. Forprosjekt 1

Forprosjekt 1 bestod i deltagelse da Strategisk samarbeidsutvalg i Troms og Ofoten helsefellesskap i møte 20.1.22 behandlet en orienteringssak om samhandlingsavvik for 2021 (sak 06/21 vedlegg). Hovedfunnene i saksfremlegget og diskusjonen var kort oppsummert:

- Det ble meldt 231 samhandlingsavvik i 2021. De fleste er meldt mellom UNN og Tromsø kommune, som er den største kommunen i regionen. Dette var 100 færre avvik sammenlignet med 2020.
- Eksempler på samhandlingsavvik til UNN fra kommunehelsetjenesten var:
  - Brudd på taushetsplikt (meldinger, epikriser, prøvesvar o.l. sendt til feil kommune)
  - Feilsendte fødselsmeldinger til helsestasjon
  - Manglende PLO-meldinger
  - Dårlig samhandling/kommunikasjon i forkant av utskrivning
  - Manglende epikriser og/eller medisinlister
  - Mangelfulle epikriser og/eller medisinliste
  - Feil i medisinlister

- Dårlig kommunikasjon mellom legevakt og AMK/ambulanspersonell
- Transport av pasienter med uavklart Covid 19-status
- Eksempler på samhandlingsavvik fra UNN til kommunehelsetjenesten var:
  - Pasient kom uanmeldt til UNN med uavklart Covid 19-status
  - Pasient med uavklart Covid 19-status kom uten munnbind
  - Pasient med uavklart Covid 19-status møter opp på ren side i akuttmottak
  - Manglende tilbakemelding på PLO-meldinger
  - Manglende innleggelsesrapport
  - Feil i prøverekvisisjoner
  - Lang ventetid på kommunalt tjenestetilbud
  - Dårlig samhandling mellom legevakt og AMK/ambulanspersonell
  - Feil bruk av ambulanseressurser
- Deltagerne opplevde at dagens system for samhandling om avvik i liten grad fungerte og at det var stort forbedringspotensial for å bedre læring. Videre kom det innspill på at man i større grad også bør styrke fokus på positive forløp i læring av samhandlingsavvik.

For å forstå dette nærmere avtalte vi et møte med saksbehandleren som hadde laget saken.

#### *4.1.2 Forprosjekt 2*

I forprosjekt 2 ble dagens praksis for samhandlingsavvik kartlagt og undersøkt ytterligere gjennom digitalt intervju med rådgiver ved Samhandlingsavdelingen som hadde skrevet saksfremlegget som er omtalt i teksten over. Møtet ble avholdt 21.1.22. Hele prosjektgruppen deltok og intervjuet varte i 45 minutter. En av rådgiverens arbeidsoppgaver er å videreformidle samhandlingsavvikene mellom UNN og kommunene.

Rådgiveren fortalte at mange av de samme temaene gikk igjen i avvikene, samt at mange avvik aldri ble besvart eller fulgt opp. I 2021 ble 26% av innkommende avvik ikke besvart av UNN, og over 67% av avvik sendt fra UNN til kommunen aldri besvart. På spørsmål om hvordan avvik ble ivarett svarte rådgiveren avvik ble sendt som eget skjema til samhandlingsavdelingen. Avvikene ble skrevet ut og

behandlet manuelt fordi de ofte var fylt ut feil og det var vanskelig å finne rett avdeling og pasient.

Vi spurte om han hadde tanker om forbedringen av dagens praksis med samhandlingsavvik. Han beskrev fire forbedringstiltak som kunne være aktuelle. Det første var å flytte ansvar for oppfølging av samhandlingsavvik nærmere klinikkene i kommuner og sykehus for å sikre større eierskap og fokus på oppfølging, læring og forbedring av avvikene. Det andre var å gjøre det mulig å melde samhandlingsavvik digitalt. Det tredje var behov for en felles arena der samhandlingsavvik kunne følges opp sammen av kommunene og sykehuset på både operativt og strategisk nivå. Det fjerde var at det var behov for ikke bare å fokusere på det som går galt, men også å styrke læring av gode samhandlinger mellom kommuner og sykehus.

## ***4.2 Workshop***

I etterkant av de to forprosjektene valgte vi å fortsette utforskningen av utfordringene med dagens praksis for å behandle samhandlingsavvik. Dette gjorde gjennom to workshops.

### *4.2.1 Workshop 1*

Workshop 1 ble gjennomført via Teams 16.2.22 med nøkkelpersoner fra Nordreisa kommune, Tromsø kommune og UNN med erfaring med samhandlingsavvik. Deltakere fra kommunene var kommuneoverleger og sektor- og virksomhetsledere. Deltaker fra UNN var rådgiver ved samhandlingsavdelingen. Alle deltakerne hadde i forkant av møtet fått tilsendt følgende punkter til betraktning som prosjektgruppen ønsket å få belyst.

- A. Beskrivelse av dagens praksis for samhandlingsavvik
- B. Opplevelse av felles læring av samhandlingsavvik
- C. Aktuelle forbedringspunkter

Resultatene er strukturert i henhold til overnevnte punkter.

- A. Beskrivelse av dagens praksis for samhandlingsavvik- hva skjer med avviket?*

Alle deltakerne i workshopen var kjent med hvordan et samhandlingsavvik meldes. En leder forklarte at det på samhandlingsenhetens hjemmeside foreligger informasjon om melding av samhandlingsavvik. Prosedyren ble beskrevet som følger; skjema lastes ned og fylles ut for deretter å legges som vedlegg til samhandlingsavdelingen per epost eller sendes som papirpost. Samtlige av deltakerne mente også at prosedyren var utdatert og tungvint. Det fremkom derfor at melding av samhandlingsavvik opplevdes som tidkrevende og ble derfor i noe grad nedprioritert i en travel hverdag når det var andre oppgaver som ble vurdert som viktigere og mer krevende.

Det var derimot ikke like klart for deltakerne hva som skjedde videre med avviket etter at ble sendt og videre oppfølging. I henhold til dette, sitat fra en leder; “dette gjelder jo begge parter”. Begge kommuneoverlegene kunne bekrefte at det i kommunene ikke foreligger et overordnet system for registrering av mottatte og sendte avvik, da avvik meldes direkte mellom den aktuelle kommunale lege eller virksomhet og UNN.

*«Det er greit å melde avvik på UNN sin hjemmeside, men jeg savner informasjon om hva som skjer i den videre prosessen med avviket. Jeg savner tilbakemelding. I dag vet vi ikke hva som skjer med samhandlingsavvik. Vet ikke hvilke tiltak som eventuelt innføres og hvilken effekt det gir» (kommuneoverlege)*

Til gjengjeld kunne rådgiver ved samhandlingsenheten berette at de til enhver har løpende oversikt over alle meldte avvik i UNN, men det er ikke et system for tilbakemelding til kommunene om oppfølging av avvik med eventuelt oppnådde tiltak og forbedringer. Når samhandlingsavdelingen mottar et avvik fra en kommune utarbeides det et standardbrev fra samhandlingsavdelingen om at avvik fra kommunen er mottatt og følges opp. Avviket besvares av ansvarlig enhet.

#### *B. Opplevelse av felles læring av samhandlingsavvik*

At samhandlingsavvik ikke er integrert i kommunenes egne interne avvikssystem ble beskrevet som en medførende faktor til at det ikke alltid fremkommer tydelig hvor avvik skal meldes eller hva som kan defineres som

samhandlingsavvik. Istedenfor å melde samhandlingsavvik ble andre fora benyttet for å løfte samhandlingsutfordringer, eksempelvis gjennom lederlinjen, fastlegerådet eller fagforeninger. Videre fortalte kommuneoverlege at det i situasjoner der det var viktig å få raske avklaringer, gjerne heller ble tatt direkte kontakt med den aktuelle lege eller avdeling ved UNN saken gjaldt fremfor å melde samhandlingsavvik. Det opplevdes mye mer hensiktsmessig. Når avvik ikke ble meldt var det en felles oppfattelse fra deltakerne at det ble mer utfordrende å skape felles læring.

*«Fastlegene tar kanskje litt bevist kontakt med de man vet om eller kjenner ved UNN. Det blir litt tilfeldig fordi det kan være ansatte som ikke har myndighet eller ansvar til å løfte et avvik opp på systemnivå og jobbe med nødvendig forandring i praksis som må forbedres. Man får dermed ikke den effekten på endring som ønsket» (kommuneoverlege)*

Ifølge kommuneoverlege var det ikke tradisjon for å melde avvik tilknyttet pleie og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) som et samhandlingsavvik, og når denne type avvik ble meldt i kommunens avvikssystem, og ikke som et samhandlingsavvik, måtte det ansees som et skjult samhandlingsavvik. PLO meldinger er logistikkmeldinger gjeldende for pasienter som innlegges eller utskrives UNN og som allerede mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. PLO meldinger skal sikre meldingsflyt mellom kommuner og sykehus tilknyttet all innleggelse og utskrivelse fra sykehuset.

Det ble stilt spørsmål ved hva som kan defineres som samhandlingsavvik. Kommuneoverlege opplevde at flere av de meldte avvik i større grad handlet om svikt i behandling og retningslinjer tilknyttet pasienter, og ikke nødvendigvis samhandlingsavvik, der brudd på tjenesteavtalene fant sted. Uklar definisjon av samhandlingsavvik bidro også til uklarheter vedrørende felles læringspunkter i avviksbehandlingen. Ved større alvorlige samhandlingshendelser ble det erfaringsmessig rigget mer omfattende samarbeidsprosesser i oppfølging av avvikene. Hendelsen var da ikke meldt som samhandlingsavvik, men som §3-3a varsel til Statens helsetilsyn, der det settes ned en gruppe deltakere fra kommuner og sykehus for gjennomgang av hendelsen. Disse prosessene opplevdes som å fungere godt.

### *C. Aktuelle forbedringspunkter*

Forbedring krever felles møtearena og tettere dialog. Terskelen for å melde et samhandlingsavvik må senkes gjennom å bruke et nettskjema som er digital uten å måtte oppgi sensitive opplysninger. Papirversjonen oppleves som et hinder i dag og mange kvier seg å skrive avvik som involverer medarbeidere som de kjenner. Det ble foreslått utarbeidet avvikskategorier for ulike typer avvik som meldes inn. Flere spilte også inn behovet for å ha en møtearena mellom kommunen og sykehus for gjennomgang av samhandlingsavvik, eksempelvis med en enklere tilnærming for begge parter der det ble samlet opp flere avvik til læring og forbedring. Samhandlingsavdelingen ville kunne hatt en sentral rolle i en slik arena.

*«Anbefaler at samhandlingsavdelingen kunne tatt initiativ til faste møter med kommunen og fastlegene for gjennomgang av aktuelle samhandlingsproblemstillinger. Da kunne fastlegene samlet opp aktuelle avvik. Det vil kreve litt møteaktivitet, men jeg tror vi ville kunnet fange opp små og store avvik som ellers aldri blir fulgt opp»  
(kommuneoverlege)*

Samtlige informanter fra kommunen var positiv til et system som potensielt kunne stimulere til en tettere dialog med spesialisthelsetjenesten, som igjen kunne ført til at flere avklaringer kunne vært gjort tidligere for å redusere negative avvik. Informanter fra kommunen var også enig i at det ville vært nyttig å få tilsendt avviksrapport fra samhandlingsavdelingen over avvik mellom kommunene og UNN. En slik oversikt ville gjøre det lettere for kommunene å følge opp avvik.

I etterkant av workshop 1. brukte prosjektgruppen 15 min på oppsummering og spurte oss selv om vi opplevde å få gode nok svar på spørsmålene vi ønsket å belyse. Vi var enige om at utfordringene som ble beskrevet ved dagens system var relevante og valgte å gjennomføre workshop 2 etter samme mal.

#### 4.2.2 Workshop 2

I workshop 2 var representanter fra pasientsentrert helsetjenesteteam ved UNN (PSHT) og rådgiver for samhandlingsavdelingen UNN deltakere på et fysisk møte 16.2.22. Alle deltakere hadde i forkant av møtet fått tilsendt samme spørsmål som i workshop 1.

- A. Beskrivelse av dagens praksis for samhandlingsavvik
- B. Opplevelsen av felles læring av samhandlingsavvik
- C. Aktuelle forbedringspunkter

Resultatene er strukturert i henhold til overnevnte punkter.

##### *A. Beskrivelse av dagens praksis for samhandling*

Informanter fra PSHT fortalte at teamet jobber oppsøkende og proaktivt for å forebygge svikt og avvik. Til eksempel hadde PSHT nylig fulgt opp en avdeling ved UNN fordi pasientens plan for oppfølging i kommunen ikke var fullstendig ved utskrivelse. PSTH hadde da tatt kontakt og etterspurt en oppdatering av pasientens epikrise. Deltakere fra PSHT beskrev videre at deres team stadig opplever svikt i pasientforløp, men at PSHT ikke er rette instans til å melde samhandlingsavvik, da avvik skal meldes via tjenestevei i UNN eller kommune. Dog var informanter fra PSHT tydelige på at de opplevde at samhandlingsavvik i liten grad meldes av tjenestene: «*Er det avvik så er det tjenesten som skal skrive avvik, ikke PSHT*» (Informant PSHT)

Det ble reflektert rundt hvorvidt samhandlingsavvik burde vært meldt av PSHT for å sikre at de ble tatt tak i på systemnivå. I tidligere tilfeller der samhandlingsavvik hadde blitt drøftet på systemnivå hadde ledelsen uttrykt gjennomgang av avvik som positivt, men diskusjonene hadde av teamet opplevdes å være noe overordnet. For PSHT var det fremdeles uklart på hvilken måte ledelsen skulle ta tak i samhandlingsavvik og følge disse opp videre.

##### *B. Opplevelsen av felles læring av samhandling*

Informanter fra PSHT oppga tettere dialog som nøkkelen for å kunne jobbe proaktivt og forebygge svikt i samhandling mellom kommunen og sykehuset, samt å bidra til god læring. De fortalte fra flere eksempler der teamet i PSHT hadde tatt initiativ til dialogmøter mellom kommunen og sykehuset tilknyttet

pasientforløp som hadde opplevdes som positivt for begge parter. Tettere dialog ville etter deres mening kunne gi økt kjennskap til partenes rammebetingelser og kjennskap til tjenesteavtalene som regulerer samhandlingen, og derav gi eierskap til forbedringsarbeid, der fokuset ikke kun var på å svare ut mottatte avvik. Mulighet for å melde inn det som faktisk er bra burde ifølge PSHT også være til stede.

*«Jeg tror vi kan avdekke forbedringer gjennom tettere dialog for å forstå hverandre. Til eksempel, å forstå hva som er kompetansebehovet for videreføring av et pasientforløp og mulighetene for tilbud i kommunen kontra UNN. Rammebetingelsene er ulike som også må tas hensyntas til i en utskrivelse. Dette må forstås, men likevel gjennom dialog klare å finne gode løsninger på» (PSHT)*

PSHT mente at som sykehus har man et ansvar for å sikre kompetanseoverføring til kommunen, men for å forstå og vite om hvilket behov for kompetanse kommunen har må det skje gjennom en tettere dialog basert på respekt for hverandre.

### *C. Aktuelle forbedringspunkter*

Informanter fra PSHT uttrykte et behov for faste møter mellom kommunene og sykehuset, der det ble tatt utgangspunkt i pasientcaser til læring av hverandre. For å få til felles læring ville dette dog kreve tillit mellom partene. En slik arena ville ifølge PSHT kunne ha mer for seg enn å melde samhandlingsavvik slik det gjøres i dag. Det forutsetter imidlertid at ledelsen må kjenne bedre til detaljene og ha økt fokus på kvalitetsforbedring i praksis.

På spørsmål om hvem bør delta i en slik arena var svaret:

*«Samhandlingsavdelingen er viktig, men det bør jobbes på flere nivåer, litt ut fra problemstilling og casenes art. Helsefelleskapet kan ikke være en direkte deltaker, men bør ha ansvar for å utvikle tjenestene og må sikre at tjenestene er mer underveis og jobber i samme retning. Det må jobbes etter felles gevinster i forbedringsarbeid for å bedre kvalitet, logistikkstyring i forløp, ressursbruk og øke kunnskap» (PSHT)*



PSHT var tydelige på at Helsefelleskapet vil være en riktig arena for å sikre større eierskap i oppfølging av samhandlingsavvik med fokus på felles læring mellom kommuner og sykehus.

Informanter fra PSHT mente at deres team ville kunne være en ressurs i en felles arena med fokus på forbedringsarbeid da PSHT er lett tilgjengelige og daglig er tett på praksis både i sykehus og kommune. En tilnærming kunne være å jobbe enda tettere med samarbeidspartene i koordinerende enhet i kommunene. Informanter fra PSHT fortalte at de har utarbeidet et skjema som delvis er i bruk for å analysere pasientforløp til læring.

### **4.3 Forsøk**

Gjennom workshopene utviklet vi en idé til hvordan kommune- og spesialisthelsetjenesten i fellesskap kan lære av samhandlingsavvik. Dette testet vi i tre forsøk. Det første forsøket var på strategisk nivå mellom UNN og Tromsø kommune. Det andre forsøket var på operativt nivå mellom overlege på akuttmottak UNN og kommuneoverlege. Det tredje forsøket ble gjennomført med presentasjon av oppgaven på BI til andre deltagere på *Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten* og til utvalgte interessenter. I alle forsøkene spurte vi deltakerne om de hadde innspill til ideen.

#### *4.3.1. Forsøk 1*

Forsøk 1 ble gjennomført som egen sak i samarbeidsmøte for nivå 2 ledere i UNN og Tromsø kommune den 6.4.22. Møtet ble gjennomført både ved fysisk oppmøte og digitalt. Målet var å teste ut hvordan ledere på strategisk nivå tilnærmer seg felles fokus på samhandlingsavvik som kan bidra til å skape bedre samarbeid og økt læring.

Vi hadde i forkant utarbeidet en modell basert på felles gjennomgang av tre tilfeldige samhandlingsavvik, et vellykket og to kritikkverdige pasientforløp mellom kommunen og UNN. Samhandlingsavvikene ble presentert kort med påfølgende diskusjon.

Diskusjonen tok utgangspunkt i følgende spørsmål:

- A. Hva er dine tanker og refleksjoner rundt avvikene som er gjennomgått med fokus på læring og forbedring?
- B. Hvordan bør en samhandlingsarena med fokus på felles læring se ut?

Resultatene er strukturert i henhold til overnevnte punkter.

*A. Tanker og refleksjoner rundt avvikene som var gjennomgått med fokus på læring og forbedring*

Samtlige informanter bekreftet at dagens praksis for samhandlingsavvik er utfordrende å integrere i tjenesten da det er et gap mellom systemnivåene. Flere nevnte at pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT), som har erfaring både i kommune- og spesialisthelsetjenesten har en fordel ved at de kjenner til og forstår system og kultur hos begge parter. I så måte kan PSHT være en “brobygger” mellom system og tjeneste. En informant mente at PSHT nettopp derfor har en unik posisjon til å adressere det som fungerer bra og det som trenger forbedring. Over år har PSHT bygget seg tillit i organisasjonene og utgjør en tjeneste som jobber på innsiden i en utøvende tjenestemodell.

På spørsmål om hva som kan beskrives som rosverdig fra casene svarer flere at det er positivt når tjenestene sammen klarer å ivareta pasienten på en god måte. Det er de ansatte som vet hvor skoen trykker og som må være med på å utforme tjenestene. Når pasienten samtidig er delaktig, er det positivt. Flere av informantene mente at «klinikere snakker best med klinikere», og at avvik derfor bør gå direkte til de det gjelder.

Det ble løftet fram at det er problematisk at dagens system for samhandlingsavvik ikke snakker med kommunens interne avvikssystem, og at det derav mangler interne rutiner for oppfølging av denne typen avvik.

*“Dagens system er sårbart og en fallgrube på grunn av at sykehus og kommune har forskjellige systemer. Avvikene blir borte i det store intet. Jeg er redd for at avvik ikke blir svart ut når leder ikke har sett avviket” (leder kommune)*

En annen informant påpekte at dagens system for samhandlingsavvik ikke er helt frakoblet sykehusets avvikssystem. Samhandlingsavdelingen registrerer alle samhandlingsavvik manuelt i Docmap (sykehuset interne avvikssystem). Avviket sendes deretter til gjeldende avdeling ved UNN. Utfordringen er at arkivsystemet ikke snakker med Docmap. På den måten er det vanskelig å vite hva som skjer med avvikene etter at de er sendt ut til avdelingene. Avvikene sendes via postmottak (i tillegg til lagt i Docmap) og selv om det skrives hvem avviket skal til, så erfarer samhandlingsavdelingen ofte at avvikene stopper opp, når ikke fram og blir dermed heller ikke svart ut.

*B. Hvordan bør en samhandlingsarena med fokus på felles læring se ut?*

Flere av informantene kom med forslag om at samhandlingsavvik bør inngå fast som tema på HMS- kvalitetsmøter i begge organisasjoner. En informant fortalte at de var kjent med at systemene ikke snakket godt nok sammen. Denne problemstillingen hadde tidligere vært løftet opp til øverste ledernivå i UNN, samt orientert om som egen sak i SSU (Strategisk samarbeidsutvalg). Det skal også ha vært satt ned en arbeidsgruppe med mandat for å komme med forbedringsforslag til hvordan man i felleskap kan jobbe med samhandlingsavvik, men at dette arbeidet dessverre ikke hadde skapt noen endring i praksis.

Flere av deltakerne påpekte at det for å skape felles læring er viktig med eierskap. Avviksmeldingen må gå direkte til og fra mellom de som eier avviket. Dette må også gjelde mottak av forbedringsmeldinger. Det må også etableres et sterkere fokus på å jobbe med rutiner og opprettes en arena for felles undervisning og læring. Videre nevnte flere av informantene også at et samhandlingsavvik ikke bør meldes uten at man samtidig kommer med forslag til forbedring. Den som melder et samhandlingsavvik, burde utfordres på hva som kunne vært gjort annerledes og bedre.

Med utgangspunkt i utsagnet at “klinikere snakker best med klinikere” ble informantene utfordret på hvordan dette kan gjøres best i praksis. En informant svarte at dette må skje internt ved at samhandlingsavvik fordeles til klinikken for oppfølging. En annen informant svarte;

*“Det er sjelden at det er systemet det er feil med, avvikssystemet, det er bruken og oppfølging det skorter på. Dette gjelder rutiner også. Sjelden det er internkontrollsystem i seg selv, men kjennskapen til det og oppfølgingen av det” (leder kommunen)*

Samtlige informanter mente at ledere har en nøkkelrolle i oppfølging av samhandlingsavvik og må være tettere på. På spørsmål om hvordan man kan skape felles læring på tvers av organisasjoner hadde flere god erfaring fra sesjoner avvik hadde blitt samlet opp til felles gjennomgang som en fast del av det interne kvalitetsarbeidet.

#### *4.3.2 Forsøk 2, testing av modell til læring av samhandlingsavvik på operativt nivå: Møte med overlege akuttmottak UNN 21.04.2022*

Forsøk 2 ble gjennomført etter samme modell som forsøk 1, men på et operativt nivå. Forsøket var opprinnelig planlagt med flere informanter, men representant fra kommunen meldte forfall. Hensikten var å teste ut hvordan klinikere tilnærmer seg felles fokus på samhandlingsavvik som kan bidra til å skape bedre samarbeid og økt læring.

Resultatene er strukturert i henhold til overnevnte punkter.

#### *A. Tanker og refleksjoner rundt avvikene som var gjennomgått med fokus på læring og forbedring*

Informanten vurderte case 3 som et typisk samhandlingsavvik som handlet om manglende kommunikasjon ved utskrivelse. Det er en svakhet når kommunikasjon skal gå mellom enkeltpersoner i tjenesten og man avhenger av at disse personene er tilgjengelig. Det bør være et bedre system, en “sikkerhetsventil”, som sikrer kommunikasjonen ved utskrivelsen. Dette bør sendes elektronisk. De som er ansvarlig (uavhengig av profesjon) er mye opptatt klinisk, det blir derfor veldig sårbart å belage seg på kommunikasjon mellom disse personene som eneste praksis for overføring av informasjon. Lederen fra UNN fortalte at dette var spesielt utfordrende på slutten av dagen da mange ting skjer raskt.

På spørsmål om rosverdige elementer i avvikene ble case 3 trukket fram, der den ansvarlige ved UNN hadde fulgt opp saken og ikke gitt opp, men tatt kontakt med kommunen på nytt dagen etter. Informanten mente at det er bra at slike problemstillinger ikke blir “sluppet”. Samtidig er man prisgitt at den ansvarlige som var på vakt dagen før er den samme som følger opp dagen etter. Sitat informant;

*«man kan spørre seg om det er flaks eller en god nok praksis å basere kommunikasjon på».*

Informant vurderte case 2, uverdigg innleggelse fra sykehjemsbeboer, til å være et typisk samhandlingsavvik og vanlig problemstilling. Denne type problemstillinger kan være vanskelige å vurdere og er kanskje ikke alltid et avvik. Konteksten må vurderes da det ofte er mye vikarer, manglende fag og kompetanse i kommunen, lege ved legevakten kjenner ikke pasienten, og det er lav bemanning i sykehjem. Informant mente at kanskje handler denne type avvik mer om å trygge ansatte i sykehjem ved å sikre nødvendig kompetanseoverføring. Videre ble det trukket fram at det rosverdige i avviket var at beboer hadde en utfyllende behandlingsplan.

#### *B. Hvordan bør en samhandlingsarena med fokus på læring se ut?*

Ifølge informant er det viktig å ha en tilnærming hvor partene skal ta vare på hverandre og unngå profesjonskrig. Man må unngå “skyving” av problemer der forventningen er “at dette må dere fikse selv”. En slik holdning fra sykehusets side kan virke uheldig der det forsøkes å sikres god samhandling med kommunene.

På spørsmål om hvorvidt informant var involvert i behandling og ivaretagelse av samhandlingsavvik ble det svart;

*“jeg har aldri vært involvert i forbedringsarbeid med samhandlingsavvik, men det har vært etterspurt av LIS leger om å ha et fora for dette”*

Informant mente at et slikt fora ville være interessant for legegruppen da man i akuttmottaket er vant med å bruke tavlemøter der pasientcaser gjennomgås til læring (både positive/negative). Samhandlingsavvik var dog ikke gjennomgått.

Informanten kunne tenke seg å kunne gjøre dette, da det er ønskelig med forbedring av samhandlingspraksis.

#### *4.3.3 Forsøk tre*

Vi gjennomførte forsøk 3 tilknyttet siste samling ved Topplederprogrammet BI. Utviklingsprosjektet ble presentert for andre deltakere ved topplederprogrammet i tillegg til eksterne interessenter som var invitert. Hensikten var å utforske og teste ut videre prosjektgruppens forslag til en modell for behandling av samhandlingsavvik med fokus på læring. Alle eksterne som var invitert hadde interesse og/eller erfaring med samhandlingsavvik og forbedringsarbeid. Presentasjonen ble gjennomført i auditorium ved BI med de eksterne deltakerne på zoom. Det var satt av til sammen 45 minutter med 25 min presentasjon og deretter 20 min diskusjon.

På slutten av presentasjon hadde prosjektgruppen utarbeidet noen spørsmål som grunnlag for diskusjon. Disse var;

- Vil det være hensiktsmessig å behandle samhandlingsavvik i et utvalg - eller blir det mer byråkrati?
- Hvordan analysere samhandlingsavvik for å få bedre læring?
- Hvem bør være med i analysering av avvik?
- Hvordan sikre implementering av forbedringsarbeid på samhandling?

Både deltakere fra topplederprogrammet og eksterne var enige om at det hørtes fornuftig ut med etablering av et faglig samarbeidsutvalg som en felles arena for ivaretagelse av samhandlingsavvik. Det vil være med å forplikte Helsefelleskapet i utvikling av et viktig forbedringsarbeid. En deltaker påpekte hvor viktig fastlegene er for gode samhandling og mente det vil være naturlig at de inviteres inn i et slikt utvalg. En annen deltaker fra topplederprogrammet fortalte at det finnes initiativ til gode forbedringsprosesser i kommunen som man kan hente erfaring fra, eksempel "gode pasientforløp" i regi KS. Det er viktig det etableres en forbedringskultur som har dialog med førstelinjen.

På spørsmål om hvem som bør delta i et faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik svarte både deltakerne fra topplederprogrammet og eksterne at klinikerne bør være tett på, uten at det kom fram helt tydelig hvordan det skulle

gjøres. Her ble både fastlegerådet og organisasjonenes interne arena for kvalitetsarbeid nevnt. I tillegg ble brukerrepresentant nevnt som aktuell deltaker.

*Avvik bør behandles så nært der avviket skjer for å skape en lærende organisasjon (ekstern deltaker)*

Det kom innspill på flere forbedringspunkter for arbeid i et faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik. Hvem som eier samhandlingsavvik må være tydelig og linkes tettere til organisasjonens eget avvikssystem. Hendelsesanalyser bør gjennomgås og det må utarbeides et felles digitalt system for elektronisk melding av avvik, der også avvik kan kategoriseres.

Ekstern deltaker opplevde det som positivt at prosjektet fokuserte på positive avvik med læring på det som går bra, og utfordret prosjektgruppen på hvordan man hadde tenkt å få tak i de gode samhandlingene. PSHT ved UNN ble her nevnt som en aktuell aktør. En annen deltaker nevnte en satsning ved Ålesund sykehus hvor man har startet et arbeid med fokus på andres gode erfaringer etter modell av RÅBRA.

Erfaringen så langt har vært et det har vært en *game changer* og endring i samarbeidsklime.

*Skjer mye mer bra enn det som er elendig. Flere muligheter til å lære av det som er gått bra enn dårlig (ekstern representant)*

Videre ble det av ekstern representant nevnt mulighet å hente erfaring fra arbeidet med I trygge hender 24-7 og pasientsikkerhetsprogrammet som har fokus på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

#### **4.4 Etablering av ny samhandlingsarena**

Med utgangspunkt i utfordringene tilknyttet samhandlingsavvik beskrevet over, foreslo vi på vegne av Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN en ny samhandlingsarena der samhandlingsavvikene gjennomgås i fellesskap. Vi foreslo å gjøre dette gjennom etablering av et faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik i regi av Helsefellesskapet Troms og Ofoten, med følgende oppgaver:

- Gjennomgå utvalgte samhandlingsavvik, gi tilbakemelding på håndteringen av avviket til melder og til ansvarlig enhet.

- Utarbeide et årlig læringsnotat som distribueres til kommune- og spesialisthelsetjenesten med punkter for læring av samhandlingsavvik på tvers.
- Etterspørre ytterligere oppfølging fra de ansvarlige enhetene der denne ikke anses som tilfredsstillende.

Saksfremlegget er vedlagt. Strategisk samarbeidsutvalg behandlet saken på møte 19.5.22. Saken ble godt mottatt av alle medlemmene. I diskusjonen ble det spesielt løftet frem at det nye utvalget også skal fokusere på de gode pasientforløpene og trekke læring ut av dette.

Strategisk samarbeidsutvalg fattet følgende vedtak etter innstilling fra oss:

1. Strategisk samarbeidsutvalg oppretter et midlertidig faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik for småskalatesting og godkjenner mandat med de innspill som kom i møtet
2. Strategisk samarbeidsutvalg ber helsefellesskapets sekretariat om å innhente forslag til medlemmer innen 01.09.22
3. Strategisk samarbeidsutvalg ber helsefellesskapets sekretariat om å evaluere utvalget innen høsten 2023 og foreslå om utvalget skal videreføres eller avvikles.



## 5. Diskusjon

I arbeidet med utviklingsoppgaven har vi identifisert betydelige utfordringer i håndteringen av samhandlingsavvik mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Helsefelleskapet Troms og Ofoten: 1) det oppleves tungvint å melde avvik; 2) samhandlingsavvik håndteres separat fra systemet for interne avvik både i kommunen og spesialisthelsetjenesten; 3) i for mange samhandlingsavvik blir det ikke dokumentert saksbehandling eller gitt tilbakemelding til melder; og 4) avvikene behandles separat i den ansvarlige enheten uten at det foregår analyse og læring på tvers.

Gjennom tjenestedesign utviklet vi en ny måte å håndtere samhandlingsavvik på i fellesskap mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Våre informanter bidro til å utvide forståelsen av problemet og å utvikle av en ny idé om felles læringsarena for samhandlingsavvik. Dette testet vi ut sammen med helsepersonell og ledere fra kommune og spesialisthelsetjenesten. Som en direkte følge av oppgaven er det opprettet et faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Formålet er å behandle utvalgte avvik i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt bidra til avvikshendelser på pasienter følges opp på best mulig måte, og at sakene i størst mulig grad bidrar til læring i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den nye arenaen ble vedtatt innført fra høsten 2022 og vil evalueres etter ett år.

Vi mener etableringen av den nye arenaen vil understøtte et av hovedmålene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 om at «vi lærer av hverandre»:

*«Helsefelleskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring. Kompetanse deles både i team og mellom institusjoner. Ved oppstart av et forbedringsarbeid spør ledere og personell «Hva kan vi lære av andre?». Når de er ferdige, spør de «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 7).*

En viktig forutsetning for at vi skal kunne lære av hverandre er at vi sammen gjennomgår det som går bra og det som ikke går fullt så bra. De innledende intervjuene avdekket at samhandlingsavdelingene i liten grad ble benyttet til læring

og det ikke var noen felles arena for gjennomgang av samhandlingsavvik. For eksempel sa en informant *“jeg har aldri vært involvert i forbedringsarbeid med samhandlingsavvik”*. Vi er ikke kjent med at det eksisterer noen arena for å gjennomgå samhandlingsavvik i noen av helsefelleskap i Norge. Vi mener derfor etableringen av denne nye samhandlingsarenaen kan bli et viktig og innovativt tiltak for å sikre læring mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Våre informanter fortalte at mange avvik ble meldt, men i liten grad fulgt opp. For eksempel ble over halvparten av samhandlingsavvikene ikke besvart. Informantene fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten fortalte i de innledende intervjuene at de i liten grad opplevde at besvarte samhandlingsavvik ble gjort kjent for medarbeidere og ledere. At forbedring ofte stopper tidlig i Demings sirkel er velkjent i litteraturen fra mange industrier og virksomheter (Arntzen, 2021, s.81).

Etableringen av den nye samhandlingsarenaen kan potensielt styrke både kommune- og spesialisthelsetjenestens evne til å etterleve lovkravet. Vi er spørrende til hvorvidt dagens praksis med håndtering av samhandlingsavvik er i tråd med gjeldende regelverk om at helsetjenesten skal *«Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges»* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, §8 bokstav e).

Informantene fortalte at samhandlingsavvikene i liten grad ble fulgt opp lokalt. Vi oppfatter at de opplevde det litt uklart hvem som hadde ansvaret for avvik i samhandling.

Ansvaret for avvik er i presisert i veilederen til forskriften:

*«Øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av feil. Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene ta sinn i relevante rutiner og prosedyrer»* (Helsedirektoratet, 2017, s. 7-10)

Hvem er øverste leder for avvik i samhandling? Kommune- og spesialisthelsetjenesten har i dag ikke en felles leder. De øverste lederne møtes i dag i helsefellesskapet. Vi tror det er viktig at helsefellesskapene tar et større ansvar for at kommunene og spesialisthelsetjenesten sammen jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. I vårt forslag gjøres dette i fellesskap på klinikernivå og der viktige læringspunkter med forbedringsforsalg kan fremlegges for helsefellesskapet der toppledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten møter. Dette vil understøtte føringene i Nasjonal helse og sykehusplan 2020-23 om å bygge helsefellesskapene som robuste samhandlingsarenaer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Avvikssystemer er ofte i hovedsak basert på «safety 1» tankegang, som betyr at man skal gjennomgå feil og etablere barrierer mot at feilene gjentas (Hollnagel, 2014). Informantene etterlyste at oppfølgingen av samhandlingsavvik ikke bare fokuserte på det som gikk feil, men også det som gikk bra. En slik tilnærming er i tråd med internasjonalt økende kunnskap om at de samme prosesser kan lede til både gode og dårlige forløp (Lawton, 2014). Det er derfor viktig å ikke bare etablere barrierer for å unngå feil, men også forsterke de delene av prosessene som går bra. Sistnevnte omtales «safety 2». Våre funn viser at oppfølgingen av samhandlingsavvik i dagens praksis i stor grad likevel har fokus på «safety 1». Vi mener det er hensiktsmessig å inkludere tilnærming basert på «safety 2». Dette kan gjøres ved at den nye samhandlingsarenaen også gjennomgår gode pasientforløp og trekker læring av hva som gjorde disse bra. Dette vil bli et viktig område når den nye samhandlingsarenaen skal kontinuerlig utvikles i tiden fremover. En bedre kultur for læring kan styrke både kommune- og spesialisthelsetjenestens konkurransefortrinn gjennom mer effektiv drift (Steen, 2002). At klinikknært helsepersonell involveres i arbeidet er oppfølging av avvik ettersom det er medarbeiderne som skaper læringen og ikke organisasjonene selv (Lai, 2013).

For helsepersonell kan svikt i behandling medføre en betydelig belastning og utrygghet. Dette ble også understreket av våre informanter. Det er derfor viktig at systemet for å behandle avvik ivaretar helsepersonellens behov for psykologisk trygghet (Edmondson, 1999). En viktig forutsetning for psykologisk trygghet er god organisering og ledelse som jobber aktivt for å eliminere ufeilbarlighetskultur og uprofesjonell adferd ved ufin kommunikasjon eller ugrei oppførsel. Vi tror dagens håndtering av samhandlingsavvik i mindre grad bidrar til å skape psykologisk

trygghet. Dette fordi det kan fremstå tilfeldig hvilke avvik som følges opp og gis tilbakemelding på fra melder, samt at samhandlingsavvikene «lever sitt eget liv» uten å være synliggjort i organisasjonene. Den nye samhandlingsarenaen for samhandlingsavvik representerer en mulighet for å styrke den psykologiske tryggheten ved at oppfølgingen av samhandlingsavvik styrkes gjennom en etablert arena for læring. Inklusjonen av «safety 2»-tankegang kan styrkes ved at det også fokuseres på det som er rosverdig. Denne type deling av god praksis tror vi kan stimulere til økt bruk av taus kunnskap (Kaufmann & Kaufmann, 2015).

Det kan også være noen ulemper med å etablere den samhandlingsarenaen. Dette ble også påpekt av informantene. For det første tror vi at det er risiko for at den nye samhandlingsmodellen bli en byråkratisk funksjon som i liten grad bidrar til å styrke oppfølgingen av samhandlingsavvik. For å redusere risikoen for dette mener vi det er viktig å rekruttere klinisk personell til utvalget som er engasjerte i pasientsikkerhet og samhandling. En annen risiko er at utvalget kan påpeke risikoområder for samhandling som ikke følges opp videre i lederlinjen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et tiltak for å redusere risikoen for dette er at Strategisk samarbeidsutvalg får et sterkt eierskap til utvalget og fokuserer på det utvalget fremlegger.

I tråd med kontinuerlig forbedring har vi tatt utgangspunktet i at mandatet for det nye utvalget et dynamisk og vil utvikles gjennom videre testing i større skala. Det er planlagt evaluert etter ett år og dette vil gi grunnlag for korrigerende av mandat og virksomhet. Dersom utvalget viser seg å ikke gi merverdi kan det også vurderes avviklet.

Gjennom arbeidet ble vi kjent med flere andre utfordringer i forhold til samhandlingsavvik. Dette gikk vi ikke nærmere inn på av hensyn til avgrensningene og tidsrammen til utviklingsoppgaven. Vi omtaler noen av disse utfordringene kort under da det kan være aktuelle tema for fremtidige utviklingsprosjekter i skjæringspunktet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Flere respondenter pekte på utfordringer med mangel på felles IKT verktøy og at avvikene ble behandlet analogt. Vi er kjent med at det pågår en felles regional anskaffelse av nytt kvalitetssystem i Helse Nord og har gjort våre funn tilgjengelig for arbeidsgruppen som leder dette arbeidet. Imidlertid vil dette

systemet kun gjelde spesialisthelsetjenesten og kommunene har svært mange ulike systemer. En annen utfordring med samhandlingsavvikene beskrev informantene som utfordringer med kultur for oppfølging, læring og tilbakemelding på tvers av tjenestenivåene. Avslutningsvis tror vi det er sannsynlig at det eksisterer andre utfordringer med samhandlingsavvik som vi ikke avdekket i vårt arbeid.

Vi har ikke undersøkt hvorvidt våre funn er generaliserbare til andre helseregioner, men tilbakemeldingen fra våre medstudenter på det nasjonale topplederprogrammet ved BI, «Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten», tyder på at funnene våre er gjenkjennbare og kan gjelde mange andre helsefelleskap. Vi har ikke kjennskap til at det i andre helseregioner er etablert en lignende samhandlingsarena der kommune- og spesialisthelsetjenesten i fellesskap gjennomgår samhandlingsavvik. Det nye faglige samarbeidsutvalget for samhandlingsavvik i Troms og Ofoten helsefelleskap kan således representere en ny og viktig innovasjon med potensiale til å spres til andre helsefelleskap i Norge.

Gjennom utviklingsoppgaven har vi erfart mulighetene som tjenstedesign gir, viktigheten av å først forstå problemet og i samråd med “brukerne” utvikle en løsning, for deretter å teste og forbedre løsningen. Vi har lært at samutvikling er svært effektivt (Roberts, 2015). At vi har ulike stillinger i kommune- og spesialisthelsetjenesten på ulike lokalisasjoner har vi opplevd som en styrke. Dette gjorde at vi kunne se på problemer og løsninger med ulike synsvinkler. Pandemien har gjort det naturlig å jobbe på digitale plattformer. Arbeidet med oppgaven ble i stor grad gjennomført digitalt. Dette gjorde at vi kunne delta likeverdig uavhengig av bosted og gjorde oppgaven lettere å gjennomføre i en travel hverdag. Tjenstedesign har gjort at vi har klart å utfordre vanetenking og sammen med «brukerne» utvikle en ny måte å jobbe på for å styrke felles læring etter samhandlingsavvik. Dette kan bli en viktig tjenesteinnovasjon og vil være gjenstand for kontinuerlig utvikling fremover. Vi opplever at vi gjennom utviklingsoppgaven har fått erfare det daværende statsråd Høie uttalte var målet med det nye topplederprogrammet:

*“Ved å ha et felles topplederprogram vil ledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten få bedre kjennskap til hverandres utfordringer. På den måten legger vi bedre til rette for mer kompetansedeling, økt samarbeid og bedre løsninger”*

## 6. Konklusjon

I utviklingsprosjektet fant vi at håndteringen av samhandlingsavvik er en viktig utfordring i Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Vi har jobbet for å forstå utfordringene, utvikle en ny måte å jobbe med samhandlingsavvik på og sammen med brukerne teste og forbedre denne. Vi har tatt utgangspunkt utvalgte nasjonale føringer og lovkrav, teorier om læring av feil og psykologisk trygghet. Utviklingsprosjektet har resultert i etablering av faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik i regi av Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Den nye samhandlingsarenaen vil være gjenstand for kontinuerlig utvikling det neste året og kan bidra til å styrke felles læring av samhandlingsavvik.

*Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik* er en ny samhandlingsarena som kan bli en viktig tjenesteinnovasjon. Tilbakemeldingene fra de andre deltagerne på programmet «*Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten*» var at lignende utfordringer med samhandlingsavvik eksisterer i alle helseregioner. Vi er ikke kjent med at det eksisterer system for felles gjennomgang av samhandlingsavvik på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten andre steder i Norge. Dersom evalueringen i 2023 viser at *faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik* har ønsket effekt vil vi søke å spre ideen til andre helsefellesskap. Dette kan for eksempel gjøres gjennom å presentere arenaen på den nasjonale Pasientsikkerhetskonferansen, i faglige tidsskrift og i media.

## 7. Litteraturliste

Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten- arbeidsglede i eget hus* (2.utg.). Gyldendal.

Cannon, M. D. & Edmondson, A. C. (2005). Failing to learn and learning to fail (intelligently): How great organizations put failure to work to innovate and improve. *Long Range Planning*, 38(3), 299-319.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.

Digitaliseringsdirektoratet. (2021). Stimulabs metode – den triple diamanten. [digdir.no/stimulab/stimulabs-metode-den-triple-diamanten/788](https://digdir.no/stimulab/stimulabs-metode-den-triple-diamanten/788)

Dixon-Woods, M., & Martin, G. P. (2016). Does quality improvement improve quality?. *Future Hospital Journal*, 3(3), 191–194.

Elsbach, K. D., & Stigliani, I. (2018). Design Thinking and Organizational Culture: A Review and Framework for Future Research. *Journal of Management*, 44(6), 2274–2306.

Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behaviour in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.

Edmondson A. C. & Zhike L. (2014). Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 23-43.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.

Fjærtøft, J. B. (2022). *Kultur for god samhandling*, 14.03.22, Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet.

Hollnagel, E., Wears, R. L. & Braithwaite, J (2015). *From Safety-I to Safety-II: A White Paper*. Published simultaneously by University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Damm.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene, kommunikasjon i profesjonell praksis*. (2.utg.). Gyldendal.

Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5.utg.). Fagbokforlaget.

Kongsvik T., Albrechtsen E., Antonsen S., Herrera I. A. Hovden J. & Schiefloe P.M. (2018). *Sikkerhet i arbeidslivet*. Fagbokforlaget.

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Lawton, R., Taylor, N., Clay- Williams, R. & Braithwaite, J. (2014). Positive deviance: a different approach to achieving patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 23, 880-883.

Liedtka, J. (2018). Why Design Thinking Works. *Harvard Business Review* 96(5), 72-79.

Martinsen, Ø. L. (2019). *Perspektiver på ledelse* (5. utg.). Gyldendal.

Mørk, B.E. (2021, desember). *Læring av feil*. Innlegg presentert for Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten.



Mørk, B. E. (2020, 28. august). Vi må lære av suksess og feil - Det er hensiktsmessig å skille mellom unngåelige feil, kompleksitetsrelaterte feil og intelligente feil. *Dagens Medisin*.  
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/28/viktig-a-lare-av-bade-suksess-og-feil/>

Mørk, B. E. (2019, 26. september). Psykologisk trygghet er viktig for arbeidsklimaet. *Dagens medisin*.  
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/09/26/psykologisk-trygghet-er-viktig-for-arbeidsklimaet/>

Oppen, M., Mørk, B. E. & Haus, E. (2020). *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag*. Cappelen Damm.

Roberts, G., Cornwell, J., Locock, L., Puroshotham, A., Sturmey, G. & Gager M. (2015). Patients and staff as codesigners of healthcare services. *BMJ* 35, g7714.

Rømuld, I. W & Os, K. A. (2022, mars). *Pasientsikkerhet, implementering og forbedring*. Innlegg presentert for *Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten*.

Steen, R. (2022, mai). *Å lære av suksess- og feil. Lettere sagt enn gjort!*, Innlegg presentert for forelesningsrekke på BI.

Strømmen, E. (2021). *Introduksjon til tjenstedesign*. Innlegg presentert for *Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten*.

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1: Analyse workshop 1

Om samhandlingsavvik mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	Empirinær koding	Aksialkoding
<p>PSHT har erfaring både fra primær- og spesialisthelsetjenesten, og er "insidere" i forståelsen av kultur og systemer hos begge. Sprik mellom system- og tjenestenivå. Det er behov for bedre rutiner for behandling og læring av samhandlingsavvik. Interne rutiner for oppfølging av samhandlingaavvik, der både leder og avdeling har oversikt er mangelfull. Det hender at de ikke besvares. Det råder usikkerhet i spesialisthelsetjenesten om hvorvidt avvik som sendes ut når fram til mottaker. "Vi vet ikke hva som skjer videre med avvik som sendes ut". Direktør ved UNN har utfordret SSU til å finne bedre måter å arbeide sammen om læring av avvik. Det handler om eierskap. Avviksmeldinger bør gå direkte til praksisfeltet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kultur</li> <li>-Kommunikasjon</li> <li>-Læring gjennom samhandling</li> <li>-Felles læring</li> <li>-Rutiner og systemer</li> <li>-Kvalitetsarbeid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Team som arbeider både i primær- og spesialisthelsetjenesten kan ha god kjennskap til avvik i samhandlingen.</li> <li>-Kommunikasjon om avvik kan være utfordrende mellom ulike nivåer, også internt i organisasjonene.</li> <li>-Det foreligger ikke rutiner eller arenaer for felles læring av avvik på tvers av spesialist-og primærhelsetjenesten.</li> <li>-Rutiner for kvalitetsarbeid er mangelfulle i andre halvdel av demings sirkel.</li> </ul>
Om læring av samhandlingsavvik	Empirinær koding	Aksialkoding
<p>Læring må bidra til at fokuset holdes rettet mot pasienten. Danner grunnlag for videre kompetansebygging. Viktig at klinisk personell deltar i gjennomgang av avvik til læring. Den som skriver avvik har også gjerne kjennskap til tiltak til forbedring. "vet hvor skoen trykker". Det burde ikke kunne meldes avvik uten krav til forslag til forbedringstiltak. Den som melder burde derfor utfordres til å si hva som kunne vært gjort annerledes eller bedre. Avvik bør tildeles de klinikkene de tilhører med overordnet oppfølging av at de besvares. "Det er sjelden at det er systemene som det er noe feil med, men bruken og oppfølging som det skorter på". Leder som mottar avvik må ha dialog med medarbeidere. Adressere både det som fungerer bra og det som behøver forbedring. For læring av samhandlingsavvik kan det være aktuelt med undervisning mellom de ulike tjenestene, f.eks gastro til hjemmetjenesten og motsatt. De ulike avdelingene på tvers av spesialist og kommune kan videre profitere av tettere dialog om status og om samhandlingsavvik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientfokus</li> <li>- Kompetanse</li> <li>- Praksisnær kunnskap</li> <li>- Kvalitetsarbeid</li> <li>- Avvikssystem</li> <li>- Læring av feil: Safety 1 og safety 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hensikten med praksis er pasienten i fokus. Læring skal bidra til dette.</li> <li>- En praksisnær tilnærming til læring av avvik kan være tjenlig.</li> <li>-Den som er nærmest praksisfeltet kjenner feltet og kan gjerne ha forslag til gode løsninger.</li> <li>-Avvik må brukes til læring- både "gode" og "dårlige" avvik.</li> <li>- Kjennskap til å melde og behandle samhandlingsavvik, samt oppfølging av disse er essensielt.</li> </ul>

*Vedlegg 2: Analyse workshop 2,*

<b>Om samhandlingsavvik mellom primær- og spesialisthelsetjenesten</b>	<b>Empirinær koding</b>	<b>Aksialkoding</b>
<p>Utfordringer i kommunikasjon mellom sykehus til kommune ved utskrivningsklare pasienter forekommer ofte. Det er gjerne travelt på slutten av en arbeidsdag, og derfor noe utfordrende å få tak i helsetjenesten i kommunen for dialog. Saksbehandlere i kommunen svarer dog raskt på PLO meldinger. Spesialisthelsetjenestens manglende kjennskap til kommunale tjenester som hjemmetjeneste- "jeg tror det er der det svikter på et eller annet punkt". Rapportering må ikke bare belage seg på muntlig dialog mellom sykehus og kommune. Det må være flere sikkerhetsventiler for et sikkert system. Ettersom begge tjenester er daglig opptatte i møter, tlf og klinisk praksis, og ikke alltid er tilgjengelig, er det viktig med gode, oppdaterte rutiner for elektronisk meldingsutveksling. Selv om PLO fungerer skapes frustrasjon over mangel på plasser i kommunen. Meldingene må følges opp etter etablerte rutiner for å unngå følgefeil. Det er ofte en del vikarer i kommunen og også legevaksleger som ikke kjenner pasientene fra før, det kan i slike situasjoner være utfordrende for lege dersom pårørende presser på for innleggelse på sykehus. For bedre samhandling er det derfor etablert en ordning der kommuner kan ringe til overlege ved akuttmottak for drøfting av eventuelle innleggelser til sykehus. "Helsepersonell bør ikke utsettes for akutt belastning som de ikke føler seg komfortabel med dersom det kan løses på en annen måte". "Dersom man ikke klarer å trygge så mener jeg at vi som sykehus skal ta inn pasientene". "Vi skal utvise litt kollegialitet også, og det er uverdigg dersom det er en pasient som dør i det hun eller han ankommer sykehus".</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kommunikasjon</li> <li>-Kunnskap om- og kjennskap til hverandre</li> <li>- Rutiner</li> <li>-Elektronisk meldingsutveksling</li> <li>-Samhandling</li> <li>-Forebygging av avvik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utfordringer i kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetj. kan relateres til lite kunnskap om- og kjennskap til hverandres tjenester.</li> <li>- Elektronisk meldingsutveksling er en viktig arena for samhandling- kan også skape frustrasjon. Viktig med oppfølging for å unngå feil.</li> <li>-Forebygging av avvik gjennom gode ordninger og rutiner for samhandling er av betydning.</li> </ul>
<p><b>Om læring av samhandlingsavvik</b></p>	<p><b>Empirinær koding</b></p>	<p><b>Aksialkoding</b></p>
<p>Informant har aldri deltatt i fora der læring av samhandlingsavvik har vært tema. Lis leger har etterspurt fora for gjennomgang av pasientbehandling. Samhandlingsavvik kunne vært tema i et slikt fora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arena for læring av avvik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Det mangler felles møteareaner for gjennomgang av samhandlingsavvik både internt i organisasjonen og på tvers, mellom spesialist- og kommunehelsetj.</li> </ul>

### Vedlegg 3: Saksfremlegg til Strategisk samarbeidsutvalg



Strategisk samarbeidsutvalg

**Sak:** XX/22  
**Tittel:** Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN  
**Møtedato:**

---

#### Sammendrag

Saksfremlegget foreslår å etablere og småskalateste *Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik*, en felles arena for å styrke oppfølgingen av samhandlingsavvik.

#### Bakgrunn

Overordnet samarbeidsavtale mellom kommunene og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) angir at:

*Partnere skal håndtere avvik etter nærmere definerte rutiner. Med avvik menes uønskete samhandlingshendelser, og fakturainnsigelser. Melding om uønsket samhandling, og fakturainnsigelser, og svar på disse, skal registreres og sendes gjennom partnernes post- og arkivsystemer.*

Som del av *Nasjonalt topplederprogram - Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten* gjennomfører fire studenter som er toppledere ved Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN en prosjektoppgave. Gruppen har valgt samhandlingsavvik som tema. Gruppen har hatt samtaler med personer fra Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN. Disse samtalen har avdekket at samhandlingsavvik meldes, men i liten grad medfører forbedringstiltak eller læring på tvers internt i eller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldingene fra samtalen er at det er ønskelig med en arena der utvalgte samhandlingsavvik kan gjennomgås i fellesskap mellom kommunen og UNN. Funnene vil presenteres nærmere for SSU muntlig.

Med bakgrunn i dette foreslås det å etablere og småskalateste et *Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik*. Utkast til mandat er vedlagt. Mandatet er utviklet med inspirasjon fra UNNs pasientsikkerhetsutvalg og har vært diskutert med utvalgte ledere på flere nivåer i Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN.

#### Vurdering

Dagens system for samhandlingsavvik bidrar i liten grad til forbedring og læring. Saksfremlegget beskriver hvordan oppfølgingen av samhandlingsavvik kan forsøkes styrkes gjennom småskalatesting av et *Klinisk samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik*.

#### Forslag til vedtak:

SSU oppretter et midlertidig *Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik for småskalatesting* og godkjenner mandat med de innspill som kom i møtet

SSU ber Helsefellesskapets sekretariatet om å innhente forslag til medlemmer innen 1.9.22.

SSU ber Helsefellesskapets sekretariatet om å evaluere utvalget innen høsten 2023 og foreslå om utvalget skal videreføres eller avvikles

Vedlegg 4: **Forslag til mandat**



<b>1.1</b>	<b>Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik</b>
<b>1.2</b>	<b>Hjemmel</b>
	Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik er et midlertidig underutvalg i Helsefelleskapet som småskala-testes. Utvalget behandler utvalgte avvik i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste i henhold til vedtak i Strategisk samarbeidsutvalg 19.05.2022 sak 29/22.
<b>1.3</b>	<b>Formål</b>
	Behandle utvalgte avvik i utvalgte samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Bidra til at samhandlingsavvik følges opp på best mulig måte, og at sakene utvalget behandler i størst mulig grad bidrar til læring i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
<b>1.4</b>	<b>Mandat</b> (ansvar, myndighet og oppgaver)
	Helsefelleskapets sekretariat velger ut utvalgte samhandlingsavvik til behandling i utvalget. <b>Oppgaver</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomgå utvalgte samhandlingsavvik, gi tilbakemelding på håndteringen av avviket til melder og til ansvarlig enhet.</li> <li>• Utarbeide et læringsnotat årlig som distribueres til kommune og spesialisthelsetjenestene med punkter for læring på tvers fra samhandlingsavvikene.</li> <li>• Arbeidet skal også inkludere en tilnærming basert på det som går bra i tjenestene, bl.a. gjennomgå gode pasientforløp og trekke læring fra hva som gjorde disse bra.</li> </ul> <p>Utvalget kan etterspørre ytterligere oppfølging fra de ansvarlige enhetene der denne ikke anses som tilfredsstillende.</p>
<b>1.5</b>	<b>Organisering</b>
	Oppnevnes av <i>Strategisk samarbeidsutvalg</i> . Funksjonstiden er ett år. Det interkommunale sekretariatet og seksjon for Samhandling og helsetjenesteutvikling i UNN bytter på å være sekretariat. Utvalget møtes to ganger i halvåret
<b>1.6</b>	<b>Sammensetning</b>

Utvalget består av ni representanter fra:

- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- Legevakt
- Akuttmottak
- To kliniske avdelinger på sykehus
- To fastlegerepresentanter
- Brukerrepresentant

*NB! Ved gjennomgang av avviksmeldinger knyttet til konkrete pasientforløp skal sensitiv informasjon i alle dokumenter fjernes slik at taushetsplikten overholdes overfor alle utvalgsmedlemmer.*

Utvalget velger selv leder. Det interkommunale sekretariatet og seksjon for Samhandling og helsetjenesteutvikling i UNN kan møte som del av sekretariatet.



# Samhandlingsavvik 2022

---

Stein Widding, Rådgiver Samhandlingsseksjonen, UNN

FSU Samhandlingsavvik 15.12.22

# Status samhandlingsavvik 2022

Per 8. desember 2022

- Fra kommune/ fastlege til UNN: 198 (231 i 2021)
- Fra UNN til kommune/ fastlege: 95 (101 i 2021)

## Type avvik som meldes

### Fra kommune/ fastlege:

- Manglende kommunikasjon og planlegging rundt utskrivelse
- Manglende/ mangelfulle epikriser
- Manglende informasjon om utskrivelse
- Ikke fått beskjed om utskrevet pasient
- Spesialisthelsetjenesten legger føringer for kommunale tjenester

### Fra UNN:

- Legevaktslege rykker ikke ut
- Manglende kommunale tilbud til utskrivningsklare pasienter
- Ikke mottatt innleggesrapport/ PLO-melding
- Manglende samhandling i forbindelse med utskrivelse



## Fra UNN til kommune inkludert fastleger

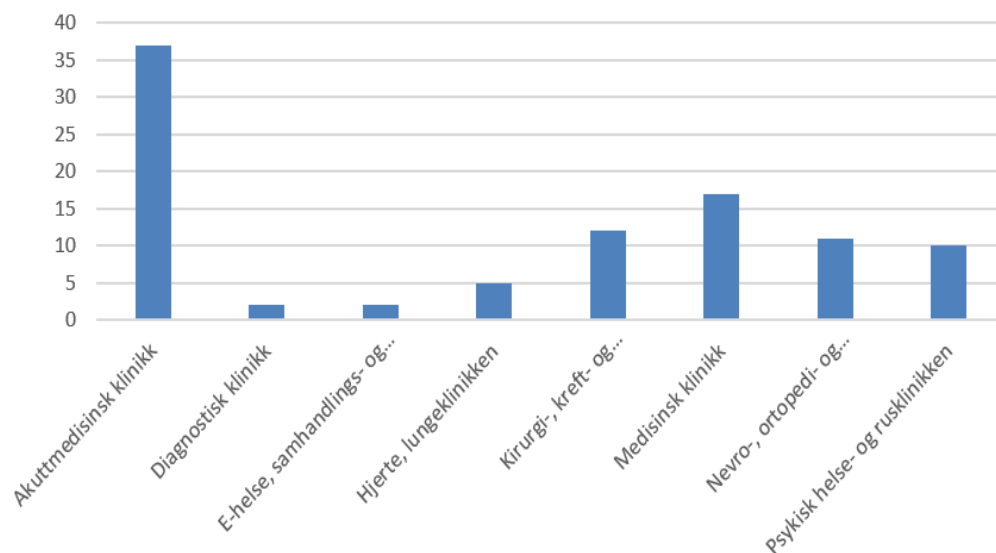
- 95 samhandlingsavvik fra UNN til kommune/ fastlege
- 55 samhandlingsavvik er ubesvart

### «Stormottakere»

- **Harstad kommune** -16 avvik - 5 besvarte
- **Narvik kommune** - 13 avvik – 6 besvarte
- **Tromsø kommune** – 32 avvik – 9 besvarte

**Total restanse kommuner/ fastleger 57%**

Samhandlingsavvik fordelt på klinikker i UNN



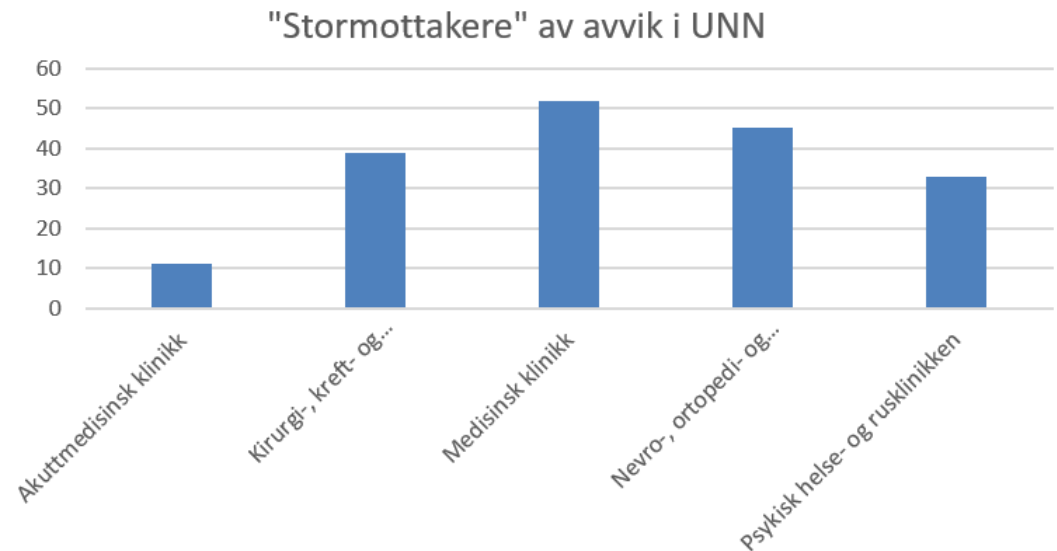
## Fra kommune/ fastleger til UNN

- 198 samhandlingsavvik fra kommune/ fastlege til UNN
- 62 samhandlingsavvik er ubesvart

Sendte avvik fra:

- **Harstad kommune** – 25 avvik – 19 besvarte
- **Narvik kommune** – 52 avvik – 26 besvarte
- **Senja kommune** – 7 avvik – 6 besvarte
- **Tromsø kommune** – 64 avvik – 48 besvarte

Total restanse UNN **31%**



# Samhandlingsavvik mellom kommune/ fastlege og UNN

Fra kommune til UNNs postmottak – arkivering – videreformidling til avdeling i Docmap



## Melding fra kommune eller fastlege til UNN om ønsket samhandlingshendelse

I tråd med overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunene er det i forbedringssøymed viktig å melde fra om brudd på tjensteavtaler/samhandlingsavvik. Skjemaet skal ikke brukes til å melde om kliniske avvik og ikke **behandling** (pasienthendelse).

Utfyllt skjema sendes unntatt offentlighet som digital forsendelse til UNN, [og@unnt.no](mailto:og@unnt.no), 903074809. (Eventuelt som papirpost til Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 9038 Tromsø dersom digital sending ikke er mulig).

Dersom skjemaet ikke inneholder sensitive opplysninger, kan avvismeldingen sendes som e-post til [postmottak@unnt.no](mailto:postmottak@unnt.no)

<b>Overskrift hendelse</b>			
Dato for hendelsen:		Kommune:	
Oppdagende enhet i kommunen (sykehjem, sone, helsestasjon etc.):			
Kontaktperson (Brevkretsleder):		Kontaktpers. art (registrert):	
Kontaktperson (Jlf nr):		E-post- adresse:	
Hvilken avdeling i UNN er ansvarlig for hendelsen?			
Tromsø	Hansard	Narvik	Annet sted:
Avdeling/senepost/poliklinikk:			
Pasientens fedselsnummer			
Beskriv hendelsen – hva skjedd, hvordan og hvorfor			
Gjennomførte straks tiltak			
Foreslag til tiltak for å hindre lignende hendelser			
Alvorlighetsgrad			
Lite alvorlig	Middels alvorlig	Svært alvorlig	
Er hendelsen også meldt som pasienthendelse?			
Enhet i kommunen	Enhet i helseforetaket	Fylkeslegen/ Helsestasjon	
Sjukes utfyllende svar på avvismeldingen? (Hvis nei sendes kun besvarelse på mottatt avvismelding)		Ja	Nei

Ved spørsmål, kontakt Samhandling og helsestøttestruktur, se kontaktinformasjon på [www.unnt.no/samhandling](http://www.unnt.no/samhandling)



## Arbeidsflytmeldinger

Melder 2. godkjenner

Generelt

Overskrift:

Skjematype: Samhandlingsavvik med kommune/ UNN

Ved behov for ytterligere informasjon, ta kontakt med:

Melder: Rådgiver Samhandlingsavvik, Stein-Gunnar Widding

Telefon:

E-mail:

Hendelsesdato:  (dd.mm.åååå)

Klokkeslett for hendelse:  (tmm)

Identifikator: 10004006

Hendelse

Ansvarlig enhet:

Oppdagende enhet:

Beskrivelse:

Hvorfor tror du hendelsen skjedde?:

Forslag for å hindre gjentagelser:

Alvorlighetsgrad samhandlingsavvik, kommuner:

Medvirkende årsaker/faktorer\*

Medvirkende årsaker/faktorer\*

Årsak - Bakgrunn

Fra UNN (Docmap) – klipp og lim i brevmal i Elements- sendes til postmottak kommune



# FSU Samhandlingsavvik – Hva gjør vi?

Kommunikasjon, meldingsutveksling og samarbeid rundt pasientflyt dominerer samhandlingsavvikene

- Fungerer samhandlingsavvik som pedagogisk læring og forbedring?
- Hvordan jobbes det med samhandlingsavvik i de ulike avdelingene i UNN og kommunene?

Tungrodd system, ja

- **For kommunene** – UNN tildelt innovasjonsmidler fra Helse Nord for forbedringsprosjekt for digital registrering av samhandlingsavvik gjennom Altinn – løsning klar i løpet av 2023?
- **For UNN** – flytte samhandlingsavvik fra Samhandlingsseksjonen til klinikkene?  
Økt eierskap til avvikene?  
Mer fokus – forbedring?

Fortsatt mange avvik som ikke er besvart, spesielt i kommunene – hvorfor?

- Hvilke systemer/ rutiner er det for mottak og besvaring av samhandlingsavvik?

