

Holte, J. H., Tjerbo, T. & Hagen, T. P. (2026). Pasientflyt og samhandling. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 271–286). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180912>

12

Pasientflyt og samhandling

Jon Helgheim Holte, Trond Tjerbo og Terje P. Hagen

Økt spesialisering i helsetjenesten og flere pasienter med kroniske sykdommer gjør at mange pasienter trenger oppfølging av flere tjenesteleverandører – ofte over lang tid. For å sikre at disse pasientene mottar god behandling, og at tilgjengelige ressurser utnyttes på en effektiv måte, er det viktig at samhandlingen mellom de ulike aktørene fungerer. God samhandling har imidlertid vist seg vanskelig å få til i praksis. I dette kapittelet beskrives først hvorfor samhandlingsproblemene oppstår, og hva som er alternative modeller for integrering av helsetjenestene (12.1). Et grunnleggende problem i Norge er samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi gir oversikt over hvordan pasientflyten inn til sykehusene skjer, og hvordan utskrivninger planlegges og iverksettes (12.2). Deretter følger en nærmere beskrivelse av hva samhandlingsproblemene består i, og vi viser eksempler på hvor mange kontakter en pasient med en akuttinnleggelse for KOLS har de følgende årene (12.3).

12.1 Modeller for spesialisering og modeller for integrasjon

Spesialisering i eller mellom organisasjoner er nødvendig av (minst) tre årsaker. For det første bidrar spesialisering til høyere effektivitet. Aktivitetene kan strømlinjeformes, og det kan hentes ut stordriftsfordeler i produksjonen ved at faste kostnader fordeles på flere behandlede pasienter. For det andre gir spesialiseringen muligheter for kvalitetsheving. Ved å behandle én type pasienter (f.eks. en bestemt krefttype) kan leger og sykepleiere bygge opp kunnskap om det spesifikke problemet og bidra med høyere kvalitet enn om en skulle behandle flere pasienttyper (f.eks. også pasienter med hjerteproblemer og ortopediske lidelser). For det tredje gir spesialisering bedre muligheter for innovasjon. Spesialisering bidrar til akkumulering av kunnskap og ekspertise, noe som gir grunnlag for å generere nye ideer til behandlingsopplegg og uttesting av disse gjennom godt designede forsøk. Spesialisering leder imidlertid også til et sterkere behov for koordinering.

Mer spesialisering tvinger frem samhandlingsproblemer fordi de spesialiserte enhetene eller spesialistene må koordinere seg imellom. Et sykehus kan

for eksempel bli beskyldt for ikke å se «hele pasienten», men bare det spesifikke problemet som en spesialisert avdeling er forutsatt å kunne løse. Dette kan illustreres ved at en eldre pasient med hoftebrudd blir skrevet ut fra sykehus, mens kommunen pasienten skrives ut til, ikke har fått relevant informasjon om at pasienten har svært dårlig balanse og derfor trenger tett oppfølging.

At primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i dag er lagt til ulike forvaltningsnivåer, kan gjøre at koordineringen av pasientforløpene svikter, f.eks. fordi finansieringsmodellene motiverer til å velte behandling med tilhørende kostnader over på «den andre» parten. Vi kan altså ha samhandlingsproblemer både innad i en organisasjon (innad i sykehuset eller innad i kommunen) og mellom organisasjoner (mellom primærhelsetjenesten og sykehusene).

Økonomisk og organisatorisk integrasjon

De to viktigste variablene for å forstå samhandling mellom nivåene i ulike land er økonomisk integrasjon og organisatorisk integrasjon (Shih mfl., 2008). Dersom et forsikringsselskap eller staten finansierer alle helsetjenester og koordinerer fordelingen av ressurser mellom dem direkte, kan vi si at det er full økonomisk integrasjon.

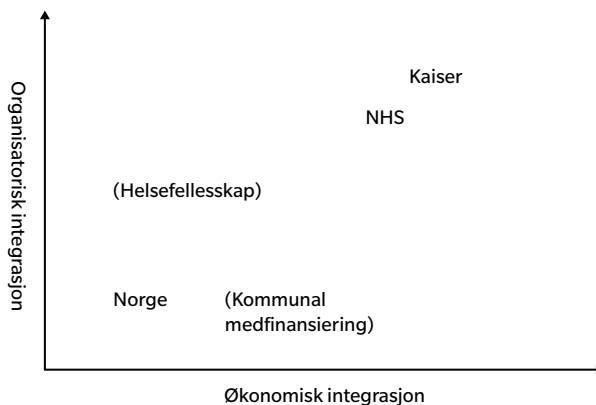
Organisatorisk integrasjon betyr at leveringen av tjenester ses i sammenheng, og at ansvaret for tjenestene ligger på samme nivå. For eksempel vil staten kunne utvikle modeller som krysser grensene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten dersom den har det organisatoriske ansvaret for begge disse tjenestene. Det kan skje ved at staten lar helseforetakene overta primærhelsetjenesten, eller ved at fylkeskommunene får ansvaret for begge tjenestene, slik modellen er i Finland.

Økonomisk og organisatorisk integrasjon er vanligvis tett sammenbundet.

Figur 12.1

Klassifikasjon av samhandlingsmodeller etter type og grad av integrasjon.

Figuren er basert på Shi mfl. (2008), med egne tillegg



Figur 12.1 viser eksempler på land og organisasjoner der det er variasjon i økonomisk og organisatorisk integrasjon i tjenestene. Den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente (KP) blir ofte brukt som et eksempel på et høyt integrert system. Kaiser er både en leverandør av forsikring og av helsetjenester. Dermed er både finansiering og organisering av tjenestene lagt til den samme aktøren, og vi kan si at det er et integrert system både finansielt og organisatorisk. Fordi integrasjonen er høy, kan de utvikle ulike organisatoriske og finansielle modeller som brukes i hele organisasjonen (og dermed også for leverandører av alle tjenester), noe som ellers ikke ville vært mulig. Det gjør også at de kan utvikle incentivbaserte styringsinstrumenter som fungerer på tvers av alle tjenester, og som kan «følge» pasienten.

Det er nærliggende å sammenlikne Norge med National Health Service (NHS) i Storbritannia. Dette er et skattebasert system (som i Norge), men midlene fordeles fra staten til forskjellige geografiske partnerskap kalt «Integrated Care Systems» (se The King's Fund (2022) for en beskrivelse av systemet). Disse har igjen styringsorgan kalt «Integrated Care Boards» (ICBer), som har det overordnede ansvaret for tjenester til befolkningen i sitt område. Formålet med dette systemet er å gjøre NHS mer integrert også organisatorisk. ICBene har ansvaret for både primær- og spesialisthelsetjenester. Dette gjør at NHS kan plasseres relativt langt nord-øst i figuren.

Helsevesenet i Norge er relativt godt integrert innenfor henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig har primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forskjellige budsjetter, og de er plassert på to ulike forvaltningsnivåer. Dette har fordeler, for eksempel ved at Stortinget kan bestemme hvor mye ressurser som kan fordeles på de ulike nivåene. Det har også ulemper, ved at det kan lede til ansvarsuklarhet om visse tjenester. Nyere reformer i det norske helsevesenet kan forstås som forsøk på å redusere disse ulempene uten å endre på de grunnleggende trekkene ved systemet. For eksempel kan kommunal medfinansiering (se kapittel 13), som ble forsøkt mellom 2012 og 2015, ses som et forsøk på å øke den økonomiske integrasjonen, mens den organisatoriske integrasjonen forble uendret. Kommunene fikk ansvaret for 20 prosent av kostnadene forbundet med innleggelser av noen grupper pasienter fra sin kommune. Formålet var å skape incentiver til forbedret pasientflyt og kostnadsreduksjoner, men altså uten å samle tjenestene på samme forvaltningsnivå.

Helsefellesskapene (se kapittel 13), som er en samarbeidsorganisasjon mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, er også et forsøk på å forbedre den organisatoriske integrasjonen uten å endre på graden av økonomisk integrasjon. Det kan forstås som et forsøk på å styrke den organisatoriske samhandlingen, men igjen uten å endre de grunnleggende trekkene ved systemet. Systemet er fortsatt ikke integrert økonomisk eller finansielt: Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar, og spesialisthelsetjenesten er statens ansvar. Det er to ulike budsjetter, to ulike forvaltningsnivåer og to ulike organisasjoner.

12.2 Pasientflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge

Vi beskriver pasientflyt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved tre faser eller prosesser:

- Innleggelsesfasen beskriver prosessen der pasienten overføres til spesialisthelsetjenesten. Dette kan skje som følge av et akutt behov for

helsehjelp som kan være avgjørende for liv og helse, eller det kan skje ved behov for elektiv eller planlagt helsehjelp, for eksempel fordi tilstanden til pasienten ikke er alvorlig nok eller bare endres sakte.

- Kommunikasjonsfasen beskriver prosessen der sykehus og kommunehelsetjenesten utveksler informasjon om pasienten.
- Utskrivningsfasen beskriver prosessen der pasienten utskrives til hjemmet eller kommunale tjenester.

Innleggesfasen

I Norge har andelen *akutte innleggelser* ved somatiske sykehus vært relativt stabil mellom 60 og 65 % i en lang periode, mens det har vært en økning i akutte innleggelser innen psykisk helsevern og TSB. Ved akutte tilfeller bestemmes behandlingsstedet i høy grad av avstander til nærmeste akutt-sykehus, og av om akuttsykehuset har de nødvendige tjenestene. Eksempelvis vil en pasient med et enkelt brudd som regel behandles ved nærmeste lokal-sykehus, mens pasienten blir sendt til et regionsykehus ved for eksempel hjerteinfarkt, slag eller større skader.

De akuttmedisinske tjenestene er viktige i denne fasen av behandlingsforløpet. Disse tjenestene består av:

- Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral) er en nød-meldesentral som svarer på det medisinske nødnummeret 113, gir råd og veiledning til innringerne og koordinerer ambulansetransporter. AMK-sentralene bestemmer hvilken type hjelp som trengs i de ulike situasjonene (ambulansebil, -båt eller -helikopter, politi, brann-/redningstjeneste og liknende), og hvilken hastegrad (prioritet) henvendelsen skal få. AMK-sentralene er bemannet av helsepersonell, vanligvis sykepleiere og ambulansearbeidere. AMK-sentralene drives av de regionale helseforetakene.
- Legevaktsentralene (LV-sentralene) formidler legevakt, hjemmesykepleie, jordmor og i noen grad ambulanser. Koordineringen av ambulansene skjer i samarbeid med AMK-sentralene. Kommunene har ansvar for LV-sentralene.
- Luftambulansesentral (LA-koordinator) er en funksjon ved en av AMK-sentralene i helseforetakene. Per dags dato er det LA-sentral i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

- Flykoordineringssentralen (FKS) er en nasjonal funksjon som ligger i Tromsø, og som koordinerer ambulansefly i hele landet. Det er medisinsk koordinerende punkt (MKP) som får bestillinger. Denne funksjonen er i Ålesund, Lørenskog og Tromsø.

Ved *elektive innleggelser eller konsultasjoner* kreves som hovedregel henvisning fra fastlegen, legevakten, private spesialister eller fra sykehusenes egne poliklinikker. I slike tilfeller vil pasienten ha rett til valg av behandlingssted, noe som innebærer at en pasient etter å ha blitt henvist kan velge hvor utredning og behandling skal skje. Ordningen gir pasienter rett til å velge mellom behandlingssteder som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. Ordningen gjelder i hele landet og for alle typer tjenester som tilbys av den offentlige helsetjenesten (se nærmere beskrivelse i kapittel 9).

Kommunikasjonsfasen

Etter at sykehusbehandlingen har startet, gjør sykehuset en vurdering av om pasienten har behov for tjenester fra kommunen etter utskrivning. Kommunale tjenester omfatter i denne sammenheng hjemmesykepleie, praktisk bistand, psykiske helsetjenester, sykehjem/helsehus, kreftkoordinator og demenskoordinator. Dersom dette er tjenester det er behov for, etableres en kommunikasjonsprosess mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, der en avklarer tidspunkt for utskrivning og hvilke tjenester pasienten bør få fra kommunen.

Kommunikasjonsprosessen skjer i form av meldingsutveksling mellom sykehuset (ofte en sengeavdeling) og kommunen (sykepleietjenesten eller Inntakskontoret). «Melding om utskrivningsklar pasient» sendes når pasienten er utskrivningsklar, og når pasienten har eller skal ha helsetjenester fra kommunen. Meldingen besvares av kommunen med tilbakemelding på utskrivningsklar pasient og tidspunkt for når kommunen kan ta imot pasienten. Dersom kommunen ikke er klar til å ta imot pasienten når den meldes utskrivningsklar, må kommunen betale en avgift til sykehuset. Avgiften bestemmes av en sats per dag utover tidspunktet for når pasienten er definert som utskrivningsklar. I 2025 var satsen kr. 5981 per dag.

Utskrivningsfasen

Ved utskrivning kobles de prehospitale tjenestene på nytt inn. Ofte vil det da være tale om pasienttransport. Transporten kan i en del tilfeller skje ved ambulanse, men like viktig er drosjer, Helseekspressen og offentlige eller private transportmidler, for eksempel av pårørende.

12.3 Samhandlingsproblemer

I høyspesialiserte helsesystemer med sterk grad av funksjonsdeling – slik som det norske – er det viktig at de ulike delene (tjenestene) henger godt sammen. Dette forutsetter kanaler for informasjonsdeling, forum for dialog og en tydelig ansvarsdeling som sikrer at pasientene gis helhetlige helsetilbud. Det er bred politisk og faglig enighet om at de sentrale helsepolitiske målene om høy kvalitet og kostnadseffektivitet ikke kan oppnås uten velfungerende samhandling, både på mikronivå (samarbeid mellom helsepersonell knyttet til enkeltpasienter) og på høyere nivå (samarbeid mellom profesjonsgrupper og organisasjoner knyttet til strategisk planlegging og utvikling av tjenestetilbud) (Auschra, 2018; Meld. St. 9 (2023–2024); NOU 2023:8; Valentijn mfl., 2013). I praksis har det imidlertid vist seg vanskelig å veve de forskjellige delene i helsevesenet sammen på en god måte.

Samhandlingsreformen av 2012 omfattet en rekke tiltak for å sikre god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Etter hvert har det også blitt lagt mer vekt på behovet for å bedre samhandlingen innad i sykehus og innad i kommunehelsetjenesten (Meld. St. 11 (2015–2016); Meld. St. 26 (2014–2015)). Likevel viser forskning og en serie med evaluerings- og tilsynsrapporter fra det siste tiåret at samhandlingen på mange områder fortsatt fungerer dårlig (Helsetilsynet, 2016; Helsetilsynet, 2019; Leonardsen, 2021; Norges forskningsråd, 2016; NOU 2023:8; Riksrevisjonen, 2017; 2018; Rødal mfl., 2020; Rohde mfl., 2020).

På mikronivå rapporteres det at helsepersonell i møte med pasienter ofte ikke har tilgang til all nødvendig *informasjon* (f.eks. medikamentbruk, diagnoser, funksjon) (NOU 2023:8). Dette kan hindre dem i å ta veloverveide beslutninger om behandling, eller det kan tvinge dem til å bruke tid på å hente

inn tilleggssopplysninger. Videre rapporteres det at helsepersonell i ulike virksomheter med fordel kunne hatt mer *dialog/tettere samarbeid* om hvordan de i fellesskap kan gi best mulig behandling for enkeltpasienter (NOU 2023:8). I det følgende sitatet forklarer en fastlege hvordan forsinkelser og brudd i informasjonsoverføring på tvers av sykehus og innad i kommunehelsetjenesten skaper kluss i den første tiden etter at pasienter skrives ut fra sykehus.

Det at fastlege ikke får utskrivningsnotat – ikke får melding om hva som har skjedd med pasienten er svært uheldig og kan føre til forsinkelser når det gjelder å iverksette endringer og oppfølgingskontakt. Det hender epikrise kommer etter noen uker og at det der står at pasienten skulle vært til kontroll hos fastlege etter en uke for eksempel. Ofte har ikke hjemmetjenesten iverksatt tiltak rundt dette, og legen har ikke informasjonen. Generelt ønsker legene tettere kontakt med pleie- og omsorgstjenesten. PLO-meldinger fra hjemmesykepleien til lege inneholder ikke alltid informasjon (Hentet fra Helsetilsynet (2016)).

I Norge er det spesielt krevende å få til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, der avstanden i strukturelle, økonomiske og kulturelle forhold er størst. Riksrevisjonen har for eksempel vist at fastleger og sykehusleger ikke samarbeider godt nok om henvisningene i innleggelsesfasen (Riksrevisjonen, 2018), og Helsetilsynet har dokumentert alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune i utskrivningsfasene (Helsetilsynet, 2016). Samtidig meldes det også om utfordringer knyttet til informasjonsutveksling, kommunikasjon og uklare ansvarsforhold internt *innenfor* de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og på tvers av og innad i sykehus (Helsetilsynet, 2019; Leonardsen, 2021).

På høyere nivå har de lovpålagte samarbeidsavtalene, som ble innført med samhandlingsreformen, bidratt til å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og sykehusene (NOU 2023:8). Avtalene har også bidratt til å veve de to nivåene tettere sammen. Samtidig har det fra kommunens side blitt framhevet at avtalene ikke alltid etterleveres i praksis, og at maktbalansen i kommune-sykehus-relasjonen oppleves som ujevn, siden sykehusene har den endelige beslutningsmyndigheten, f.eks. om når pasienter skal defineres som utskrivningsklare (Rødal mfl., 2020). I sykehusmeldingen

for 2020–2023 blir det framhevet at samhandlingen mange steder preges av at sykehus og kommuner opptrer som *parter* i en meglingssituasjon. Da søker de å finne fram til løsninger for å dele ansvar og avklare økonomiske konsekvenser, framfor å opptre som *partnere* som i fellesskap søker å utvikle gode tjenestetilbud og samhandlingsmodeller som sikrer at de samlede ressursene anvendes på en best mulig måte (Meld. St. 7 (2019–2020)). Helsefellesskapene har blitt introdusert og er i ferd med å etableres nettopp for å løse disse utfordringene og bedre samhandlingen på alle nivåene i helsevesenet.

Hvilke pasienter rammes?

Samhandlingsproblemene i helsevesenet rammer først og fremst pasienter som har behov for oppfølging av flere tjenestetilbydere, innad i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenestene, over lengre tid. Blant disse pasientene er det særlig de som *ikke* har kapasitet (evne/ressurser) til å manøvrere i det kompliserte nettverket av tjenester på egen hånd eller med assistanse fra andre (familie/venner), som opplever negative hendelser som følge av mangelfull samhandling.

Særlig fire pasientgrupper er spesielt utsatt for å bli rammet av samhandlingsproblemer (NOU 2023: 8). Disse bør derfor prioriteres særskilt når kommunen og sykehusene i fellesskap skal utvikle det fremtidige tjenestetilbudet: 1) Barn og unge, 2) Personer med flere kroniske tilstander, 3) Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og 4) eldre med skrøpeligheit.

Hva er konsekvensene?

Det er godt dokumentert at mange pasienter med sammensatte tjenestebehov opplever frustrasjon og utrygghet fordi de ulike tjenestene ikke henger sammen på en god måte. Konkret kan dette for eksempel handle om at pasienter eller deres pårørende opplever det som krevende å manøvrere i nettverket av ulike tilbydere (informasjonsinnhenting, timebestilling, transport osv.). Det kan også oppleves frustrerende at de gjentatte ganger må fortelle om sin sykehistorie og situasjon til forskjellige tjenestetilbydere som ikke har tilgang til de samme journalopplysningene. En undersøkelse gjennomført i regi av Helsedirektoratet viser at foreldrene til barn med alvorlig sykdom

i snitt brukte om lag 19 timer i uken på å lete etter relevant informasjon og koordinere tjenester til barnet.

Anekdotisk meldes det fra mange hold at samhandlingsproblemene ikke bare påvirker pasienttilfredsheten, men også har en negativ effekt på en rekke andre, mer objektive utfallsmål, slik som for eksempel feilmedisinering, unødvendige sykehusinnleggelser, overbehandling, dødelighet og kostnader. Mangelfull informasjonsutveksling om medikamentbruk har blitt framhevet som et særlig sårbart område, med risiko for feilmedisinering som i verste fall kan få fatale følger for pasienter (Helsetilsynet, 2016). Denne typen uønskede effekter kan for eksempel oppstå som følge av manglende kommunikasjon eller svikt i informasjonsoverføring mellom siloorganiserte helsetjenester (der ingen ser helheten og summen av hvert enkelt behandlingstilbud i verste fall kan skade pasienten). Effektene kan også henge sammen med spredt lokalisering av tjenestetilbud, som tvinger svært sårbare pasienter til å reise mye rundt omkring.

Det er utfordrende å måle og talfeste hvilken effekt samhandlingsproblemene har på denne typen utfallsmål, men en serie med tilsyns- og evalueringsrapporter konkluderer med at samhandlingsproblemene gir økt risiko for svikt i pasientbehandling og dårlig ressursutnyttelse (Helsetilsynet, 2016, 2019; NOU 2023: 8; Riksrevisjonen, 2017, 2018). I forskningslitteraturen finnes det også flere studier som viser at fragmentert helsetjenestebruk er assosiert med pasientens helseutfall og kostnader (Joo, 2023; Prior mfl., 2023). I denne litteraturen måles ikke kvaliteten på samhandlingen direkte, men studiene viser at det ofte går dårligere med pasienter som har oppstykkete pasientforløp, som involverer kontakt med mange forskjellige behandlere, sammenliknet med de som forholder seg til færre behandlere.

Hvorfor er det vanskelig å få til god samhandling?

Problemet med manglende samhandling er, som nevnt, ikke unikt for Norge. I nær sagt alle vestlige land med moderne og høyspesialisert helsevesen rapporteres det om liknende problemer knyttet til informasjonsutveksling, kommunikasjon og uklare ansvarsforhold. Dette gjelder også i helsesystemer med høyere grad av formell integrasjon. På samme måte som i Norge er det i en rekke andre land gjennomført omfattende reformer for å bedre samhandlingen, uten at det har resultert i en umiddelbar løsning på problemene.

Det finnes mange ulike forklaringer på hvorfor det er krevende å veve de forskjellige helsetjenestene sammen på en god måte. I den såkalte regnbu-modellen for samhandling skiller Valentijn mfl. (2013) mellom *funksjonell integrasjon* (definert som tekniske hjelpemidler for å oppnå integrasjon på de forskjellige nivåene i helsesystemet – det handler for eksempel om å sikre at systemer for informasjonsdeling og finansiering understøtter samhandling) og *normativ integrasjon* (definert som ikke-tekniske hjelpemidler for integrasjon – det handler for eksempel om å sikre at ansatte i ulike virksomheter har felles visjon, mål og kulturell forståelse). Det første omtales som «the hard stuff», og det andre som «the soft stuff». I modellen framheves det at begge deler er avgjørende for at man skal lykkes med å skape integrerte helsetjenester (Agency for Clinical Innovation, 2016; Valentijn mfl., 2013).

Når det gjelder *funksjonell* integrasjon, har det blitt framhevet at både *systemet for informasjonsutveksling og finansiering av helsetjenestene i Norge* fungerer som barrierer mot velfungerende samhandling. Sykehusutvalget understreker for eksempel at det haster med å få på plass IKT-løsninger som muliggjør informasjonsdeling (særlig for medikamenter) og dialog mellom alle de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Helt siden visjonen om en En innbygger – én journal ble lansert for over ti år siden (Meld. St. 9 (2012–2013)), har det blitt jobbet med å utvikle velfungerende IKT-løsninger for samhandling. Flere løsninger er under utprøving nå, eks. Helseplattformen og Pasientens Legemiddelliste (PLL), men det er fortsatt ikke etablert et ferdig utviklet nasjonalt system som understøtter samhandling mellom helsepersonell på tvers av alle de forskjellige helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:8).

Finansieringssystemet, med separate budsjetter for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, har blitt pekt på som en av hovedårsakene til at samhandlingen mange steder preges av at helseforetak og kommuner opptrer som parter framfor partnere (NOU 2023:8). Som påpekt i NOU 2023:8 kan dette bidra til at tiltak som gir gevinster for sykehus og kostnader for kommuner, eller omvendt, ikke blir gjennomført, selv om de ut fra en helhetlig vurdering av nytte og kostnader burde ha blitt iverksatt. Det kan for eksempel være en risiko for at sykehusene ikke prioriterer tiltak som potensielt kunne bidratt til å redusere behovet og kostnadene for pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Motsatt er det en risiko for at kommunen ikke prioriterer tiltak som potensielt kunne bidratt til å hindre sykehusinnleggelser. Mer konkret meldes det om at betalingsmodellene for de ulike tjenestene hindrer eller

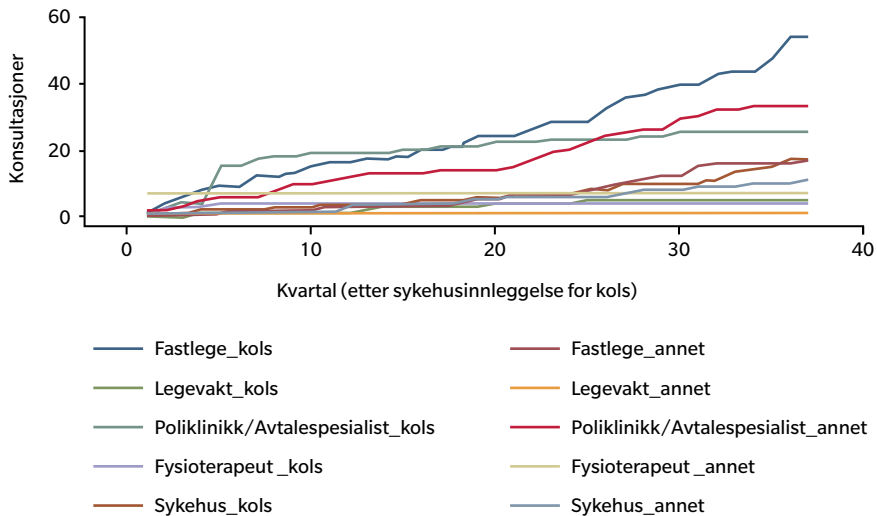
vanskeliggjør implementeringen av nye samhandlingsløsninger med dokumentert positiv effekt (eks. tverrsektorielle team og gjensidig konsultasjon). Med bakgrunn i dette foreslo Sykehusutvalget nylig å innføre det de kaller «samhandlingsbudsjetter», noe som er under utprøving i Helse Nord RHF fra 2025.

Komplekse tjenestereiser over lengre tid

Selv om det er allment kjent at mange av pasientene med sammensatte tjenestebehov benytter tjenester fra mange ulike tilbydere over lang tid, og at samhandlingsproblemer har negativ effekt på pasienttilfredshet og -utfall og kostnader, finnes det få studier som viser hvordan tjenestebruken til pasienter med sammensatte tjenestebehov utvikles over lengre tid i det virkelige liv. Dette undersøkes for tiden i Norge som en del av det pågående forskningsprosjektet INOREG (Moger mfl., 2023).

De foreløpige resultatene fra denne studien, som setter søkelys på pasienter med KOLS eller MSD som en av ofte flere diagnoser, viser stor variasjon i tjenestebruken blant pasienter med like diagnoser. Resultatene viser også at for pasientene med omfattende tjenestebruk er hver tjenesteprofil som oftest helt unik. Figur 12.2 illustrerer hvordan tjenesteprofilen til en reell pasient med flere samtidige lidelser utvikles etter en akutt sykehusinnleggelse for KOLS og fram til pasientens død 9 år senere.

I løpet av denne perioden har pasienten, i relasjon til sin KOLS-sykdom, hatt 53 konsultasjoner hos fastlege, 25 polikliniske kontakter, 18 sykehusinnleggelser, 5 konsultasjoner på legevakt og 4 konsultasjoner hos fysioterapeut. I tillegg har pasienten for andre helseplager hatt 17 kontakter hos fastlege, 22 besøk ved poliklinikk, 11 kontakter hos avtalespesialist, 11 sykehusinnleggelser, 7 konsultasjoner hos fysioterapeut og ett besøk ved legevakt. Figuren viser hvordan disse kontaktene fordeles utover tidsperioden. I tillegg har pasienten mottatt kommunale pleie- og omsorgstjenester i store deler av denne perioden.

Figur 12.2*Antall konsultasjoner av ulike typer etter innleggelse for KOLS*

Dette eksempelet illustrerer hvordan enkelte pasienter må forholde seg til svært mange forskjellige behandlere innad i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenestene. Over lengre tid må de manøvrere i et komplekst nettverk av tilbydere for forskjellige – og ofte relaterte – helseplager. Det er uklart om akkurat denne pasienten på noen måte ble «rammet» av samhandlingsproblemer. Likevel viser eksempelet hvor omfattende og kompleks tjenestebruk enkelte pasienter kan ha over tid, og det er godt dokumentert at dårlig samhandling har uheldige konsekvenser for en del av disse pasientene. Reformene og tiltakene for samhandling, som beskrives nærmere i det neste kapittelet, tar sikte på å bedre situasjonen for denne typen pasienter.

12.4 Oppsummering

Samhandlingsutfordringene oppstår som konsekvens av spesialisering og organisatorisk fragmentering mellom forvaltningsnivåer. Spesialisering er nødvendig for effektivitet, kvalitet og innovasjon, men skaper samtidig utfordringer for koordineringen. Organisatorisk fragmentering kan forsterke disse utfordringene.

Vi skiller mellom økonomisk integrasjon (koordinert finansiering) og organisatorisk integrasjon (samlet ansvar for tjenester). Norge har lav grad av begge typer integrasjon sammenliknet med systemer som Kaiser Permanente (USA) eller NHS i Storbritannia. Norske reformer som kommunal medfinansiering og helsefellesskap representerer forsøk på å øke integrasjonen, samtidig som grunnstrukturen beholdes.

Pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjeneste kan beskrives i tre faser: innleggelsesfasen (60–65 % akutte innleggelser), kommunikasjonsfasen (meldingsutveksling om utskrivningsklare pasienter) og utskrivningsfasen (koordinering av transport og oppfølging). Systemet inkluderer også komplekse aktører som AMK-sentraler, legevaktsentraler og transporttjenester.

Til tross for Samhandlingsreformen i 2012 fungerer samhandlingen fortsatt dårlig på mange områder. På mikronivå mangler helsepersonell ofte nødvendig informasjon om pasienter, og kommunikasjon på tvers av organisasjoner svikter. På makronivå opplever kommuner og sykehus seg som «parter i en meglingssituasjon» snarere enn partnere. Særlig utsatte pasientgrupper er barn og unge, personer med kroniske tilstander, personer med psykiske lidelser/rusproblemer og skrøpelige eldre.

Samhandlingsproblemer fører til pasientfrustrasjon, risiko for feilmedisinering, unødvendige innleggelser og økte kostnader. Problemene skyldes både funksjonell integrasjon («hard stuff» – IT-systemer og finansiering) og normativ integrasjon («soft stuff» – kultur og felles forståelse). Separate budsjetter for kommune- og spesialisthelsetjeneste skaper økonomiske insentiver som motvirker samarbeid.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 12

1. Analyser forholdet mellom spesialisering og samhandlingsproblemer i helsevesenet. Hvorfor er spesialisering nødvendig, og hvilke utfordringer skaper spesialiseringen i et pasientforløp?
2. Sammenlign Norge med Kaiser Permanente og NHS ved hjelp av figur 12.1. Hvilke fordeler og ulemper har de ulike gradene av økonomisk og organisatorisk integrasjon?
3. Beskriv de tre fasene i pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Hvor i prosessen oppstår de største samhandlingsutfordringene, og hvorfor?
4. Diskuter hvorfor separate budsjetter for kommune- og spesialisthelsetjeneste skaper samhandlingsproblemer. Gi konkrete eksempler på hvordan dette påvirker beslutninger om pasientbehandling.
5. Analyser de fire særlig utsatte pasientgruppene for samhandlingsproblemer. Hvilke felles kjennetegn har disse gruppene, og hvorfor er de ekstra sårbare?
6. Analyser KOLS-pasientens tjenestereise i figur 12.2. Hvilke samhandlingsutfordringer kan identifiseres, og hvordan kunne disse vært adressert?
7. Kritisk vurdering: Er det mulig å løse samhandlingsproblemene uten større strukturelle endringer i det norske helsevesenet? Vurder fordeler og ulemper ved ulike integrasjonsmodeller.