

Tjerbo, T., Holte, J. H. & Hagen, T. P. (2026). Reformen i samhandlingen. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 287–305). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180913>

13

Reformer i samhandlingen

Trond Tjerbo, Jon Helgheim Holte og Terje P. Hagen

Gjennom samhandlingsreformen av 2012 ble det iverksatt flere tiltak for å bedre samhandlingen mellom kommunene og sykehusene, herunder kommunal medfinansiering av innleggelser ved sykehusene, kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og etablering av øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD eller KAD). Vi beskriver endringene og viser hvilke effekter de viktigste tiltakene hadde (13.1).

Effektene av de ulike virkemidlene var varierende. Et fellestrekk ved tiltakene var imidlertid at de ledet til større belastning på kommunene. I forlengelse av reformen ble det derfor tatt flere initiativer som beskrives videre i kapittelet: nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp (13.2), Helsefelleskapene (13.3) og en rekke lokale initiativer, der særlig det som kalles Pasientsentrerte helsetjenesteteam i Tromsø har interesse (13.4).

Det er økende diskusjon om samhandlingsproblemene også i andre nordiske land. Vi gir oversikt over denne diskusjonen avslutningsvis i kapitlet (13.5).

13.1 Samhandlingsreformen av 2012

Med iverksettelsen av Samhandlingsreformen fra 2012 fikk kommunene en mer framtrædende rolle i helsetjenestene. Særlig fire virkemidler ble benyttet for å stimulere kommunene til økt innsats i forebygging, tidlig intervensjon og på andre måter å etablere alternativer til bruk av spesialisthelsetjenester:

1. En egen lov om folkehelsearbeid definerte et klarere ansvar på kommunene for forebygging,
2. etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD/ KAD) skulle bidra til å hindre innleggelse av eldre pasienter,
3. kommunal medfinansiering av innleggelser og konsultasjoner ved sykehusene skulle motivere kommunene til å utvikle andre alternativer til bruk av sykehus og
4. betaling for utskrivningsklare pasienter skulle stimulere kommunene til å ta hjem disse pasientene raskere.

I tillegg til disse virkemidlene som var rettet direkte mot kommunene, ble det utviklet et avtaleverk mellom kommunene og helseforetakene med mål om å forbedre samhandlingsrutinene. Hva ble effekten av de ulike tiltakene?

Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering (KMF) var et av de viktigste virkemidlene i Samhandlingsreformen. KMF innebar at kommunene ble belastet for en andel av behandlingskostnadene i spesialisthelsetjenesten, og hadde som formål å gi kommunene insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusbehandling og til å satse mer på forebygging. Ordningen ble implementert fra 1. januar 2012 og regulert i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR 2011-11-18 nr 1115), kapittel 2:

Kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringsplikten gjelder ikke for innleggelser og polikliniske konsultasjoner gruppert til diagnoserelaterte grupper med følgende hovedinnhold a) kirurgiske inngrep, b) fødsler, c) behandling av nyfødte barn, d) behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler.

Medfinansieringen omfattet med andre ord medisinske diagnoser. Medfinansieringsandelen ble satt til 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng, men skulle ikke overstige mer enn 20 prosent av inntil fire DRG-poeng for ett enkeltopphold. Gjennom KMF-ordningen fikk kommunene overført ca. fem milliarder kroner per år fra sykehusenes budsjetter.

Tanken bak kommunal medfinansiering er at når en innleggelse har en kostnad, vil kommunen vurdere å bruke egne tjenester framfor å legge inn pasienten ved et sykehus. Danmark innførte en ordning tilsvarende kommunal medfinansiering fra 2007. Den danske ordningen er mangelfullt evaluert, men analysene som finnes, for eksempel Vrangbaek og Sorensen (2013), klarte ikke å dokumentere effekter av ordningen.

I Norge ble tiltaket evaluert av Askildsen mfl. (2016). Konklusjonene var at analysene ikke ga indikasjon på at kommunal medfinansiering reduserte

forbruket av medisinske spesialisthelsetjenester. Tvert imot fant en i noen av analysene indikasjoner på at tiltaket påvirket medisinsk behandling positivt, altså økte forbruket. I de fleste tilfeller var imidlertid disse effektene så små at de ikke kunne regnes som økonomisk signifikante. En mulig årsak til svake effekter kan være at tiltaket ikke treffer dem som tar de relevante beslutningene om behandling. Gitt den faktiske beslutningsstrukturen i helsetjenesten er det god grunn til å tro at det er tilfellet, siden det er kommunen som betaler prisen for en innleggelse, mens innleggelsen besluttes av fastlegen eller legevakten. Ordningen med KMF ble opphevet fra 1.1. 2015.

Betaling for utskrivningsklare pasienter

Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten ble innført som et ledd i samhandlingsreformen fra 1. januar 2012. Ordningen er regulert i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR 2011-11-18 nr 1115), kapittel 3 (§ 7-15):

Når en pasient legges inn på sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. Viser vurderingen at pasienten kan ha behov for slik hjelp, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart på varselet om utskrivningsklar pasient.

Som ledd i reformen overførte staten rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til kommunene, slik at kommunene kunne etablere tilbud til disse pasientene. Kommunene betalte i 2012 4 000 kroner per døgn for pasienter som ble definert som utskrivningsklare, men ikke utskrevet. Betalingssatsen er senere justert med prisstigningen og var i 2024 kr 5745 per døgn.

Det ble tidlig vist at den nye betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter var assosiert med reduserte liggetider for pasientene som ble meldt

utskrivningsklare (Hagen mfl., 2013). Avhengig av analysemetodene ble tiden fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble skrevet ut, redusert med 3,4–3,9 dager. Reduksjonen var særlig stor for eldre pasienter, for eksempel pasienter med hoftebrudd.

Betrakter en betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter isolert, vil hypotesen under bestemte forutsetninger være at reinnleggelsene øker fordi pasientene skrives ut tidligere, og liggetiden dermed går ned. I forbindelse med implementeringen av Samhandlingsreformen kan en imidlertid argumentere for at kommunene forventer høyere pleiebelastning som følge av kortere liggetider ved sykehusene. Kommunene kan da tilpasse seg ved å øke innsatsen i omsorgstjenestene, slik de også har fått ressurser til. Beck Olsen & Hagen (2015) finner i den sammenheng at det skjer en generell økning i årsverksinnsatsen i kommunenes pleie- og omsorgstjenester etter innføringen av Samhandlingsreformen. Dette har blant annet ledet til økning i legeressursene i sykehjem, økning i antall korttidsopphold i sykehjem og økning i antall pasienter som får hjemmesykepleie. Som følge av dette er det ikke a priori klart at en eventuell reduksjon i liggetidene etter 2012 leder til flere akutte reinnleggelser.

Melberg og Hagen (2016) gir en nærmere analyse av både akutte reinnleggelser og dødelighet som følge av reformen. Konklusjonene var at det ikke skjedde endringer i reinnleggingsratene som følge av Samhandlingsreformen, men at det ble observert en generell trend i retning høyere reinnleggingsrater i analyseperioden (2009–2015). Denne trenden har fortsatt senere. Det ble heller ikke funnet effekter av Samhandlingsreformen på dødeligheten, verken generelt eller for utvalgte diagnoser (forfatterne undersøkte spesielt slag, hoftebrudd, hjertesvikt og KOLS/astma).

Øyeblikkelig hjelp døgneheter (ØHD/KAD)

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011 skal kommunene tilby døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Planen var at alle kommuner skulle ha et slikt tilbud, kalt kommunale øyeblikkelig hjelp døgneheter eller kommunale akutte døgneheter, fra 1. januar 2016. I etableringsperioden fikk

kommunene overført midler etter hvert som tilbudene ble etablert. Halvparten av midlene ble gitt som øremerkede tilskudd fra staten ved Helsedirektoratet. Den andre halvparten ble overført fra de regionale helseforetakene til kommunene. I fortsettelsen benytter vi forkortelsen ØHD om disse enhetene.

Målet med ØHD-ene var at tilbudet skulle bidra til å avlaste sykehusene for øyeblikkelig hjelp-innleggelser (Helsedirektoratet, 2014). Loven legger ikke føringer for hvilke pasientgrupper det kommunale tilbudet skal opprettes for, men visse retningslinjer er gitt gjennom Helsedirektoratets veileder. Eksempelvis kan dette være pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS og diabetes, eller pasienter med behov for medikamentjusteringer.

ØHD-modellen har paralleller internasjonalt og i Norge. England har lenge hatt såkalte «community hospitals» (Heaney mfl., 2006). Flere land har eksperimentert med intermediære enheter. Intermediære enheter har imidlertid primært vært orientert mot rehabilitering etter sykehusopphold, og ikke mot å hindre innleggelser (Garasen mfl., 2008; Melis mfl., 2004). I Norge har vi lenge hatt sykestuer i små kommuner med lange avstander til sykehus i Finnmark, og tidligere også i Nordland (Aaraas, 1995). Sykestuemodellen ligger nært ØHD-modellen når det gjelder målsettinger, men er ikke etablert i større, sentrale kommuner. Hallingdal sjukestugu (HSS) er også langt på vei basert på den samme tenkningen som ØHD-ene, ved at et av målene er å redusere bruken av kostbare sykehustjenester (Lappegard & Hjortdahl, 2012, 2014). HSS er imidlertid drevet i regi av Vestre Viken HF og ikke av kommunene. HSS har også innslag av spesialisthelsetjenester, i og med at Vestre Viken driver poliklinikk i lokalene.

Reduserer så innføring av ØHD-ene innleggelsene ved somatiske sykehus? Spørsmålet er analysert av Swanson mfl. (2014), Swanson mfl. (2015) og Hagen & Tjerbo (2023b). Konklusjonene er at innføring av ØHD-ene reduserte antall akuttinnleggelser for pasienter over 80 år ved indremedisinske avdelinger med 2–3 %. Effekten var størst i kommuner der ØHD-ene hadde god legeberedskap (lege på vakt 24/7) eller var samlokalisert med legevakt (3 %). Det var videre primært de folkerike kommunene som hadde lege på vakt 24 timer sju dager i uken og/eller ØHD-er som var samlokalisert med legevakt. Det var også i kommuner med innbyggertall over 5000 en fant effekter av ØHD-ene på antallet innleggelser.

At et godt tilbud av legeressurser ved ØHD-ene er viktig for bruken av ØHD-ene, er observert i andre studier, for eksempel Skinner (2015a). God legedekning ved ØHD-ene gjør at innleggende leger får tiltro til kvaliteten i ØHD-ene, og at ØHD-ene dermed i høyere grad enn ellers benyttes som erstatning for sykehus. At en finner effekter av ØHD-ene i kommuner med folketall over 5000 innbyggere, kan reflektere at småkommunene, som gjerne ligger lengre fra sykehusene, i utgangspunktet har hatt lavere reinnleggelsesrater enn kommuner som ligger nærmere sykehus. Det kan også ha sin årsak i at de små kommunene tidligere har hatt ordninger som likner på ØHD-ene, for eksempel forsterkede sykehjemsplasser (Grimsmo & Løhre, 2014).

Oppsummering

Effektene av de ulike virkemidlene har altså vært varierende. KMF hadde ingen dokumenterte effekter og ble raskt avviklet. ØHD-ene hadde effekter som forventet, men er likevel omstridde i kommunene i dag, primært som følge av at plassene er dyre i drift. Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter reduserte liggetidene uten at det skjedde økninger i dødeligheten og reinnleggelsesratene. Ordningen har imidlertid ført til stor belastning på kommunenes pleie- og omsorgstjenester, særlig etter at ordningen også ble innført for psykisk helsevern og TSB fra 2018. Den økte belastningen på kommunene har avfødt flere initiativer som beskrives kort i det følgende.

13.2 Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp

For å støtte kommuner og helseforetak i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet, samt å sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester, ble satsingen Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp gjennomført i perioden 2014–2023 (KS & FHI, 2022; Melby mfl., 2024). Prosjektet ble utviklet og iverksatt i samarbeid mellom KS og FHI, med finansiering fra HOD, for å realisere flere mål (Tabell 13.1).

Tabell 13.1

Målene i læringsnettverk for gode pasientforløp

Effektmål	Brukeren/pasienten opplever å være likeverdig partner i utarbeidelsen av sitt pasientforløp. Pasientens helsetjeneste i kommuner og sykehus er systematisert i helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp. Kommuner og sykehus arbeider kontinuerlig med å bedre overgangene i pasientforløpet. Helsefremmende mestring er sentralt i arbeidet med gode pasientforløp i kommunene og sykehus. Kommuner og sykehus samarbeider som partnere om det gode pasientforløpet.
Resultatmål	Alle pasienter/brukere har systematisk oppfølging i sitt pasientforløp (basert på Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)-modellen). Tidlig intervensjon, forebygging og helsefremmende mestring er satt i system. Samvalg og personsentrert tilnærming er en naturlig del av pasientforløpet. Alle pasienter/brukere blir kartlagt og fulgt opp ut fra «hva er viktig for deg?»-skjemaet. Fastlegens rolle er integrert i pasientforløpet. Ledere etterspør resultater fra gode pasientforløp.

Kilde: Melby mfl., 2024.

Det har blitt etablert flere læringsnettverk over hele landet. Hvert læringsnettverk har blitt satt sammen av kommuner og helseforetak fra samme region, og organisert som et prosjekt med varighet på 18 måneder. Sluttevalueringen av prosjektet konkluderer med at det er liten tvil om at satsingen har satt forbedring av – og samarbeid om – overganger i pasientforløp på kartet (Melby mfl., 2024). Evalueringen avdekker flere eksempler på at satsingen, enten indirekte eller direkte, har forbedret tjenestetilbudet. Det gir en indikasjon på at det er flere tilfeller der arbeidet har medført bedre og mer sømløse overganger. Forskerne kan imidlertid ikke fastslå at satsingen faktisk har medført bedre tjenesteoverganger hos de som har deltatt i læringsnettverk. De peker på at den eksisterende samhandlingskulturen ser ut til å ha vært en sentral faktor for hvorvidt man har fått til et velfungerende samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Det vil si at de ser ut til å ha lyktes best i områder der det allerede var etablert en god samhandlingskultur før satsingen ble innført. Rapporten er tydelig på at det gjenstår mye arbeid før utfordringene knyttet til samhandling

og det å klare å tilrettelegge for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp er ferdig løst (Melby mfl., 2024).

13.3 Helsefellesskapene

Helsefellesskapene er et forsøk på å løse samhandlingsutfordringer uten å endre de grunnleggende organisatoriske og finansielle rammene for helse-tjenesten. Det er noen likhetstrekk mellom helsefellesskapene og Integrated Care Systems (ICS) i NHS. Både ICS og Helsefellesskapene legger vekt på lokal tilpasning, pasientsentrert fokus og forebygging. I motsetning til NHS er det norske helsevesenet ikke et integrert system, og dette legger begrensninger på potensialet i Helsefellesskapene. Uten en felles økonomi og felles organisering er det vanskelig å gjøre store forbedringer og endringer i pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prinsippene de norske Helsefellesskapene bygger på er (jf. KS og Helse- og omsorgsdepartementet, 2024):

- En tydeligere samarbeidsstruktur med en tredelt struktur (partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg og faglig samarbeidsutvalg).
- Økt samordning mellom kommuner. Dette vil gjøre det mulig for kommunene å stå mer samlet i møter med helseforetaket.
- Bedre beslutningsprosesser. De formelle rammene endres ikke. Det norske systemet er ikke et integrert system. Likevel er KS og staten enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger.

Følgende grupper skal prioriteres: Barn og unge, personer med psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og kronikere.

De norske Helsefellesskapene kan føre til økt fokus på samhandling og videreutvikling av tjenester. På grunn av mangelen på integrasjon er det likevel klare begrensninger ved modellen. Så lenge tjenestene tilbys av ulike forvaltningsnivåer, er det lite sannsynlig at Helsefellesskapene vil kunne føre til endringer utover å løse rene koordineringsspørsmål der begge parter ser seg tjent med løsningen.

13.4 Lokale samhandlingsmodeller

Samhandlingsreformen, Helsefelleskap og Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp har blitt introdusert fra sentralt hold («ovenfra»), med intensjon om å løse de grunnleggende samhandlingsutfordringene i helsevesenet. Målet har vært å legge til rette for at det skal være mulig å etablere velfungerende samhandlingsmodeller lokalt, uten hindring fra IKT, økonomiske, juridiske eller organisatoriske barrierer. Parallelt med at disse nasjonale reformene og tiltakene har blitt introdusert, har det blitt iverksatt mange lokale prosjekter som på ulike måter tar sikte på å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner. En nasjonal kartleggingsundersøkelse fra 2020 viser at det finnes om lag 140 prosjekter i Norge som kommunen og sykehusene selv mener at kan fungere som eksempler på gode samhandlingsmodeller (Rohde mfl., 2020). Det reelle antallet er antageligvis enda høyere siden flere kommuner og sykehus ikke svarte på undersøkelsen. Flere av disse prosjektene springer ut fra deltakelsen i Nasjonale læringsnettverk og har blitt iverksatt som en respons på samhandlingsreformen.

De fleste prosjektene kan best karakteriseres som utviklingsprosjekter. Her justerer man kursen underveis gjennom prøving og feiling, og søker å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner – framfor å innføre en fiks ferdig samhandlingsmodell for å oppnå klart definerte mål (Rohde mfl., 2020). For øvrig er det stor variasjon i hvordan disse prosjektene har blitt innrettet. For eksempel har noen prosjekter blitt rettet mot bestemte målgrupper (multimorbiditet, eldre, yngre, psykisk helse og rus, demens, gravide osv.), mens andre prosjekter tar sikte på å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner på et mer overordnet nivå – uten å definere en bestemt målgruppe for prosjektet. Noen prosjekter er brede, i den forstand at mange forskjellige aktører både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (og i enkelte tilfeller også andre tjenester, eks barnevern) har blitt involvert. Andre prosjekter er avgrenset til å omfatte noen få aktører – og det er nok det vanligste. Finansieringen har i noen tilfeller blitt dekket med prosjektmidler, for eksempel samhandlingsmidler fra de regionale helseforetakene. I andre tilfeller har samhandlingsmodellene blitt finansiert innenfor ordinære budsjetter, enten ensidig fra sykehus eller kommune eller i fellesskap. I mange tilfeller har prosjektene blitt utviklet og gjennomført i fellesskap mellom sykehus og kommuner, men det finnes også eksempler på at prosjektene har

blitt drevet fram mer ensidig enten fra kommune- eller sykehussiden, særlig i den innledende fasen.

Flere av disse samhandlingsprosjektene har gitt lovende resultater, og etter hvert har flere prosjekter blitt overført helt eller delvis til en normal driftsfase (Rohde mfl., 2020). Samtidig meldes det om at de ytre rammevilkårene bidrar til å sette kjepper i hjulene for utviklingen og implementeringen av denne typen lokale samhandlingsmodeller. Sykehusutvalget påpeker for eksempel at det nåværende finansieringssystemet kan virke som en barriere mot at samhandlingsmodeller med dokumentert positiv effekt blir implementert/videreført (NOU 2023:8). I tillegg legger de vekt på at det ikke er mulig å skape gode pasientforløp uten et IKT-system som muliggjør samhandling mellom personell på tvers av virksomheter.

Pasientsentrerte helsetjenesteteam (Tromsø)

I det følgende trekker vi fram Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) som eksempel på et lokalt samhandlingsprosjekt. Prosjektet ble initiert av ansatte ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Her har de forsøkt å bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ved å etablere tverrfaglige team. Teamene skal sørge for at pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer som trenger ekstra oppfølging, spesielt etter utskrivelse fra sykehus, gis et helhetlig helsetilbud med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten (UNN, 2024). Tanken er at teamene skal fungere som et bindeledd mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. De kan bidra til å tette sprekke i grenseflatene mellom de to nivåene, der man har sett at pasienter ofte faller gjennom, blant annet på grunn av uklare ansvarsforhold (se problembeskrivelse i foregående kapittel) (Hofstad, 2022). Det overordnede målet er at PSHT skal bidra til å skape en sømløs helsetjeneste på tvers av nivåer med pasienten i sentrum.

Det første teamet ble opprettet i Tromsø i 2013. Det består av ansatte både fra sykehuset (UNN) og kommunen, og inkluderer leger, sykepleiere, spesialsykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, farmasøyt og helsesekretær. Senere har prosjektet blitt utvidet ytterligere, med etablering av team i Harstad, Narvik, Midt-Troms og Nord-Troms. Tilbudet skal i dag være tilgjengelig for alle pasienter i UNN sitt opptaksområde (UNN, 2024). Det er kun i Tromsø at teamet er satt sammen med ansatte fra både UNN og kommunen. De øvrige

teamene inkluderer kun ansatte fra sykehuset. De ansatte i disse teamene samarbeider tett med ansatte i kommunene, men formelt er altså ikke tilknytningen (integrasjonsintensiteten) like sterk som i Tromsø.

Til å begynne med var det kun sykehuset og fastleger som kunne henvise pasienter til PSHT. Etter hvert har sykepleiere og helsefagarbeidere også fått lov til å henvise pasienter, og det har blitt åpnet opp for at pårørende og pasienter selv kan ta direkte kontakt med PSHT. PSHT vil da foreta endelig beslutning om hvem som innvilges plass i ordningen (Hofstad, 2022; UNN, 2024).

Teamene følger opp pasienter innenfor en tidsavgrenset periode, som regel under en måned. Det er likevel rom for individuell tilpasning, og rekorden tilhører en pasient som ble fulgt opp et helt år (Hofstad, 2022). Flesteparten av pasientene er eldre, men slik ordningen fungerer i dag, er det ingen alderskrav. Det finnes også eksempler på at pasienter helt ned til 30-årene har blitt fulgt opp av pasientsentrerte helseteam (Hofstad, 2022).

Teamene er lokalisert ved sykehus og reiser ut til kommunene (ambulerende) for å tilby oppfølging og veiledning ved behov. For pasienter som skrives ut fra sykehus, organiserer PSHT nødvendig opplæring for pasient, pårørende og personale som vil ha ansvar for den langsiktige oppfølgingen i kommunen. Teamene bistår også med behandling hjemme (eller eventuelt i kommunal institusjon) den første tiden etter utskrivning (UNN, 2024). Teamet tilbyr i tillegg proaktiv oppfølging av pasienter i kommunen, med mål om å unngå framtidige sykehusinnleggelser. I den forbindelse kan teamet foreta tverrfaglige vurderinger og utredninger, og sette i gang behandling/ tiltak i samarbeid med fastlege (UNN, 2024).

Ifølge en studie som ble publisert i 2019 har PSHT oppnådd oppsiktsvekende gode resultater (Berntsen mfl., 2019). Pasientene som ble fulgt av PSHT hadde mindre bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD/ØHD), målt både i antall innleggelser (10 prosent reduksjon) og antall liggedager (32 prosent reduksjon). De hadde også betydelig lavere dødelighet etter 3 måneder (61 % reduksjon) og 6 måneder (43 % reduksjon) sammenliknet med pasienter fra en kontrollgruppe. Samtidig hadde PSHT-pasientene over dobbelt så mange planlagte polikliniske konsultasjoner sammenliknet med kontrollpasientene.

Forskerne framhever selv at det er en del usikkerhet knyttet til resultatene, særlig fordi det har vært vanskelig å konstruere en kontrollgruppe som fullt ut er sammenliknbar med gruppen som har blitt fulgt opp av PSHT. Dette er ikke en randomisert kontrollert studie. Likevel gir studien en tydelig indikasjon

på at PSHT (slik prosjektet ble innrettet i den første fasen) har hatt en positiv virkning for dem som har blitt fulgt opp av pasientsentrert helseteam.

Andre eksempler

Det finnes også en rekke andre prosjekter som på forskjellige måter har forsøkt å bedre samhandlingen mellom kommuner og sykehus gjennom å etablere team. For eksempel var AHUS tidlig ute med å etablere ambulerende team med ansatte fra sykehus som reiser ut til kommunen for å tilby veiledning og oppfølging til pasienter, pårørende og ansatte (Rohde mfl., 2020). Etter hvert har det også blitt etablert liknende team flere andre steder.

I det nylig avsluttede pilotprosjektet Strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam har team blitt introdusert som et sentralt virkemiddel for å omsette innholdet i Helsedirektoratets nasjonale veileder «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» til praksis i kommunene (Kalseth mfl., 2024). I de seks kommunene som deltok i denne piloten, har det for hver enkelt pasient med omfattende og sammensatte tjenestebehov blitt etablert et team bestående av en koordinator og andre fagpersoner som på ulike måter er involvert i oppfølgingen av pasienten. Koordinatoren leder teamet og har ansvar for å sørge for at teamet til enhver tid tilpasses pasientens behov, med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Intensjonen er at oppfølgingsteamene skal spille en sentral rolle i å sikre at de lovregulerte koordineringsordningene med koordinator og individuell plan blir ivaretatt på en god måte. Fra sentralt hold har det også blitt gjort forsøk med primærhelseteam, først og fremst for å bedre samhandlingen internt i kommunen (Aandahl mfl., 2024).

Prosjekt X

Regjeringen har nylig varslet at de ønsker å gjennomføre en større helsereform, som skal gi bedre sammenheng i helse- og omsorgstjenestene. Det legges opp til at en del av reformarbeidet skal bygge på erfaringer fra forskjellige lokale samhandlingsmodeller mellom kommuner og sykehus. Disse utprøvingene kalles Prosjekt X og består av 14 utvalgte prosjekter fra hele landet, herunder Tromsø/UNN og Ahus (Dette er Prosjekt X - regjeringen.no).

13.5 Samhandlingsmodeller i andre nordiske land

De nordiske landene hadde i en lang periode nokså lik organisering av helse-tjenestene. Primærhelsetjenestene var i hovedsak et kommunalt ansvar, mens sykehusene var et fylkeskommunalt ansvar. Vi kaller dette den klassiske nordiske modellen. Finland var unntaket. Her lå ansvaret for både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester hos kommunene. Sykehusene ble styrt og finansiert gjennom «samkommuner» der den enkelte kommune bidro til finansieringen avhengig av befolkningsstørrelsen. I alle landene var og er finansieringen av helsetjenestene skattebasert, mens det har vært variasjon i hvor stor andel av finansieringen som har kommet fra henholdsvis lokale, regionale og statlige skatter, og i hvilken grad kommunene og regionene har kunnet variere skattesatsene.

Dansk og finsk reform

Den norske sykehusreformen av 2002 kom først. Den danske strukturreformen av 2007 hadde elementer fra den norske sykehusreformen ved at amtskommunene (danskenes svar på fylkeskommunene) ble slått sammen til fem større regioner som fikk tildelt eierskapet til sykehusene. Reformen skilte seg fra den norske ved at regionene fortsatt ble styrt av folkevalgte forsamlinger (WHO mfl., 2007). Reformen hadde i tillegg følgende elementer:

- Sammenslåing av kommuner: Reformen førte til en betydelig reduksjon i antall danske kommuner, fra 270 til 98.
- Overføring av flere oppgaver til kommunene, f.eks. arbeidsmarkedsmidler.
- En bedre modell for fordeling av ressurser mellom regioner og mellom kommuner.

Det meste av primærhelsetjenestene, inklusive pleie- og omsorgstjenestene, ble liggende i kommunene, mens primærlegene fulgte med amtskommunene over til regionene.

Finlands problem var i første rekke at kommunene som hadde et bredt oppgaveansvar, var små. Små kommuner med store oppgaver har både i Finland og Norge gitt to problemer – vansker med rekruttering av kvalifisert

personell til distriktskommunene og vansker med å håndtere risiko som er forbundet med variasjoner i etterspørselen.

Finlands svar på problemene var den mest radikale reformen i Norden på dette feltet så langt (WHO mfl., 2019). Fra januar 2023 ble det etablert 21 fylker med ansvaret for velferdstjenestene. Velferdsfylkene er styrt av politisk valgte representanter og har ansvaret for å organisere primær- og sekundærhelsetjenester samt sosiale tjenester og redningstjenester for sine innbyggere. Finansieringen bestemmes i hovedsak av staten, men velferdsfylkene fastsetter og innkrever brukerbetaling. Hvert velferdsfylke er organisert i samarbeidsområder rundt de fem universitetssykehusene. Samarbeidsområdene bestemmer organiseringen av tjenester på universitetssykehusnivå og fordeler ansvarsområder mellom sykehusene.

Ny dansk reform

Den danske regjeringen vedtok senhøstes 2024 en reform som flytter fokus og ressurser fra sykehus og spesialisert pleie mot primær, digital og hjemmebasert pleie (Indenrigs- og sundhetsministeriet, 2024). Antall regioner vil bli redusert fra 5 til 4 ved at hovedstadsregionen og Region Sjælland ble slått sammen. En ny styringsstruktur med 17 samarbeidende Sundhedsråd ble lagt til den eksisterende strukturen (som altså består av regioner og kommuner). Sundhetsrådene styres gjennom et indirekte demokrati bestående av folkevalgte fra regionene og kommunene. Finansieringen kommer fra regionene, og en betydelig del av finansieringen øremerkes utvikling av primærhelsetjenester, inklusive det som kalles «digital omsorg». Sundhetsrådene vil ha det operative ansvaret for sykehusene og spesialisert hjemmesykepleie, rehabilitering og lokal akuttpleie. Dette er tjenester som dels flyttes fra regionene og dels flyttes fra kommunene. Allmennpraksis vil forbli en viktig komponent som portvoktere og omsorgsledere i den nye strukturen.

Svensk «status quo»

Sverige gjennomførte reformer som innebar sammenslåing av kommuner på 1960-tallet og etablering av store regioner rundt de største byene (Stockholm, Göteborg og Malmö) på 1980-tallet. Svenske kommuner og regioner er i tillegg

kjennetegnet av noe større muligheter for å variere de lokale og regionale skattesatsene enn de andre nordiske landene.

Sverige har gjennomført en større utredning om integrasjonsspørsmålene (Vårdansvarskommittén) i 2025. Komiteen foreslo ingen større endringer. Sverige beholder ansvaret for sykehusene på landstingsnivå (Sveriges svar på fylkeskommunene) og ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene på kommunenivå. I Sverige, som i Danmark, ligger ansvaret for allmennlegene på landstingsnivå.

Fellestrekk?

Er det noen fellestrekk ved reformene utover at de har beveget seg bort fra den klassiske modellen?

- **Størrelse:** Alle landene organiserer nå primærhelsetjenestene innenfor større geografiske enheter enn tidligere. Sverige etablerte større kommuner på 60-tallet, Danmark på 2000-tallet og Norge (delvis) fra 2020. Finland flyttet primærhelsetjenesten fra kommunene til fylkene fra 2023, etter at det viste seg vanskelig å gjennomføre en reform som ga større kommuner.
- **Sykehus:** Også sykehusene styres i dag innenfor større geografiske områder enn tidligere i alle landene. Den siste endringen i Danmark er imidlertid verdt å merke seg: Man flytter ansvaret for sykehusene tilbake til enheter som i geografisk utstrekning ikke er så ulik de gamle amtskommunene.
- **Folkevalgt ansvar:** Ingen av de andre nordiske landene har så langt fulgt Norge og flyttet ansvaret for sykehusene til staten. De har derimot beholdt et regionalt folkevalgt ansvar. Den danske modellen med direkte valg til kommunene og regionene og indirekte representasjon i de nye helsefellesskapene er kompleks, men også nyskapende.
- **Integrasjon:** Både Finland og Danmark gjennomfører reformer der nå det meste av ansvaret for helsetjenestene legges på ett nivå, mens Norge og Sverige viderefører to-nivåmodellen.

Diskusjon: Hva kan Norge gjøre og ikke gjøre?

Stat eller region? Vi merker oss at alle landene har valgt enten stat eller region; ingen har valgt stat og region som hovedmodell for å styre sykehusene. Mange i Norge ser for seg at man kan moderere helseforetaksmodellen ved å velge lokale representanter til helseforetakenes styrever, eller eventuelt styre de lokale helseforetakene gjennom en samkommunemodell. Årsaken til at dette ikke er et reelt alternativ, er det parlamentariske ansvarsprinsippet. Statsråden, som er generalforsamlingen/foretaksmøtet for de regionale helseforetakene, står ansvarlig overfor Stortinget. Ved uenighet mellom Stortingsflertallet og et lokalt styre vil statsråden da enten måtte skifte ut dette styret (som da i praksis ikke lenger blir lokalt valgt) eller gå av. Et lokalt sykehusstyre vil altså ligge i den parlamentariske styringskjeden. Det kan ikke være ansvarlig overfor sin kommune eller direkte overfor velgerne i lokalområdet.

Kan den statlige modellen endres? Ingen av de andre nordiske landene har valgt foretaksorganisering for sine sykehus, og mange i Norge tar til orde for å fjerne foretaksorganiseringen (og det tilhørende regnskapsprinsippet). Dette er mulig, f.eks. ved at man gjør RHF-ene om til direktorater. I så fall vil styrene for RHF-ene bli fjernet, og direktoratene lagt direkte under statsråden. Investeringsprosjekter blir da rasjonert gjennom en beslutningsprosess tilsvarende nasjonal transportplan. Man kan diskutere om man skal ha ett eller fire direktorater. Man kan også legge de lokale helseforetakene direkte under departementet, slik man nå ser i England. Om det er en god idé å fjerne det regionale nivået, kan diskuteres.

Er en regional folkevalgt modell mulig? Å føre sykehusene tilbake til fylkeskommunene vil være en stor og kostnadskrevende prosess. I dag vil det i tillegg være mismatch mellom dagens foretaksstruktur og dagens fylkeskommunestruktur. Etter reverseringen av regionreformen har en reetablert noen enheter som er for små til å drive sykehus. Det gjelder f.eks. Finnmark fylkeskommune, som har et folketall litt i overkant av Frogner bydel i Oslo. Finansieringen av universitetssykehusene må også tenkes gjennom i en slik modell. Antakelig må staten legge sterke føringer på hvordan pengestrømmene mellom fylkeskommuner med og uten eierskap til et universitetssykehus skal organiseres.

Integrerte tjenester? Både den danske og finske modellen med integrasjon av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er tiltalende fordi den kan fjerne spillet mellom kommuner og sykehus som av og til oppstår om

ansvaret for ressurskrevende pasienter. I Norge er Helsefellesskapene tiltenkt en tilsvarende rolle, men dette er organisasjoner uten klart beslutningsansvar og med begrensede ressurser. Det er to muligheter for en tilsvarende modell i Norge – enten tar staten over størstedelen av primærhelsetjenesten og legger den under helseforetakene, eller så reetableres fylkeskommunene som en integrert helseorganisasjon. Skal vi tippe at sannsynligheten for begge modellene er nokså liten? Spørsmålet utredes av et utvalg (Helsereformutvalget) som avgir innstilling høsten 2026.

13.6 Oppsummering

Dette kapitlet beskriver ulike reformer og tiltak for å bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt sammenlikner norske løsninger med andre nordiske land.

Gjennom Samhandlingsreformen av 2012 ble økonomiske virkemidler tatt i bruk: etablering av øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD/KAD), kommunal medfinansiering (KMF) av sykehusinnleggelser (20 % av kostnaden), og betaling for utskrivningsklare pasienter. Effektene var varierende: KMF hadde ingen dokumenterte effekter og ble avviklet i 2015. ØHD-ene reduserte akuttinnleggelser for pasienter over 80 år innlagt ved indremedisinske avdelinger med 2–3 %, særlig i kommuner med god legeberedskap. Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter reduserte liggetider med 3,4–3,9 dager uten økning i dødelighet eller reinnleggelser, men økte belastningen på kommunene betydelig.

Den økte belastningen på kommunene førte til flere initiativer. Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp (2014–2023) fokuserte på helhetlige, koordinerte pasientforløp, med begrenset målbar effekt, men god effekt der samhandlingskultur allerede eksisterte. Helsefellesskapene ble etablert som samarbeidsorganisasjoner mellom kommuner og helseforetak, med prioritering av barn/unge, psykiske lidelser/rus, skrøpelige eldre og kronikere. Modellen har begrensninger fordi den ikke endrer grunnleggende organisatoriske eller finansielle strukturer.

Det har blitt utviklet en rekke lokale samhandlingsprosjekter i Norge de senere årene, hvorav Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) i Tromsø fremheves som et vellykket eksempel. PSHT består av tverrfaglige team fra både sykehus og kommune som følger opp pasienter med sammensatte behov. Evalueringer viser 10 prosent reduksjon i ØHD-innleggelser, 32 prosent reduksjon i liggedager og betydelig redusert dødelighet.

Den «klassiske nordiske modellen» med kommunal primærhelsetjeneste og fylkeskommunale/regionale sykehus er under press. Danmark reduserte antall regioner til 4 og etablerte 17 Sundhedsråd med integrert ansvar. Finland gjennomførte den mest radikale reformen med 21 velferdsfylker som overtok alt ansvar for helse- og sosialtjenester fra kommunene (2023). Sverige beholder status quo med kommunal omsorg og landstingsbaserte sykehus.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 13

1. Evaluer de tre økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen 2012. Hvorfor hadde kommunal medfinansiering ingen effekt, mens betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter fungerte bedre?
2. Analyser suksessfaktorene for ØHD-ene. Hvorfor var effektene størst i kommuner med god legeberedskap og over 5000 innbyggere?
3. Diskuter paradokset at betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter fungerte som tiltenkt (reduserte liggetider), men samtidig skapte store problemer for kommunene.
4. Sammenlign Helsefellesskapene med Integrated Care Systems (ICS) i NHS. Hvilke strukturelle begrensninger har den norske modellen sammenliknet med den britiske?
5. Analyser suksessen til Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) i Tromsø. Hvilke elementer gjorde denne modellen vellykket, og hvorfor er den vanskelig å replisere andre steder?
6. Sammenlign de nordiske reformene. Hvilke fordeler og ulemper har Danmarks 17 Sundhedsråd versus Finlands 21 velferdsfylker?
7. Forklar hvorfor parlamentarisk ansvar gjør det vanskelig å kombinere statlig finansiering med lokal styring av sykehus i Norge.
8. Kritisk analyse: Er det mulig å løse samhandlingsproblemene uten å endre det grunnleggende skillet mellom kommunal og statlig finansiering? Vurder norske løsninger mot bakgrunn av nordiske erfaringer.

Del E

Effektivitet og likhet

De neste kapitlene i boken belyser grunnleggende utfordringer som alle helsevesen må håndtere: Hvordan sikre effektiv ressursbruk, og hvordan oppnå likeverdig tilgang til tjenester?

Kapittel 14 om produktivitet og effektivitet tar for seg den tekniske siden ved ressursbruk. Ved hjelp av avanserte økonometriske metoder som DEA og SFA måles det hvor godt norske helseinstitusjoner utnytter ressursene sine, sammenliknet med «best practice», både nasjonalt og internasjonalt. Funnene viser beskjeden produktivitetsvekst, med interessante forskjeller mellom nordiske land.

Kapittel 15 om geografisk variasjon i tjenesteforbruk undersøker om Norge i praksis oppfyller idealet om likeverdig tilgang til helsetjenester. Gjennom empiriske analyser av sykehusforbruk på tvers av fylker belyses det i hvilken grad observert variasjon skyldes legitime behovsforskjeller versus problematiske forskjeller i tilbud og tilgjengelighet.

Til sammen gir disse to kapitlene et helhetlig bilde av hvordan normative idealer, teknisk effektivitet og faktisk likhet henger sammen i et moderne helsevesen.

