

Samhandlingsreforma – kva fungerte, kva må gjerast vidare?

Michael 2021; 18: Supplement 28: 92–9.

Det har gått ti år sidan samhandlingsreforma vart lansert. I denne artikkelen – som byggjer på funn frå ulike forskingsprosjekt vi har vore involverte i – set vi søkjelys på eit lite utval av verkemidla som vart lansert og spør om dei fungerte etter intensjonen. Vi trekkjer fram kva finansielle rammetilhøve, teknologiske løysingar og kommunane si oppbygging av kommunale akuttsenger har betydd. Vidare utdjuvar vi nokre av dei underliggjande og ofte usynlege tilhøva som verkar inn på samhandlinga om pasientane med stort behov for helsehjelp på tvers av forvaltningsnivåa. Vår hovudkonklusjon er at fleire av verkemidla har fungert som intendert og at utviklinga i mange høve har gått i ønska retning. Like fullt er det store utfordringar i samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse og omsorgstenestene som det må arbeidast vidare med.

Samhandlingsreforma kom som svar på at kompleksiteten i helsetenestene aukar. Det delte ansvaret for helsetenestene mellom stat og kommune der ulik lovgiving, ulike mål for tenestene, ulike finansieringssystem og ulike styringsformer er berre nokre av årsakene til den auka kompleksiteten. Den medisinsk-teknologiske utviklinga som leiår til auka spesialisering av tenestene er ei anna årsak. Arbeidsdeling og spesialisering finn vi i alle helsetenestenesystem. Det er føresetnader for helsetenester med høg kompetanse som bidreg til at vi held oss friskare, lever lenger og får forsvarleg og kvalifisert helsehjelp når helse sviktar og sjukdom melder seg. Men arbeidsdeling og spesialisering skapar også koordineringsproblem. Ofte utviklar det seg ulike kulturar i ulike deler av tenestene. Aktørane i helsetenesta arbeider innafor sine «silolar» der dei har avgrensa oversikt over andre deler av helsetenesta og over heile pasientløpet. Ofte fører dette til kontinuitetsbrot i pasientomsorga (1–3). Kombinert med manglande kommunikasjon og utveksling av informasjon gjer at tenestene ikkje fungerer så godt som dei skulle.

I denne artikkelen skal vi sjå på verkemidla i samhandlingsreforma og vurdera i kva grad dei har fungert etter intensjonen. Vi gjer greie for nokre område der reforma har medverka til betring, men identifiserer også nokre av utfordringane og diskuterer til slutt framlegg til vidare endringar. Gjennom artikkelen dreg vi vekslar frå fleire forskingsprosjekt om samhandling i helsetenesta som vi har vore involverte i.

Lærdomar frå samhandlingsreforma

Det var særleg samhandlinga mellom spesialist- og kommunehelsetenesta som måtte koordinerast betre. Verkemidla som blei foreslått, kan grovt sett delast i to grupper:

1. Verkemiddel som primært hadde som målsetting at kommunane skulle ta over meir av pasientbehandlinga: 20 % kommunal medfinansiering av aktivitet ved indremedisinske avdelingar, kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar og oppretting av kommunale akutte døgneiningar var dei viktigaste verkemidla.
2. Verkemiddel som primært skulle betre kommunikasjon og koordinering mellom nivåa, mellom anna betre teknologiske løysingar for kommunikasjon, utvikling av rutinar ved utskriving og planar for interaksjon mellom tenestene (4).

Kommunane har tatt over meir av behandlinga, men ikkje som følge av kommunal medfinansiering. Denne delen av reforma viste seg å ha svake eller ingen effektar og blei avvikla frå 2014, to år etter den blei innført. Intensjonen var at kommunal medfinansiering skulle gjera at kommunane blei motiverte til å vurdera bruk av kommunale tenester i staden for å senda pasienten til sjukehus. Ei muleg årsak til at betalingsordninga ikkje fungerte, kan vere at insentiva blei lagt på kommunen. Men det er ikkje dei kommunale helse- og omsorgstenestene som legg inn pasientar, det er fastlegen, legevakta eller sjukehusa sjølve til dømes, etter polikliniske konsultasjonar. Vi vil argumentera for at ingen av desse aktørane fekk endra sine insentiv som følge av ordninga. Derfor var det heller ingen grunn til å tru at ordninga ville fungera.

Kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar hadde derimot effektar som intendert. Betalingsordninga var retta mot ei pasientgruppe som har blitt diskutert i heile etterkrigstida. Både i offentlege styringsdokument og i dagleg tale har gruppa hatt ulike namn: på 1960-talet «medisinsk pleie», på 1970-talet «pleiepasientar», på 1980-talet «ferdigbehandla», på 1990-talet og framover på 2000-talet vart «utskrivingsklare og korridorpasientar omtala saman», på 2010-talet «langliggarar» og på 2020-talet har omgrepet «over-

liggarar» stige fram. Det var særleg denne gruppa samhandlingsreforma skulle finna gode løysingar for. Betalingsordninga skulle gje kommunane insentiv til å ta heim pasientane tidlegare og nytta eige helsepersonell i staden for sjukehusa sine tilsette. For å førebu aktørane vart det lovpålagt å utarbeida samarbeidsavtalar mellom spesialist- og kommunehelsetenesta for å betre samhandlinga om pasientgruppa. Avtalane medverka til å auka merksemda om problemomfanget og gjort tydeleg ansvarsfordelinga (5). Likevel har ikkje avtalane alltid fungert optimalt. Pasientar er framleis «kasteballar» i systemet; der ei av årsakene kan vera at partane som skal utarbeida avtalane ikkje opplever at dei er likeverdige (6).

Effekten for pasientgruppene som blei omfatta av betalingsordninga for utskrivingsklare pasientar var at liggetida blei redusert med om lag 3,5 dagar. Kritiske spørsmål blei stilt ved kvaliteten – klarte helsetenestene å halda oppe kvaliteten på tenestene når liggetida i sjukehusa blei redusert? Resultata er ikkje eintydige. Melberg & Hagen finn t.d. verken auka dødelegheit eller auke i akutte reinnleggingar for pasientar utskrivne med hoftebrot, slag eller hjarteinfarkt medan pasientar med hjartesvikt hadde andre utfall (7). For denne gruppa auka dei akutte reinnleggingane, noko som kan tyda på at kommunehelsetenesta ikkje var klare til å ta imot ei så komplisert pasientgruppe. Kom samhandlingsreforma for brått på (8)?

Dei kommunale akutte døgneiningane (KAD-ane) har også hatt effektar om lag som intendert. Swanson m.fl. (2016) finn at dei reduserer akutte innleggingar ved indremedisinske avdelingar for pasientar over 80 år (9). Effekten var ikkje sterk i utgangspunktet, knapt 2 %, men effekten har auka etter kvart som kommunane har vunne erfaringar. I dag finn ein at innføring av KAD-ane reduserte talet på akutte innleggingar ved indremedisinske avdelingar med 3–4 % for pasientar over 80 år. Det var også reduksjon i talet på akutte dagopphald (2 %). Ved dei kirurgiske avdelingane finn ein, slik ein skulle venta, ingen effektar av etablering av KAD-ane. Eit viktig læringspunkt for kommunane er at det er ved KAD-ane med best akuttberedskap, enten lokalisering nær ei legevakt eller der ein har ein primærlege på vakt 24/7, ein har dei sterkaste effektane. Det er heller ingenting som tyder på at dødelegheita har auka som følge av innføring av KAD-ane, kanskje har ho gått ned, men den endelege konklusjonen her får vente til vi kan analysere data på individnivå.¹

1 Hagen, T.P. (2020). Effects of municipal acute bed units on hospital admissions and municipal death rates: Evaluation of a natural experiment using register data. Innleiing ved NORCHER-seminar, UiO, 2. desember 2020.

Den komplekse samhandlinga

Det har utvikla seg ei erkjenning av og semje om at pasientar skal ha korte opphald i sjukehus, i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma. Dei korte opphalda aukar krava til planlegging av overgangane. Planleggingsarbeidet tek ikkje berre mykje tid, men krev mykje kontakt mellom partane. Vel 80 % av sjukehusjukepleiarar rapporterer at dei har kontakt med kommunen dagleg eller kvar veke (10). Den kritiske faktoren er utveksling av relevant informasjon. Den formaliserte informasjonen vert utveksla frå pasientjournalen og formidla ved bruk av digitale meldingar kombinert med ikkje-formalisert informasjon ved telefonbruk og av og til i møteverksemd. Pasientar og pårørande har i tillegg fått ei sentral rolle som informasjonsbringerar mellom helsepersonell.

Då samhandlingsreforma vart innført, hadde eit større nasjonalt elektronisk melingsløft (e-meldingsløft) halde på nokre år. E-meldingsløftet kom på ei lagleg tid. Meldingane fungerte som bindeledd; ved innlegginga dei viktig og relevant informasjon om pasientane sin helsesituasjon og deira tilbod i kommunen, under sjukehusopphaldet fungerte dei elektroniske meldingane til å «halda tråden» i planlegginga, og ved utskriving vart «trådane» samla for vidare oppfølging. Digitaliseringa medverka til å betra kommunikasjonen mellom sjukehus og kommunen og vart ein katalysator for etablering og standardisering av rutinar og arbeidsprosessar (11).

Trass i betring i samhandlinga er det framleis utfordringar med å få til gode overgangar for pasientar. Kvifor opplever mange «kluss i vekslinga»?

Dels kan det skuldast at krav og forventingar aukar. Pasientar, pårørande og helsepersonell forventar at helsetenesta skal kjenneteiknast av kvalitet og kontinuitet. Reguleringar med samarbeidsavtalar, prosedyrar, retningslinjer og definerte pasientløp skaper i seg sjølv merksemd om problema og medverkar til at det blir sett nye krav og standardar. I tillegg er det avdekka at ulike planleggingshorisontar, forhandlingar og samspel mellom helsepersonell internt i sjukehus og i kommunen spelar inn i samhandlinga om tidspunkt for utskriving. Sjukehuslegar tar høgde for uventa hendingar under heile sjukehusopphaldet og finn det krevjande å fastsetja rett tidspunkt for utskriving tidleg under opphaldet. Sjukepleiarar, som har eit sentralt ansvar for utskrivingsplanlegginga og som samarbeider mykje med kommunen, treng lengre planleggingshorisont for å sikra gode utskrivingar (12). Det same ser ein i samspelet mellom sjukehus og kommunen, der kommunen sine tilsette har lengre planleggingshorisont enn sjukehusstilsette. Implisitt i forhandlingane mellom tilsette i sjukehus og kommunen, er problematikken å bli samde om kva som er rett omsorgsnivå etter utskriving. Dette skjer særleg når samhandlingsaktørane har ulike syn på kva som er pasientane

sine helseproblem (2). Eit underliggande problem er at sjukehuset i røynda sit med definisjonsmakta når forhandlingar ikkje når fram. Implisitt gir samhandlingsreforma føringar for at dei har ei kompetanse kommunen treng, ikkje omvendt (3). Men når kommunikasjon og samarbeid fungerer, oppstår likeverdige og kompromissvillige forhandlingar.

I dei innfløkte forhandlingane gjer også pasienten eit stort «heimarbeid» (13). Pasientar har rett til å vera med å ta avgjerder om seg sjølve. Når dei er innlagde i sjukehus, strevar dei med å vurdera ulike alternativ etter sjukehusopphaldet. Slike val er ikkje lette. Å ta stilling til om ein skal flytta på sjukeheim er eit eksistensielt spørsmål. Slike store avgjerder må takast innan korte tidsrammer. Det har synt seg at pasientar nyttar ulike strategiar i slike høve, som å søkja etter alliansepartar dei har tillit til. Utskrivingsprosessen er såleis ikkje berre ein prosess mellom tilsette i sjukehus og kommune, men ein prosess prega av forhandlingar mellom pasient, pårørande og helsepersonell på ulike nivå (13).

Mot berekraftig samhandling – må anna lut til?

Det kjem framleis rapportar frå forskarar og styresmaktene om utfordringar ved overgangar mellom tenestene (14). For å driva prosessen vidare, kom regjeringa ti år etter framlegginga av samhandlingsreforma med nye tiltak. I samband med lanseringa av Nasjonal helse- og sjukehusplan fremja dei forslag om at det i helse- og omsorgstenestelova skal innarbeidast at samarbeidsavtalane skal innehalda ei klargjering av korleis kommunar og helseføretak skal planleggja og utvikla tenester saman (15).

Eit anna framlegg er oppretting av helsefellesskap. Her skal representantar frå helseføretak, kommunar, fastlegar og brukarar møtast for å planleggja og utvikla tenestene saman. Barn og unge, alvorleg psykisk sjuke, pasientar med fleire kroniske lidingar og skrøpelege eldre skal prioriterast. Kanskje vil dette fungera, men burde fellesskapa blitt testa ut i mindre målestokk, t.d. i 3–4 opptaksområde, før ein laga ein nasjonal reform? Pasientgruppene som skal prioriterast omfattar også svært mange typar pasientar. Burde ein ha prioritert hardare? Er problema som barn og unge opplever typiske samhandlingsproblem eller er det problem knytt til manglande tilbod særleg i små kommunar? Dersom det er det siste som er problemet, er det truleg avgrensa kva helsefellesskap kan bøta på.

Vi trur dei neste stega i forbetringa av samhandlinga må baserast på to premisar: betre kommunikasjonsteknologi og betre prioritering. Sjølv om teknologien blir betre vil det framleis ta nokre år før gjennomgåande pasientjournal er innført over heile landet. Skal ein lukkast i dette arbeidet, må ein ikkje undervurdera kompleksiteten knytt til digitaliseringa. Informasjon er

ein viktig reiskap, men ikkje den einaste. Helsepersonell har ulike perspektiv på pasientane sine behov. Ein må difor framover syta for at det er samhandlingsarenaer som fremjar kommunikasjon slik at helsepersonell også får god kjennskap til kvarandre og kan utveksla kunnskap og kompetanse på tvers av forvaltningsnivå, ikkje berre informasjon (16).

Utskrivingsplanlegging og oppfølging av dei aktuelle pasientane er ressurskrevjande. Difor må ein konsentrera innsatsen til gruppene med det største behovet. Å gjera slike prioriteringar er vanskeleg. Eldre pasientar med mange sjukdommar peikar seg framleis ut som ei gruppe med dei største behova. Her må ein framleis skaffa relevant kunnskap om kva som kan fremja betre samhandling.

Det er ein aukande bruk av koordinatorar knytt til enkeltgrupper av pasientar. Bruk av tverrfaglege samansette team der personell både frå sjukehus og kommunar arbeider tettare saman, har vist seg å ha gunstige effektar både på innleggingar og dødelegheit. Spørsmålet som det står igjen å svara på er om desse løysingane også er kostnadseffektive, og om dei let seg gjera å gjennomføra i område med spreidd busetjing.

Helsetenesta er inne i ei brytningstid der vilkår for samhandling er i stadig endring. Det ser vi ikkje minst no i koronaens tid. Nye samhandlingsformer og auka digitalisering er det mest synlege. Men trenden med aukande kompleksitet held fram. Til dømes utviklar kommunane fleire og meir spesialiserte helse- og omsorgstilbod til innbyggjarane (17). Føringar over tid er at meir helsehjelp skal skje der pasientane bur og meir avanserte tenester vert utført i heimen. Det gir aukande utfordringar med koordineringa (18). Det synest å vera grunn til å stilla spørsmål om ein må snu maktbalansen slik at spesialisthelsetenesta i større grad understøttar kommunen, særleg i høve til dei pasientane som har størst behov for tverrfaglege helsetenester. Vi må leggja til rette for gjensidig forståing-, kompetanse- og kunnskapsutveksling.

Litteratur

1. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease-Part II: Integration. *Health Care Manage Rev* 2001; 26:70-84.
2. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *Int J Integr Care* 2010;10:e036.
3. Rösstad T, Garåsen H, Steinsbekk A et al. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 121. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-121>
4. St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
5. Gautun H, Martens CT, Veenstra M. Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2016; 2: 88–93.
6. Rommetvedt SI, Nødland H. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020; 6: 1–17.
7. Melberg HO, Hagen TP. Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2016; 2: 143–58.
8. Ambugo EA, Hagen TP. Effects of introducing a fee for inpatient overstay on the rate of death and readmissions across municipalities in Norway. *Soc Sci Med* 2019; 230: 309–17.
9. Swanson JO, Hagen TP. Reinventing the community hospital: a retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. *BMJ Open*. 2016; 6: e012892-e. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e012892>
10. Hellesø R, Gautun H. Digitalized Discharge Planning Between Hospitals and Municipal Health Care. *Stud Health Technol Inform* 2018; 250: 217–20.
11. Hellesø R, Lyngstad M, Brattheim BJ et al. Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I Hellesø R, Olsen RM, red. *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2019: 153–176. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch8>
12. Hellesø R, Melby L. Forhandling og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I: Tjora A, Melby L, red. *Samhandling for helse Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal; 2014.
13. Kumlin M, Berg GV, Kvigne K et al. Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: a qualitative case study. *BMC Health Services Research* 2020; 20: 595. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05437-6>
14. Nødland SI, Rommetvedt H. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020; 6: 1–17.
15. Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
16. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2018; 21: 119–47.

17. Sogstad M, Hellesø R, Skinner MS. The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Services Insights* 2020; 13: 117863292092222-1178632920922221. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1178632920922221>
18. Melby L, Obstfelder A, Hellesø R. «We Tie Up the Loose Ends»: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global Qualitative Nursing Research* 2018, 5 1-11. 10.1177/2333393618816780

Ragnhild Hellesø
ragnhild.helleso@medisin.uio.no
Avdeling for sykepleievitenskap
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0618 Oslo

Ragnhild Hellesø er professor og avdelingsleiar ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Terje P. Hagen
t.p.hagen@medisin.uio.no
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0618 Oslo

Terje P. Hagen er professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi og instituttleiar ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.