

Prosjekt 220764: Prosessevaluering av
Samhandlingsreformen: Statlige
virkemidler, kommunale innovasjoner
v/T. P. Hagen, UiO

Sluttrapport EVASAM
Januar 2016

Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner

Sluttrapport (31. januar 2016)

Terje P. Hagen på vegne av alle prosjektdeltakerne

1 Innledning

Prosjektets hovedmål er å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og å studere foreløpige effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år).

Prosjektet består av tre arbeidspakker som hver inneholder flere delprosjekter:

- Arbeidspakke A omfatter casestudier og kvantitative av modeller for tjenesteyting som er under utvikling i forhold til tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert i f m Samhandlingsreformen: "Øyeblikkelig hjelp"-tjenester, rehabilitering og forebyggende helsetjenester.
- Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling: 1) Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) interkommunale samarbeidsordninger og 3) andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.
- Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

Dette er sluttrapporten fra prosjektet. Den beskriver i hovedsak resultater basert på data som dekker perioden til og med desember 2014. Ved prosjektets avslutning har vi fortsatt ikke mottatt data fra alle registre vi har søkt om tilgang til data fra. Dette gjør at spørsmålet om for eksempel tidligere utskrivning fra sykehus har påvirket pasientenes dødelighet ikke er analysert.

2 Resultater

Arbeidspakke A: Innovasjoner i kommunenes helse- og omsorgstjenester

Verken utenlandske eller norske studier viser entydige sammenhenger mellom omfang av tjenester gitt i primærhelsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenestene på den ene siden og forbruk av spesialisthelsetjenester på den andre. Dette kan bety at måten de lokale tjenestene rettes inn på blir viktig for om en klarer å redusere presset mot spesialisthelsetjenestene. Gjennom Samhandlingsreformen legger en opp til utvikling av "øyeblikkelig hjelp"-tjenester og forebyggende tjenester i kommunene. Fra Danmark, som på mange områder danner inspirasjon for den norske Samhandlingsreformen, vet vi i tillegg at rehabilitering er en tjeneste der kommunene har overtatt ansvar og utviklet nye tjenester (for eksempel Fredericia-modellen). Dette definerer tre delprosjekter.

A1: Organisering av "Øyeblikkelig hjelp"-tilbudet

Bakgrunn: Kommunene skal gradvis bygge opp et ø-hjelpstilbud, i dag kalt kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD), som skal bidra til å avlaste sykehusene for innleggelser. Planen er at alle kommuner skal ha et ø-hjelpstilbud på plass fra 2016 da tilbudet blir lovpålagt.

Mål og problemstillinger: Formålet med delprosjektet er å studere framveksten av det kommunale ø-hjelpstilbudet, både dets organisering, innhold og effekter for andre tjenester. Delprosjektet gjennomføres dels ved Senter for omsorgsforskning Øst og dels ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Universitetet i Oslo (UiO).

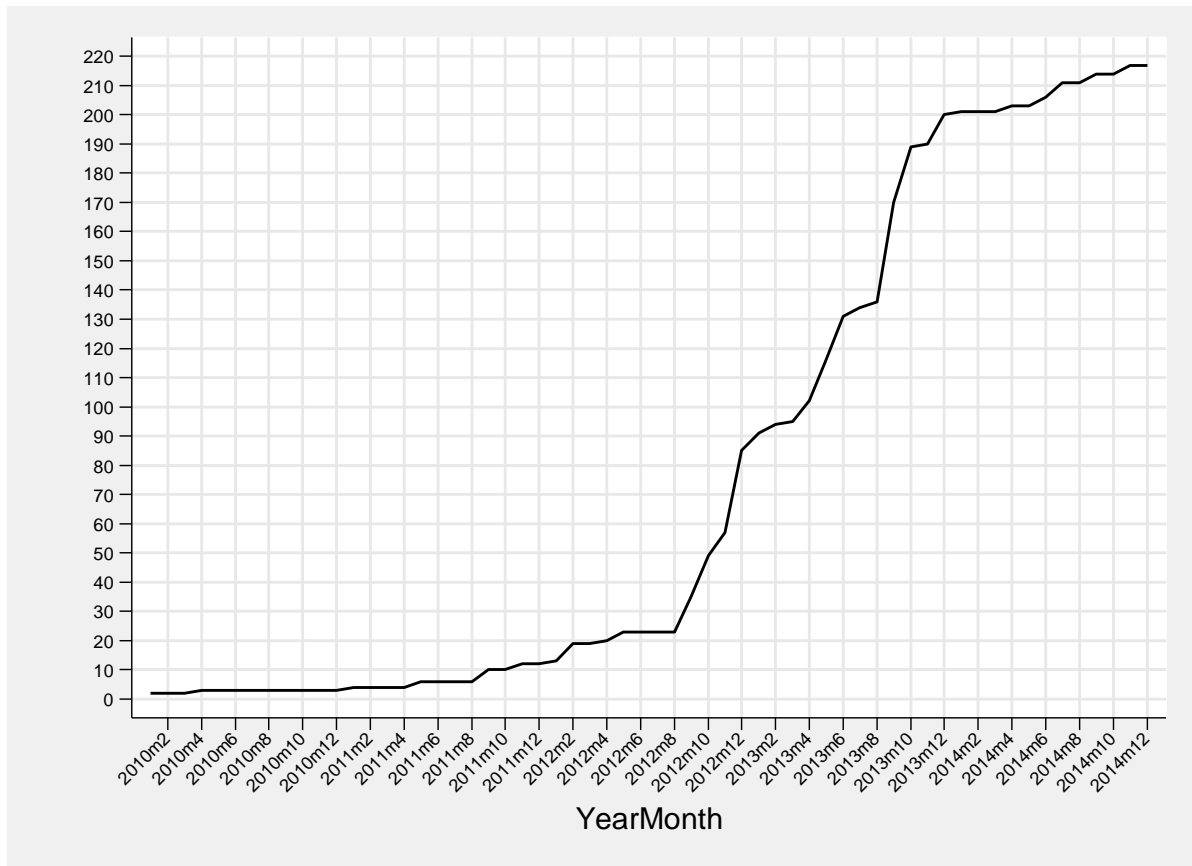
Resultater: Søknader om tilskudd til etablering av kommunale akutte døgnenheter fra 2012 til 2014 er analysert av Rolstad (2014), og fra 2012 til 2015 av Skinner (2015c), se også Skinner (2014). 361 kommuner søkte i perioden 2012-2015 om tilskudd til 182 ØHD-er: 109 kommunale og 73 interkommunale. Søknadsmaterialet viser at 28,5 prosent av kommunene ønsket å etablere og drifte ØHD alene; 69,8 prosent ønsket å inngå interkommunalt samarbeid om ØHD; og 1,7 prosent har både et eget og interkommunalt tilbud (Skinner, 2015c). Kommunene velger å organisere ØHD på åtte forskjellige måter når det gjelder lokalisering: Lokalisering til sykehjem er den klart vanligste lokaliseringsformen med 41 prosent, etterfulgt av lokal-/distriktsmedisinsk senter (18 %), legevakt (14 %) og helsehus (8 %). Minst vanlig er lokalisering til sykestue (7 %) og sykehus (6 %). I tillegg har 7 prosent todelt tilbud ved sykehjem på den ene siden og legevakt eller sykehus på den andre. Enkelte kommuner har etablert både eget ØHD-tilbud og interkommunalt samarbeid. Antallet ØHD-senger følger i stor grad antall estimerte liggedøgn som er fastsatt i Helsedirektoratets veileder fra 2012. Størrelsen på enhetene varierer fra 1 til 73 plasser. 64 prosent av ØHD-ene har kun 1-2 senger, og ytterligere 21 prosent har 3-5 senger. De små ØHD-ene er i stor grad samlokalisert med en korttids-, sykestue- eller annen avdeling på sykehjem eller lokal-/ distriktsmedisinsk senter.

Mange kommuner velger å omdefinere eksisterende senger i institusjoner til ØHD-er. Målt i antall senger ser det likevel ut til at etableringen av ØHD-ene resulterer i en reell økning i sengeantallet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Skinner (2015c) antyder at ca. 70 prosent av plassene kan representere en nettoøkning i antall senger i kommunene. De resterende 30 prosentene har eksistert til andre eller samme formål tidligere.

Ved utgangen av 2014 var 91 ØHD-er i drift. Flere ØHD-er startet opp første halvår 2015. De 91 ØHD-ene dekte til sammen 217 kommuner (figur 1). Av de 217 kommunene hadde 51 kommuner en ØHD som kun dekket hjemkommunen, 40 kommuner var vertskommuner for en ØHD og 126 kommuner var samarbeidende kommuner uten selv å ha lokalisert en ØHD. Av de 91 ØHD-ene hadde 15 (16 %) vaktlege 24 timer/7 dager per uke. 63 ØHD-er (66 %) hadde vaktlege på dagtid ukedagene. Av disse hadde et stort flertall tilgang til legevaktlege utenom ordinær arbeidstid. Over 90 % av ØHD-ene hadde muligheter for intravenøs behandling, blæreskanning, bruk av smertepumpe og EKG. Vel 80 % hadde i tillegg tilgang til laboratorium, men analysemulighetene varierte betydelig (Swanson and Hagen, 2015).

Rolstad (2014) og deretter Swanson and Hagen (2015) og Swanson et al. (2016) gir analyser av effektene av innføring ØHD på antall innleggelser i sykehus. Antall innleggelser per måned er i analysen allokert til pasientens bostedskommune, aggregert og normalisert med kommunens innbyggertall. Effekten av innføringen av ØHD er analysert innenfor en generell etterspørselsmodell der en korrigerer for behovsvariabler på kommunenivå som alderssammensetning, dødelighet og andel uføre og for kommunale tilbudssidevariabler som sykehjemsdekning. Analysene som omfatter data til og med desember 2014 indikerer at innføring av ØHD gir en svak reduksjon i antall akutte innleggelser. Effekten er sterkest for pasienter over 80 år innlagt ved indremedisinske avdelinger der reduksjonen i gjennomsnitt er 1,5-2 prosentpoeng. Effektene er sterkest i ØHD-er som er samlokalisert med legevakt og som har vaktberedskap av lege 24 timer/7dager i uken. Effekten på antall akutte innleggelser i

aldergruppa 80 år og eldre er med denne organiseringen vel 3 prosent. For kommuner som har valgt en annen organisering er det i gjennomsnitt ingen effekt av ØHD-ene.



Figur 1 Tidspunkt for etablering av kommunale akutte døgnenheter

Skinner (2015b) gir en nærmere analyse av samarbeidsforholdene mellom ØHD-ene og helseforetakene, nærmere bestemt om det er utviklet samarbeid på tjenestenivå etter iverksettingen av Samhandlingsreformen. Resultatene fra studien indikerer at det i flertallet av kommunene ikke er utviklet spesifikke samarbeidstiltak med helseforetakene og at det er uklart hvem som har ansvaret for å initiere og vedlikeholde samarbeid kommunene og helseforetakene i mellom. Videre gir Skinner (2015d) en analyse av årsakene til den varierende kapasitetsutnyttelsen av ØHD-ene, se også Skinner (2015a). Studien viser at legenes kunnskap om og tillit til ØHD i mange kommuner har stor betydning for bruken av akuttsengene, men dette alene ikke forklarer varierende kapasitetsutnyttelse. Studien finner at andre faktorer som geografisk avstand til ØHD-en, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjoner i antall henvisninger fra sykehus og lengden på ØHD-oppholdene også må tas med når variasjoner i beleggsprosenten ved akuttenehetene skal forklares. For eksempel så kan gode relasjoner mellom legene og akuttilbudet være på plass ved flere ØHD-er, uten at plassene benyttes i særlig grad. I slike tilfeller kan f.eks. kommunens allerede aktive bruk av sykehjemmet for akuttbehandling av ØHD-aktuelle pasienter eller en annen kommunes korte avstander til sykehuset være mulige forklaringer på den begrensede bruken av plassene.

A2: Rehabiliteringstjenester

Bakgrunn: Dette er et felt der samhandlingsutfordringene har vært betydelige. Det har vært uklart hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret for pasientene. Både for kommunen og helseforetaket er det økonomisk fordelaktig dersom aktiviteten blir ivarettatt av den andre parten. Gjennom Samhandlingsreformen gis kommunene et noe sterkere incentiv til å drive rehabilitering av pasientene.

Mål og problemstillinger: Formålet med dette delprosjektet er å studere Samhandlingsreformens innvirkning på prioritering og koordinering innenfor rehabiliteringsfeltet. Et spesielt fokus blir rettet mot rehabilitering som det er realistisk at kommunene kan overta fra spesialisthelsetjenesten. Delprosjektet gjennomføres av NIBR – Norsk institutt for by- og regionforskning. Det er samlet inn data om bruk av rehabiliteringstjenester fra spesialisthelsetjenesten og om plasser i kommunale institusjoner avsatt til rehabiliteringsformål fra perioden 2010-2013. Tjenestene i spesialisthelsetjenesten er definert gjennom DRG 462A, B, C og O, DRG 923, DRG 998 O, samt kjøp av plasser i private rehabiliteringsinstitusjoner (målt ved liggedøgn). Data fra spesialisthelsetjenesten allokeres til den enkelte kommune basert på pasientens hjemkommune, aggregeres til kommunenivå og normeres per 1000 innbyggere.

Resultater: Monkerud and Tjerbo (2015) viser at det skjer en tydelig endring i bruken av spesialisert rehabilitering ved de offentlige sykehusene, der gjennomsnittlig bruk årlig synker med 6-12% etter innføringen av Samhandlingsreformen. Samtidig observeres en markant gjennomsnittlig økning i bruken av private rehabiliteringstjenester, der volumet årlig øker med 10-35% i samme periode. I snitt ser det ikke ut til at kommunene i noe monn bygger ut egne tjenester som et alternativ til bruk av spesialisert rehabilitering, men en ser en viss tendens til at de rikeste kommunene (kommuner med de høyest korrigerte fire inntekter) bygger ut egne helse- og omsorgstjenester etter 2012. Funnene er forenlig med effekter som kan ventes av Samhandlingsreformen. Vi kan forstå reduksjonen i bruken av spesialisert sykehusrehabilitering og økning i bruken av privat rehabilitering som en effekt av endring i relative priser. Spesialisert sykehusrehabilitering ble omfattet av kommunal medfinansiering mens bruken av spesialisert rehabilitering hos de private rehabiliteringsinstitusjonene fortsatt er gratis for kommunene. Det virker ikke som om kommunene har økt tilbudet av egne rehabiliteringstjenester.

A3: Organisering av forebyggende helsearbeid

Bakgrunn: Et sentralt mål med Samhandlingsreformen er å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, både ved at kommunen skal settes i stand til å utføre noen av de oppgavene som i dag utføres i spesialisthelsetjenestene, og ved at det skal skje en større satsing på forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid, slik at færre får alvorlige helseproblemer og behov for spesialisthelsetjenester. Samtidig med at Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 ble Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) innført. Loven er en del av Samhandlingsreformen og et rettslig virkemiddel som regulerer kommunenes ansvar for det forebyggende helsearbeidet. Folkehelseloven forplikter blant annet kommunene til å fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet (§ 6 Folkehelseloven) og oppfordres til å ta i bruk kunnskapsbaserte tiltak for å møte helseutfordringene¹.

Mål og problemstillinger: Målsettingen med dette delprosjektet er å belyse på hvilke måter Samhandlingsreformen bidrar til prioritering og koordinering av det kommunale forebyggende folkehelsearbeidet i perioden 2013-2015. Tre hovedtema er sentrale: det kommunale planverket,

¹ Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene fra Helsedirektoratet. IS-1/2012.

organisering og ressursbruk av folkehelsearbeidet, og utforming av folkehelseiltak. Delprosjektet gjennomføres av NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Resultater: En gjennomgang av kommunenes planverk og en case-studie av tre kommuner (Løset and Veenstra, 2015) tyder på at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har bidratt til at folkehelse i økende grad forankres i det kommunale planverket. To tredjedeler av kommunene nevnte folkehelseprofilene i sine planverk, og i underkant av halvparten av kommunene har en egen folkehelseplan, mens kun et fåtall av planverkene inneholder en oversikt og formidling av data fra lokale hold. Fra de tre case-kommunene kommer det frem at helsekonsekvensutredninger har blitt en del av kommunenes planforum, og oppfattes som en metode for løpende vurderinger av om et tiltak vil ha betydning for befolkningens helse. Informantene er imidlertid noe avmålte til hvorvidt forankring i planverket faktisk fører til at kommunene gjennomfører de strategier og folkehelseiltak som skisseres. Dette relateres til at kommunenes ambisjonsnivå i planverket ikke alltid samsvarer med ressursene som kommunen har til rådighet, og at flere av folkehelseiltakene tar tid å implementere og er langsiktige, slik at det i mange tilfeller er for tidlig å si om planverket omsettes til praksis. Det understrekes at forankring av folkehelse er nødvendig for at tiltakene skal iverksettes, men at det ikke utgjør en garanti for at tiltakene gjennomføres. Dette relateres også til en tendens til at flere kommuner kun iverksetter Folkehelseloven administrativt, med utarbeidelse av folkehelseplan og helseoversikter, mens tiltak ikke finansieres og iverksettes. To av informantene fra case-kommunene gir dessuten uttrykk for at folkehelseprofilene er for snevre og fokuserer for lite på påvirkningsfaktorer for helsen. Dette sies å kunne ha en uheldig effekt da kommunene i hovedsak oppretter tiltak som de har gode tall på og således står i fare for å overse lokale forhold for folkehelsen som kan være vel så viktige, men som kommunen ikke har oversikt over.

I en spørreundersøkelse blant ledere i 76 kommuner (2013-2014) angir de fleste kommunene (81 %) at de bruker mer ressurser på helseforebyggende arbeid i dag sammenlignet med for fem år siden, mens i underkant av en tredjedel av kommunene mener at ressursbruken er økt «en god del» eller «betydelig mer» (Løset and Veenstra, 2015). Informantene i case-studien antyder også en økning kommunenes ressursbruk til folkehelsearbeid, men at økte ressurser først og fremst ser ut til å gå med til organisering og planlegging av kommunenes folkehelsearbeid i form av midler til å opprette folkehelsekoordinatorstilling, lage helseoversikter, deltagelse i planforum og/eller strategi- og arbeidsgrupper for folkehelse. Informantene fremhever også at samarbeidet om folkehelse med fylkeskommunen er sterkt og at rollefordelingen mellom partene har blitt klarere med Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen ser ut til å ha hatt begrenset betydning for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet innad i kommunene.

Samhandlingsreformen med Folkehelseloven ser ut til å ha bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak, nærmere bestemt at det kommunale folkehelsearbeidet har blitt mer helsefremmende og ikke bare sykdomsforebyggende. Blant helseindikatorene i folkehelseprofilene er det hjerte-kar sykdom (inkludert diabetes) og fedme som kommunene anser å ha størst forebyggingspotensiale. Fysisk aktivitet og kostholdsveiledning, gjerne i regi av frisklivssentralen, omtales som de vanligste tiltakene for å forebygge disse lidelsene i kommunens befolkning. Flere av informantene i case-studien opplever at tiltakene nå i større grad dreier seg om påvirkningsfaktorer for sosial ulikhet i helse og helsefremmende levevaner enn tidligere. Helsefremmende tiltak for barn og unge forebygger ikke bare sosiale helseforskjeller, men er også med på å danne et grunnlag for aktiv aldring i befolkningen.

Felles for informantene i case-studien er at det råder noe usikkerhet rundt om det går et skarpt skille med Samhandlingsreformen når det gjelder de siste åras endringer i folkehelsearbeidet, eller om disse endringene er resultatet av flere forhold i tiden rundt da Samhandlingsreformen ble iverksatt. Hittil ser effektene av Samhandlingsreformen ut til å være mest fremtredende i planstadiet, i utviklingen av lokale folkehelseplaner og kommuneplaner. Dette er i tråd med styringssignalene i reformen som understrekes ytterligere i den nye

folkehelsemeldingen. Hvorvidt denne forankringen av folkehelsearbeidet i kommunal planlegging bærer frukter i form av flere helsefremmende tiltak på tvers av sektorer gjenstår å se (Løset and Veenstra, 2015).

Arbeidspakke B: Samhandlingsmodeller og tvisteløsningsmekanismer

Kombinert med de finansielle virkemidlene etableres institusjonelle og organisatoriske mekanismer for å lette samhandlingen. Disse mekanismene omfatter 1) avtaleverk mellom kommunene og helseforetakene for å håndtere problemer forbundet med utskrivningsklare pasienter og 2) interkommunale samarbeidsordninger for å kunne tilby tilfredsstillende ø-hjelpstilbud. Arbeidspakke B legger opp til analyser av organisasjonsmodeller som går utover den enkelte kommune, samt av de tvisteløsningsmekanismer som er forbundet med disse modellene.

B1: Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak

Bakgrunn: I den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juli 2011 forpliktes kommunene (§6-1) til å inngå samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene. Det settes minimumskrav til avtalenes innhold (§6-2), samtidig som det gis stort rom for frihet til å tilpasse avtalene etter lokale forhold. Formålet med disse samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Kommuner kan inngå egen avtale, eller grupper av kommuner kan gå sammen som en avtalepartner. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS, RHF-ene, Helsedirektoratet og Helsedepartementet har utarbeidet en normgivende veileder over hva som bør avtalereguleres, men uten å angi hvordan dette konkret kan/bør gjøres.²

Mål og problemstillinger: Delstudien retter søkelyset mot samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak og tar sikte på å beskrive variasjoner i avtaleverket per 2013 og studere avtalenes betydning for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for tvisteløsning. Resultatene fra denne delstudien kan gi ny innsikt i hvordan samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og helseforetak utvikler seg i forlengelse av samhandlingsreformen. Delprosjektet gjennomføres av NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Resultater: Analysene er rapportert av Martens and Veenstra (2015). Datamaterialet i evalueringen bygger på en gjennomgang av overordnet samarbeidsavtale og fire delavtaler i oktober 2013, en gjennomgang av avgjørelsene fra den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren i 2014, en undersøkelse blant samtlige helseforetak og alle kommuner tilhørende to helseforetak i januar-februar 2015 og intervjuer med informanter fra fire kommuner i to opptaksområder i februar 2015. Forsknings spørsmålene i denne rapporten grupperer seg rundt tre områder for samarbeid mellom kommunene og helseforetakene: (1) Organisering av og innhold i samarbeidsavtalene; (2) Konflikthåndtering og tvisteløsning; og (3) Opplevelsen av oppgavefordeling og samarbeid.

Helseforetakene (HFene) har, med ett unntak, likelydende avtaler med kommunene i opptaksområdet. I stor grad er avtalene variasjoner over samme mal – veilederen er flittig brukt. Avtalene varierer noe i hvilke tema som er vektlagt, og i hvor stor grad de er gjennomarbeidet. Kommunene har i liten grad gått sammen om å inngå avtaler med HFene. Et mindretall kommuner har avtaler med to HF, det er kommuner som geografisk ligger midt

² <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

mellom to sykehus. I disse tilfellene har kommunene ulike avtaler med HFene. Unntaket her er Oslo kommune. Alle har inkorporert beskrivelse av overordnede samarbeidsorganer i avtalene.

Fastlegene og NAV har ingen fremtredende plass i avtalene. Det er videre stor variasjon i hvordan betalingsordninger er omtalt i avtalene. Generelt sett henvises det til gjeldende lov og regelverk. Svært få avtaler beskriver rutiner ved tvist om betaling. Alle avtalene slår fast at tvister skal løses så nærme pasienten som mulig, samarbeid og dialog fremheves. Så langt har 13 saker blitt bragt opp for nasjonal tvistenemd, flertallet gjelder betaling for utskrivningsklare pasienter. En spørreunde blant informanter fra helseforetakene antyder at det har vært 1 til 6 konflikter ved ni av 19 helseforetak som ikke har gått til den nasjonale tvisteløsningsnemda. Så langt er temaet utskrivningsklare pasienter, som nettopp omhandler overgangen mellom tjenestenivåene, den største kilden til uenighet. Terskelen for å bringe en sak opp i nemda er relativt høy. Uenighet og avvik løses ved revidering (og presisering) av avtalene eller ved å gjøre eksisterende rutiner kjent i organisasjonen.

Samtlige informanter fra fire case-kommuner fremhever dialog og et utstrakt og fortsatt godt samarbeid med sykehuset, også etter innføringen av samhandlingsreformen. Resultatene påpeker også en mulig start på et forhandlingsregime mellom kommune og helseforetak. Opplevelsen av å være likestilte partnere er ikke entydig. Noen kommuneinformanter påpeker også at helseforetak burde øke sin kunnskap om helsetjenestetilbudet i kommunen. Hovedutfordringen som fremkommer er at pasienten flyttes hurtigere enn før fra det ene nivået til det andre, og at behov for kommunale tjenester må avklares raskere. Svarene antyder at informantene opplever økte utfordringer men at de ikke tilskrives helseforetakets beslutninger eller partene samarbeidsavtaler rundt organiseringen av tilbudet. De oppfattes heller som en konsekvens av nasjonale føringer omkring samhandlingsreformen. To til tre år inn i samhandlingsreformen finner vi:

- Sterke nasjonale føringer gir lite lokale variasjoner i samarbeidsavtalene
- Samarbeidsavtalene har ikke medført vesentlige endringer i opplevd samarbeid mellom helseforetak og kommune
- Uenigheter mellom helseforetak og kommune oppstår der samhandlingen skjer i det daglige
- Manglende gjensidighet i kompetanseoverføring

Samarbeidet mellom kommune og helseforetak er bra og tuftet på dialog. Med innføringen av samarbeidsavtalene ser det ut til at noe av den tidligere dialogen kan være erstattet av avviksmeldinger. Samarbeidsavtalene skaper en formell ramme for dialogen som er grunnleggende for samarbeidet mellom kommunen og helseforetak.

B2: Interkommunalt samarbeid

Bakgrunn: Som vist over, har mange kommuner etablert tiltak og organisasjoner gjennom interkommunale samarbeidsordninger. Dersom det interkommunale samarbeidet innebærer overføring av myndighet er det vertskommunemodellen eller samkommunemodellen som er aktuelle. Sistnevnte er enda ikke lovfestet, mens vertskommunemodellen ble lovfestet i 2007.

Mål og problemstillinger: Målsettingen med dette delprosjektet er å belyse omfanget av interkommunalt samarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen og å analysere hvordan det interkommunale samarbeidet virker. Delprosjektet gjennomføres av NIBR.

Resultater: Tjerbo and Zeiner (2014) kartlegger omfanget av interkommunale samarbeid på helseområdet etter Samhandlingsreformen. Spørsmålene som stilles er: Hvor omfattende er

det interkommunale samarbeidet, og hvilke faktorer påvirker hvorvidt kommuner velger å samarbeide eller ikke. Det opereres med en bred og en snever forståelse av interkommunale samarbeid. En har først gått bredt ut, og spurt om kommunenes samarbeid på helseområdet. Interkommunale samarbeid omfatter her alle typer samarbeid mellom to eller flere kommuner på helseområdet, og inkluderer alt fra samarbeid om legevakt og intermediære sengeposter til meldingsutveksling og hospiteringsordninger. I neste omgang snevres analysen inn til å omfatte kommunenes samarbeid om øyeblikkelig hjelp. Dataene som benyttes i notatet stammer fra tre ulike kilder: 1) Oversikt over interkommunale samarbeid innhentet via samhandlingskoordinator eller lignende i Helseforetakene. 2) Søknader om statlig økonomisk støtte til etablering av ø-hjelpstilbud som benyttes i analysene av interkommunalt samarbeid innenfor ø-hjelp. 3) Eksempler på rapporter, utredninger eller lignende fra ulike interkommunale samarbeidsprosjekter.

Kartleggingen viser at interkommunale samarbeid innenfor helsefeltet er utbredt. Om lag to tredjedeler av kommunene deltar i et interkommunalt samarbeid om helse, og mange av disse samarbeider også på flere områder. Det er grunn til å anta at mange av samarbeidene bygger på tidligere interkommunale samarbeid, spesielt samarbeid om legevaktstjenester. Reiseavstander og geografi ser ut til å påvirke hvorvidt kommunene velger å inngå i interkommunale samarbeid på helseområdet eller ikke. I tillegg er kommunestørrelse viktig. Ser en på kommuner som har søkt om eller mottatt støtte til etablering av et kommunalt øhjelpstilbud, finner en at større kommuner er mer tilbøyelige til å være vert for tilbudet eller til å ha søkt alene. Kommuner med større budsjett søker også i mindre grad om tilskudd i samarbeid med andre.

Samarbeidet er videre analysert av Zeiner and Tjerbo (2015). Grensene for interkommunale samarbeid vil variere i henhold til den funksjon de skal ivareta, og en kommune vil kunne delta i flere samarbeid med ulike grenser. Interkommunale samarbeid kan derfor skape en mer fragmentert og uoversiktlig lokal styringsstruktur. På den annen side kan en økning i interkommunale samarbeid bidra til en sementering av eksisterende samarbeidsrelasjoner dersom de samme kommunene inngår samarbeid på flere områder. Basert på dataene benyttet i dette notatet virker det som mange av samarbeidene bygger på allerede eksisterende samarbeid. Økningen i interkommunale samarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen har derfor ikke nødvendigvis ledet til økt styringsmessig fragmentering, men kan også ha bidratt til å sementere eksisterende samarbeidsrelasjoner. Det er få konflikter mellom kommunene som samarbeider. Det lave konfliktnivået kan forklares på flere måter, men to forklaringer synes nærliggende. For det første kan det være at eventuelle konflikter blir løst før et samarbeid inngås eller samarbeidskonstellasjoner med et høyt konfliktpotensial ikke inngås nettopp fordi aktørene selv ser dette. For det andre er interkommunalt samarbeid vanlig i Norge. Norske kommuner har lang tradisjon for å samarbeide, og dersom man samarbeider med de samme kommunene innenfor forskjellige områder, kan det i seg selv redusere potensialet for konflikt. Erfaring med samarbeid kan skape tillit, og denne tilliten kan redusere potensialet for konflikt.

B3: Effekter av andre organisatoriske virkemidler

Bakgrunn: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi har siden 2001 samlet inn data om hvordan sykehusene organiserer samhandlingen med kommunene. Studier har vist at hvordan sykehusene organiserer samhandling kan forklare fastlegenes fornøydhet med samhandling samt at samhandling og kapasitet i kommunene har effekt på liggetiden i sykehus. Ved sykehusene har ordninger med pasientkoordinator med ansvar for oppfølging med hjemsendelseskommunen, praksiskonsulenter, systematiske opplæringsprogram for personell fra primærhelsetjenesten blitt utbredt. Imidlertid ser det ut til at sykehusene i mindre grad har opprettholdt og videreutviklet disse samhandlingsrutinene de siste årene.

Mål og problemstillinger: Målsettingen med dette delprosjektet er å studere samhandlingstiltakene i sykehusene.

Resultater: Asphaug (2015) gir en analyse av Samhandlingsrutiner mellom primær – og spesialisthelsetjenesten. Overordnet kan man si at samhandlingsrutinene mellom de medisinske – og kirurgiske virksomhetene og primærhelsetjenesten ble endret i betydelig grad i 2012. Kartleggingen av rutiner for samhandling rundt overføring av utskrivningsklare pasienter til primærhelsetjenesten tyder imidlertid også på at flere grep var tatt allerede før innfasingen av Samhandlingsreformen. Forskrift om kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter innebærer en formalisering av mange forhold, men sykehusene rapporterer at det i høy grad også har vært formalisert kommunikasjonen mellom primær – og spesialisthelsetjenesten også Samhandlingsreformen.

Den andre samhandlingsarenaen i analysen var konsentrert rundt rutinene for kunnskapsoverføring mellom primær – og spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentordningen for allmennleger ble i perioden 2005 – 2012 i stor grad implementert i virksomhetene og er beskrevet som en sentral kilde til dialog mellom primær – og spesialisthelsetjenesten. Fastlegenes hospiteringsordning i virksomhetene var i størst grad benyttet i perioden 2003 – 2007, og i minkende utstrekning til og med 2012. Samtidig ble systematiske opplæringsprogram for personell i primærhelsetjenesten tilbydd i en stabil andel virksomheter i perioden 2005 – 2012. Bruken av ambulante team hadde en stabil og moderat økning i samme periode. Alt i alt framstår kunnskapsoverføringen mellom primær – og spesialisthelsetjenesten som en arena hvor det ble tettere samarbeid over flere plattformer, særlig i perioden 2005 -2012.

For det tredje fokusområdet - de lokale IKT-løsningene - var de tilgjengelige variablene den elektroniske kontakten mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten og bruk av videokonferanser mellom partene. Virksomhetenes muligheter til å motta fastlegenes henvisninger elektronisk økte betraktelig i perioden 2005 – 2012. Av regionale helseforetak skilte Helse Nord seg spesielt ut med svært stor utnyttelse av denne løsningen. Fastlegenes muligheter til å bestille timer til pasientene elektronisk er svært begrenset eller ikke tilstedeværende i perioden 2005 – 2012. Videokonferanser mellom fastleger og de medisinske – og kirurgiske virksomhetene benyttes i liten utstrekning på landsbasis, mens igjen var dette utstrakt i Helse Nord. Videokonferanser med den øvrige primærhelsetjenesten ble benyttet i noe større grad på landsbasis enn for kommunikasjonen med fastlegene. Dette var også svært vanlig i Helse Nord. En mulig forklaring til dette ble gitt ved de store geografiske avstandene i denne landsdelen.

Arbeidspakke C: Effekter av og tilpasning av finansieringsløsningene

Samhandlingsreformen har som en av sine målsettinger å dempe veksten i etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Flere virkemidler skal etableres for å nå målsettingen. De tre viktigste i første fase av reformen er overføring av ansvaret for og full betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter til kommunene fra 2012, innføring av kommunal medfinansiering for pasienter innen medisinske DRG-er fra 2012 og kommunal plikt til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 2016. Når det gjelder finansieringen av ø-hjelpsplasser, skal midler gradvis tilføres kommunene fra regionale helseforetak i perioden 2012–2015 dels etter søknad og dels som en fast ramme fordelt etter objektive kriterier.

C1. Effekter av finansieringsløsningen for utskrivningsklare pasienter

Bakgrunn: Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunene skal betale kr. 4000 per døgn (2012) for pasienter som ligger i sykehus utover datoen da pasienten etter sykehusets definisjon er utskrivningsklar.

Mål og problemstillinger: Helsedirektoratet har produsert beskrivende statistikk om de umiddelbare effektene av betalingsordningen på sykehusenes aktiviteter, for eksempel liggetider og omfanget av reinnleggelser. Problemstillingene er knyttet til å forklare eventuelle variasjoner i effekter over tid, mellom sykehus og kommuner og mellom ulike alders- og sykdomsgrupper. Delprosjektet gjennomføres av HELED.

Resultater: En analyse basert på data fra 2012 viste betydelige effekter av ordningen (Hagen et al., 2013). Basert på rådata finne vi en reduksjon i antall liggedager etter at pasienten er definert som utskrivningsklar på om lag 4 dager. Det skjer imidlertid en økning i antall pasienter som defineres som utskrivningsklare noe som innebærer en seleksjonsskjevhet i data. Alternative måter å håndtere seleksjonsproblemene på (bruk av matching og regresjon) gir oss en reduksjon i liggedager etter at pasienten er utskrivningsklar på mellom 3,4 og 3,6 dager. Selv om pasienter som defineres som utskrivningsklare utgjør en liten del av sykehusenes samlede pasientpopulasjon, er reduksjonen i liggetider etter forventet utskrivningstidspunktet såpass sterk at det også leder til en generell reduksjon i liggetider. Det er primært i de øvre aldergrupper vi finner reduksjon i liggetider.

Moberg (2014) viser på bakgrunn av NPR-data fra 2011 og 2012 at antall pasienter som skrives ut til kommunale institusjoner øker etter Samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i dette analyserer trengselseffekter i sykehjemmene. Er det slik at flere pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunale institusjoner fører til at det blir vanskeligere for hjemmeboende å få plass i institusjonene? Analysen indikerer at det både skjer en reduksjon i antall brukere fra hjemmetjenesten som kommer til langtidsopphold i institusjon fra 2011 til 2012 og at oppholdene blir kortere. Analysene viser også en signifikant reduksjon i antall dagopphold per bruker fra 2011 til 2012 mens det ikke skjer endringer i tidsbegrensede opphold i institusjon etter reformen. Funnene kan tyde på at økt trengselseffekt for brukere fra hjemmetjenesten med behov for langtidsopphold. Kommunene kompenserer for det økte presset ved å redusere antall dagopphold per bruker i hjemmetjenesten og redusere lengden på langtidsoppholdene.

Hagen et al. (2013) på data fra 2012 og senere Antonova (2014) analyserer om forhold ved det kommunale tilbudet påvirker variasjoner mellom kommunene når det gjelder reduksjon i antall liggedager etter at pasienten er definert som utskrivningsklar. I begge analysene vises det at flere legeårsverk i institusjoner og flere pleieårsverk i omsorgstjenestene bidrar til å redusere antall liggedøgn. Antonova tester videre om antall korttidsplasser i sykehjemmene på virker endringene i antall liggedøgn for den aktuelle pasientgruppen, men finner ingen signifikante effekter av denne variabelen. En liknende analyse er gjort av Swanson (2013) på data fra Oslo. Analysen viser at variasjoner i det lokale tilbudet påvirker reduksjonen i liggetider.

Betalingen for utskrivningsklare pasienter er senere analysert av Hagen (2015b). Data ble hentet fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 1. januar 2009-31. desember 2014. En etablerte seks utvalg av pasienter: 1) Et tilfeldig trukket utvalg av 200 000 pasienter og 2) fem diagnosespesifikke utvalg som omfattet alle pasienter med hoveddiagnosene hoftebrudd (ICD 10: S72), slag (I63), hjerteinfarkt (I21, I22) og KOLS eller astma (ICD 10 J44, J45 og J46). I de diagnosespesifikke analysene ble alder, kjønn og tidligere sykehistorie benyttet til risikostyring. Liggetider ble analysert ved regresjonsanalyser og sannsynligheten for akutte reinnleggelser innen 30 dager ble analysert ved logistisk regresjonsanalyse. Potensielle seleksjonseffekter til gruppen av utskrivningsklare pasienter ble modellert ved instrumentvariabelmetoder. Analysene ble gjort med faste effekter for helseforetak. Analysene viste at implementeringen av Samhandlingsreformen er assosiert med en generell reduksjon i liggetidene på 0,1 dager. For pasienter som er meldt utskrivningsklare reduseres

liggetidene mer. I de utvalgte diagnosegruppene ble liggetidene redusert med 0,6 dager for KOLS-pasientene, 1,5 dager for hoftebruddspasientene og 0,8 dager for slagpasientene. Det var en signifikant økning i reinnleggelsesratene for pasienter i tilfeldighetsutvalget som ble meldt utskrivningsklare ($p < 0.05$) og signifikant reduksjon i reinnleggelsesratene for pasientene som ikke ble meldt utskrivningsklare ($p < 0.05$). For materialet samlet, var det en svak reduksjon i reinnleggelsesratene. Resultater fra de diagnosespesifikke analysene viser så langt varierende resultater. Sannsynligheten for reinnleggelse øker med alder og komorbiditeter. Vi finner en signifikant økning i reinnleggelsesrater for en av de fire diagnosegruppene, mens det for de tre andre gruppene ikke er signifikante effekter. Dersom det har skjedd økning i dødeligheten som følge av de reduserte liggetidene, er det grunn til å tro at vi også vil finne positive effekter av reformen på reinnleggelsesratene for de fire gruppene. Den komplette analysen der det er korrigert for dødelighet forventes ferdig om lag 10. februar 2016.

C2: Kommunal medfinansiering av medisinske pasienter

Bakgrunn: En analyse av forholdet mellom tilbudet av kommunale pleie- og omsorgstjenester og bruken av spesialisthelsetjenester blant kommunebefolkningen viste lav grad av substitusjon (Hagen, 2009). Kommunene kunne primært avlaste sykehusene når det gjaldt innleggelser av eldre pasienter ved indremedisinske avdelinger. Det var særlig variasjoner i sykehjemsdekningen som hadde effekter. Effekten av omfanget av hjemmesykepleie var signifikant, men svakere. I begge tilfeller var det færre innleggelser i kommuner med godt utbygde tilbud.

Mål og problemstillinger: Delprosjektet vil særlig studere de tidlige fasene av samhandlingsreformen. Problemstillingen er: Hvordan påvirker kommunale variasjoner i pleie- og omsorgstjenestene bruken av spesialisthelsetjenester? Delprosjektet gjennomføres av HELED.

Resultater: Analysene skjer i to trinn. Beck Olsen and Hagen (2015) analyserer kommunenes respons på Samhandlingsreformen, dvs. om kommunene har bygd opp tilbudet. Deretter er effekter for innleggelser analysert.

Beck Olsen and Hagen (2015) har analysert kommunenes respons på Samhandlingsreformen målt ved endringer i kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgsformål, plasser i institusjoner, årsverk til ulike typer aktiviteter og antall brukere av institusjoner og hjemmetjenester. En har også analysert avvikene mellom hvor mye kommunene bruker på kommunal medfinansiering og hvor mye ressurser de fikk tildelt til dette. Det skjer en økning i kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester som følge av Samhandlingsreformen. Utgiftsøkningen blir særlig benyttet til å øke innsatsen av helsepersonell med høyere kompetanse i hjemmetjenesten og sykehjemmene. Økningen er særlig markant for leger i sykehjem der vi både observerer en stigende trend i analyseperioden og et nivåskifte som følge av Samhandlingsreformen. Funnene fra analysen er forenelig med to elementer i Samhandlingsreformen, betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Særlig ordningen med at kommunene fikk ansvar for utskrivningsklare pasienter bidro til reduserte liggetider for eldre pasienter. Økningen i legeressurser i sykehjem og økt kompetanse i hjemmetjenestene er et rasjonelt svar på at pasienter som skrives ut til kommune har større hjelpebehov enn tidligere.

Olsen (2014) og Hagen (2015a) gir analyser av effektene av innføringen av kommunal medfinansiering (KMF) på antall innleggelser ved sykehusene. Resultatene fra de to analysene er i hovedsak sammenfallende. Konklusjonen er at innføring av kommunal medfinansiering ikke har ført til færre sykehusopphold målt ved døgnopphold eller ved totalt antall opphold målt ved summen av dag- og døgnopphold i perioden 2012-2014,

sammenliknet med perioden 2010-2011. Konklusjonen gjelder både for pasientpopulasjonen totalt og for aldergruppen 80 år og over. Faktisk har KMF en positivt statistisk effekt på totalt antall opphold (summen av døgn og dagopphold) sammenliknet med oppholdene som ikke er omfattet av KMF. Det er imidlertid lite trolig at sistnevnte er en kausal effekt av innføringen av KMF. Derimot kan det være en effekt av andre virkemidler i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter som har bidratt til reduserte liggetider og dermed økt muligheter for flere innleggelser.

Hjelm (2014) ser nærmere på om den politiske ledelsen i kommunen kan ha påvirket implementeringen av reformen. Mer presist var formålet å undersøke om kommuner som ble ledet av de rødgrønne partiene som utarbeidet reformen (Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet) tilpasset seg på en annen måte enn kommuner som ble ledet av andre parti. Det ble gjennomført tre ulike analyser rettet mot: nivået på forbruket av sykehus tjenester (antall innleggelser), endring i forbruket og en difference-in-differences - analyse. Resultatene fra de tre ulike analysene var konsistent og indikerer at det ikke er funnet indikasjon på ulik utvikling i rødgrønne og ikke-rødgrønne kommuner, når det gjelder forbruk av somatisk spesialisthelsetjenester etter innføringen av Samhandlingsreformen.

3 Anbefalinger

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1. januar 2012. Det tar tid før reformer av denne typen gir effekter, data om effektene kommer senere og analysene av data enda senere. De relativt moderate effektene vi i dette prosjektet har funnet kan derfor skyldes at vi kun har data fra de tre første årene etter reformens start. Vi må også ta forbehold om at vi så langt ikke har fått tilgang til data om mortalitet. Det kan påvirke resultatene, særlig under delprosjekt C1. På tross av disse forbeholdene mener vi at vi kan komme med følgende foreløpige anbefalinger:

- Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD-ene) bør videreutvikles ved at de som hovedregel blir samlokalisert med legevakt og har lege på vakt 24 timer/7 dager i uken.
- Det bør foretas en kostnads/nytte-evaluering av ØHD-ene for å avklare kostnadseffektiviteten i tiltakene. Kostnads/nytte-evalueringen bør gjennomføres tidligst etter ett år med ordinær kommunal drift, dvs. i 2017.
- Studien av kommunenes folkehelsearbeid tilsier at folkehelse har blitt tydeligere forankret i kommunenes planverk og at det brukes mer ressurser på disse tjenestene. Kommunene har imidlertid behov for rettleiding i forhold til iverksetting av konkrete folkehelse tiltak.
- Det må undersøkes nærmere om og eventuelt hvilke tiltak som leder til forbedringer i befolkningens helse.
- Samhandlingsavtalene bør ta høyde for behovet for gjensidig opplæring og kompetanseoverføring mellom sykehus og kommuner. For å oppnå et godt pasienttilbud ved utskrivinger fra spesialisthelsetjenesten bør sykehusene skaffe seg nærmere informasjon om det kommunale tilbudet.
- Avtaleverket bør forenkles blant annet ved sammenslåing av avtalene om inn- og utskriving og rehabilitering.
- Interkommunale samarbeidsordninger om de mest spesialiserte tilbudene bør pålegges kommunene dersom en mer omfattende kommunereform ikke lar seg realisere. Interkommunalt samarbeid vil kunne for eksempel omfatte ØHD-er, palliativ behandling og spesialiserte tjenester overfor demente. Så langt som mulig bør

interkommunale samarbeidsordninger være overlappende, dvs. at de samme kommunene bør inngå i samarbeid om flere tjenester.

- Ved en eventuell reetablering av ordningen med kommunal medfinansiering bør en analysere nærmere hvilke diagnoser kommunene faktisk kan forhindre sykehusinnleggelse for. Vi mener at rehabilitering peker seg ut som et mulig område. Det foreligger imidlertid ikke gode analyser av hvordan kommunale rehabiliteringstjenester bør organiseres, dels som følge av dårlige data på feltet.
- En bør vurdere nærmere om den aktivitetsbaserte delen av sykehusenes finansiering skal endres slik at det ikke gis refusjon for akutte reinnleggelser. Dersom en velger en slik modell bør en legge dagens utgifter forbundet med reinnleggelser på den ordinære DRG-prisen slik at endringen i utgangspunktet blir budsjettneutrytral for sykehusene. En slik omlegging vil stimulere sykehusene til å hindre reinnleggelser enten ved at pasientene blir utskrevet med bedre tilstand eller ved at det utviklesegnete samarbeidsordninger mellom sykehus og kommune.

4 Litteratur

- ANTONOVA, I. 2014. *Samhandlingsreformen: kommunalt tilbud til utskrivningsklare pasienter*. Masteroppgave, Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- ASPHAUG, L. 2015. Samhandlingsrutiner mellom primær – og spesialisthelsetjenesten. *Arbeidsnotat*, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi Universitetet i Oslo.
- BECK OLSEN, C. & HAGEN, T. P. 2015. Kommunenes respons på Samhandlingsreformen. *HELED skriftserie 2015:1*. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- HAGEN, T. P. 2009. Modeller for kommunalmedfinansiering av spesialisthelsetjenestene. *HERO Skriftserie 2009/6*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- HAGEN, T. P. 2015a. Effekter av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. *Arbeidsnotat*, Oslo Avdeling for helseledelse og helseøkonomi Universitetet i Oslo.
- HAGEN, T. P. 2015b. Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Arbeidsnotat*.
- HAGEN, T. P., MCARTHUR, D. P. & TJERBO, T. 2013. Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året. *HERO Skriftserie 2013/5*. Universitetet i Oslo.
- HJELM, C. 2014. *SAMHANDLINGSREFORMEN OG LOKALPOLITIKK Norske kommuners forbruk av somatisk spesialisthelsetjeneste før og etter innføringen av Samhandlingsreformen – har politisk ledelse hatt noe å si?* Masteroppgave, Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- LØSET, G. K. & VEENSTRA, M. 2015. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: forebyggende helsearbeid i kommunene. . *NOVA-rapport 6/2015*. Oslo: NOVA.
- MARTENS, C. & VEENSTRA, M. 2015. Avtaleverket mellom helseforetakene og kommunene - fra dialog til avviksmelding. *NOVA-rapport 9/2015*. Oslo: NOVA.
- MOBERG, T. O. 2014. *På bekostning av hjemmeboende? En kvantitativ studie av samhandlingsreformens innvirkning på institusjonstilbudet til brukere fra hjemmetjenesten*. Masteroppgave, Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- MONKERUD, L. & TJERBO, T. 2015. The Norwegian Coordination Reform's Effects on the Use of Rehabilitation Services. *Working Paper*.
- OLSEN, S. B. 2014. *Kommunal medfinansiering; gode intensjoner, svake insentiver? En analyse av faktorer som kan forklare variasjoner i antall innleggelser omfattet av*

- kommunal medfinansiering, med separate analyser for befolkningen over 80 år.*
Masteroppgave, Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- ROLSTAD, H. K. S. 2014. *Drømmen om den døgnåpne kommunen*. Masteroppgave, Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- SKINNER, M. S. 2014. Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012-2013. *Senter for omsorgsforsknings rapportserie 5/2014*. Gjøvik: Gjøvik: Omsorgssenter Øst/Høgskolen i Gjøvik.
- SKINNER, M. S. 2015a. Døgnåpne kommunale akuttenheter: En nasjonal helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 131-144.
- SKINNER, M. S. 2015b. Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. . *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2, 97-112.
- SKINNER, M. S. 2015c. Organiseringen av kommunalt akutt døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene. *Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015*. . Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Øst. .
- SKINNER, M. S. 2015d. Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene. *Senter for omsorgsforsknings rapportserie nr. 10/2015*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Øst.
- SWANSON, J. & HAGEN, T. P. 2015. Reinventing the “community hospital”: Did implementation of municipal acute bed units reduce the demand for hospital admissions? Manuscript.
- SWANSON, J. O. J. 2013. *Bed Blocking and the City : An analysis of the factors explaining variation in the number of days associated with specific measures relevant to patient discharges one year after implementation of the coordination reform within the municipality of Oslo*. MPhil Master thesis, University of Oslo.
- SWANSON, J. O. J., ALEXANDERSEN, N. & HAGEN, T. P. 2016. Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus? . *HERO Working paper 1/2016*. Oslo: Universitet i Oslo, Institutt for helse og samfunn.
- TJERBO, T. & ZEINER, H. H. 2014. Interkommunale samarbeid på helseområdet. *NIBR-notat 2014/106*.
- ZEINER, H. H. & TJERBO, T. 2015. Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen. *NIBR-notat 2015/104*.