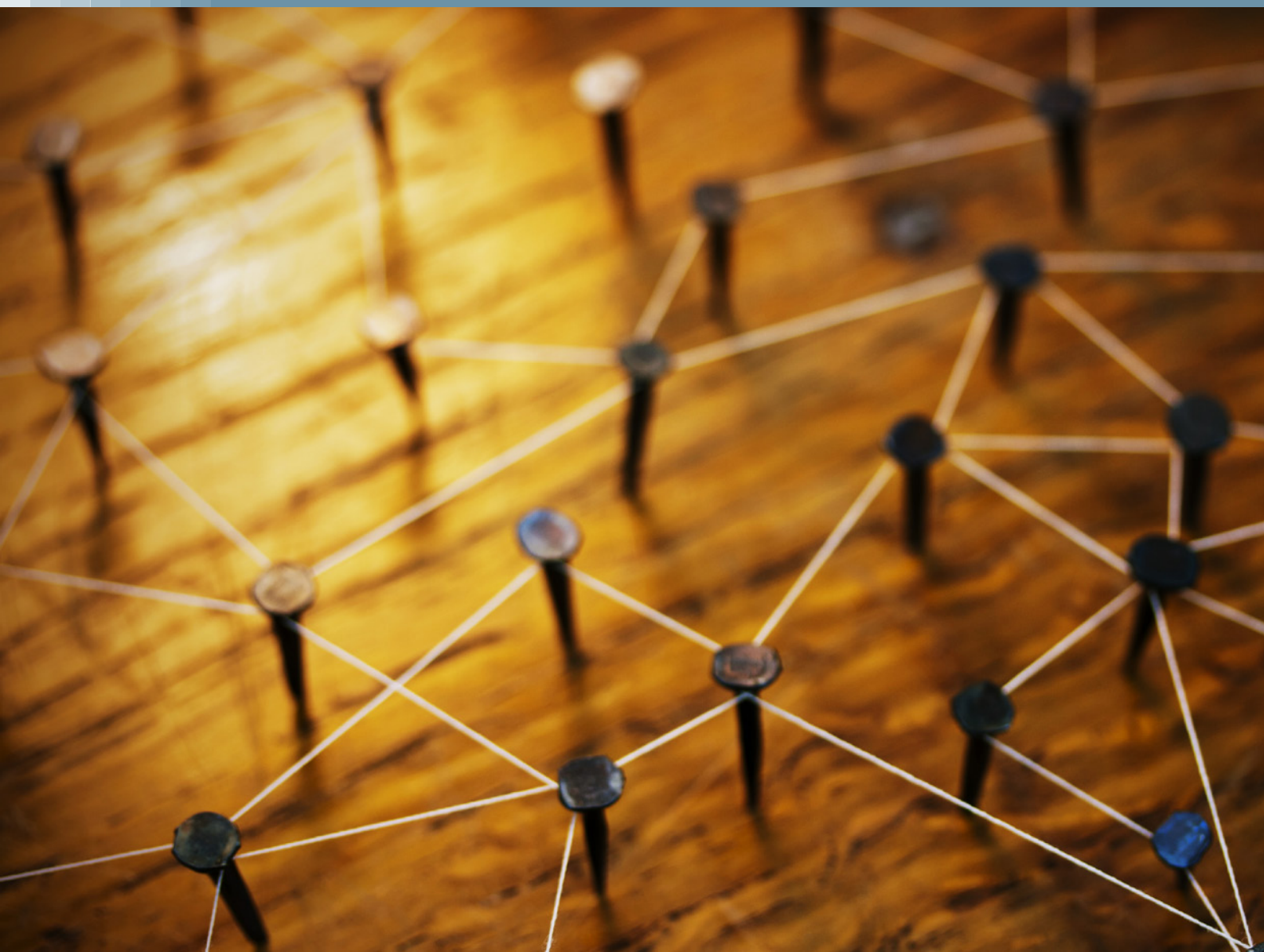


Evaluering av samhandlingsreformen

Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert
følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

Evaluering
Divisjon for samfunn og helse



Evaluering av samhandlingsreformen

Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert
følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

© Norges forskningsråd 2016

Norges forskningsråd

Postboks 564

1327 Lysaker

Telefon: 22 03 70 00

Telefaks: 22 03 70 01

post@forskningsradet.no

www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:

www.forskningsradet.no/publikasjoner

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Grafisk design omslag: Melkeveien Designkontor AS

Foto/ill. omslagsside: Shutterstock

Trykk: 07 Media/Forskningsrådet

Opplag: 100

Oslo, juni 2016

ISBN 978-82-12-03523-2 (trykksak)

ISBN 978-82-12-03524-9 (pdf)

Forord fra Forskningsrådet

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) administrert den forskningsbaserte følgeevalueringen av samhandlingsreformen, som ble innført i januar 2012. Evalueringsoppdraget har hatt et samlet budsjett på 41 mill. kroner og en varighet på fem år. Grunnlaget for evalueringsoppdraget fremgår av *Mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen*.

Divisjonsstyret for samfunn og helse har oppnevnt styringsgruppen for evalueringen og gitt mandatet for styringsgruppens arbeid. Styringsgruppen har vært oppnevnt for perioden oktober 2011 – juni 2016 og har hatt følgende medlemmer:

- Olaf Rieper, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA), Danmark, **leder**
- Harald Baldersheim, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
- Bjørn Engum, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Tromsø
- Allan Krasnik, Institut for folkesundhedsvidenskab, Københavns universitet, Danmark
- Björn Lindgren, Avdelning för hälsoekonomi, Lunds universitet, Sverige
- Bente Ohnstad, Høgskolen i Lillehammer
- Guri Rørtveit, Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
- Inger-Marie Sommerset, Pasient- og brukerombudet i Nordland

Forskningsrådet har de seneste årene hatt flere lignende evalueringsoppdrag på helseområdet, som for eksempel Fastlegereformen, Sykehusreformen og Mammografiprogrammet. Det er ingen forskjell på de faglige kvalitetskrav som stilles til prosjektene i en forskningsbasert evaluering, og kravene som stilles til annen forskning. Evalueringer av denne typen krever imidlertid tettere dialog mellom forskere og oppdragsgiver (HOD) og hyppigere underveisrapportering enn det som vanligvis kreves ved ordinære forskningsbevilgninger. Forskningsrådets rolle er blant annet å sikre tilstrekkelig faglig uavhengighet mellom oppdragsgiver (HOD) og forskningsmiljøene (evaluatørene) og sikre kvalitet og tett oppfølging av prosjektene.

Denne rapporten markerer avslutningen på evalueringsoppdraget. Forskningsrådet vil takke styringsgruppen for godt faglig arbeid og for entusiasme og engasjement i hele oppdragsperioden. Forskningsrådet retter også en stor takk for utmerket innsats under arbeidets gang til de seks prosjektlederne og til alle de øvrige forskerne som har vært involvert i delprosjekter som inngår i evalueringen.

Oslo, 13. juni 2016

Jannikke Ludt
Avdelingsdirektør
Divisjon for samfunn og helse

Forord fra styringsgruppen

Samhandlingsreformen er blitt evaluert av seks evalueringskonsortier igangsatt av Norges forskningsråd med bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet. Styringsgruppen for evaluering av samhandlingsreformen har gitt innspill til mål- og rammedokumentet for evalueringen og har deretter hatt ansvaret for utlysningen av prosjektmidler og utvelgelsen av de i alt seks evalueringsprosjektene som ble gjennomført i perioden 2012-15. Alle prosjektene har rapportert jevnlig om fremdrift og funn underveis, og resultatene har vært diskutert på seminarer der både styringsgruppen og representanter for ulike brukergrupper har vært til stede.

De seks evalueringsprosjektene har vært ledet av:

- Anders Grimsmo, NTNU
- Terje P. Hagen, UiO
- Sverre A. C. Kittelsen, Frischsenteret
- Benedicte Carlsen, Uni Research AS
- Pieter J. Toussaint, NTNU
- Arild Schou, HSN, NIBR

Denne rapporten har som ambisjon å presentere hovedresultatene i kortform, på tvers av de seks evalueringsprosjektene. Rapporten er skrevet av styringsgruppen på grunnlag av oppsummeringer, sluttrapporter, publikasjoner fra de seks evalueringsprosjektene og diskusjoner i styringsgruppen.

Oslo, 13. juni 2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Bakgrunn	6
Resultater	6
Begrensninger i evalueringen av samhandlingsreformen.....	9
Styringsgruppens vurderinger og anbefalinger.....	9
Summary	10
1 Innledning.....	15
1.1 Bakgrunn for reformen.....	15
1.2 Evalueringoppdraget og styringsgruppens arbeid.....	18
2 Resultater fra de seks evalueringprosjektene	22
2.1 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.....	22
2.2 Økonomiske styringsvirkemidler.....	25
2.3 Helhetlige pasientforløp.....	28
2.4 Folkehelse og forebygging.....	32
2.5 Interkommunalt samarbeid og andre organisatoriske mekanismer.....	34
2.6 IKT som virkemiddel for bedre samhandling.....	37
2.7 Kommunale akutte døgnplasser	41
2.8 Begrensninger i evalueringen.....	45
3 Samhandlingsreformen i internasjonalt perspektiv	48
3.1 Utvalgte land som eksempler.....	48
3.2 Særlige utfordringer	49
3.3 Sammenligning av virkemidler	50
4 Styringsgruppens vurderinger og anbefalinger.....	51
4.1 Innledning.....	51
4.2 Styringsgruppens generelle betraktninger.....	51
4.3 Styringsgruppens anbefalinger.....	52
5 Litteratur.....	57
6 Vedlegg.....	61

Sammendrag

Bakgrunn

Bakgrunnen for samhandlingsreformen var erkjennelsen av at helse- og omsorgstjenestene var blitt for fragmenterte og var i ferd med å bli for kostbare. Flere utredninger har påpekt behovet for bedre samhandling og samordning, særlig mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Reformen inneholder et bredt sett virkemidler, både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske. Disse forskjellige typene virkemidler er i fokus for evalueringen.

Evalueringen har blitt administrert av Norges forskningsråd på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Den har hatt et samlet budsjett på 41 mill. kroner og en varighet på fem år. Forskningsrådet oppnevnte en styringsgruppe for evalueringen og vedtok mandatet for styringsgruppens arbeid. Styringsgruppen for evaluering av samhandlingsreformen har hatt ansvaret for utlysningen av prosjektmidler og utvelgelsen av de i alt seks evalueringsprosjektene som ble gjennomført i perioden 2012-15.

Resultater

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler som ett av flere virkemidler for å oppnå bedre samarbeid om helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid små variasjoner i avtalene som er inngått, og kommunene har bare i liten grad benyttet det rom for lokale tilpasninger som lovgiver har gitt.

Generelt finner forskningen at samarbeidet mellom kommuner og foretak er godt og konstruktivt. Men avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger. Det er for øvrig utskrivningsklare pasienter som skaper størst uenighet og oftest havner i tvisteløsningsnemnden. Terskelen for å ta en sak til tvisteløsningsnemnden er imidlertid høy, og de få sakene som havner der, gjelder prinsipielle spørsmål.

Økonomiske styringsvirkemidler

Økonomiske styringsvirkemidler er virkemidler som direkte påvirker en beslutningsenhets inntekter og/eller utgifter. Dermed påvirkes beslutningstakernes oppfatning om hvilke handlingsvalg som «lønner seg» eller «ikke lønner seg». I samhandlingsreformen finnes fire økonomiske virkemidler: kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester, kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, statlige tilskudd til kommunale KAD-enheter og endelig statlige tilskudd til kommunene for deres utvidede ansvar. Gjennom medfinansiering og betalingsansvar er tanken at det skal «lønne» seg for kommunene å satse på folkehelse og forebygging for å unngå innleggelse og «ta hjem» utskrivningsklare pasienter raskest mulig for selv å ta hånd om dem på en rimeligere måte.

Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter har hatt signifikante styringseffekter, både tilsiktede og utilsiktede. Liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, noe som var et sentralt siktemål med samhandlingsreformen. Men samtidig har antallet innleggelse økt påtagelig, noe som ikke var tilsiktet. Noen andre uønskede effekter, som for eksempel økt antall reinnleggelse eller økt mortalitet, er ikke observert. Noen styringseffekt av kommunal medfinansiering av

spesialisthelsetjenester er ikke påvist. Statstilskuddene til kommunene har ført til en signifikant vekst i kommunenes budsjetter for pleie og omsorg.

Helhetlige pasientforløp

Et av de overordnede målene for samhandlingsreformen var å utvikle mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Tre virkemidler ble ansett som særskilt sentrale for å nå dette målet: de nevnte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, utvikling av gode modeller for sammenhengende pasientforløp informert av brukererfaringer, og økt bruk av IKT-baserte informasjonskanaler mellom aktørene.

Med hensyn til samarbeidsavtalene, viser vi til det som er sagt over. Når det gjelder pasientforløpsbeskrivelser, har flere kommuner og foretak utarbeidet diagnosebaserte pasientforløp, men disse ble opplevd som lite tilpasset den kommunale virkelighet (for spesialisert i forhold til det lokale pasientgrunnet) og ble ikke benyttet i praksis; derimot synes diagnoseuavhengige pasientforløp å passe bedre, særlig for pasientgrupper med multisykdom. Med hensyn til brukererfaringer har brukerne i begrenset utstrekning medvirket i utformingen av avtalene mellom kommuner og foretak. Heller ikke kommuneledelsen har hatt noe utpreget pasientfokus under arbeidet med disse avtalene, der økonomi og organisering har hatt større prioritet. Når det gjelder IKT hadde nesten alle kommuner ved utgangen av 2015 tatt i bruk digitale pleie- og omsorgsmeldinger, noe som har bidratt til bedre pasientsikkerhet, informasjonskvalitet og oversikt over pasientstrømmer. Forskningen har også demonstrert potensialet i såkalt flerparts elektronisk samhandling (f.eks. mellom pasient, fastlege og spesialist) og vist hvilke betingelser som må være til stede for å lykkes med slik samhandling.

Det kan likevel ikke underslås at samhandlingsreformen inneholder elementer som kan motvirke helhetlige pasientforløp, som oppstykkende pasientopphold på intermedieære avdelinger eller forsterket insentivfokus i kommuner og foretak.

Folkehelse og forebygging

Arbeid med folkehelsefremmende og sykdomsforebyggende temaer har tradisjonelt vært mindre prioritert i kommunene enn utvikling av behandlingstilbud. Derfor har lovverkene som samhandlingsreformen springer ut av, søkt å oppprioritere folkehelse og sykdomsforebygging i kommunene. Samhandlingsreformen er dermed et virkemiddel til å få kommunene til å prioritere dette arbeidet høyere gjennom økonomiske insentiver, tydeliggjøring av den lovpålagte plikten samt veiledning.

Sentrale funn i forskningen er at oversiktsarbeid og kunnskapsinnhenting har skutt fart. 38 prosent av kommunene har utarbeidet oversikter over folkehelseutfordringer, og 75 prosent mener at oppfølgingen av samhandlingsreformen har ført til en styrking av kunnskapsgrunnet for folkehelsearbeidet, samtidig som folkehelse temaer har fått økt oppmerksomhet i de kommunale planprosessene. Videre er det økt fokus på korttidsforebygging. Særlig små og mellomstore kommuner satser på å unngå å pådra seg innleggelseskostnader på denne måten, noe som anses som en effekt av kommunal medfinansiering. Folkehelsearbeidet har fått et mer tverrsektorielt preg, og arbeidet har fått mer legitimitet og gjennomslag i sektorer utenom helsesektoren og er tydeligere organisatorisk forankret. Gjennomslag oppnås i særlig grad når koordinatoren er i hel eller tilnærmet hel stilling. Derimot spiller den organisatoriske plasseringen av stillingen mindre rolle for fremgang i arbeidet.

Om det er mer folkehelsefokus i kommuner med særskilte utfordringer, er undersøkt i et eget delprosjekt. Kommuner med høy andel lengeboende ikke-vestlige innvandrere ble valgt ut for denne

problemstillingen. Det lot seg imidlertid ikke gjøre å påvise forskjeller i folkehelsearbeid og forebyggende innsats mellom disse kommunene og andre kommuner.

Interkommunalt samarbeid og andre organisatoriske mekanismer

Kommunene står ganske fritt med hensyn til hvordan de organisatorisk vil ivareta sitt utvidede ansvar etter samhandlingsreformen. Ansvaret er i stor utstrekning organisert gjennom interkommunalt samarbeid. To tredjedeler av alle kommuner inngår i interkommunale samarbeidsordninger omkring helsespørsmål. Særlig er det utbredt samarbeid om legevakt. Detaljene i samarbeidet varierer en god del, og det er rom for lokale tilpasninger, samtidig som samarbeidet ser ut til å fungere nokså problemfritt. Den vanligste samarbeidsformen er gjennom vertskommunemodellen.

IKT som virkemiddel for samhandling

IKT er i samhandlingsreformen lansert som et vesentlig virkemiddel for å oppnå bedre kommunikasjon med pasienter og på tvers av faggrupper, avdelinger og forvaltningsnivåer med tanke på pasientsikkerhet, helhetlige pasientforløp osv.

Både pasienter og helsepersonell er gjennomgående svært positive til de IKT-løsningene som er tatt i bruk og dokumentert. Pasientene er likevel foreløpig bare marginalt involvert i disse løsningene.

Løsningene for elektronisk samhandling øker effektiviteten hos helsepersonell, legger grunnlaget for bedre informasjonskvalitet og gir en betinget pasientsikkerhet. Elektronisk samhandling mellom helsepersonell er godt etablert og rutinemessig innført. Hvorvidt dette ensidig skyldes samhandlingsreformens fokus på IKT som virkemiddel og partenes lovpålagte krav om å inngå samarbeidsavtaler for å sikre etablering og drift av aktuelle løsninger, er det imidlertid grunn til å stille spørsmål ved. Likevel har kravet om samarbeidsavtaler sannsynligvis forsterket både omfang og innsats i arbeidet, spesielt for de minste kommunene, der omfanget av informasjonsutvekslingen er mer begrenset.

De elektroniske samhandlingsløsningene har medført behov for å forbedre kvalitet, struktur og innhold i informasjonen som formidles.

Samhandling mellom pasienter og helsepersonell har fortsatt et betydelig potensial.

Trepartskonsultasjoner benyttes i liten grad. Teknologi og løsninger finnes, og de finansielle og strukturelle utfordringene som beskrives, er av en slik karakter at de kan løses innenfor realistiske økonomiske rammer både hva angår investeringer og drift av aktuelle løsninger. Tilgang til oppdatert og relevant informasjon er en utfordring, ikke minst for å kunne gi pasienter og brukere større muligheter til å ta kontroll over egen sykdom, spesielt innenfor kronikergrupper.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp er nedfelt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I samhandlingsreformen er dette ansvaret utvidet til å omfatte tilbud til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp hvor kommunen har muligheter til å utrede, behandle eller yte omsorg. Tilbudet finansieres dels (50 prosent) av helseforetakene, dels (50 prosent) gjennom øremerkede midler fra staten og er faset inn gradvis fra 2012. Siden 1. januar 2016 har alle kommuner hatt plikt til å yte et slikt tilbud, og finansieringen skjer nå via kommunenes ordinære rammetildelinger. 70 prosent av KAD-enhetene driftes som interkommunale ordninger.

Måloppnåelse angående KAD vil være å gi pasienter og brukere et tilsvarende eller like godt tilbud nærmere bosted og i regi av kommunehelsetjenesten og dermed redusere behovet for akutte innleggelser på sykehus. En hovedkonklusjon fra forskningen er at innføringen av KAD har hatt

effekter, men at effektene varierer med hvordan tilbudet er organisert. Det er KAD med god tilgang til legetjenester (samlokalisert med legevakt/god legeberedskap) som gir effekt (ca. 2,5 prosent færre innleggelser). For KAD med annen organisering er det ikke dokumentert effekt. Effekten er størst for pasientgruppen over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger. Rapporten peker på at tilbudet er relativt tidlig i etableringsfasen, og at det også har vært innkjøringsproblemer. Dette peker i retning av at de mulige positive effektene på lengre sikt (sannsynligvis) er underestimert.

Samhandlingsreformen i internasjonalt perspektiv

De problemer og utfordringer som samhandlingsreformen springer ut av, finnes igjen i en rekke andre vestlige land. De felles utfordringene reformene søker svar på, gjelder håndteringen av organisasjonsproblemer i helsesektoren på bakgrunn av stigende antall pasienter, særlig eldre og kronisk syke. Å sikre sammenhengende pasientforløp i en sektor preget av fragmentering og vidtgående spesialisering, går igjen blant utfordringene. Det finnes også paralleller til de løsningene reformen lanserer. De andre nordiske landene og for eksempel England og Nederland har gjennomført reformer som har likhetstrekk med den norske. Fellestrekket ligger særlig i desentraliseringen av oppgaver og ansvar. Spesielt har den danske «Sundheds- og strukturreform» av 2007 vært modell for Norge, med innslag av helseavtaler, kommunal medfinansiering med videre, selv om den danske reformen preges av noe mer sentralisering og kvalitetsfokus enn tilfellet er i Norge. Den svenske reformen fra 1992 innebar også en overføring av ansvar til kommunene, med særlig fokus på – og betalingsplikt for – eldre pasienter. Til tross for mange ulikheter i overordnet struktur har man også i England og Nederland i de senere år overført ansvar for utvalgte helse- og omsorgsoppgaver til lokalnivået.

Begrensninger i evalueringen av samhandlingsreformen

Den foreliggende evalueringen av samhandlingsreformen har selvsagt også sine begrensninger. Disse er knyttet til tidsaspektet, kausalitetsproblemet og temavalget. En del effekter av reformen vil først melde seg etter at det har gått en tid, og vil dermed kanskje ikke være fanget opp av denne evalueringen, som er basert på data samlet inn i løpet av reformens første tre-fire år. Dette kan for eksempel gjelde effekter av KAD eller diagnoseverktøy for helhetlige pasientforløp. Videre er det uklart om noen av de effektene som er observert, kan knyttes til samhandlingsreformen eller til andre parallelt pågående reformer eller underliggende tunge samfunnstrender. Noen IKT-løsninger hadde kanskje kommet uansett, og kommunenes valg av interkommunale samarbeidsløsninger kan være preget av stivhengighet med lang forhistorie. Endelig er det temaer som er underbelyst fordi det ikke meldte seg interessenter til temaene, for eksempel faglige virkemidler.

Styringsgruppens vurderinger og anbefalinger

Overordnet må det konstateres at kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen og søkt å realisere den. Helsesektoren har dermed i noen grad blitt desentralisert i retning av LEON-prinsippet, som i flere tiår har vært en av rettesnorene for reformer i helsesektoren. Det har foregått en klar utvikling i retning av noen av målene som lå til grunn for samhandlingsreformen, som en reduksjon av liggetid i spesialisthelsetjenesten, bedring av akutt-/øyeblikkelig hjelp-tilbudet, økt oppmerksomhet om folkehelsearbeid og forebyggende innsats i kommunene, samt forsterket og potensielt mer fleksibel samhandling mellom helseforetak og kommuner. Men om reformen så langt har gitt merkbare uttelling med hensyn til helhetlige pasientforløp, er foreløpig usikkert.

Styringsgruppen peker på en rekke konkrete tiltak som avtegrer seg som mulige oppfølgingstiltak til samhandlingsreformen. Fire områder bør vies særlig oppmerksomhet, nemlig samarbeidsavtalene

mellom kommuner og helseforetak, fastlegenes rolle og plass i reformen, herunder vektlegging av kommunenes særskilte kompetanse i helsespørsmål, hensynet til pasient-/brukermedvirkning for å skape mer helhetlige pasientforløp samt bedre utnyttelse av digital teknologi i pasientkonsultasjoner (trepartsdialog).

Summary

Background

The background for the Coordination Reform was the recognition that health and care services had become too fragmented and were proving becoming too expensive. Several reports have highlighted the need for better coordination and cooperation, particularly between the specialist and primary health care services. The reform contains a broad range of legal, financial, professional and organisational policy instruments. The evaluation focuses on these different types of policy instruments.

The evaluation has been administrated by the Research Council of Norway on assignment for the Ministry of Health and Care Services (HOD). The evaluation had a total budget of NOK 41 million and a duration of five years. The Research Council of Norway appointed a steering committee for the evaluation and adopted a mandate for its work. The steering committee has had responsibility for calls for project proposals and for selecting the six evaluation projects that were conducted between 2012 and 2015.

Results

Cooperation agreements between municipalities and health trusts

The Coordination Reform and the Health and Care Services Act require municipalities and health trusts to enter into cooperation agreements as one of several policy instruments aimed at improving cooperation on health and care services. There was little variation between the agreements that were formed, however. The municipalities have taken little advantage of the opportunities for local adaptations provided for in legislation.

The research shows that cooperation between municipalities and health trusts is generally good, but that the agreements have not led to significant changes in how cooperation is perceived. The municipalities have experienced neither changes in the power relationship nor greater equality in negotiations and cooperation. This can partly be explained by the fact that the hospital physicians have retained the power of definition in assessing and deciding whether patients are ready for discharge, while the medical expertise in the municipalities is often not involved in such decisions. Moreover, decisions on patients ready to be discharged create the most disagreement and tend to end up before the Dispute Resolution Board. The threshold for bringing cases before the Dispute Resolution Board is nonetheless high, and the few cases that are pursued are raised in order to clarify issues of principle.

Financial policy instruments

Financial policy instruments directly influence a decision-making entity's income and/or expenses. Consequently, they influence a decision-making entity's view of which courses of action are 'profitable' and which are not. The Coordination Reform contains four financial policy instruments: municipal co-financing of specialist health care services, municipal financial responsibility for patients

ready for discharge, government subsidies for municipal emergency inpatient units, and government subsidies for municipalities to finance their expanded areas of responsibility. The policies of co-financing and financial responsibility are intended to make it 'profitable' for municipalities to invest in public health and preventive health care and thereby avoid hospitalisation, and to 'bring home' patients ready for discharge as soon as possible and care for them in a more cost-effective manner.

The municipalities' financial responsibility for patients ready for discharge has had significant management effects, both intentional and unintentional. The number of hospital bed days has fallen significantly, in line with one of the main goals of the Coordination Reform. At the same time, however, there has been a dramatic and unexpected increase in the number of hospital admissions. No other undesired effects, such as increases in the number of readmissions or in mortality rates, were observed. No management effects of the municipalities' co-financing of specialist health care services were found. The government subsidies for the municipalities have led to a significant growth in municipal budgets for nursing and care services.

Cohesive patient pathways

One of the overriding goals of the Coordination Reform was to develop more cohesive and better coordinated health and care services. Three measures were seen as central to achieving this goal: the above-mentioned cooperation agreements between the municipalities and health trusts, the development of sound models for cohesive patient pathways informed by user experiences, and increased use of ICT-based information channels between the different parties.

The coordination agreements have already been discussed. Regarding descriptions of patient pathways, several municipalities and health trusts devised diagnosis-based patient pathways, but these were found to be inadequate for meeting the realities of municipal service provision (too specialised for the local patient base) and were not put into practice. On the other hand, diagnosis-independent patient pathways seemed more appropriate, particularly for groups of patients with multiple conditions. Regarding user experiences, users have been little involved in developing the agreements between the municipalities and health trusts. Municipal managements have also given more priority to financing and organisation than to patient focus when working on these agreements. Regarding ICT, almost all the municipalities had begun using electronic care and nursing notifications by the end of 2015. This has contributed to improving patient safety, information quality and the management of patient flows. Research has also demonstrated the potential of multi-party electronic coordination (between, for example, patient, general practitioner and specialist) and shown what prerequisites are needed for this type of coordination to succeed.

Nonetheless, there is no escaping the fact that some elements of the Coordination Reform may counteract cohesive patient pathways, such as fragmented stays in intermediary units and a stronger focus on incentives in municipalities and health trusts.

Public health and prevention

The municipalities have tended to give more priority to developing treatment programmes than to work on public health promotion and preventive health services. The legislation from which the Coordination Reform arose has therefore sought to give higher priority to public health and preventive health in the municipalities. The Coordination Reform is thus a means of getting the municipalities to move this work higher up on the agenda through offering financial incentives, emphasising their statutory obligation and providing guidance.

A key finding in the research is that work on gaining an overview and on knowledge acquisition has intensified. Thirty-eight per cent of the municipalities have compiled overviews of public health

challenges, and 75 per cent report that following up the Coordination Reform has led to a strengthening of the knowledge base for public health activities, at the same time as more focus has been given to public health issues in the municipal planning processes. Furthermore, greater emphasis is placed on short-term preventive health care. Small and medium-sized municipalities in particular try to avoid incurring hospitalisation costs in this way, something that is seen as an effect of municipal co-financing. Public health efforts have adopted a more cross-sectoral approach, have acquired greater legitimacy and more support from sectors outside the health sector and are more firmly rooted in the organisation. Support is particularly achieved when the coordinator holds a full-time or nearly full-time position, while the coordinator's organisational position has less bearing on the progress of such efforts.

A separate subproject has investigated whether municipalities with specific challenges focus more on public health. Municipalities with a high percentage of long-term, non-Western immigrants were selected for this research question. However, no differences could be found between the public health and preventive efforts conducted in these municipalities and those conducted in others.

Intermunicipal cooperation and other organisational mechanisms

The Coordination Reform allows the municipalities considerable scope in deciding how to organise their expanded areas of responsibility. The responsibility is largely organised through intermunicipal cooperation. Two-thirds of all municipalities enter into intermunicipal cooperation on health matters, particularly on providing accident and emergency services. The details of such cooperation varies widely and there is room to accommodate local adaptations, while it seems to work quite well. The most common form of cooperation is the host municipality model.

ICT as a means of coordination

In the Coordination Reform, ICT was highlighted as a significant means of improving communication with patients and across professional groups, units and administrative levels regarding patient safety, cohesive patient pathways etc.

Both patients and health care professionals are generally very positive towards the ICT-based solutions that have been taken into use and documented. Patients are still only marginally involved in these solutions, however.

Electronic coordination solutions improve the efficiency of health care professionals, form the basis for improving information quality and provide conditional patient safety. Electronic coordination between health care professionals is a well-established procedure. However, it is uncertain whether this is due exclusively to the focus the Coordination Reform placed on ICT as a policy instrument and the parties' statutory obligation to enter into cooperation agreements to establish and operate relevant solutions. Nonetheless, the requirement for cooperation agreements has probably strengthened both the scope of and investment in these efforts, particularly in the case of the smallest municipalities, where the extent of information exchange is more limited.

The electronic coordination solutions have given rise to a need for improving the quality, structure and content of the information exchanged.

Coordination between patients and health care professionals still has significant untapped potential. Little use is made of three-party consultations. The technology and solutions are available, and the nature of the financial and structural challenges that are described means that they can be resolved within realistic budgetary constraints as regards both necessary investment in and operation of the solutions involved. Access to updated and relevant information is a challenge, not least for being able

to give patients and users – especially those with chronic conditions – greater opportunities to take control of their own health.

Municipal emergency inpatient units

The municipalities' responsibility for providing emergency help is set out in the Health and Care Services Act. In the Coordination Reform, this responsibility was expanded to cover services to patients and users in need of emergency care that the municipality had the capacity to provide in the form of medical examinations, treatment and care. The service is co-financed 50–50 by the health trusts and earmarked government subsidies, and has been phased in gradually since 2012. Since 1 January 2016, all municipalities have been obliged to provide this service, which is now financed through the municipalities' normal budgetary allocations. Seventy per cent of such emergency inpatient units are operated as intermunicipal services.

The aim of these units is to provide patients and users with services that are as good as or better than those provided in a hospital and that are closer to home and administrated by the municipal health service, thereby reducing the need for emergency hospital admissions. One of the main conclusions from the research is that the introduction of emergency inpatient units has had effects, but that these effects vary with how the service is organised. Units with good access to medical services (co-located with accident and emergency units/good medical preparedness) show good effects (approximately 2.5 per cent fewer hospital admissions). No effect has been documented for emergency inpatient units that are organised differently. The greatest effect is achieved for patients aged over 80 who are admitted to medical wards. The report notes that the service is in a relatively early phase and that there have been problems in the running-in period. This suggests that the potential long-term positive effects have (probably) been underestimated.

The Coordination Reform from an international perspective

The problems and challenges that inspired the Coordination Reform are also found in several other Western countries. The common challenges that the reforms are intended to address concern the management of organisational problems in the health sector arising from the growing number of patients, particularly elderly and chronically ill patients. How to ensure cohesive patient pathways in a sector characterised by fragmentation and broad areas of specialisation is a common challenge. Parallel solutions to those launched in the Coordination Reform can be found elsewhere. The other Nordic countries and, for example, the UK and the Netherlands have introduced similar reforms. One notable common feature concerns the decentralisation of tasks and responsibilities. Denmark's Structural Reform of 2007 has served as a model for Norway, with elements of health care agreements, municipal co-financing etc., although the Danish reform is slightly more focused on centralisation and quality than its Norwegian counterpart. Sweden's 1992 reform also involves transferring responsibilities to the municipalities and focuses particularly on services – and payment obligations – for elderly patients. Despite many differences in the general structure, the UK and the Netherlands have in recent years made certain health and care tasks a local responsibility.

Limitations of the evaluation of the Coordination Reform

The present evaluation of the Coordination Reform also has its limitations, of course. These apply to the time aspect, causality issues and selected topic. Some effects of the reform will only emerge with time and may therefore perhaps not be captured by this evaluation, where the collected data concentrate on the first three to four years of the reform. This may apply to, for example, the effects of the emergency inpatient units or diagnostic tools on cohesive patient pathways. Furthermore, it is unclear whether some of the effects observed can be linked to the Coordination Reform or to

parallel, ongoing reforms or underlying social trends. Some ICT solutions may well have been introduced regardless of the reform, and the municipalities' chosen forms of intermunicipal cooperation may be influenced by a long history of path dependence. Finally, some topics – such as professional policy instruments – are sparsely covered due to lack of relevant applications.

The steering committee's evaluations and recommendations

Overall, it must be said that the municipalities and health trusts have faithfully followed up and endeavoured to realise the intentions of the Coordination Reform. As a result, the health sector has to some extent been decentralised in line with the LEON principle, which for many decades has served as one of the guiding principles for reforms in the Norwegian health sector. Clear tendencies can be seen towards some of the objectives of the Coordination Reform, such as reductions in the number of hospital bed days in the specialist health service, improvements in emergency care services, more attention to public health and preventive health measures in the municipalities, and enhanced and more flexible coordination between health trusts and municipalities. The question of whether the reform has produced any notable results with respect to cohesive patient pathways remains unanswered, however.

The steering committee highlights a number of concrete measures that could potentially follow up the Coordination Reform. Four areas that ought to be given particular attention are: cooperation agreements between municipalities and health trusts, the role and place of regular GPs in the reform, including emphasis on the municipalities' specialist expertise in health issues, consideration of patient/user participation to create more cohesive patient pathways and better use of digital technology in patient consultations (three-party dialogue).

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for reformen

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*).

Store pasientgrupper er avhengige av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. Samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (vertikal samhandling) er derfor av avgjørende betydning for at store pasientgrupper skal få den helsehjelpen de har behov for og krav på. Det har også vist seg nødvendig å tilrettelegge for bedre samhandling og samordning internt i de to delene av helsetjenesten (horisontal samhandling). Målet med samhandlingsreformen er å oppnå bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker, er et uttrykt mål for reformen.

Behovet for god samhandling er særlig stort når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner og mellom avdelinger og enheter innenfor det enkelte sykehus og den enkelte kommune. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentre skal bidra til dette.

Samhandlingsreformen er begrunnet i behovet for bedre samarbeid mellom første- (primær-) og andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten). Reformen var utover dette begrunnet i et ønske om å overføre oppgaver og ressurser fra stat til kommune. Økt kommunalt ansvar og fokus på forebygging er ment å skulle føre til færre innleggelses og kortere liggetid i sykehus samt behandling nærmere pasientens hjem.

Gode og helhetlige pasientforløp skal sikres gjennom flere kommunale styringsmuligheter, avtalestyring mellom kommune og stat, retningslinjer, økonomiske insentiver og lovreguleringer.

Bakgrunnen for reformen var erkjennelsen av at tjenestene var blitt for fragmenterte og i ferd med å bli for kostbare. Flere utredninger påpekte nødvendigheten av bedre samhandling og samordning.

Virkningene av helseforetaksloven og finansieringsordningen bidro også til å sette behovet for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten på dagsordenen.

I det følgende gis en oversikt over de viktigste reformene og utredningene av betydning for samhandlingsreformen.

1.1.1 Innsatsstyrt finansiering

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført fra 1. juli 1997 som en aktivitetsbasert finansieringsordning for somatisk spesialisthelsetjeneste. Denne ordningen innebærer at en del av pengene, varierende fra 40 til 60 prosent, som tidligere ble utbetalt som rammetilskudd, utbetales som stykkpris. Dette fungerer som en slags resultatlønn der utbetalingene fra staten til sykehusene bestemmes av hvor mange pasienter som behandles, og hvilke diagnoser/behandlinger den enkelte pasient har. Betalingen regnes ut etter DRG-poeng (DRG = diagnoserelaterte grupper). Mye av forklaringen på at ventelistene er redusert, antas å måtte tilskrives ISF (se Rapport IS-1479 *Innsatsstyrt finansiering*).

Tidligere ble for øvrig kø i sykehusene brukt som argument for økte bevilgninger.

Tanken bak ISF-ordningen var at de mest ressurskrevende pasientene skulle få flest DRG-poeng for å dekke opp sykehusets utgifter. I praksis er det tilstander som har vært økonomisk lønnsomme for sykehusene som har blitt prioritert opp, på bekostning av andre tilstander som gir dårligere uttelling. De økonomisk «ulønnsomme» er gjerne eldre pasienter som trenger lengre tid på å komme seg etter kirurgiske inngrep, pasienter med sammensatte lidelser og alvorlig syke med kompliserte behandlingsbehov og usikker prognose.

1.1.2 Helseforetaksreformen

Den 15. juni 2001 ble lov om helseforetak vedtatt. Loven var begrunnet i behovet for en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform som la vekt på å skape en klarere ansvars- og rollefordeling og dermed legge bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester. Staten ønsket å gi virksomhetene stor grad av frihet under ansvar. Styringen av sykehusene skulle skje etter moderne prinsipper om målstyring og delegering. Modellen innebar at staten eier og driver spesialisthelsetjenesten gjennom en foretaksstruktur med to nivåer. Det øverste nivået består av fire regionale helseforetak (RHF) eid av staten ved departementet. Det andre nivået er helseforetakene (HF), eid av RHF. Målet med organiseringen i foretak var å skape et tydelig skille mellom den politiske ledelsen og selve virksomheten.

Lov om helseforetak var ment å skulle gi bedre økonomistyring, samtidig som den skulle danne grunnlag for en sterkere statlig styring ved å plassere både eierskap og finansieringsansvar på én hånd. I dette lå det en målsetting om at både helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skulle bli bedre.

Helseforetaksloven ga grunnlag for en ny organisasjons- og ansvarsreform i spesialisthelsetjenesten. Loven regulerer utøvelsen av statlig eierstyring, og eierskapet ble flyttet fra fylkeskommunen til staten. Budsjetstyringen og kontantprinsippet ble byttet ut med forretningsregnskap, og folkevalgte styrer ble erstattet med konsernstyrer. Informasjon om verdier og lønnsomhet ble foretaksstyrenes prioriteringsredskaper for styringen av den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaksreformen skulle løse problemer med uakseptable ventetider på elektive inngrep og overbelegg, spesielt på medisinske avdelinger. En viktig begrunnelse for loven var ønsket om å utjevne de store forskjellene i helsetilbudene i landet. De organisatoriske endringene som ble innført, skulle gi grunnlag for mer helhetlige strategier for å møte slike problemer. Brukernes råd og erfaringer skulle ha en sentral plass både i planleggings- og gjennomføringsfasen.

Forarbeidene til helseforetaksloven (Ot.prp. 66 (2000-2001)) nevner derimot ikke LEON-prinsippet, et prinsipp som i liten grad synes å ha blitt lagt til grunn da ny organisering av sykehusene ble forberedt og vedtatt. LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) ble innført ved St.meld. nr. 9 (1974–75) *Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Prinsippet innebærer at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig, altså på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet. I tråd med dette prinsippet skal primærhelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten, være basis for helsetjenestens øvrige ledd, og den skal ta seg av den overveiende del av befolkningens helseproblemer. Primærhelsetjenesten skal også være bindeleddet mellom lokalbefolkningen og mer spesialiserte helsetjenester. Selv om LEON-prinsippet ikke ble vektlagt under forberedelsen og vedtakelsen av helseforetaksloven, bygger samhandlingsreformen nettopp på dette prinsippet. Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er avhengig av at spesialisthelsetjenesten er i stand til å ta seg av de

pasientene som kommunehelsetjenesten ikke kan ta seg av. Det vil si at helhetlige pasientforløp for eksempelvis multisyke gamle er avhengige av en samordnet andrelinjetjeneste.

I praksis overfører andrelinjetjenesten stadig flere oppgaver til primærhelsetjenesten, både fordi den medisinsk-tekniske utviklingen gjør det mulig med behandling på et lavere omsorgsnivå, og fordi liggetiden presses ned og dagbehandling overtar mer og mer av den tradisjonelle sykehusbehandlingen. Dette har ført til at kommunene nå har bygget opp kompetanse for oppgaver som tidligere ble løst i andrelinjetjenesten.

Både ISF og helseforetaksreformen av 2002 hadde som mål å redusere ventetidene gjennom å øke aktiviteten.

1.1.3 Bernt-utvalget

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* (Bernt-utvalget) hadde som mandat å utrede og foreslå tiltak for bedre harmonisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene.

Utvalgets mandat var primært knyttet til de tjenestene som da var regulert i den tidligere kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og forskriftene gitt med hjemmel i disse. Utvalgets mandat omfattet ikke organiseringen av andre tjenester med berøringsflate mot disse to saksområdene, verken kommunale tjenester som barnevern og grunnskole eller statlige spesialisthelsetjenester. Derimot skulle samhandlingen med andre tjenester (i praksis sosial- og omsorgstjenester) utredes.

Utvalget anbefalte å erstatte tidligere sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov med én felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov. Dette skulle gjøre regelverket lettere å bruke for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Det var også en viktig målsetting å hindre ulikheter i regelverket som kunne vanskeliggjøre samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene på kommunalt nivå. Bernt-utvalget la grunnlaget for lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skulle styrke den horisontale samhandlingen. Loven innførte blant annet nye rettigheter og plikter for ytere og mottakere av kommunale omsorgstjenester og tilrettela for mer helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov.

Etter at Bernt-utvalget la frem sin innstilling, ble det etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). I tillegg er enkelte deler av sosialtjenesteloven skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad.

1.1.4 Wisløff-utvalget

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff-utvalget) hadde som mandat å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget mente at pasientperspektivet og behovet for helhet måtte inn som en sentral del av planleggingen av helsetjenesten. Brukermedvirkning, individuell plan og pasientopplæring var viktige virkemidler. Videre ønsket utvalget å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere ved hjelp av blant annet avtaler, effektiv informasjonsutveksling, kunnskapsutvikling og sterkere styring av allmennlege-tjenesten. Økonomiske og organisatoriske grep ble også drøftet.

1.1.5 Oppsummering – samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen var tuftet på erkjennelsen av at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble godt nok ivaretatt, og at tjenestene var for fragmenterte. Årsakene til dette er flere, men økt

spesialisering på andrelinjenivå er en del av forklaringen. Virkningene av helseforetaksloven og finansieringsordningen bidro også til å sette behovet for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten på dagsordenen.

Dessuten var tjenestene preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Ved siden av erkjennelsen av at tjenestene var blitt for fragmenterte, var det også et argument at de var i ferd med å bli for kostbare. Den demografiske utviklingen og endringen i sykdomspanorama som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne, var derfor også et argument for å iverksette tiltak for bedre samhandling. Reformen var utover dette begrunnet i et ønske om å overføre oppgaver og ressurser fra stat til kommune. Økt kommunalt ansvar og fokus på forebygging er ment å skulle føre til færre innleggelse og kortere liggetid i sykehus.

Flere utredninger har påpekt behovet for bedre samhandling og samordning. Reformen tar opp i seg flere av innspillene som fra blant annet Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget.

Gjennom virkemidlene nevnt innledningsvis, ønsker man å styrke samarbeidet vertikalt og horisontalt for derved å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

1.2 Evalueringsoppdraget og styringsgruppens arbeid

Formålet med dette kapittelet er å beskrive utgangspunktet for og arbeidet i styringsgruppen for evaluering av samhandlingsreformen (heretter kalt styringsgruppen) slik at leseren får et overblikk over rammene for evalueringen. Først redegjøres det kort for målene for evalueringen av samhandlingsreformen og for det såkalte Mål- og rammedokumentet, som peker på de temaene evalueringen skal fokusere på, og endelig redegjøres det kort for arbeidsprosessen i styringsgruppen og de seks evalueringsprosjektene som styringsgruppen bevilget midler til, og som er forskningsgrunnlaget for evalueringresultatene.

1.2.1 Temaene for evalueringen (Mål- og rammedokumentet)

Evalueringen tar for seg samhandlingsreformen, hvordan den er gjennomført, og hva som er oppnådd med den.

Reformen inneholder et bredt spekter av virkemidler, som i overskriftsform omfatter rettslige virkemidler, økonomiske virkemidler, faglige virkemidler og organisatoriske virkemidler. De rettslige virkemidlene er allerede omtalt i kapittelet om reformens tilblivelse og lovgivningen. Disse forskjellige typene virkemidler er i fokus for evalueringen.

Formålet med evalueringen er dels at den skal være formativ, dvs. løpende innhente kunnskap i reformens implementeringsperiode fra 2011 til 2015 slik at måloppnåelsen for reformen kan vurderes løpende, dels skal den gi informasjon om reformens effekter ved utgangen av 2015. Evalueringen skal også gi grunnlag for fremtidige justeringer i virkemiddelbruken.

Temaene for evalueringen ble derfor gruppert i to: det ene hovedtemaet er implementering av reformen, det andre er effekter av reformen.

Evaluering av implementeringen

Implementeringen avgrenses til aktiviteter i tilknytning til virkemidlene, for eksempel inngåelse av avtaler, utarbeidelse av forskrifter og etablering av tiltak, herunder opprettelse av koordinatorstillinger, samt lokale og regionale rammer for implementeringen. Evalueringen skal ha særlig fokus på utsatte og sårbare grupper.

Når det gjelder implementeringen av rettslige virkemidler, ser vi nærmere på i hvilken grad lovgivningens intensjoner virkeliggjøres, og hvordan og av hvem de rettslige virkemidlene implementeres.

De økonomiske virkemidlene er blant annet kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare sykehuspasienter til kommunene. Evalueringen skal her vurdere disse virkemidlenes rolle i gjennomføringen av reformen og eventuelle hindringer for at de virker som tilsiktet.

Når det gjelder de faglige virkemidlene, som helhetlige pasientforløp og kommunenes kompetanseoppbygging, setter evalueringen særlig fokus på pasientenes medvirkning i iverksettingen av faglige virkemidler. De organisatoriske virkemidlene omfatter blant annet interkommunalt samarbeid, opprettelse av flerfaglige team og styrket brukermedvirkning, samspillet mellom helseforetak og kommuner og valg av organisasjonsmodeller for eksempel IKT og kunnskapsdeling. Evalueringen skal blant annet gjøre rede for hvordan de organisatoriske virkemidlene implementeres i lokalpolitisk sammenheng.

Evaluering av effekter av reformen så langt

Med «effekter» menes her konsekvenser av reformen for pasienter og pårørende, men også for medarbeidere og ledelsen i tjenestene. Både tilsiktede og utilsiktede effekter skal belyses, og reformens effekter på for eksempel pasientbehandling og ressursutnyttelse i kommuner, helseforetak og i samfunnet analyseres. Likeledes skal effekter for utsatte og sårbare grupper belyses og effekter av helhetlige pasientforløp stå i fokus. Det ligger i sakens natur at det kun er reformens effekter på kort sikt som belyses, altså effekter som er kommet til syne frem til 2015.

Evalueringen skal også vurdere samfunnsøkonomiske konsekvenser av reformen. Her ønskes blant annet samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet belyst med hensyn til helse og helseforskjeller og pasient- og brukertilfredshet i forhold til ressursbruk før og etter reformen. Videre skal forskjeller i utviklingen mellom kommuner belyses. Analysen bør omfatte en diskusjon av hvilke forandringer i virkemidler som eventuelt bør gjennomføres for å oppnå bedre utnyttelse av ressursene i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

1.2.2 Styringsgruppens arbeidsprosess og bevilgede prosjekter

Styringsgruppen startet arbeidet med sitt første møte i oktober 2011 og har i alt avholdt ti møter. Dessuten har styringsgruppen deltatt i fem møter med prosjektlederne for hvert av evalueringsprosjektene som etter hvert fikk bevilget midler. Videre medvirket styringsgruppen til gjennomføring av en større konferanse i Oslo (Gardermoen) 3.–4. september 2015 om foreløpige resultater og erfaringer fra evalueringen.

Styringsgruppen fikk sitt mandat i oktober 2011. Her heter det blant annet at styringsgruppen er oppnevnt av Divisjonsstyret for samfunn og helse i Norges forskningsråd, at den skal utarbeide et mål- og rammedokument i samarbeid med HOD, samt at styringsgruppen har det faglige ansvaret for å velge ut prosjekter som skal inngå i evalueringen, og fordele midler til prosjektene. Utvelgelsen skjer ut fra en vurdering av kvalitet og relevans og en helhetlig vurdering i henhold til mål- og rammedokumentet.

Første utlysning av evalueringsprosjekter fant sted i april 2012 og andre utlysning i april 2013. Utlysningene tok utgangspunkt i mål- og rammedokumentet for evalueringen, og styringsgruppen ga på dette grunnlag bevilgninger til seks evalueringsprosjekter. Samlet bevilgning til de seks prosjektene er 33,8 mill. kroner.

Norges forskningsråd har ansvar for koordinering og tilrettelegging av styringsgruppens arbeid.

1.2.3 Oversikt over forskningsprosjekter, problemstillinger, datakilder og metoder

Tabellen gir en kortfattet oversikt over prosjektene i evalueringen, problemstillingene som prosjektene tok sikte på å belyse, og datakilder og analysemetoder som er benyttet. Sammendrag av resultatene fra prosjektene presenteres i de følgende kapitler.

Prosjektnavn/leder Start-slutt	Problemstillinger	Metoder
Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS) <i>Anders Grimsmo</i> , Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) 01.08.12-04.09.15	Analyser av rettslige virkemidler gjennom avtaleforhandlinger, klageordningen og brukermedvirkning; virkningen av økonomiske insentiver knyttet til utskrivningsklare pasienter, etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud og interkommunalt samarbeid, samt av faglige virkemidler ved å se på utvikling og implementering av pasientforløp.	Prosjektet var delt inn i tre arbeidspakker rettet mot hhv. 1) førstegenerasjons avtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) samhandlingsprosesser mellom kommuner og helseforetak, 3) pasientforløp og ivaretagelse av pasienters rettsikkerhet. Prosjektet har benyttet en rekke metodiske tilnærminger med over 400 intervjuer, et fasilitert arbeidsmøte, observasjoner, feltnotater, dokumentanalyse, en nasjonal survey, litteratursøk og kontakt med aktuelle internasjonale forskningsmiljøer.
Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner <i>Terje P. Hagen</i> , Universitetet i Oslo (UiO) 01.09.12-31.12.15	Prosjektets hovedmål er å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år).	Prosjektet har bestått av tre arbeidspakker rettet mot hhv. 1) modeller for tjenesteyting i forhold til visse diagnosegrupper («øyeblikkelig hjelp»-tjenester, rehabilitering, forebyggende helsetjenester), 2) tre nye organisasjonsmodeller og rutiner (samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, interkommunale samarbeidsordninger, andre organisatoriske mekanismer og rutiner), 3) korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i samhandlingsreformen. Metodisk er prosjektet basert på utstrakt bruk av registerdata og estimerer av effekter gjennom «difference-in-difference»-analyser samt gjennomgang av inngåtte avtaler.
Samhandling og IKT <i>Pieter Jelle Toussaint</i> , Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) 02.09.13-31.12.15	Hvordan benyttes IKT for å fremme målene i samhandlingsreformen? Hva er effektene mht. effektivitet, pasientsikkerhet og kvalitet?	Prosjektet har hatt to arbeidspakker rettet mot 1) helsearbeiderperspektivet – koordinering mellom sykehus og primærhelsetjenesten, 2) pasientperspektivet. Prosjektet har benyttet kvalitative metoder med datainnsamling basert på intervjuer med

		involverte parter innenfor de to temaene.
<p>Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi?</p> <p><i>Sverre A.C. Kittelsen,</i> Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning</p> <p>01.10.12-31.12.15</p>	<p>I hvilken grad nås samhandlingsreformens sentrale mål, som mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, at en større del av tjenestene utføres i kommunene, og at arbeid med forebygging og bedre folkehelse styrkes?</p>	<p>Prosjektet har vært organisert i seks moduler rettet mot hhv. 1) utskrivningsklare pasienter, 2) kommunal medfinansiering, 3) fastlegene i reformen, 4) forebygging og pasientforløp, 5) kvalitet og produktivitet og 6) kommunale finanser.</p> <p>Prosjektet har i hovedsak benyttet opplysninger fra de store helseregistrene og sett etter endringer fra før reformen til etter reformen, mens en har sammenlignet med utviklingen i kontrollgrupper som ikke omfattes av reformen, eller brukt observerbare kjennetegn for å predikere hvordan atferden hadde vært uten reformen. Effektene av reformen er estimert gjennom såkalte «difference-in-difference»-analyser.</p>
<p>Samhandlingsreformens konsekvenser for eldre: Pasientrettigheter, pårørende og koordinering av tjenester</p> <p><i>Benedicte Carlsen,</i></p> <p>Uni Research AS, Rokkansenteret</p> <p>01.09.13-31.12.15</p>	<p>Eldre hoftebruddspasienter, deres pårørende, helsearbeidere og -lederes erfaringer med samhandlingsreformen mht. pårønderollen, pasientrettigheter og koordinering av tjenester.</p> <p>I hvilken grad har individuelle faktorer, de eldres pårønderessurser og karakteristika ved kommunene betydning for helseutfall før og etter samhandlingsreformen?</p>	<p>1) Intervjustudie av eldre hoftebruddspasienter, deres pårørende, helsearbeidere og -lederes erfaringer med samhandlingsreformen. Data: 52 intervjuer med eldre, pårørende, ansatte (pleiere, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, leger), ledere (etatsledere, enhetsledere, gruppeledere, avdelingsledere) i stor bykommune og mindre bygdekommune.</p> <p>2) Registerdatastudie (mortalitet, reinnlegging, individ- og familiekaraktistika, kommunekaraktistika).</p>
<p>Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør</p> <p><i>Arild Schou,</i> Norsk institutt for by- og regionforskning (HSN/NIBR)</p> <p>01.08.13-31.12.15</p>	<p>Har reformen ført til nye forståelsesformer, nye tiltak, nye organisasjonsformer? Er det forskjell mellom innvandrerrike og innvandrerfattige kommuner?</p>	<p>Survey 2014 til alle kommuner pluss bydeler i Oslo; feltarbeid i 10 kommuner/bydeler; survey 2014 muliggjorde sammenlikning med tilsvarende survey fra 2011 (før/etter-analyse); særskilte analyser av innvandrerrike kommuner sammenliknet med andre.</p>

2 Resultater fra de seks evalueringsprosjektene

I dette kapittelet presenteres et sammendrag av sentrale resultater og observasjoner fra forskningsprosjektene. Som nevnt legges det i Mål- og rammedokumentet for evaluering av samhandlingsreformen opp til forskning rettet mot de ulike virkemidlene som benyttes i reformen, som rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Forskningen om rettslige virkemidler har tatt for seg samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, som prosessene omkring avtaleinngåelsen og avtalenes virkemåte i de første årene etter inngåelsen. De økonomiske virkemidlene omfatter kommunenes økonomiske ansvar for utskrivningsklare pasienter, kommunal medfinansiering og statsstøtte til opprettelse av kommunale akuttdøgnplasser (KAD). Faglige virkemidler gjelder samarbeid omkring helhetlige pasientforløp og folkehelsearbeid og forebyggende innsats i kommunene. Forskningen omkring organisatoriske virkemidler har studert interkommunalt samarbeid, bruken av IKT samt ordninger for kommunale akuttdøgnplasser.

2.1 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

2.1.1 Bakgrunn

Samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012, forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler som ett av flere virkemidler for å oppnå bedre samarbeid om helse- og omsorgstjenestene. Dette skal bidra til at anbefalte tiltak blir gjennomført med sikte på å nå målene med samhandlingsreformen.

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i forkant av reformen (2011) en arbeidsgruppe bestående av representanter for KS, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og HOD, som fikk i oppdrag å utarbeide en veileder for utarbeidelse og inngåelse av samarbeidsavtaler (heretter kalt «veilederen»). Veilederen var ment som en «huskeliste» over viktige elementer og temaer innenfor alle avtaleområdene (en overordnet samarbeidsavtale og elleve delavtaler/tematiske samarbeidsavtaler).

Kommunenes og helseforetakenes arbeid med forberedelser, prosessen med inngåelse samt foreløpige erfaringer med de inngåtte avtalene er relativt grundig belyst i EVASAM. I to av prosjektene er avtaler som tema behandlet i egne, relativt omfattende arbeidspakker:

- Anders Grimsmo: Arbeidspakke 1: Samarbeidsavtalene: forarbeid, utforming og konsekvenser
- Terje Hagen: Arbeidspakke B1: Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak

Grimsmos arbeidspakke 1 har tre delprosjekter: Første delprosjekt omhandler forarbeid til de lovpålagte avtalene og forhandlingsprosesser i hvert av de fire regionale helseforetakene. Andre delprosjekt omhandler selve avtalene (fem av de elleve avtalene som i denne sammenhengen anses som de mest relevante) som er inngått mellom kommunene og foretakene i de fire helseregionene. Tredje delprosjekt omhandler konsekvenser av avtalene for samhandlingsreformen basert på en nasjonal spørreundersøkelse.

Hagens arbeidspakke B1 retter søkelyset mot samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak og beskriver variasjoner (2013) og avtalenes betydning for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for å løse uenighet og tvister.

2.1.2 Forberedelse og inngåelse av samarbeidsavtaler

Samarbeidsorganer

Et sentralt element i avtaleregimet er etableringen av relevante og hensiktsmessige samarbeidsorganer som ivaretar partenes interesser. Martens (2015) har gjennomgått samarbeidsorganenes struktur og organisering i samtlige 19 foretaksområder. I alle foretaksområder er det etablert et Overordnet SamarbeidsOrgan (OSO). Selv om veilederen i noen grad har bidratt til normering av struktur og tekstlig innhold i beskrivelsen av samarbeidsorganets rolle og oppgaver, er konklusjonen at partene har tenkt gjennom og tilpasset samarbeidsorganet behovet for lokale møteplasser og dialog.

Likeverd mellom kommuner og helseforetak

En viktig forutsetning for å skape grobunn for et fruktbart og konstruktivt samarbeid er at partene opplever et likeverdig forhold både ved utforming, inngåelse og oppfølging av samarbeidsavtalene. Dette er et tema som er viet betydelig oppmerksomhet i forarbeidet til reformen. Grimsmo (2015) har dette som problemstilling i arbeidspakke 1.

Rapporten oppsummerer at avtaleforhandlingene i de fire regionene innledningsvis var preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold. Den opplevde asymmetrien ble noe utjevnet for kommuner som slo seg sammen i forhandlingsprosessen. Opplevelsen av likeverd styrkes når helsepersonell får muligheter til å samarbeide om felles, konkrete oppgaver over tid. For kommuner og foretak som allerede var vant til å samarbeide, bar prosessen mer preg av tillit og likeverd, mens kommuner og foretak med begrenset samarbeidserfaring uttrykte mer mistillit.

Drøftinger relatert til økonomi tok mye plass i forhandlingsprosessene.

Brukerdeltakelse

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i arbeidet med planlegging og organisering av tjenestetilbudet. Dette kravet er nedfelt i lovverket. Grimsmo (2015, s. 5) viser at det er varierende grad av brukermedvirkning i avtaleforhandlingene, og at bruk av pasient- og brukererfaringer er helt fraværende i samarbeidsavtalene.

Deltakelse fra lokalpolitikere

Samarbeidsavtalene skal godkjennes av kommunens øverste politiske organ (kommunestyre/bystyre). Grimsmo (2015, s. 6) viser at politikere på kommunalt nivå er relativt fraværende i utforming og innhold av avtalene. Derimot oppfattes lokale politikere som positive og interesserte under den politiske behandlingen av avtalene. Mulighetene til vesentlige og individuelle lokale prosesser og tilpasninger av avtalene må også ses opp mot relativt knappe tidsfrister, en normgivende veileder og betydelig samordning av forhandlingsprosessen på foretaksnivå og i noen grad også på regionalt nivå.

2.1.3 Innhold i avtalene

Plikten til å inngå samarbeidsavtaler er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven og Spesialisthelsetjenesteloven. Det er i utgangspunktet lagt opp til en overordnet samarbeidsavtale og elleve delavtaler innenfor sentrale samarbeidsområder. Det står partene fritt å inngå avtaler også på andre områder når de anser det som nødvendig og hensiktsmessig. En kommune har normalt et avtalesett med foretaket i sitt lokalsykehusområde. Unntaket er Oslo kommune, som har avtaler både med Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Noen foretak/kommuner har valgt å ta delavtalene inn i en felles avtale. Dette gir uansett et svært stort antall individuelle avtaler

signert av foretaket og den enkelte kommune – anslagsvis tolv individuelle avtaler mellom hvert av de 19 foretakene og tilhørende kommuner i foretaksområdet.

Martens (2015, s. 73) konkluderer med at det er små variasjoner i avtaleverket. Kommunene har i liten grad benyttet det rom lovgiver har gitt for lokale tilpasninger. Kirchhoff (2015, s. 56) har gjennom plagiatanalyse av delavtale 6 kommet til samme konklusjon. Dette forklares blant annet med sterke nasjonale føringer og ønske om standardisering, nasjonal veileder med maler, kommunale koordineringsprosesser og samordningsprosesser mellom RHF/HF og KS. Det er grunn til å forvente at avtalene blir noe mer individuelt tilpasset etter hvert som de blir reforhandlet.

Delavtale 5 (utskrivningsklare pasienter) er den avtalen med størst variasjon (både i omfang og innhold) og flest individuelle tilpasninger.

2.1.4 Erfaringer med samarbeidet og samarbeidsavtalene

Martens (2015, s. 74) konkluderer med at samarbeidet mellom kommuner og foretak generelt er godt og konstruktivt. Samarbeidsavtalene og forhandlingene i forkant kan ha lagt grunnlaget for et forhandlingsregime snarere enn dialog. Samtidig peker informantene fra de undersøkte kommunene på at avtalene har bidratt til å tydeliggjøre og avklare ansvarsforhold.

Avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger.

Det er for øvrig utskrivningsklare pasienter som skaper størst uenighet, og som oftest havner i tvisteløsningsnemnden. Terskelen for å ta en sak til tvisteløsningsnemnden er imidlertid høy, og de få sakene som havner der, gjelder prinsipielle spørsmål. I denne sammenhengen er det interessant å observere at foretak/kommuner med mange konflikter hadde de mest detaljerte rutinene og beskrivelsene for melding av utskrivning og rutiner for avvikshåndtering (Martens (2015, s. 76)). Dette kan også tyde på at kommuner og foretak med begrenset samarbeidserfaring (se foran), har «kompensert» med omfattende og detaljerte avtaler/retningslinjer som igjen har gitt opphav til uenighet. I og med at utskrivningsklare pasienter medfører betalingsplikt, er det imidlertid ikke overraskende at det er dette området som skaper størst uenighet.

Martens (2015, s. 76-77) konkluderer med mangelfull gjensidig kompetanseoverføring. Kompetansen overføres normalt én vei, og foretakene stiller opp når kommunene har behov for kompetanse både på system- og individnivå. Derimot opplever kommunene at interessen fra foretakenes side for å skaffe seg innsikt i de kommunale helsetilbudene er noe begrenset og mangelfull. Dette kan medvirke til (Grimsmo (2015, s.8)) at spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter forskutterer eller forventer spesielle tilbud og oppfølging fra kommunene.

Martens (2015, s. 78) peker avslutningsvis på at kommuneinformantene mener å oppleve et økt tempo og stadig utvidelse av kommunens ansvar og oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten som ikke nødvendigvis er fulgt opp med faglig kompetanseoppbygging og tilføring av ressurser. En slik oppgave- og ansvarsendring kan i større grad tilskrives nasjonale føringer og virkemidler enn en konsekvens av samarbeidsavtaler og nye samarbeidsrelasjoner. Ingen av prosjektene har imidlertid undersøkt dette spesifikt.

2.1.5 Konklusjon – samarbeidsavtaler

Martens (2015, s. 71) konkluderer med at samarbeidet mellom foretak og kommuner generelt er bra og tuftet på dialog. Så langt ser samarbeidsavtalene ut til å skape et formelt utgangspunkt for dialogen som er grunnleggende for samarbeidet mellom kommunene og foretakene.

Alle kommuner og foretak har etablert de samarbeidsorganene loven krever, og organisert dem ut fra lokale behov og ambisjoner. Disse organene er et viktig fundament for videre samarbeid. Det er viktig å erkjenne at et godt og tillitsfullt samarbeid opparbeides og utvikles over tid, slik prosjektresultatene også viser. Det er grunn til å anta at neste generasjons avtaler vil videreutvikles og sannsynligvis få et mer individuelt preg for den enkelte kommune/foretak.

Grimsmo (2015, s. 11) mener at antall avtaleområder bør reduseres for å skape muligheter for mer og bedre oppfølging på det enkelte område. Generelt bør dessuten samarbeidsavtalene mellom kommune og foretak følges tettere opp, og spesielt må foretakene etablere og gjennomføre bedre oppfølgingstiltak. Det forventes at det pågående arbeidet med å revidere avtalene også vil rette søkelyset mot bedre oppfølgingsrutiner. Det er for øvrig viktig å oppnå større likeverd mellom foretak og kommuner – også på helsefaglig nivå. Han peker videre på at brukerperspektivet bør løftes fram, og at brukererfaringer bør innhentes systematisk.

2.2 Økonomiske styringsvirkemidler

Økonomiske styringsvirkemidler er virkemidler som direkte påvirker en beslutningsenhets inntekter og/eller utgifter. Hensikten med å innføre et økonomisk styringsvirkemiddel kan være at enhetens virksomhet skal få en annen innretning, og/eller at enheten skal få incitament til å utføre virksomheten på en mer effektiv måte. Ut fra økonomisk litteratur kan det generelt sies at jo nærmere det økonomiske virkemiddelet er knyttet til den forandring en myndighet vil oppnå, og jo kortere avstand det er mellom virkemiddelet og den beslutningstaker som kan påvirke virksomhetens innretning eller grad av effektivitet, desto mer sannsynlig er det at virkemiddelet får den ønskede virkning. Dessuten må beslutningsenheten ha en interesse av om virksomheten økonomisk går med underskudd eller overskudd.

Reformen omfatter økonomiske styringsvirkemidler i form av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Målet er å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse- og omsorgsbehov og satse på forebyggende og helsefremmende tiltak. For at kommunene skal ha økonomi til å finansiere dette, kompenseres de gjennom en budsjettoverføring fra staten, mens helseforetakenes rammer reduseres tilsvarende. Kommunene har dessuten fått statlige tilskudd for å opprette kommunale akutt plasser. Virkningene av de økonomiske virkemidlene har først og fremst blitt analysert i prosjektene ledet av henholdsvis Hagen og Kittelsen; se sluttrapportene fra Hagen (2016a) og Kittelsen (2016) og de studiene sluttrapportene bygger på, som er sammenfattet i det nedenstående. Som det vil fremgå, har effektene av de økonomiske virkemidlene også blitt studert, om enn i noe mindre grad, i prosjektene ledet av Carlsen (2016), Grimsmo (2016) og Schou (2016).

2.2.1 Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare

Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunen må betale helseforetaket for hver pasient som blir liggende på sykehus etter at pasienten er utskrivningsklar. Døgnprisen er i utgangspunktet 4 000 kroner. Tanken er at kommunen skal kunne sørge for et billigere men tilstrekkelig godt helse- og omsorgstilbud, og at kommunen derfor kan gjøre budsjettbesparelser samtidig som liggetiden blir kortere og sykehussenger frigjøres om kommunen velger å ta pasienten hjem. Ideen bygger på forutsetningen om at kommunen har ledig

pleiekapasitet, og/eller at kommunen gjennomfører organisatoriske endringer og/eller investerer i økt pleiekapasitet. Dette kan få ringvirkninger også for andre grupper som trenger pleie og/eller omsorg i kommunen.

Som Kverndokk og Mellberg (2016) viser, er det ikke selvsagt at et kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter alltid reduserer liggetiden i sykehus. To aktører, kommune og helseforetak, er involvert i noe som kan ses som et strategisk spill der helseforetaket først gir et tilbud som kommunen deretter svarer på. I den teoretiske modellen forfatterne utvikler, bestemmer sykehuset utskrivningsdag, men tar samtidig hensyn til hva kommunens reaksjoner kan bli. Såvel sykehus som kommune tar hensyn både til budsjetteffekt og pasientens helse. For kommunen er høyere betaling et incitament til å redusere liggetiden i sykehus, mens et økt budsjett gir motsatt incitament. For sykehuset betyr høyere betaling ikke nødvendigvis at tiden til utskrivning reduseres; det kommer an på hvor mye pasientens helse betyr i forhold til sykehusets budsjett. Dersom helseeffekten er uvesentlig, vil utskrivning skje raskere enn tidligere, noe også sykehusenes reduserte budsjetttrammer vil medvirke til. Kortere tid til utskrivning gir imidlertid kommunen et incitament til å la pasienten bli værende på sykehus dersom det oppleves at dette har en positiv effekt på pasientens helse. Det bør anføres at kommunen har fått økte overføringer for å klare denne utgiften. Teorien gir dermed ikke noe entydig svar, og det blir et rent empirisk spørsmål om det kommunale betalingsansvaret har ført til kortere liggetid på sykehus. Slik empiri finnes i flere av delprosjektene.

Kverndokk og Mellberg (2016) rapporterer empiriske resultater som viser at det totale antall liggedager på sykehus for pasienter etter at de er vurdert som utskrivningsklare, gikk ned med 58 prosent fra 2011 (før reformen) til 2012 (etter reformen) og fortsatte å være lavere også i 2013 og 2014. Ettersom sykehusenes strategiske atferd ikke bare reduserte tiden til utskrivning men også førte til 94 prosent økning i antall pasienter som ble vurdert som utskrivningsklare, kan innføringen av betaling for utskrivningsklare pasienter sies å ha vært svært effektiv. Den første reaksjonen var et uttalt mål for det økonomiske virkemiddelet, men den andre var utilsiktet. Kverndokk og Mellberg (2016) konstruerer dessuten en empirisk modell som beregner forventet gjennomsnittlig liggetid på sykehus i årene etter reformen dersom reformen ikke hadde blitt gjennomført i 2012. De sammenligner resultatet med det faktiske antall liggedager og finner på den ene siden at både faktisk gjennomsnittlig liggetid og forventet liggetid uten reformen er lavere i 2014 enn i 2008, og på den annen side at faktisk antall liggedager er 13 prosent lavere enn forventet. Også Hagen et al. (2013) og Hagen et al. (2016b) rapporterer resultater som peker i samme retning. Raskere utskrivning synes ikke å ha hatt signifikante negative konsekvenser. Det har ikke vært noen generell økning i andelen reinnleggelser i sykehus, og det har heller ikke vært observert noen forandring i dødelighet på sykehus eller innen 30 dager etter utskrivning (Hagen et al., 2016b). Dødelighet og reinnleggelser er heller ikke mer betinget av familieforhold og familieressurser to år etter reformen enn tre år før reformen (Holmås et al., 2015). Det er variasjoner mellom kommunene når det gjelder i hvilken grad liggetidene på sykehus har blitt redusert etter reformen. Hagen et al. (2013), Swanson (2013) og Antonova (2014) viser at én forklaring er variasjoner i det lokale kommunale helse- og omsorgstilbudet. Etter reformen øker altså antallet pasienter som skrives ut til kommunene. Selv om kapasiteten til å ta hånd om utskrevne pasienter økte, svarte kommunene delvis ifølge Moberg (2014) med å redusere antall brukere av hjemmebaserte tjenester som fikk opphold på kommunale institusjoner, og med å korte ned på varigheten av oppholdet i institusjon. Det hefter imidlertid en viss usikkerhet ved disse resultatene ettersom de ikke bygger på individdata. Beck Olsen og Hagen (2015) viser at flere innbyggere i kommunene fikk hjemmesykepleie.

2.2.2 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester innebærer at pasientens hjemkommune skal betale en viss prosent medfinansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Målet var å redusere bruken av slike tjenester ved å gi kommunene et incitament til å utvikle alternative former. Det ble gjort unntak for kirurgi, fødsler, behandling av nyfødte og visse kostbare legemidler. Flere andre spesialisthelsetjenester inngår heller ikke, som psykiske helsetjenester, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, tjenester fra avtalespesialister, polikliniske laboratorie- eller radiologiske tjenester og private rehabiliteringsinstitusjoner. Askildsen et al. (2015) angir følgende mulige effekter av de incitamentene som innføringen av kommunal medfinansiering (KMF) skaper: 1) Pasienter som ellers hadde fått behandling på sykehus, vil kunne få behandling i kommunen; 2) Kommunene kan satse mer på å forebygge sykdom og skader; 3) Kommunene kan prøve å redusere antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten; 4) Det kan bli økt bruk av avtalespesialister ettersom disse ikke er omfattet av KMF; samt 5) Kortere ventetid for medisinske behandlinger.

Askildsen et al. (2015) gjør en rekke empiriske analyser for i størst mulig grad å skille effektene av reformen fra effekter av endringer i andre faktorer som kan påvirke utfallsvariablene. Blant annet benyttes det faktum at kirurgisk behandling ikke er omfattet av reformen, mens medisinsk behandling er omfattet. Analysene gir ingen indikasjon på at KMF har ført til redusert forbruk av medisinske spesialisttjenester; tvert imot tyder en del av analysene på en økning, selv om den er så liten at den knapt er økonomisk signifikant. Resultatene er robuste for flere ulike modellspesifikasjoner. Det er heller ikke mulig å se noen økning i bruken av private avtalespesialister, reduserte ventetider til medisinsk behandling eller en økning i forebyggende arbeid. Forfatterne trekker den slutning at det er høyst usannsynlig at KMF har hatt noen innvirkning på forbruket av spesialisthelsetjenester. Olsen (2014) og Hagen (2016b) kommer til samme resultat. KMF ble avvirket 1. januar 2015.

2.2.3 Tilskudd til kommunenes akutt plasser

Alle kommuner har siden 1. januar 2016 en lovpålagt plikt til å tilby sine innbyggere kommunale akutte døgnplasser ved behov. Målet er å redusere antallet innleggelser på sykehus, særlig for den eldre befolkningen. Kommunene kompenseres gjennom øremerkede midler fra staten for opprettelse av kommunale akutt plasser. Ikke alle kommuner har søkt om dette tilskuddet. Mange kommuner har valgt å omdefinere eksisterende plasser i institusjoner til akutt plasser, men målt i antall plasser synes det likevel å ha vært en reell økning i det totale antall plasser i kommunal pleie og omsorg (Swanson et al., 2016). Muligheten til å få statlige midler har altså sannsynligvis medvirket til denne økningen. Etableringen av kommunale akutt plasser har samlet sett ført til en reduksjon i antall akuttinnleggelser på sykehus (Islam og Kjerstad, 2016), men resultatene er ikke entydige. For visse kroniske sykdommer, som astma, kols og angina, har antallet akuttinnleggelser på sykehus gått signifikant ned, mens det for andre, som hjertesvikt, diabetes og høyt blodtrykk, ikke sees noen forandring. Effekten på sykehusinnleggelser er sterkest for eldre pasienter innlagt akutt på indremedisinske avdelinger; i kommuner med god legeberedskap på KAD-enheten er det snakk om en nedgang på 6-8 prosent (Swanson og Hagen, 2016). Ifølge Grimsmo (2016) kan kravet om at kommunene skal dekke behovet for akutt plasser og ha det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter, ha ført til et mer oppstykket behandlingsforløp for en del pasienter.

2.2.4 Statlige tilskudd og kommunenes utgifter til pleie og omsorg

I forbindelse med reformen ble det bestemt at det årlig skulle overføres fem milliarder kroner fra sykehusene til kommunene som kompensasjon for deres ansvar for kommunal medfinansiering og 560 millioner kroner for betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter (Beck Olsen og Hagen,

2015). Ifølge Beck Olsen og Hagen (2015) har reformen ført til en signifikant økning i kommunenes utgifter til pleie og omsorg, men det har ikke vært noen endring i fordelingen av utgiftene mellom hjemmebaserte tjenester og pleie og omsorg i institusjon. De økte utgiftene har fremfor alt gått med til å øke bemanningen av pleiepersonell med høyere kompetanse i hjemmetjenesten og på sykehjem; økningen er markant når det gjelder leger på sykehjem. Det kan ikke utelukkes at noe også har blitt brukt til å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene (Schou, 2016). I det store og hele har de statlige midlene kommunene har fått for å utvikle alternativer til innleggelse på sykehus, gått tilbake til sykehusene gjennom den kommunale medfinansieringen. Forskjellene mellom hvor stort tilskudd kommunene har fått som kompensasjon og den enkelte kommunes utgifter til kommunal medfinansiering, ligger i området +/- 5 prosent av kommunens samlede utgifter til helse og omsorg. Det har ikke vært mulig å se noen forskjell mellom rødgrønt og borgerlig styrte kommuner i reaksjonene på de økonomiske styringsvirkemidlene (Hjelm, 2014).

2.2.5 Oppsummering

Samhandlingsreformens økonomiske styringsvirkemidler består av a) kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, b) kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og c) statlige tilskudd til kommunene. Det kommunale betalingsansvaret har hatt signifikante styringseffekter, både tilsiktede og utilsiktede. Liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, noe som var et av målene med samhandlingsreformen. Men samtidig har antallet innleggelse økt påtakelig, noe som ikke var hensikten med dette virkemiddelet. Ingen andre uønskede effekter, som flere reinnleggelse eller økt dødelighet, er observert. Det har ikke vært mulig å identifisere noen styringseffekt av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. De statlige tilskuddene til kommunene for deres økte ansvar og for opprettelsen av kommunale akutt plasser har ført til en signifikant økning i kommunenes helse- og omsorgsbudsjetter.

2.3 Helhetlige pasientforløp

2.3.1 Bakgrunn

Et av de overordnede målene for samhandlingsreformen var å utvikle mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Gode og helhetlige pasientforløp skulle i større grad enn før bli en felles referanseramme for alle aktørene i helse- og omsorgstjenestene, og brukerne skulle oppleve kontinuitet i tjenestene.

I evalueringen har det vært viktig å belyse hvordan de ulike virkemidlene i reformen spiller sammen og understøtter – eventuelt motarbeider – hverandre. Dette er uttrykt i mål- og rammedokumentet for evalueringen.

Når det gjelder implementering av reformen, er følgende fremhevet:

- Helse- og omsorgsloven stiller krav i forbindelse med samarbeidsavtalene mellom kommunene og de regionale helseforetakene om at det skal utvikles retningslinjer for samarbeidet om innleggelse, utskrivning, habilitering og rehabilitering for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Det skal også etableres ordning med pasientkoordinatorer og tydeligere klageordninger.
- Sammenhengende pasientforløpsbeskrivelser skulle utarbeides og brukererfaringer skulle trekkes inn for å understøtte samarbeidet mellom de forskjellige delene og nivåene av helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skulle kompetanseutvikling hos helse- og omsorgspersonell bidra til integrering av forløpstenkingen.

Når det gjelder effektene av reformen, er følgende spesielt fremhevet:

- Analyser av pasientbehandling og forløp for pasienter/brukere/pårørende og effektive tiltak og kvalitet på tjenestene skulle stå sentralt.
- Analyser av tilbud og utøvelse av tjenestene hos helse- og omsorgspersonell skulle fremskaffes.
- Analyser av samfunnsmessige konsekvenser skulle eksemplifiseres ved kunnskap om samlet kapasitet, forskyvninger mellom tjenestenivåer og ulikheter mellom by-/landkommuner og mellom lokalsykehus/universitetssykehus.

Prosjektet *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen* (SPIS) v/Anders Grimsmo, NTNU (Grimsmo 2015) har hovedfokus på å evaluere ulike sider ved reformens målsetting om helhetlige pasientforløp. Tre arbeidspakker var rettet mot ulike sider av reformen, jf. tabell i kapittel 3.

I tillegg inneholder prosjektet *Samhandling med IKT* (SIKT) v/ Pieter J. Toussaint, NTNU (Toussaint 2016) analyser som er relevante for kommunikasjonen (informasjonskvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet) både mellom kommune og sykehus og mellom pasienter og helsepersonell.

2.3.2 Implementering av reformen

Brukermedvirkning

Oppsummeringen fra de ulike delprosjektene i SPIS viser at brukerne ble involvert i ulik grad i prosessene knyttet til samhandlingsreformen. Jevnt over kan brukermedvirkningen betegnes som lav. I en studie av avtaleforhandlingene fremgår det at to av de tre helseforetakene som inngikk i studien, hadde med brukerrepresentanter, mens det tredje ikke hadde brukere med i første fase. Brukerrepresentantene fikk først og fremst informasjon om avtaleprosessene gjennom muntlige orienteringer i helseforetakets brukerutvalg. Det poengteres videre at lovpålagte systemer for implementering og videre bruk av pasient- og brukererfaringer var fraværende i samarbeidsavtalene.

Den nasjonale surveyen fra dette prosjektet bekrefter lav brukerdeltakelse. Her svarer to av tre i kommuneadministrasjonen at brukerne var lite, eller bare til en viss grad, involvert i utformingen av avtalene. Denne andelen var lik i alle fire regionale helseforetak.

Styrking av klageretten ser ikke ut til å ha konsekvenser. Antallet klager på helse- og omsorgstjenester var lavt før reformen, og ser fortsatt ut til å være lavt. Et annet funn var imidlertid at kommuneledelsene hadde mangelfull kjennskap til de endrede klagereglene.

Pasientforløpsbeskrivelser

Helhetlige pasientforløp kan betraktes som en form for operasjonalisering av reformens samhandlingsambisjoner, og forarbeidene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) peker spesielt på behovet for å utvikle pasientforløp på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. Noen kommuner jobbet sammen med foretaket for å utvikle diagnosebaserte pasientforløp. Eksempelvis arbeidet fem kommuner i Møre og Romsdal sammen med et foretak i 20 måneder for å lage et helhetlig pasientforløp for pasienter med brudd i øvre lårhals og for pasienter med kols. Det skulle imidlertid vise seg at de to diagnosespesifikke pasientforløpene etterpå ikke ble tatt i bruk i kommunene.

I et annet prosjekt i Midt-Norge ble gruppene som samarbeidet, til sist enige om å utvikle et generisk (diagnoseuavhengig) helhetlig forløp som kunne passe for de fleste pasienter med kroniske sykdommer. En undersøkelse etter at prosjektperioden var over, viste at dette pasientforløpet var fullt ut implementert og i bruk i to og delvis i bruk i ytterligere to av de seks deltakende kommunene. Diagnosespesifikke forløp blir dermed uhensiktsmessig i kommunal sammenheng.

Kommunenes behov for diagnoseuavhengige pasientforløp belyses nærmere i en studie som viser omfanget av pasienter med multisykdom og forekomst av enkelte sykdommer. Det er nærmest et unntak at pasienter bare har én kronisk sykdom, også blant de som skrives ut fra sykehus; over 90 prosent av pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har multisykdom. De store pasientgruppene i sykehus, som kols, hjertesvikt og slag, er lavfrekvente i kommunene.

2.3.3 Effekter av reformen

Helhetlige forløp

For en del pasienter ser det ut til at forløpet hjem-sykehus-hjem er blitt mer oppstykket etter samhandlingsreformen. Kommuneadministrasjon og helsepersonell har delt syn på verdien av pasientforløp som veiledningsguide når det gjelder å lede pasienten på beste måte gjennom overgangene. Intermediæravdelinger og interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har ført til at pasientene kan få et mer oppstykket forløp med mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse, altså motsatt av det som var intensjonen med samhandlingsreformen.

Økonomiske insentiver har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet for innlagte pasienter ved at kommunene får den såkalte boten når de ikke kan ta imot sine egne utskrivningsklare pasienter. Kommunale og interkommunale intermediæravdelinger ble et virkemiddel for å gi tilbud særlig til skrøpelige eldre etter opphold på sykehus. Sammen med døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har dette bidratt til at enkelte pasienter får et mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse. Ofte dreier det seg om skrøpelige eldre som er spesielt sårbare for forflytninger og transport. Oppholdene er korte og bryter opp kontinuiteten i behandling og eventuell rehabilitering. Hver forflytning krever full dokumentasjon (henvisning og epikrise), og sammen med opprettelse av bestillertjenester har dette bidratt til mer byråkrati. Ambulerende team og styrket hjemmetjeneste kunne ha vært alternativer, men insentivene ser ut til å ha favorisert institusjonsbehandling.

Pasientfokus

Funn fra en telefonundersøkelse som henvendte seg til den administrative toppledelsen i alle kommunene i Møre og Romsdal, viser at begrepet helhetlige pasientforløp ikke hadde festet seg i det kommunale vokabularet i perioden da undersøkelsen foregikk, selv på et tidspunkt da mange kommuner allerede hadde deltatt på møter om pasientforløp i et par års tid. Samhandlingsreformen har som mål å få til et mer smidig samarbeid mellom kommuner og helseforetak i den helhetlige behandlingen av pasienter. I avtaleforhandlingene var oppmerksomheten mest vendt mot økonomi og organisering, og pasienten var sjelden en del av debatten, ifølge brukere som deltok.

Pasientforløpsbeskrivelser

SPIS-prosjektet viser at oppnevnte grupper med deltakere fra sykehus og kommuner har lagt ned et stort antall arbeidstimer for å utvikle helhetlige pasientforløp. Det kan imidlertid diskuteres hvor vellykket dette arbeidet har vært. Der helseforetaket la premissene og var toneangivende, ble resultatet en videreføring av diagnosespesifikke behandlingslinjer i sykehuset. Disse arbeidsgruppene har vært lojale og ferdigstilt forløp for spesifikke diagnoser, men forløpene ble ikke tatt i bruk i kommunene. I arbeidsgrupper der kommunal ekspertise var godt representert, ble det utviklet et personsentrert pasientforløp som var generisk og diagnoseuavhengig. Dette var vellykket, men likevel krevende å utvikle og ta i bruk. Endring av arbeidsprosesser er i seg selv vanskelig, og spesielt utfordrende når flere organisasjoner er involvert.

Kompetansegrunnlag

Ideen om diagnosespesifikke pasientforløp i kommunene kan bunne i manglende kunnskap om forekomst av sykdom. For det ene kan det virke som foretakene har oversett at multisykdom forekommer hos mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester. Det er kommunens oppgave å ivareta hele pasienten, og et viktig mål er å støtte opp om pasientens funksjonsevne for at den enkelte skal greie seg selv best mulig hjemme. For det andre avspeiler denne ideen manglende kunnskaper om forekomsten av ulike kroniske sykdommer i kommunehelsetjenesten. Store diagnosegrupper i sykehus, som kols, hjertesvikt og slag, er lavfrekvente blant pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Dette gjør at diagnosespesifikke pasientforløp og diagnosesentrert spesialutdanning av helsepersonell ikke er funksjonelt og bærekraftig i kommunene.

Samhandling og likeverd

SIKT-prosjektet omtaler reformen som kjennetegnet av svak reformdesign. I dette ligger at sentrale myndigheter har nøydt seg med å beskrive noen formelle rammer og så overlatt til kommuner og helseforetak å bestemme hvordan reformen skal utformes og iverksettes lokalt. Det er delte meninger i kommunene om samarbeidsavtalene har hatt noen betydning for relasjonen til helseforetakene. Flere gir uttrykk for at samarbeidet ikke er likeverdig. Analysene er imidlertid tydelige på at grenseflaten mellom foretak og kommuner ikke er et enhetlig fenomen. Samhandling omkring utforming og implementering av pasientforløp kan fungere som et redskap, omtalt som et grenseobjekt, for å bygge bro over organisasjonsgrenser mellom kommuner og helseforetak. Pasientforløp som grenseobjekt kan gi den kommunale omsorgen mulighet til å uttrykke sin kunnskap og kompetanse slik at hjemmetjenestene på sikt kan bli mer likeverdige med sykehus, noe som igjen kan føre til en jevnere maktfordeling.

Kommunikasjonskvalitet

SIKT-prosjektet peker på at nær 100 prosent av kommunene ved årsskiftet 2015 hadde tatt i bruk IKT-verktøyet pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger). PLO-meldinger skal understøtte samhandlingen mellom sykehus og kommune ved å bidra til mer effektive kommunikasjonslinjer og økt oppmerksomhet om informasjonskvaliteten, og gi bedre pasientsikkerhet ved at informasjonen ikke lenger kan forsvinne. PLO-meldingene brukes også til å holde oversikt over pasientstrømmer.

Det er imidlertid fortsatt en vei å gå før eksisterende og tilgjengelige IKT-løsninger bidrar til å utvikle helsetjenesten i en mer brukerorientert retning.

Samfunnsmessige konsekvenser

Færre liggedøgn i sykehus kan ses som et positivt resultat, men ser ut til å gi en dominoeffekt ved at kommunene må ta imot flere behandlingstrengende pasienter som fortrenger eldre hjemmeboende med behov for sykehjemsplass. Opprettelse av nye interkommunale tjenester har ført til ytterligere fragmentering av de kommunale tjenestene. Ifølge analysene fra SPIS-prosjektet kan det se ut til at de økonomiske insentivene som ligger i reformen, har fått stor oppmerksomhet. Kommunene er opptatt av at insentivene stimulerer til opportuniste, taktisk atferd og alenegang, noe som kan svekke deres evne og vilje til samarbeid. Kombinasjoner av de ulike styringslogikkene (hierarki, marked og nettverk) som praktiseres, kan slå uheldig ut.

2.3.4 Konklusjoner

Brukermedvirkningen i prosessene rundt implementering av reformen har vært beskjeden. Diagnosespesifikke pasientforløpsbeskrivelser har vist seg u hensiktsmessige for samhandlingen

mellom foretak og kommuner fordi de aller fleste pasienter som skrives ut fra sykehus med behov for kommunale tjenester, har multisykdom. Forløpsbeskrivelsene bør derfor gjøres diagnoseuavhengige.

Når det gjelder effekter av reformen, ser det ut til at en del pasienter har fått mer oppstykkede forløp, og at målene om mer helhetlig behandling for pasientene ikke er nådd. Det ser ut til å være en ubalanse mellom utnyttelse av kunnskap og kompetanse i spesialisthelsetjenesten og kunnskap og kompetanse i kommunene. Samhandling om utforming og implementering av pasientforløp kan fungere som en brobygger mellom kommuner og helseforetak.

2.4 Folkehelse og forebygging

2.4.1 Bakgrunn

Arbeid med folkehelsefremmende og sykdomsforebyggende temaer har tradisjonelt vært mindre prioritert i kommunene enn utvikling av behandlingstilbud. Samtidig er kommunene det forvaltningsnivået som har de største potensielle handlingsmulighetene på dette området siden de har mye av den direkte kontakten med befolkningen i sammenhenger som berører utviklingen av folkehelsen, fra overordnet planlegging til konkrete kommunale tjenester. Derfor har lovverkene som samhandlingsreformen springer ut av, søkt å oppprioritere folkehelse og sykdomsforebygging i kommunene. Samhandlingsreformen er dermed et virkemiddel til å få kommunene til å prioritere dette arbeidet høyere gjennom økonomiske insentiver, tydeliggjøring av den lovpålagte plikten samt veiledning.

I mål- og rammedokumentet for evalueringen (s. 8) inviteres det til forskning om følgende:

«Emner for evalueringen knyttet til det sykdomsforebyggende arbeid, dvs. å identifisere individer med risiko for sykdom og innrette tiltak mot å hindre sykdomsutvikling (primærforebygging) eller å unngå forverring av etablert sykdom (sekundærforebygging), er bl.a.: Hva slags forebyggende tiltak er blitt satt i verk? I hvilken grad har disse tiltakene på forhånd dokumentert forebyggende effekt? Hvilke erfaringer har brukere av tiltakene, og potensielle brukere som har valgt å ikke bruke aktuelle tiltak?»

Hva slags nye samarbeidsmønstre innenfor helse- og omsorgstjenesten (innen kommunale tjenester eller andrelinjetjenesten) er etablert for å legge til rette for mestring av sykdom?

Hvordan opplever pasienter, brukere og helse- og omsorgspersonell disse endringene?

Emner for evalueringen, som knytter seg til det helsefremmende arbeid, er rettet mot strukturelle forhold. I dette arbeidet skal hele befolkningsgrupper støttes i deres utvikling på en slik måte at god helse kan oppnås eller opprettholdes:

Hvordan har man prioritert tiltak for å styrke folkehelsen og hva slags beslutningsprosesser ligger til grunn for prioriteringen?

Hvilke effekter (positive og negative) har disse tiltakene hatt?

I hvilken grad og på hvilken måte har forebygging på kommunalt nivå dreid seg om nye tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, sammenholdt med andre deler av de kommunale tjenestene (f.eks. tiltak for å øke andelen som gjennomfører videregående skole, arbeidslivstiltak for å unngå sykemelding osv.)?».

2.4.2 Resultater

Disse emnene er først og fremst dekket gjennom prosjekt 229628 *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør* (prosjektleder Arild Schou, NIBR).

Prosjektet har undersøkt om samhandlingsreformens styringssignaler på det helsefremmende og sykdomsforebyggende området har nedfelt seg i kommunene når det gjelder:

a) nye forståelsesformer, b) nye organisasjonsformer, c) nye virkemidler som enten retter seg mot befolkningen som sådan eller mot spesielle grupper med særskilte utfordringer, i dette tilfellet innvandrere.

Datakildene for prosjektet er en spørreundersøkelse sendt til alle kommuner og til alle bydeler i Oslo i 2014 (denne undersøkelsen ga mulighet for sammenligning med en liknende undersøkelse fra 2011). I tillegg er det gjennomført case-studier i et mindre utvalg kommuner og spesialanalyser av en gruppe innvandrerrike kommuner sammenlignet med resten av utvalget.

I rapporteringene fra prosjektet fremheves følgende funn:

- Oversiktsarbeid og kunnskapsinnhenting har skutt fart idet 38 prosent av kommunene har utarbeidet oversikter over folkehelseutfordringer (opp fra 20 prosent i 2011), og 75 prosent mener at kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet er styrket som ledd i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Samtidig har folkehelsestemaer fått økt oppmerksomhet i de kommunale planprosessene.
- Økt fokus på korttidsforebygging – men i et mindretall av kommunene. Det er særlig små og mellomstore kommuner som satser på å unngå å pådra seg innleggelseskostnader på denne måten, noe som anses som en effekt av kommunal medfinansiering. Disse kommunene satser dessuten gjerne på frisklivssentraler.
- Organisering og tiltak: Folkehelsearbeidet får et mer tverrsektorielt preg. Arbeidet har fått mer legitimitet og gjennomslag i sektorer utenom helsesektoren og er tydeligere organisatorisk forankret (andelen kommuner med folkehelsekoordinator har økt fra 60 prosent i 2008 til 74 prosent i 2011 og 85 prosent i 2014). Det er særlig interessant at halvparten av kommunene sier at de samarbeider mer med frivillige organisasjoner i folkehelsearbeidet, og at en tredjedel har utviklet nye sosiale møteplasser knyttet til slikt arbeid. De forebyggende tiltakene som nevnes hyppigst, gjelder livsstilssykdommer (75 prosent), psykiske lidelser (44 prosent) og fallulykker i hjemmet (39 prosent). Fremgang i oversiktsarbeidet og gjennomslag for folkehelsefokus i den kommunale planleggingen henger sammen med tid avsatt til folkehelsekoordinatorstillingen, idet gjennomslag i særlig grad oppnås når koordinatoren er i hel eller tilnærmet hel stilling. Derimot spiller stillingens organisatoriske plassering mindre rolle for fremgang i arbeidet.
- Det er ikke mer folkehelsefokus i innvandrerrike kommuner enn i andre kommuner. Innvandrerrike kommuner har heller ikke noen særskilt innretning på sitt folkehelsearbeid. En forklaring kan være at selv i kommuner med relativt mange innvandrere utgjør denne gruppen likevel en så liten andel av befolkningen at det ikke får utslag på folkehelsearbeidet. En annen kan være at folkehelsestatusen blant innvandrerbefolkningen ikke skiller seg nok ut i forhold til befolkningen for øvrig til at dette avspeiles i folkehelsearbeidet.

Det foreligger også en rapport fra prosjektet *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen* som analyserer forebyggende helsearbeid (Løset og Veenstra 2015). Denne rapporten dekker færre kommuner og er basert på en spørreundersøkelse blant ledere i 76 kommuner og en gjennomgang av planverket i 46 av disse kommunene, samt intervjuer i tre case-kommuner.

Formålet med rapporten er «å belyse hvordan Samhandlingsreformen bidrar til prioritering og koordinering av folkehelsearbeidet i kommunesektoren». Vurderingene og konklusjonene i

rapporten er langt på vei sammenfallende med Schou m.fl. (2015) omtalt ovenfor. Forfatterne sier at «Funnene i denne rapporten tyder på at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven så langt har: • bidratt til at folkehelse i økende grad forankres i det kommunale planverket; • økt kommunenes bruk av ressurser på organisering og planlegging av folkehelsearbeidet; • hatt begrenset betydning for kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid; • bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak» (s. 91).

Vurderingen i det tredje kulepunktet om reformens begrensede betydning for den tverrsektorielle innsatsen er noe mer reservert enn i tilsvarende vurdering hos Schou m.fl., men diskrepansen kan selvsagt skyldes forskjeller i kommuneutvalget.

I en rapport fra prosjektet *Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi?* (ledet av Sverre Kittelsen) er mulige effekter av sykdomsforebyggende tiltak undersøkt, nemlig om kommuner som har innført tiltak med sikte på å forebygge fallulykker i hjemmet, også opplever nedgang i hoftebrudd hos eldre (Øien m.fl. 2016). Det observeres en svak nedgang i slike ulykker i disse kommunene, men sammenhengen er ikke statistisk signifikant.

2.4.3 Konklusjoner

Forskningen tyder alt i alt på at samhandlingsreformen har ført til mer fokus på og innsats i folkehelsearbeid og forebygging i kommunene, selv om noen av de registrerte trendene også kunne spores før reformen. En folkehelsekoordinator i full stilling er en vesentlig drivkraft i kommunenes arbeid på dette feltet. At det strategiske nivået i kommunens organisasjon (rådmann, planmiljø) involveres, har også betydning. Det tydeligste resultatet av samhandlingsreformen ligger i kommunenes økte satsing på kunnskapsinnhenting, dvs. oversiktsarbeid over folkehelsestanden i kommunene. Evalueringen har av metodologiske grunner ikke kunnet undersøke effekter på folkehelsen.

2.5 Interkommunalt samarbeid og andre organisatoriske mekanismer

2.5.1 Bakgrunn

I mål- og rammedokumentet for evalueringen beskrives følgende forventninger til forskningen om temaet: «Evalueringens tema er hvordan de organisatoriske virkemidlene implementeres i en lokalpolitisk sammenheng. Blant annet ønskes følgende emner analysert: Valg av organisasjonsmodeller for de permanente helse- og omsorgstjenestetilbudene til innbyggerne, herunder organisering av forebyggende tiltak, samt støttende infrastruktur (f.eks. for IKT, statistikk og annen kunnskapsdeling). Med organisasjonsmodeller menes utforming av mandat for tiltakene og strukturering av ledelse og myndighet. Hvordan foregår samspillet med og forankringen av tiltakene i den overordnede kommunale ledelsen? I iverksettingsfasen kan det være særlig nyttig med en kartlegging av erfaringer hos personalet, brukerne og 'eierne' (sistnevnte omfatter både folkevalgt og overordnet administrativ ledelse i kommunene) når det gjelder implementering av de organisatoriske virkemidlene. Prosessen omkring inngåelse av samarbeidsavtaler ønskes belyst. Skyves andre lokalt begrunnede mål lenger ned på de kommunale prioriteringslistene som resultat av større vektlegging av helserettede mål? Hvordan påvirker reformen ressursbruken og de langsiktige målsettingene for andre lovpålagte kommunale oppgaver som barnehager og grunnskoler? I hvilken utstrekning kommer det nye tvisteløsningsinstrumentet mellom stat og kommuner (jf. Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak) til

anvendelse i eventuelle tolkingskonflikter omkring avtalene mellom kommuner og helseforetak?» (s. 6).

Temaene IKT, statistikk/kunnskapsdeling, brukererfaringer, avtaler kommuner/foretak og organisering av forebygging/folkehelsearbeid dekkes av andre avsnitt i denne rapporten. De øvrige temaene er ikke alle like godt dekket i forskningen som er gjennomført. Forskningen har i særlig grad fokusert på hvordan kommunene har ivarettatt sitt ansvar gjennom interkommunalt samarbeid.

Dette avsnittet bygger i hovedsak på prosjektet *Prosessevaluering av samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner* ledet av professor Terje P. Hagen, UiO, med supplement fra SPIS-prosjektet.

I sluttrapporten for prosjektet *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner* beskrives hovedmålet slik: «Prosjektets hovedmål er å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og å studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år)».

Prosjektet har vært organisert rundt tre arbeidspakker. I dette avsnittet beskrives resultatene fra punkt 2) og 3) i arbeidspakke B: «2) interkommunale samarbeidsordninger og 3) andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene».

2.5.2 Interkommunale samarbeidsordninger

Tjerbo og Zeiner (2014) har gjennom en spørreundersøkelse (sendt ut fra SPIS-prosjektet) til alle landets kommuner kartlagt omfanget av interkommunalt samarbeid på helseområdet etter samhandlingsreformen. Kartleggingen hadde to hovedtemaer: Hvor omfattende er det interkommunale samarbeidet, og hvilke faktorer påvirker hvorvidt kommuner velger å samarbeide? Det opereres med en bred og en snevrere forståelse av interkommunale samarbeid. En har først gått bredt ut og kartlagt kommunenes samarbeid på helseområdet. Interkommunale samarbeid omfatter alle typer samarbeid mellom to eller flere kommuner på helseområdet og inkluderer alt fra samarbeid om legevakt og intermedieære sengeposter til meldingsutveksling og hospiteringsordninger. I neste omgang snevrer forfatterne analysen inn til å omfatte kommunenes samarbeid om øyeblikkelig hjelp. Dataene stammer fra ulike kilder, som oversikt over interkommunale samarbeid innhentet via samhandlingskoordinator eller lignende i helseforetakene, og rapporter, utredninger eller lignende fra ulike interkommunale samarbeidsprosjekter.

Hvor utbredt er interkommunalt samarbeid innenfor helsefeltet? Tjerbo og Zeiner finner at om lag to tredjedeler av kommunene deltar i et interkommunalt samarbeid om helse, og mange av disse samarbeider også på flere områder. Samarbeidene de har registrert, dekker et vidt spekter av tjenester og funksjoner, fra «øyeblikkelig hjelp»-tilbud, intermedieære sengeposter og palliasjon, via folkehelseiltak og frisklivssentraler til meldingsutveksling og hospitering. Forfatterne kan ikke si sikkert hvor mange av disse samarbeidene som er inngått som et ledd i kommunenes implementering av samhandlingsreformen, ei heller hvor formalisert samarbeidene er (jf. rapporten *Helsekommunen?*, s. 12/13).

I alt 346 kommuner har interkommunalt samarbeid om legevakt. Samtidig understrekes det at disse samarbeidene er av noe ulik karakter. Mens enkelte kommuner samarbeider om heldøgnslegevakt, har andre etablert samarbeid om legevakt på kvelds- eller nattetid. I dette ligger det for eksempel at noen kommuner har egen legevakt på dag- og/eller kveldstid, men samarbeider med andre kommuner om legevakt natt.

Ved utgangen av 2013 hadde 153 kommuner søkt og/eller mottatt støtte for å etablere et øyeblikkelig hjelp-tilbud sammen med en eller flere kommuner. Per 31.12.13 hadde i alt 203 kommuner søkt om eller mottatt støtte til dette formålet. At tre av fire kommuner velger å etablere øyeblikkelig hjelp-tilbudet i samarbeid med andre kommuner, tyder på at interkommunalt samarbeid er den foretrukne organisatoriske løsningen.

Samarbeidene bygger på tidligere interkommunale samarbeid, spesielt samarbeid om legevaktjenester. 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. Blant kommuner som har søkt om eller mottatt støtte til etablering av et kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud, finner de 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.

Mangfoldet i de interkommunale samarbeidene tyder på at det er rom for lokale tilpasninger i kommunenes oppgaveløsning på helseområdet. Det er rimelig å anta at variasjonen i samarbeidenes innhold i noen grad skyldes lokale forhold og lokale politiske prioriteringer. Forskerne finner at den store variasjonen samtidig vanskeliggjør en systematisk eller tematisk oversikt over samarbeidene (s. 13).

Kommuner som inngår en avtale om interkommunalt samarbeid, kan velge mellom flere samarbeidsmodeller. Modellene varierer med hensyn til lovgrunnlag, styringsorgan, grad av fristilling og muligheter for politisk styring. På helseområdet er det særlig fire samarbeidsmodeller som er aktuelle: vertskommune, samkommune, § 27-styre og interkommunalt selskap (IKS). Samtlige modeller innebærer at kommunene delegerer noe myndighet til de samarbeidende organene. Hvor omfattende denne myndighetsdelegeringen er, varierer. Vertskommunemodellen er den som innebærer minst myndighetsoverdragelse. Kort oppsummert, sier forfatterne, er vertskommunemodellen den vanligste samarbeidsmodellen når kommunene skal inngå interkommunale samarbeid på helseområdet. Dette finner de ikke overraskende tatt i betraktning at det for samarbeid innenfor ø-hjelp og legevakt handler om et tjenestetilbud som må plasseres/ bygges ut fysisk hos en av de deltakende partene (s. 25).

Fører interkommunalt samarbeid til mye konflikt mellom de samarbeidende kommunene, og inneholder avtalene konfliktløsningsmekanismer? Svarmønsteret fra surveymaterialet tyder på at kommunene synes at samarbeidet fungerer tilfredsstillende, og at konfliktene er få. Da er det kanskje heller ikke så overraskende at kun 18 av 46 gjennomgåtte avtaler inneholder formuleringer om tvisteløsningsordninger. Forfatterne skriver at to forklaringer synes nærliggende når det gjelder det lave konfliktnivået. For det første kan det være at eventuelle konflikter blir løst før et samarbeid inngås, eller at samarbeidskonstellasjoner med et høyt konfliktpotensial unngås. 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.

Som motiver for samarbeidet anfører kommunene først og fremst hensynet til faglig kompetanse og kvalitet. Muligheten for å vedlikeholde eller utvikle fagmiljøer fremheves. Økonomiske gevinster gjennom stordriftsfordeler tillegges også noe vekt. Kommunene er naturlig nok også opptatt av den rolle lokalisering av lokalmedisinske tilbud spiller for opprettholdelse av eget lokalsamfunn. Et slikt perspektiv kan både tilskynde og hemme en kommunes deltakelse i interkommunalt samarbeid. Derimot ofres lokaldemokratiske hensyn liten oppmerksomhet, verken i positiv eller negativ retning.

I en oppfølgende studie viser Zeiner og Tjerbo (2015) at grensene for interkommunalt samarbeid varierer i forhold til hvilken funksjon samarbeidet skal ivareta, og en kommune vil kunne delta i flere samarbeid med ulike grenser. En kunne derfor vente at interkommunale samarbeid kan skape en mer fragmentert og uoversiktlig lokal styringsstruktur. På den annen side kan en økning i interkommunale samarbeid bidra til å sementere eksisterende samarbeidsrelasjoner dersom de samme kommunene inngår samarbeid på flere områder. Det faktiske bildet som avtegner seg, tyder på at mange av samarbeidene bygger på allerede eksisterende samarbeid. Forfatterne hevder dermed at økningen i interkommunale samarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen ikke nødvendigvis har ledet til økt styringsmessig fragmentering, men kan også ha bidratt til å underbygge eksisterende samarbeidsrelasjoner.

2.5.3 Andre organisatoriske virkemidler – hvordan sykehusene samhandler med kommunene

I sluttrapporten fra prosjektet framheves det 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 kommunikasjonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i høy grad var formalisert også før samhandlingsreformen ble innført (*Hagen T.P 2016*).

2.5.4 Konklusjoner

Kommunene har i meget stor utstrekning benyttet interkommunalt samarbeid for å ivareta det utvidede ansvaret for helsetilbud til befolkningen som samhandlingsreformen påla dem. Dette gjelder i særlig grad mindre kommuner, men også større kommuner inngår i disse samarbeidskonstellasjonene, gjerne som vertskommuner for mindre omlandskommuner. To tredjedeler av kommunene er med i helserelevante samarbeidstiltak. Vertskommunemodellen er den foretrukne samarbeidsformen. Samarbeidet fungerer relativt konfliktfritt, noe som forklares med at de nye samarbeidene inngår i etablerte samarbeidsmønstre kommunene i mellom. Det er dermed lite som tilsier at den eksisterende kommunestrukturen med mange små kommuner har vært et vesentlig hinder for iverksetting av samhandlingsreformen.

2.6 IKT som virkemiddel for bedre samhandling

2.6.1 Bakgrunn

Samhandlingsreformen har som hovedmål å sikre bedre helhet og mer sammenheng i helse- og omsorgstjenesten. Gode og sammenhengende pasientforløp er vesentlige tiltak og løsninger for å sikre dette målet. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal i større grad samarbeide, og spesialisthelsetjenesten skal bidra og bistå slik at kommunehelsetjenesten i økende grad og omfang skal ta hånd om pasienter og pasientgrupper som i dag får behandling på sykehus.

Omfattende bruk av IKT og samhandlingsteknologi (eHelse blir stadig mer brukt som begrep innenfor dette området) anses som en forutsetning for å gjennomføre og oppnå forventede effekter. Kommuner og helseforetak har en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler som sikrer etablering og drift av IKT-baserte samhandlingsløsninger og skal legge grunnlaget for ambisjonene om at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne måten å kommunisere på i sektoren – både helsepersonell imellom og mellom pasient og helsepersonell. Utviklingen av IKT i helsetjenesten skjer

selvsagt uavhengig av samhandlingsreformen. Det kan i noen grad være vanskelig å si på hvilken måte reformen har understøttet visse utviklingstrekk.

IKT og samhandling er viet betydelig oppmerksomhet i EVASAM, først og fremst gjennom prosjektet *SIKT – Samhandling med IKT*. Arbeidet er gjennomført i to arbeidspakker:

Arbeidspakke 1: Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (helsepersonellperspektivet)

Arbeidspakke 2: Pasientmedvirkende samhandling (pasientperspektivet)

Prosjektet (gjelder begge arbeidspakkene) har analysert effekten av bruken av IKT langs dimensjonene:

- a. Informasjonskvalitet
- b. Pasientsikkerhet
- c. Effektivitet

I tillegg til SIKT har også prosjektet *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner* i arbeidspakke B3 «Effekter av andre organisatoriske virkemidler» – analysert IKT som virkemiddel i samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten (rapporten foreligger ikke ennå).

2.6.2 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (helsepersonellperspektivet)

SIKT har tatt utgangspunkt i pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) i sin analyse av elektronisk samhandling mellom helsepersonell. Dette er et eksempel på IKT-verktøy som benyttes i samhandlingen mellom helsepersonell i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. PLO-meldingen er en veletablert og standardisert meldingstype som kan antas å være representativ for den gjennomgående elektroniske meldingsutvekslingen som er tatt i bruk i sektoren, og hvor resultatene og anbefalingene derfor har overføringsverdi til andre typer meldingsbaserte tjenester i sektoren.

Toussaint (2016, s. 5-7) konkluderer med at helsepersonell generelt er svært fornøyd med å kunne kommunisere ved bruk av standardiserte elektroniske meldinger. Både helsepersonell i kommunene og i spesialisthelsetjenesten oppfatter dette som et spesielt nyttig verktøy i sin arbeidshverdag (effektivitetsdimensjonen). Melby et al (2015, s. 3393) viser til at verktøyet er fullt integrert i sykepleiernes arbeidsoppgaver i forbindelse med overflytting av pasienter mellom de ulike nivåer/institusjoner. Av nytteeffekter beskrives mindre venting i telefon, raskere tilgang til (riktig) personell, mindre avbrudd og færre misforståelser sammenlignet med tidligere kommunikasjonsløsninger som telefon, telefaks og brev. Eksempler fra datamaterialet viser at 2-4 timer av en arbeidshverdag tidligere kunne gå med til telefonering for å komme i kontakt med rett kontaktperson.

For noen pasientgrupper er det behov for å kommunisere med flere mottakere både innenfor egen virksomhet og mot eksterne samarbeidsparter. Løsninger som understøtter elektronisk samhandling mellom flere parter (f.eks. pasienter som i tillegg har behov for samhandling med NAV, kommunal psykiatritjeneste, ergoterapi, fysioterapi o.l.) er foreløpig implementert bare i begrenset grad og krever fortsatt arbeidsintensive manuelle rutiner. Dette understreker samtidig et av prosjektets hovedbudskap: For å lykkes med IKT som samhandlingsverktøy er det viktig og nødvendig

å tilpasse teknologi, arbeidspraksis, regler og lovverk og brukerrollene slik at disse elementene utgjør en integrert helhet (Toussaint (2016, s. 10)).

Toussaint (2016, s. 6) konkluderer videre med at overgangen til PLO-meldinger har bidratt til økt oppmerksomhet om informasjonsinnhold og -kvalitet. Selv om standardiserte meldinger i utgangspunktet har en strukturert form, er det fortsatt betydelig individuell frihet til å formulere tekstinholdet. Innhold og presisjonsnivå er viktig for at mottakeren raskt skal få et riktig bilde av situasjonen og kunne iverksette nødvendige oppfølgingstiltak. Problemstillingen får økt aktualitet når pasientene selv skal ha tilgang til dokumentasjon og selv ha en mer deltakende rolle i oppfølgingen. En kjent, gjennomgående problemstilling er utfordringer knyttet til ajourhold av pasientens legemiddelliste. Dette problemet, som for tiden omfattes av stor oppmerksomhet, må forventes løst gjennom fellesløsninger (kjernejournal og e-resept) eller integrerte journalsystemer.

Brattheim et al (2016, s. 1) har gjennomført en studie som spesielt tar for seg sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunene. Denne studien viser også at sykepleierne både i sykehus og kommuner generelt er fornøyde med å kommunisere og utveksle informasjon elektronisk, men at det er behov for supplerende kommunikasjonskanaler for å sikre informasjonskontinuitet. Elektronisk meldingsutveksling må suppleres med muntlig dialog, eventuelt også med møter for å innhente nødvendig tilleggsinformasjon. Behovet for supplerende informasjon blir spesielt uttalt når pasienten tidligere ikke har hatt et kommunalt tilbud. Studien dokumenterer også tidligere funn om behovet for å arbeide videre med informasjonsinnholdet i PLO-meldingens fritekstområder og skape felles forståelse på tvers av faglige/organisatoriske nivåer. Studien viser også pasientsikkerhetsutfordringer ved manuelle/papirbaserte legemiddellister, en problemstilling som ikke gjenspeiler seg i elektroniske legemiddellister.

Med hensyn til PLO-meldinger og pasientsikkerhet konkluderer Toussaint (2016, s. 7) med at denne er blitt bedre, med noen forbehold. Generelt bidrar overgangen til elektroniske meldinger til at informasjon som er fremkommet i ulike deler av samhandlingsprosessen, blir dokumentert og tatt vare på (inkludert telefonbeskjeder) – i motsetning til manuelle og papirbaserte løsninger, som innebærer en betydelig risiko for at informasjon blir glemt eller forsvinner. Lagring av meldinger i de elektroniske journalløsningene forsterker og forenkler tilgangen til slik informasjon. Dagens løsninger eliminerer ikke risikoen for feiladressering/feilsending av meldinger og krever bevissthet og oppmerksomhet fra brukerens side.

2.6.3 Pasientmedvirkende samhandling (pasientperspektivet)

Osmundsen (2015) har i sin studie involvert pasienter i såkalte trepartskonsultasjoner som innbefatter pasient sammen med primærlege/fastlege lokalisert i et distriktmedisinsk senter (DMS) og spesialist (endokrinolog) lokalisert på sykehus. Selv om pasientgruppen var begrenset til diabetikere, anses denne gruppen som representativ for det som i samhandlingsreformen omtales som kronikergruppen, som er reformens hovedmålgruppe. Ti av de elleve pasientene (én konsultasjon uten pasient til stede) ville alternativt blitt henvist til sykehus. Løsningen/tilbudet blir normalt klassifisert som tradisjonelle telemedisinske konsultasjoner (videokonsultasjoner).

Toussaint (2016, s. 10-11) rapporterer at både pasienter og leger er positive til trepartskonsultasjoner. De oppfattes som effektive og rasjonelle fordi det normalt skjer en rask avklaring, og både pasienter og helsepersonell unngår unødvendig venting. For pasienten vil tilgangen til en tjeneste i geografisk nærhet normalt være ønskelig for å redusere reisetid og kostnader både for seg selv og samfunnet. At alle elleve pasientene fikk sin avklaring lokalt uten å

måtte reise til sykehus, forsterker inntrykket av at dette er en løsning med et stort potensial som langt fra er utnyttet.

Trepartskonsultasjoner styrker pasientens muligheter til medvirkning og oppfølging ved at pasienten sammen med sin fastlege i større grad kan stille spesialisten relevante spørsmål som igjen forenkler videre oppfølging. Pasientrollen antas å endres vesentlig i retning av mer aktiv deltakelse i avklaring og oppfølging av egen sykdom. Dette er en vesentlig del av samhandlingsreformens ambisjoner. Trepartskonsultasjoner vil bidra til å forsterke en slik utvikling og styrker pasientrollen. Manglende tilgang til pasientens helse-/journalinformasjon i et helhetlig sykdoms-/pasientforløp (også for pasienten) reduserer mulighetene for en rask og umiddelbar avklaring og en mer aktiv pasientrolle. Et interessant resultat fra dette prosjektet var at ettersom konsultasjonen fant sted på et DMS der pasient og fastlege var til stede, var pasientens journal både hos spesialist og fastlege tilgjengelig.

Toussaint (2016, s. 10) viser til at hovedutfordringen – slik denne studien viser – ikke er selve gjennomføringen av konsultasjonene, men strukturelle og finansielle vanskeligheter som oppstår i samarbeidet på tvers av etablerte modeller for levering av helsetjenester.

Hagen (2016, s. 9) har analysert de lokale IKT-løsningene og bruk av videokonferanser mellom fastleger og spesialister (telemedisinske konsultasjoner). På landsbasis benyttes videokonferanser mellom fastleger og de medisinske og kirurgiske virksomhetene i liten utstrekning, bortsett fra i Helse Nord, hvor dette er i utstrakt bruk. Videokonferanse mellom andre deler av primærhelsetjenesten og foretakene benyttes i noe større grad på landsbasis. Unntaket er også her Helse Nord, hvor dette er tjenester som er utbredt. Mulighetene for foretakene til å motta fastlegenes henvisninger økte betraktelig i perioden 2005-2012. Også her skilte Helse Nord seg ut med svært stor utnyttelse av denne løsningen.

2.6.4 Konklusjon – IKT

Resultatene fra SIKT viser at IKT i pasientmedvirkende samhandling sammenlignet med samhandling mellom helsepersonell i langt mindre grad er etablert og benyttet som verktøy/virkemiddel. Den teknologiske utviklingen i kombinasjon med befolkningens generelle forventninger og krav til økt tilgjengelighet til tjenester ved bruk av IKT-løsninger vil kreve omfattende endringer i sektoren både teknologisk og organisatorisk og forutsetter tilpasning av lovverk og ikke minst en holdningsendring hos helsepersonell og ledere i sektoren. Sektoren er neppe tjent med at den fremstår som et øyrike uten teknologisk tilgjengelighet for pasienter og brukere. Lokalisering i et DMS bør ikke være nødvendig for å få tilgang til journal både fra sykehus og fastlege.

Både pasienter og helsepersonell er gjennomgående svært positive til de IKT-baserte løsningene som er tatt i bruk og dokumentert i de to arbeidspakkene.

Løsningene for elektronisk samhandling øker effektiviteten hos helsepersonell, legger grunnlaget for bedre informasjonskvalitet og gir en betinget pasientsikkerhet. Betingelsen relatert til pasientsikkerhet er i første rekke knyttet til muligheter for å sende meldinger til feil adresse. Dette antas å bli løst i pågående nasjonale tiltak i regi av Norsk Helsenett (adresseregisteret). Fokus på IKT som virkemiddel i samhandlingsreformen med en ambisjon om at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne måten å kommunisere på i sektoren, har vært riktig og realistisk. Elektronisk samhandling mellom helsepersonell er godt etablert og rutinemessig innført. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette ensidig skyldes samhandlingsreformens fokus på IKT som virkemiddel og partenes lovpålagte krav om å inngå samarbeidsavtaler for å sikre etablering og drift av relevante løsninger. Prosjektet *Meldingsløftet*, som har fått betydelig statlig støtte, har pågått delvis parallelt med samhandlingsreformen, og det er grunn til å tro at de aktuelle løsningene ville ha blitt etablert

uavhengig av samhandlingsreformen. Likevel har kravet om samarbeidsavtaler sannsynligvis forsterket både omfang og innsats i arbeidet, spesielt i de minste kommunene, der omfanget av informasjonsutvekslingen er mer begrenset. Prosjektet beskriver dette som et «lykkelig ekteskap» hvor de to prosessene har påvirket resultatene i positiv retning.

De elektroniske samhandlingsløsningene har skapt behov for å forbedre kvalitet, struktur og innhold i informasjonen som formidles. Dette er en problemstilling som nasjonale standardiseringsmiljøer bør gripe fatt i. Utdanningsinstitusjonene har også en rolle i dette arbeidet.

Samhandling mellom pasienter og helsepersonell har fortsatt et betydelig potensial. Det er uklart om eksisterende samarbeidsavtaler har en innretning og et innhold som også involverer pasientene i samhandlingen, og dermed har bidratt til økt oppmerksomhet og realisering av IKT-løsninger mellom pasienter og helsepersonell. Treparkonsultasjoner benyttes i liten grad. Teknologi og løsninger finnes, og de finansielle og strukturelle utfordringene som beskrives, er av en slik karakter at de kan løses innenfor realistiske økonomiske rammer når det gjelder både investeringer og drift av aktuelle løsninger. Tilgang til oppdatert og relevant informasjon er en utfordring, ikke minst for å kunne gi pasienter og brukere større muligheter til å ta kontroll over egen sykdom, spesielt innenfor kronikergrupper. Dette er problemstillinger som er hovedfokus for arbeidet med «Én innbygger – én journal».

2.7 Kommunale akutte døgnplasser

2.7.1 Bakgrunn

Kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp er nedfelt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). I samhandlingsreformen er dette ansvaret utvidet til å omfatte døgnplasstilbud til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp hvor kommunen har muligheter til å utrede, behandle eller yte omsorg. Tilbudet må ses i sammenheng med samhandlingsreformens hovedmål om at forventet vekst i behovet for helsetjenester i størst mulig grad skal løses i kommunene og nærmest mulig pasienter og brukere. Tilbudet er finansiert dels (50 prosent) fra helseforetakene dels (50 prosent) gjennom øremerkede midler fra staten (forvaltet av Helsedirektoratet) og er faset inn gradvis fra 2012. Siden 1. januar 2016 har alle kommuner hatt plikt til å yte et slikt tilbud, og finansieringen skjer nå via kommunenes ordinære rammetildelinger. Behovet for slike senger er estimert og basert på befolkningstall (ca. 1 seng per 7 000 innbyggere), og tilskuddsbeløpet har vært i underkant av 1,5 millioner kroner/seng per år.

Etter hvert ble betegnelsen ØHD (Øyeblikkelig Hjelp Døgntilbud) erstattet med KAD (Kommunale Akutte Døgnplasser), som benyttes som betegnelse videre i dette dokumentet.

KAD har gjennom samhandlingsreformens fire første år fått økende helsepolitisk oppmerksomhet, med tilhørende økende forventninger. Ulike sider ved KAD er relativt grundig belyst i EVASAM, i første rekke i prosjektet *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner* (prosjektleder Terje P. Hagen). I dette prosjektet er hele arbeidspakke A1 viet temaet KAD.

I prosjektet *Resultater for samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi?* (prosjektleder Sverre A.C. Kittelsen) er det foretatt en analyse av hvorvidt etableringen av KAD har ført til færre akuttinnleggelser på sykehus (Modul IV – modulleider Egil Kjerstad).

2.7.2 Etablering av tilbudet

Tilskudd til etablering/drift av KAD-senger skjer på grunnlag av kommunenes søknad til Helsedirektoratet. I prinsippet skal det foreligge en driftsplan for KAD-sengene som er godkjent av helseforetaket i det aktuelle området. Skinner (2015a, s. 134-135) viser til at det i perioden (2012-2015) er mottatt 199 søknader (67/2012, 42/2013, 29/2014 og 61/2015). Samlet utgjør dette 362 av landets 428 kommuner. For kommuner i Helse Vest er andelen i overkant av 60 prosent, mens ca. 90 prosent av kommunene i de øvrige regionene har søkt om tilskudd til etablering/drift av KAD. Kommunestørrelse synes ikke å påvirke graden/omfanget av søknader.

2.7.3 Organisering av tilbudet

Som Skinner (2015a, s. 20-26) beskriver, har kommunene valgt svært forskjellige måter å organisere sitt KAD-tilbud på, noe også artikkelens tittel antyder: En nasjonal helsetjenestemodell med rom for lokale tilpasninger.

Tilskuddsundersøkelsen viser at knapt 30 prosent av kommunene legger opp til å drifte KAD i egen regi, mens knapt 70 prosent driftes som en interkommunal løsning, gjerne basert på etablerte samarbeidsrelasjoner, for eksempel legevaktsamarbeid. Det klart vanligste er et samarbeid mellom 2-4 kommuner.

Kommunene har valgt å organisere/lokalisere tilbudet på syv ulike måter:

1. Kommunal institusjon med heldøgnsomsorg
 - a. Helsehus (1)
 - b. LMS/DMS – Lokalmedisinsk/distriktmedisinsk senter (2)
 - c. Sykehjem (3)
2. Legevakt (4)
3. Sykestue (5)
4. Sykehus (6)
5. Sykehjem/legevakt/sykehus (7)

De aller fleste tilbudene har 1-2 senger, og kun 9 tilbud har over 10 senger, i all hovedsak interkommunale tilbud. Siden tilskudd til KAD-senger er knyttet til befolkningstall, vil små kommuner som har etablert KAD i egen regi, ha «deler» av en seng forbeholdt KAD.

Hvordan det faglige opplegget er organisert, varierer sterkt, spesielt legetjenesten. De fleste tilbud har legetilsyn på dagtid i kombinasjon tilsynslege og fastlege. Etter kontortid og i helger benyttes i noen grad legevaktleger. Noen kommuner har ansatt egne legeressurser for KAD og har på den måten styrket legetjenesten i kommunen(e).

2.7.4 Bruken av KAD-senger

Helsedirektoratet utgir årlig en rapport som viser utviklingstrekk på en rekke områder i samhandlingsreformen. Statistikken som omhandler KAD, er basert på mer eller mindre manuelle innrapporteringsrutiner (regneark), og anslagene her må forventes å være beheftet med usikkerhet.

Skinner (2015c) dokumenterer bruken av KAD-sengene i sitt prosjekt. Innledningsvis ble det rapportert om svært lav utnyttelsesgrad (beleggsprosent) – helt ned i 20-30 prosent. Utnyttelsesgraden går imidlertid opp, sannsynligvis takket være gradvis bedre kunnskap om og

kjennskap til tilbudet. For 2014 antas det nasjonale gjennomsnittet å ligge på 34 prosent ut fra opprinnelig estimert behov.

Statistikken viser at mer enn halvparten (53 prosent) av pasientene i KAD-senger er over 80 år. 6 av 10 blir henvist fra legevakt og 3 av 10 fra fastlege. Noen kommuner har organisert tilbudet slik at også sykehusleger kan henvise til KAD. To tredjedeler av pasientene skrives ut til hjemmet, mens 15 prosent henvises videre til sykehus. Disse tallene indikerer at bruken av KAD-senger er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen selv om utnyttelsesgraden foreløpig anses å være for lav.

Legenes manglende kjennskap og tillit til tilbudets faglige kvalitet antas å være en viktig grunn til den foreløpig lave utnyttelsesgraden. Manglende kunnskap kan i noen grad skyldes vikarer og turnusleger som av forståelige grunner kan falle mellom de opplæringstilbud og informasjonstiltak som kommunen gjennomfører.

Skinner (2015) har også analysert årsaken til den lave utnyttelsesgraden. Manglende tillit til eller ønske om å benytte tilbudet er mangefasettert:

- Mangel på døgnkontinuerlig legebemanning/legetilgang
- Ekstraarbeid (dokumentasjon) og økt ansvar
- Uklare, eventuelt også for detaljerte inklusjonskriterier
- Geografisk avstand til tilbudet

2.7.5 Samarbeid med helseforetak/spesialisthelsetjenesten

Alle helseforetak og kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtaler – i denne sammenheng avtaler som sikrer etablering og drift av KAD, i tillegg til ansvaret helseforetakene har for nødvendig veiledning og kompetansebistand til kommunene. Skinner (2015b, s. 110) har i sin artikkel *Enveiskjørt samarbeid?* beskrevet erfaringene med samarbeid rundt KAD mellom helseforetak og kommuner. Som artikkelens tittel antyder, er erfaringene relativt blandet.

Alle helseforetak og kommuner har oppfylt lovens krav og inngått formaliserte samarbeidsavtaler. Samarbeidet på ledelsesmessig og administrativt nivå synes godt ivaretatt, mens samarbeid på faglig/operativt nivå synes å ha et svært ulikt nivå. Skinner deler samarbeidet inn i to kategorier:

1. Formalisert samarbeid – samarbeidsaktive konstellasjoner
2. Formalisert samarbeid – samarbeidspassive konstellasjoner

Det antydes at kommunenes kontakt med helseforetaket er blitt preget av økt formalisering. Dette inntrykket forsterkes gjennom økt bruk av formaliserte avvikshåndteringssystemer.

Rapporten peker for øvrig på at samarbeidet har vært omfattende og gjensidig i etableringsfasen av tilbudet, men mer eller mindre fraværende i forbindelse med drift og oppfølging av tilbudet. Det konkluderes med at kommunikasjonen er ensidig – det er utelukkende kommunene som tar kontakt med helseforetaket.

Skinner (2015c, s. 38-39) peker på at finansieringen av KAD-tilbudet har vært utfordrende i forhold til samarbeidet med helseforetakene (halvparten av kostnadene til etablering av KAD-tilbudet blir trukket av helseforetakenes budsjettammer). Dersom tjenesten hadde vært fullfinansiert fra kommunenes side, kunne foretakene hatt større fokus på veilederrollen fremfor tjenestens effekt på akuttinnleggelser.

2.7.6 Har KAD bidratt til oppnåelse av samhandlingsreformens mål?

Det viktigste spørsmålet å få svar på i denne sammenhengen er om KAD har bidratt til å oppnå samhandlingsreformens mål. Måloppnåelse i forhold til KAD vil være at pasienter og brukere får et tilsvarende eller like godt tilbud nærmere bosted og i regi av kommunehelsetjenesten slik at behovet for akutte innleggelser på sykehus reduseres. Jayson Swanson har analysert dette i delprosjektet *Førte opprettelsen av kommunale døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus?*

Hovedkonklusjonen til Swanson (2016, s. 11) er at innføringen av KAD har hatt effekter, men at effektene varierer med hvordan tilbudet er organisert. Der KAD er organisert med god tilgang til legetjenester (samlokalisert med legevakt/god legeberedskap), er effekten målbar (ca. 2,5 prosent færre innleggelser). For KAD med annen organisering er det ikke dokumentert effekt. Effekten er størst for pasientgruppen over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger. Rapporten peker på at KAD er relativt tidlig i etableringsfasen, og at det også har vært innkjøringsproblemer, noe som peker i retning av at mulige positive effekter på lengre sikt (sannsynligvis) er underestimert.

M. Kamrul Islam har i prosjektet *Does Emergency Bed in Primary Care Effect Emergency Hospital Admissions* gjennomført en tilsvarende analyse og vurdert akuttinnleggelser opp mot etableringen og bruken av KAD-senger. Dette er et delprosjekt i modul IV – Forebygging og pasientforløp, som igjen er en del av hovedprosjektet *Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi* ledet av Sverre A.C. Kittelsen, Frischsenteret. Islam (2016, s. 21) sin hovedkonklusjon er en nedgang i akuttinnleggelser innenfor områdene/diagnosene astma, kols og brystmerter (angina pectoris), mens det ikke er funnet noen tilsvarende nedgang for kronisk hjertesykdom, diabetes og høyt blodtrykk. Mulig underestimering av effektene slik Swanson har antydnet, vil også kunne antas for denne undersøkelsen selv om dette ikke er eksplisitt angitt.

2.7.7 Konklusjon – KAD

KAD er en vesentlig del av det rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemiddelapparatet som er innført med samhandlingsreformen. I den fagpolitiske debatten som pågår i sektoren, blir KAD i økende grad fremholdt som et helt sentralt virkemiddel for å redusere behovet for akuttinnleggelser og gi et adekvat tilbud til pasienter og brukere i en lokal/kommunal helsetjeneste.

KAD som tema er blitt relativt godt belyst i EVASAM både relatert til prosess (etablering og innføring av tjenesten) og resultater/effekter. Det er spesielt i Hagens prosjekt dette har vært et sentralt tema (arbeidspakke A1).

En viktig og svært nyttig konklusjon er at etableringen av KAD har bidratt til å redusere antall akuttinnleggelser. Det er grunn til å anta at resultatene er underestimert, og at det fortsatt er et betydelig potensial til å bedre effekten når kunnskap om og erfaring med tjenesten øker.

Det er vist til at det i etableringen av KAD har gitt rom for omfattende lokale tilpasninger. I et land med store og varierende geografiske utfordringer kan dette ha noen fordeler. Det er imidlertid viktig å påpeke at nedgangen i akuttinnleggelser ved sykehus kun kan dokumenteres i en modell med god tilgang til legetjenester (samlokalisert med legevakt/god legeberedskap). Dette tydeliggjør kravet om at KAD må ha et kvalifisert og kompetent beredskapssystem slik intensjonen med KAD opprinnelig var. I den planlagte revisjonen av Helsedirektoratets veileder for KAD-funksjonen bør dette resultatet følges opp med en klar anbefaling.

EVASAM har dokumentert at KAD har hatt og fortsatt har potensial som virkemiddel for reduserte sykehusinnleggelser, spesielt for den eldste delen av befolkningen, som oppfattes som den viktigste målgruppen for samhandlingsreformen. Effekten er også i noen grad påvirket av avstand til KAD-

tilbudet. I den videre oppfølgingen vil det være hensiktsmessig å se på mulighetene (Grimsmo) for bruk av tjenester i hjemmet, blant annet ved bruk av ambulerende team ved utskrivning av pasienter, som i tillegg vil bidra til å unngå oppstykke pasientforløp.

Det blir vist til at finansieringen av KAD har påvirket samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og foretak i negativ retning (ved belastning av helseforetakenes rammer). En problemstilling som underbygger dette funnet men som ikke er problematisert i prosjektet, er at kommunal medfinansiering opphørte fra og med 2015. Dette betyr at de 67 kommunene som ved prosjektavslutning ennå ikke har etablert et KAD-tilbud, automatisk får tilført sin andel av midlene (som trekkes fra helseforetakets rammer) uten noen form for forpliktelser ut over de lovpålagte. Satt på spissen har kommuner som av ulike grunner har latt være å følge opp sine forpliktelser, fått en økonomisk gevinst.

2.8 Begrensninger i evalueringen

2.8.1 Innledning

Dette kapittelet handler om noen av begrensningene i evalueringene. Det fokuserer på overordnede linjer, slik styringsgruppen ser dem, og er dermed ingen kritikk av det enkelte evalueringsprosjekt. Fire typer begrensninger omtales:

Den første begrensningen går på tidsaspektet i evalueringene, dvs. hvilke effekter kan man forvente av reformen i løpet av de første fire årene av dens levetid, og dermed undersøke og vurdere? Den andre handler om kausalitetsproblemet: Hva skyldes hva? Er det mulig å fange opp «rene» effekter av virkemidlene i reformen – effekter kan jo også henge sammen med andre tidligere og samtidige initiativer og tiltak som ikke har noe med reformen å gjøre. Enhver reform vil utspille seg under komplekse samfunnsforhold der mange faktorer spiller inn, selv om dette problemet delvis kan imøtegås ved å innføre en reform i deler av et land først. Dette er de to typene begrensninger som evalueringene altså har vært underlagt.

De to neste begrensningene, nemlig ubesvarte/delvis ubesvarte problemstillinger fra evalueringsoppdraget og manglende datatilgjengelighet, kan det i prinsippet gjøres mer med. Flere problemstillinger kunne ha vært belyst, og data kan, i det minste for fremtiden, gjøres mer tilgjengelig.

Vi skal se nærmere på disse fire begrensningene i de følgende avsnitt.

Tidsaspektet: Når viser effekter av en reform seg?

Det er kjent fra evalueringsslitteraturen at effekter av nye tiltak først viser seg på lengre sikt. Dette gjelder i høyeste grad samfunnsmessige reformer, som som regel er i stor skala, som samhandlingsreformen. Grunnen er at det tar tid å iverksette større endringer, for de skal planlegges, etableres og driftes før en mulig effekt viser seg. Evalueringen av reformen skulle omfatte både implementeringsprosesser og effekter av reformen. Det var klart fra starten av at det ville være begrenset hvilke effekter som ville kunne ha nådd ut spillet i løpet av reformens første fire år. Under alle omstendigheter får man kun belyst kortsiktige effekter. Enkelte effekter kan forventes å bli forsterket og mer utbredt med tiden, mens andre med tiden kanskje svinner. Et eksempel er KAD, som er et viktig virkemiddel i reformen for å redusere behovet for akuttinnleggelser og gi et adekvat kommunalt helsetilbud til innbyggerne. Kommunene skal først søke Helsedirektoratet om tilskudd til KAD, så skal KAD etableres/utvides, eventuelt i et interkommunalt samarbeid, og først da kan man forvente å registrere noen eventuell reduksjon i antallet akuttinnleggelser. Kravet om at alle kommuner skal ha et KAD-tilbud på plass, gjelder imidlertid først fra 2016. Evalueringen tyder på at

antall akuttinnleggelser har gått ned ved utgangen av 2015, og at effekten sannsynligvis vil bli større etter hvert som kunnskapen og erfaringene med KAD øker.

Virkemiddelet, helhetlige pasientforløp, er et annet eksempel på at det tar tid før effekten viser seg. Reformens mål var å styrke samarbeid og koordinering mellom sykehus og kommuner og mellom forskjellige avdelinger i kommunene slik at brukerne opplevde kontinuitet i de forskjellige behandlingene, og gode og helhetlige forløp ble en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. Evalueringen peker på at kulturforskjeller mellom spesialist- og primærhelsetjenesten gjør at dette (ennå) ikke har lyktes. Blant annet kan resultatene tyde på at det er nødvendig å utvikle diagnoseuavhengige forløp i og med at flertallet av pasienter har mer enn én sykdom, såkalt multisykdom. Dette fordrer i sin tur en endring i holdninger og oppfatninger hos aktørene i helsetjenestene, og endringer i veletablerte arbeidsrutiner, og dette kan ta tid (mange år) å få endret.

Kausalitet: Hva skyldes hva?

I dette avsnittet omtales den klassiske utfordringen med å fastslå om et gitt virkemiddel har bestemte effekter (såkalt nettoeffekt). Særlig i komplekse organisasjonssystemer, som helsetjenesten, er det vanskelig å skille årsakene til en gitt effekt fra andre tidligere og samtidige tiltak.

Igjen kan det gis et eksempel fra KAD: reduksjon av akuttinnleggelser. Her viste evalueringen en reduksjon av akuttinnleggelser, men bare i områder hvor KAD er samlokalisert med legevakt/god legeberedskap. Det er dermed neppe KAD som virkemiddel i seg selv som gir effekten reduksjon i antall akuttinnleggelser, men en mer omfattende måte å organisere den lokale beredskapen på.

Et annet eksempel er evalueringen av interkommunalt samarbeid på helseområdet, for eksempel om KAD. Her peker evalueringen på at samarbeidet organiseres på flere måter, og at det er inngått relativt få avtaler om konfliktløsning, samt at mange av samarbeidene bygger på allerede eksisterende samarbeid. Norske kommuner har lang tradisjon for interkommunalt samarbeid, som reformen så å si legger seg i forlengelsen av. Med det eksisterende datagrunnlaget er det derfor vanskelig å si mer konkret hva akkurat reformen har betydd for det interkommunale samarbeidet.

På IKT-området peker evalueringen på at «Elektronisk samhandling mellom helsepersonell er godt etablert og rutinemessig innført. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette ensidig skyldes samhandlingsreformens fokus på IKT som virkemiddel og partenes lovpålagte krav om å inngå samarbeidsavtaler for å sikre etablering og drift av relevante løsninger. Prosjektet *Meldingsløftet*, som har fått betydelig statlig støtte, har pågått delvis parallelt med samhandlingsreformen, og det er grunn til å tro at de aktuelle løsningene ville ha blitt etablert uavhengig av samhandlingsreformen. Likevel har kravet om samarbeidsavtaler sannsynligvis forsterket både omfang og innsats i arbeidet, spesielt i de minste kommunene, der omfanget av informasjonsutvekslingen er mer begrenset». Dette viser hvordan en parallell innsats (utenfor reformen) etter alt å dømme inngår i et positivt samspill med reformen.

Som det fremgår av resultatkapitlene, har man i evalueringene langt på vei lyktes med å dokumentere og sannsynliggjøre årsak-virkning-kjeder, altså at bestemte virkemidler i reformen har resultert i konsekvenser. Noen av disse har levd opp til reformens mål (på kort sikt), for eksempel om inngåelse av avtaler mellom helseforetak og kommuner, andre ikke, for eksempel at noen pasientforløp har blitt mer oppstykket som følge av reformen. Når det gjelder pasientforløp, viser evalueringen hvordan forskjellige virkemidler spiller sammen, i noen tilfeller med utilsiktede konsekvenser for helhetlige pasientforløp. Dette beskrives i resultatkapittelet på følgende måte:

«Økonomiske incentiver har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet for innlagte pasienter ved at kommunene får den såkalte boten når de ikke kan ta imot sine egne utskrivningsklare pasienter. Kommunale og interkommunale intermedisæravdelinger ble et virkemiddel for å gi tilbud særlig til skrøpelige eldre etter opphold på sykehus. Sammen med døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har dette bidratt til at enkelte pasienter får et mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse. Ofte dreier det seg om skrøpelige eldre som er spesielt sårbare for forflytninger og transport. Oppholdene er korte og bryter opp kontinuiteten i behandling og eventuell rehabilitering. Hver forflytning krever full dokumentasjon (henvisning og epikrise), og sammen med opprettelse av bestillertjenester har dette bidratt til mer byråkrati. Ambulerende team og styrket hjemmetjeneste kunne vært alternativer, men incentivene ser ut til å ha favorisert institusjonsbehandling.» Eksempelet illustrerer hvordan ulike virkemidler samvirker uten nødvendigvis å støtte hverandre i å oppnå et av reformens mål: gode og helhetlige pasientforløp. Eksemplene viser i og for seg ikke en begrensning i evalueringene, men at reformens virkemidler og deres vei til effekt inngår i et ytterst komplekst samspill med hverandre og med andre forhold.

Hvilke emner i evalueringsoppdraget er ikke eller bare svakt belyst?

Styringsgruppen har i utlysingsrundene bestrebet seg på å dekke temaene i evalueringsoppdraget, som var ganske omfattende. Alle temaer (hovedproblemstillinger) i evalueringsoppdraget er behandlet i evalueringene, som det fremgår av resultatkapitlene i denne rapporten. Men ikke alle underpunkter i hvert tema er tilstrekkelig belyst. Det skyldes at det i de utlysingsrundene styringsgruppen sto for, ikke kom inn prosjektsøknader som både var godt kvalifisert og omfattet alle underpunkter i evalueringsoppdraget. Styringsgruppen mener å ha fått belyst de viktigste temaene med de foreliggende evalueringene, men vil i dette avsnitt kort peke på noen punkter som bare belyses perifert i evalueringene.

Hvordan **de økonomiske virkemidlene** har påvirket innholdet i og utformingen av samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, er kun svakt belyst.

Under **organisatoriske virkemidler** er samspillet med og forankringen av tiltakene i den overordnede kommunale ledelsen, samt hvordan reformen påvirker ressursbruken og de langsiktige målsettingene for andre lovpålagte kommunale oppgaver som barnehager og grunnskoler, også kun svakt belyst.

Under temaet **folkehelse og forebygging** er det en rekke punkter som er belyst i mindre grad. Dette gjelder i hvilken grad tiltakene på forhånd har dokumentert forebyggende effekt, hvilke erfaringer brukere av tiltakene har, og hvilke erfaringer potensielle brukere har når de har valgt å ikke bruke aktuelle tiltak. Og hva slags nye samarbeidsmønstre innenfor helse- og omsorgstjenesten (innen kommunale tjenester eller andrelinjetjenesten) er blitt etablert for å legge til rette for mestring av sykdom? Innsatsen for å redusere ulikheter mellom forskjellige befolkningsgrupper og prioriteringer mellom forebygging med fokus på forskjellige helserelaterte faktorer er delvis belyst (for eksempel i forhold til innvandrere), men kunne fortjene en mer inngående evaluering.

Med hensyn til **faglige virkemidler** er nasjonale kvalitetsindikatorer og strategier for faglig kompetanseheving svakt belyst.

Selv om det ikke er nevnt i evalueringsoppdraget, hadde det vært ønskelig å få belyst behovet for samhandling mellom ulike aktører i den sentrale forvaltningen (bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Kunnskapsdepartementet). Dette er kritisk med tanke på ledelse av den videre utviklingen av helsetjenesten.

Tilgang til data

For mange spørsmål som gjelder effekter, er det viktig å ha tilgang til ulike former for effektmål (versus bare erfaringseffekter/opplevde effekter), altså tilgang til kliniske data (f.eks. til data fra fastlegetjenesten) og registerdata. På samme måte er mulighet for samkjøring av flere registre helt sentralt for å kunne gjennomføre analyser av nettoeffekter.

2.8.2 Oppsummering

Det er nevnt fire typer begrensninger ved evalueringen: 1) at effekter av større reformer ofte først viser seg mer enn fem år etter at reformen ble igangsatt, og 2) at kausalitet ved komplekse reformer er vanskelig å utrede, dvs. at nettoeffekten av spesifikke virkemidler ofte «forstyrres» av mange andre forhold utenfor selve reformen. I prinsippet gjelder disse to typene begrensninger for enhver evaluering av en større reform. De to neste typene begrensninger, dvs. 3) hvilke temaer i evalueringssopdraget som er sparsomt belyst, og 4) manglende tilgang til registerdata, er forhold det er mulig å gjøre noe med. Når ikke alle temaer i evalueringssopdraget har kunnet behandles, skyldes det fremfor alt at det i innkomne prosjektsøknader ikke var dokumentert kvalifikasjoner på hele det store spekteret av temaer og problemstillinger som oppdraget omfattet. Mangelen på registerdata, herunder kliniske data, har også medført at evalueringen ikke har kunnet belyse alle problemstillinger. Styringsgruppen er imidlertid av den oppfatning at de fleste av de oppsatte temaene er tilfredsstillende dekket i evalueringen.

3 Samhandlingsreformen i internasjonalt perspektiv

Samhandlingsreformen i Norge har mange elementer som går igjen i helsereformer i andre vestlige land. Som et ledd i evalueringen av samhandlingsreformen gjennomførte EVASAM en beskrivelse og vurdering av reformer i helsevesenet i utvalgte land for å sette de norske initiativene og erfaringene i perspektiv. Arbeidet ble utført av Anders Grimsmo og Jon Magnussen og resulterte i en egen rapport som er sammenfattet i det følgende. Som gjennomgående eksempler ble nabolandene Sverige, Finland og Danmark valgt ut, samt Nederland og England. Helsevesenet i disse landene har alle mange fellestrekk med det norske og har til en viss grad vært til inspirasjon for de norske reformene. Som kilder har Grimsmo og Magnussen benyttet informasjon fra offentlige utredninger og evalueringer, forskningsrapporter og tidsskriftartikler i tillegg til kontakt med relevante forskningsmiljøer i de aktuelle landene.

3.1 Utvalgte land som eksempler

Den store helse- og strukturreformen i Danmark i 2007 har tjent som direkte inspirasjon til deler av samhandlingsreformen, blant annet elementer som helseavtaler, kommunal medfinansiering og utvidede kommunale oppgaver (herunder forebygging og generelle rehabiliteringsoppgaver), som likevel i noen grad nok har vært mer preget av sentralisert styring med satsing på kvalitet fremfor nærhet. I Sverige er det på nasjonalt plan først og fremst den såkalte Ädelreformen fra 1992 som har visse fellestrekk med samhandlingsreformen. Ädelreformen medførte en desentralisering av oppgaver særlig med fokus på eldre fra regionalt nivå (landsting) til kommunene samt betalingsplikt for kommunene for pasienter som må vente på kommunale tilbud. Siden har Sverige gjennomført en rekke reformer, særlig lokale, gjennom samarbeid og fusjoner mellom regionale instanser, men også tiltak på nasjonalt plan – sist i form av et direktiv fra 2013 med fokus på samhandling om de sykeste eldre. Finland har historisk sett lenge hatt det mest desentraliserte helsevesenet i Norden, med

kommunalt ansvar for både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men med et betydelig og stadig mer omfattende tverrkommunalt samarbeid. I 2012 ble det igangsatt et stort utviklings- og fornyingsprogram med fokus på eldre, brukermedvirkning, utsatte grupper og tettere tverrfaglig koordinering i forhold til barn og unge og deres familier.

England har med sin National Health Service historisk tjent som modell og inspirasjon for mange land, men NHS har i de seneste årtier gjennomgått en rekke ganske radikale reformer, herunder innføring av bestiller-utfører-modellen fra 2013 med administrativ delegering av oppgaver til nyopprettede, uavhengige offentlige organer. NHS England er nå en overordnet bestillerorganisasjon, sykehusene er i stor utstrekning overført til Foundation Trusts, og sykepleietjenesten utenfor sykehusene er overført til andre, nye instanser, mens ansvaret for langtidsplasser i institusjon er tillagt kommunene. Ettersom en stor del av fastlegene er privatpraktiserende, har det foregått en betydelig fragmentering som i de senere år er kommet i fokus og nå søkes motvirket gjennom etablering av et eget fond (Better Care Fund) som skal understøtte lokale prosjektplaner basert på grunnleggende krav og nye insentivstrukturer.

Det siste eksempelet er Nederland, som i større grad enn de andre landene baserer seg på en forsikringsordning som gjennomgikk en stor reform i 2006 da alle innbyggere ble pålagt å tegne helseforsikring (en obligatorisk del pluss visse tilleggsforsikringer) hos private forsikringselskaper, som er pålagt «sørge-for-ansvaret». I 2015 ble visse tjenester likevel overført til kommunene, blant annet trygd ved varig uførhet, langtidsinnsats fra pleie- og omsorgstjenester samt forebyggende arbeid for å oppnå bedre samordning mellom sosiallov og trygdlov, mens visse helsetjenester ble overført til helseforsikringssystemet (for eksempel hjemmesykepleien). Det ble også innført nye honorarformer for allmennleger for systematisk tverrfaglig samarbeid for utvalgte kroniske sykdommer og forskjellige former for indikatorbasert ytelseshonorering. Samlet sett har omleggingene ifølge flere evalueringer likevel ennå ikke medført vesentlige forbedringer av samhandling og integrasjon.

3.2 Særlige utfordringer

De største utfordringene samhandlingsreformen skal løse i Norge, avviker ikke særlig fra de utfordringene som kjennetegner helsevesenet i andre industrialiserte land, og som man søker å håndtere med ulike reformer. Et sentralt tema her er innsatsen for det økende antallet pasienter med kroniske sykdommer, ofte med spesielt fokus på eldre pasienter. Der samhandlingsreformen i Norge har ført til utvidet bruk av institusjoner i form av kommunale sykehjem og øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, har man i andre land ofte prøvd å styrke hjemmebaserte tiltak for å redusere bruken av institusjonsplasser. Gjennomgående er det likevel en generell trend i retning av økt desentralisering av innsatsen for kronisk syke og eldre for å sikre best mulig kjennskap til den enkeltes konkrete situasjon. Særlig anses komorbiditet og multisykdom som en utfordring som i økt grad søkes håndtert av primærsektoren gjennom kompetanseløft og faglige retningslinjer, som i mange land stadig er utilstrekkelige i forhold til behov og oppgaver.

Sikring av sammenhengende pasientforløp er også et gjennomgående tema. Dette gjelder for innsatsen i forhold til sykehusene (innleggelse og utskrivning), men i stadig større grad også for innsatsen i de ulike delene av primærsektoren, som blant annet er fokus i den norske forløpsmodellen «Helhetlig pasientforløp i hjemmet», som finnes igjen i lignende former i blant annet lokale danske og svenske programmer. Kompetanseløft og spesialisering av personalet i primærsektoren har både i Norge og andre land blitt ansett som et viktig virkemiddel, men samtidig rettes stadig mer oppmerksomhet mot behovet for en mer helhetsorientert tilnærming med bedre tverrfaglig samarbeid og økt pasientsentrert fokus.

Mange land strever med problemer med økt fragmentering av helsevesenet, også i primærsektoren. Lokale hjemmetjenester og institusjonell innsats er ofte oppsplittet – både på tvers av forvaltninger og innenfor samme forvaltning, og pågående reformer har tilsynelatende ikke vært i stand til å løse disse problemene, men har i en del tilfeller nærmest forverret dem. Dette er det eksempler på også i Norge, men Norge har, hva dette angår, en mer homogen primærhelsetjeneste enn de fleste.

Ulike land har valgt ulike løsningsmodeller for integrering av kronisk syke. Et eksempel er «chronic care models», som ble utviklet i USA men innført i revidert form i helsevesenet i blant annet England, Nederland, Danmark, Finland og Sverige. Modellene baserer seg ofte på en pasientsentrert innsats på tvers av spesifikke diagnoser, men med fokus på funksjonsnivå og forebygging. I tillegg kommer utviklingen av helsesentermodeller, som i England, Sverige og Finland inkluderer allmennleger og andre faggrupper. Disse modellene gir tilsynelatende en mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanser i forhold til befolkningens behov, og i visse tilfeller redusert bruk av spesialisthelsetjenesten. I Danmark bidrar en systematisk praksiskonsulentordning til samarbeid mellom sykehus og allmennpraksis.

Organiseringen av allmennleger er i det hele tatt svært forskjellig på tvers av land og gjenspeiler i høy grad historiske og lokale forutsetninger. Imidlertid avtegner det seg en generell tendens til en stadig mer desentralisert plassering av ansvar og problemer med rekruttering og stabilisering i visse deler av landene og samtidig økt arbeidsmengde, blant annet med hensyn til koordinering, oppfølging og rapportering mv. Endelig er det i mange land, som i Norge med samhandlingsreformen, lagt vekt på økt brukermedvirkning, men det er store variasjoner når det gjelder hvordan dette er utformet i praksis. I «Euro Health Consumer Index» er det Nederland som skårer høyest både når det gjelder rettigheter, informasjonstilgang og bredde i tilbud samt tilgang til egen journal, brukerbetaling og ventetider – Norge står på tredjeplass.

3.3 Sammenligning av virkemidler

Som et ledd i samhandlingsreformen er det definert en rekke virkemidler i form av organisatoriske, økonomiske og faglige tiltak sammen med lovgivning og regler. De ulike sektorene er ofte sterkt oppsplittet, både i Norge og andre land, og forskjellige virkemidler er tatt i bruk for å øke samhandling og integrasjon. Som avslutning på dette kapittelet gjennomgås anvendelsen og erfaringene med noen av de gjennomgående virkemidlene som også preger den norske reformen.

Organisatoriske og strukturelle virkemidler har vært sentrale i for eksempel engelske og danske reformer, med fokus på færre enheter og større befolkningsgrunnlag for hver enhet. I Norge er ansvaret for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fortsatt plassert på helt forskjellige forvaltningsnivåer, og antallet lokale beslutningsenheter er fortsatt meget stort, mens man i Finland, selv om de også har mange små enheter, også har en klar målsetting om reduksjon i antall.

Som i samhandlingsreformen er også nye finansieringsformer ofte tatt i bruk. Når det gjelder finansieringen av allmennleger, er det mange fellestrekk, gjerne med forskjellige kombinasjoner av belønning for enkelttjenester og for gruppeansvar, men stadig oftere diskuteres finansiering basert på kvalitetsindikatorer som i England. Derimot er finansieringsmodellene for spesialisthelsetjenesten svært ulike. Norge og Danmark satser fortsatt på modeller med en blanding av aktivitets- og rammebasert finansiering. Nederland har tatt i bruk såkalt «bundled payment», der det kan betales en fast årlig pris for ytelser til hver pasient med en bestemt diagnose, og der ytelsene leveres av flere aktører. Betaling for ventende utskrivningsklare pasienter er i flere land, som i Norge, tatt i bruk for å anspore kommunene til å overta pasienter som har vært innlagt på sykehus, blant annet i Sverige og i Danmark, men effekten har tilsynelatende vært noe begrenset. Noen land har innført manglende

betaling for reinnleggelser for å øke kvaliteten under innleggelse og etter utskrivning. Norge har ikke tatt lignende tiltak i bruk, til tross for at reinnleggelser forekommer relativt hyppig, og faktisk enda hyppigere etter innføringen av samhandlingsreformen.

Et ledd i den danske reformen var kommunal medfinansiering av innleggelser som et incitament til økt satsing på forebygging, men effekten var liten, akkurat som i Norge, mens lignende ordninger lokalt i Sverige tilsynelatende har vært mer vellykket. Endelig omfatter visse reformer – spesielt i England – ytelsesbaserte insentivsystemer basert på kvalitetsmål, som imidlertid har vært omdiskutert på grunn av metodeproblemer (justering for risiko mv.) og risiko for utilsiktede virkninger, og som derfor ikke har vært tatt i bruk i de nordiske landene.

De norske reformprosessene har vært inspirert av reformene i Danmark når det gjelder helseavtaler, selv om Danmark endret disse i 2013 og innførte mer sentral styring og godkjenning og felleskommunale avtaler i hver region, hvor den norske utgaven har en mer desentral form som tilsvarer den opprinnelige danske modellen fra 2007. Erfaringene fra Danmark tyder på at den seneste endringen innebærer en noe mer likestilt posisjon for partene og positive konsekvenser for praksis, men det er usikkert om virkningen av den norske versjonen er den samme. Et lignende tiltak er innført i Nederland, men dette har ennå ikke blitt evaluert.

Endelig inngår eHelse som et vesentlig element i samhandlingsreformen, som i reformene i de øvrige landene. Spesielt Danmark og Nederland har kommet langt i denne prosessen. Landene imellom er det likevel store forskjeller i organisering, funksjoner og utførelse som gjenspeiler nasjonale forutsetninger, og det har i mange tilfeller vært store problemer i utviklingen, med en del mislykkede initiativer. Generelt er det løpende fokus på nasjonale felleskomponenter, som elektroniske journaler, nasjonale laboratoriregistre, en nasjonal informasjons- og kommunikasjonsinfrastruktur mv., som kan utgjøre funksjoner i utviklingen av et felles EPJ-system og dermed bidra til bedre samhandling.

4 Styringsgruppens vurderinger og anbefalinger

4.1 Innledning

I dette kapittelet vil styringsgruppen peke på tiltak som en mener det er viktig å følge opp for i størst mulig grad å kunne nå de målene samhandlingsreformen har lagt opp til. Tiltakene er i all hovedsak basert på resultatene og anbefalingene fra de seks forskningsprosjektene i regi av EVASAM, men selve vurderingene og anbefalingene av de foreslåtte tiltakene står styringsgruppen ansvarlig for.

I den perioden EVASAM har pågått, har flere grupper, fagmiljøer og institusjoner hatt i oppdrag å følge med på gjennomføringen av samhandlingsreformen og analysere resultater som er oppnådd underveis. Styringsgruppen har vurdert det slik at det ligger utenfor dens mandat å gå nærmere inn på disse rapportene og resultatene og relatere disse til resultatene fra EVASAM.

4.2 Styringsgruppens generelle betraktninger

Overordnet må det konstateres at kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen og søkt å realisere den. Helsesektoren har dermed i noen grad blitt desentralisert i retning av LEON-prinsippet, som i flere tiår har vært en av rettesnorene for reformer i helsesektoren. Det har foregått en klar utvikling i retning av noen av målene som lå til grunn for samhandlingsreformen, som reduksjon av liggetid i spesialisthelsetjenesten, bedring av

akutt-/øyeblikkelig hjelp-tilbudet, økt oppmerksomhet om folkehelsearbeid og forebyggende innsats i kommunene, samt forsterket og potensielt mer fleksibel samhandling mellom helseforetak og kommuner. Men om reformen så langt har gitt merkbare uttelling med hensyn til helhetlige pasientforløp, er usikkert.

Samhandlingsreformen er en svært omfattende reform som gjelder hele sektorens kjernevirksomhet. Bruken av ulike typer virkemidler har vært omfattende og virkemidlene mange. Selv om utfordringsbildet deles av de fleste, er utgangspunktet vesentlig forskjellig for de involverte parter, spesielt for kommunene. I forkant av reformen ble det utarbeidet en nasjonal veileder for arbeid med og inngåelse av lovpålagte samarbeidsavtaler som i betydelig grad har blitt normgivende. På enkelte områder har partene valgt vesentlig forskjellig tilnæringsmåter, som har gitt ulike resultater. Ett eksempel er organiseringen av KAD-enheter, som viser at tiltaket først får effekt når tilstrekkelige legetjenester inngår som en del av løsningen (eksempelvis legevakt). For øvrig viser resultater fra EVASAM at parter med (lang) samhandlingserfaring har klart å etablere et avtaleregime langt bedre og med mindre motsetninger enn parter med liten erfaring. Dette viser at tillit og gode samhandlingsrelasjoner må bygges opp over tid og ikke er et resultat av samhandlingsreformen i seg selv, selv om reformen kan ha styrket samarbeidet.

4.3 Styringsgruppens anbefalinger

Styringsgruppen mener med bakgrunn i resultatene fra EVASAM at reformen med fordel kunne ha vært utprøvd i mindre skala (pilotforsøk) med hensyn til anvendelsen av ulike virkemidler og innsatsfaktorer før reformen ble innført på nasjonalt nivå. Planlegging av og erfaringer med *fastlegereformen* kan stå som eksempel på en reform som først ble gjennomført på nasjonalt plan etter at utvalgte kommuner hadde foretatt en kontrollert utprøving. **(Statlige myndigheter)**.

4.3.1 Rettslige virkemidler

Det er dokumentert at alle foretak/kommuner har etablert lovpålagte samarbeidsorganer, som er en forutsetning for utarbeidelse og oppfølging av samarbeidsavtaler. Den nasjonale veilederen har vært normgivende for innholdet i første generasjons avtaler. Det antas at partene ved reforhandling av avtalene har skaffet seg erfaringer og er langt bedre forberedt til å justere og konkretisere avtaleinnholdet i tråd med lokale behov og erfaringer. Konkretisering av avtalene og samarbeidstiltakene gjennom felles tiltaksplaner og systemer for oppfølging av planlagte samarbeidstiltak må etableres. **(Foretak og kommuner)**

Siden oppfølgingen av samarbeidsavtalene generelt vurderes som mangelfull, må en vurdere om avtaleområdene er for mange og for omfattende, eller om felles avtaler med en større gruppe kommuner (som i Danmark) hadde vært en fordel. Alternativt må en foreta nødvendige prioriteringer slik at avtalene fungerer som operativt virkemiddel for å gjennomføre og oppnå samhandlingsreformens mål. **(Foretak og kommuner)**

Brukerperspektivet må generelt styrkes både fordi det er lovpålagt, men også fordi dette skal bidra til at reformen får et faglig innhold som utgjør en forskjell for pasienttilbudet. Innsamling av brukererfaringer og brukerpreferanser bør inngå i oppfølgingstiltakene. **(Foretak og kommuner)**

Fastleger og kommuneleger er i all hovedsak fraværende i samarbeidsavtalene, som i stor utstrekning regulerer forhold som krever medisinsk kompetanse. Mens foretakene har stilt med medisinsk kompetanse i forhandlinger om avtalene, har kommunene i stor grad valgt å stille uten slik kompetanse. Dette har i høy grad medvirket til at kommunene har opplevd en makt-ubalanse i forhandlingene. Årsaken til denne manglende bruken av kommunal kompetanse er ikke klar, men

kan delvis bunne i en mangelfull forståelse blant både kommuneledelse og fastleger om legekompensens stilling i kommunehelsetjenesten, jf. Primærhelsetjenestemeldingen. Denne problemstillingen bør løftes opp på nasjonalt nivå. **(Statlige myndigheter)**

4.3.2 Økonomiske virkemidler

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter har som virkemiddel hatt stor betydning for å oppnå et vesentlig mål i samhandlingsreformen om å øke kommunenes evne til å gi pasienter et tilbud som avlaster spesialisthelsetjenesten og dermed frigjør kapasitet i sykehusene til pasienter som venter på tilbud. Negative virkninger er ikke dokumentert. Prisen synes å være tilstrekkelig høy til at den får nødvendig og forventet virkning, selv om effekten av en økning eller senkning er uvis. Tiltaket anbefales videreført i sin nåværende form. **(Statlige myndigheter)**

Kommunal medfinansiering (KMF)

Kommunal medfinansiering ble avvirket fra 1. januar 2015. I perioden dette virkemiddelet har vært virksomt (2012-2014), er det ikke dokumentert reduksjon av forbruk av medisinske spesialisthelsetjenester. Hvorvidt dette faktisk skyldes at KMF ikke har den forventede virkning, må vurderes mer inngående. Styringsgruppen vil peke på noen forhold som kan forklare manglende dokumentert effekt av tiltaket. De første årene etter innføringen av reformen var det svært stor oppmerksomhet og engasjement knyttet til økonomi og utskrivningsklare pasienter til tross for at dette tiltaket har et langt mindre økonomisk omfang enn KMF. Dette kan forklares med at fakturering av utskrivningsklare liggedøgn er et mye mer kortsiktig, synlig og direkte tiltak enn KMF, som nødvendigvis vil måtte forberedes og gjennomføres over en lengre tidsperiode. Organisering og oppfølging av økonomien rundt utskrivningsklare pasienter kan i langt større grad gjennomføres administrativt sammenlignet med KMF, som krever tung involvering av medisinsk og helsefaglig personell. Det er i andre delprosjekter i EVASAM konkludert med at de første årene av samhandlingsreformen har vært preget av ledelsesmessig og administrativ involvering og liten eller mindre grad av faglig involvering i forberedelser og gjennomføring av tiltak. Det må derfor tas høyde for at KMF over tid kunne ha gitt en virkning som var mer i tråd med forventningene.

4.3.3 Faglige virkemidler

Helhetlige pasientforløp

Det bør utvikles retningslinjer for gode og helhetlige pasientforløp som er relevante, bærekraftige og funksjonelle i forhold til kommunehelsetjenestens mål og oppgaver, og en strategi for hvordan disse kan implementeres. Også her bør fastlegenes kompetanse bringes inn i langt større grad.

(Kommuner)

Diagnosebaserte kvalitetsindikatorer bør unngås i den kommunale helsetjenesten. Indikatorer bør være populasjons- og risikobasert og bør gjenspeile tjenestens tilgjengelighet, helhet og bredde, kontinuitet og flerfaglig samarbeid. **(Foretak og kommuner)**

Det mangler kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for pasienter med multisykdom, som er en stor pasientgruppe og har de mest omfattende behovene. **(Statlige myndigheter)**

Folkehelse og forebygging

Samhandlingsreformen har generelt bidratt til større oppmerksomhet og mer innsats fra kommunenes side på området folkehelse og forebygging. Folkehelsekoordinatorens rolle fremheves, og styringsgruppen mener at en slik funksjon bør være tilgjengelig i alle kommuner. En slik funksjon

vil bidra i nødvendig tverrsektorielt samarbeid både i forhold til utvikling og oppfølging av forebyggende og helsefremmende tiltak og til forankring på strategisk nivå. **(Kommuner)**

Det gjennomføres en rekke tiltak hvor effektene i større eller mindre grad er eller blir dokumentert. Generelt bør tiltak som gjennomføres med statlig finansiering, prøves ut i kontrollerte forsøk hvor erfaringene analyseres og dokumenteres. Tiltakene bør implementeres i stor skala først etter at tilfredsstillende effekt er godtgjort. **(Statlige myndigheter)**

Kommunenes forebyggende helsearbeid bør følges opp gjennom hensiktsmessige indikatorsystemer hvor prioriterte innsatsfaktorer og relevante helseeffekter for forskjellige befolkningsgrupper dokumenteres. Slike systemer må være lett tilgjengelige og tilpasset målgruppen. Folkehelseinstituttets statistikkbank er et eksempel og et godt utgangspunkt. **(Statlige myndigheter)**

4.3.4 Organisatoriske virkemidler

Organisering av tilbudet i kommunene – inkludert interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid var utbredt også før samhandlingsreformen ble innført. Samarbeidet fungerer relativt knirkefritt og medfører i liten grad en mer fragmentert og uoversiktlig styringsstruktur. Det bør derfor legges til rette for en utvidelse av slike samarbeidsløsninger etter hvert som kommunene i økende grad overtar behandlingsansvaret for mer komplekse pasienter og pasientgrupper. **(Kommuner)**

Det bør iverksettes tiltak for å redusere fragmentering i primærhelsetjenesten, for eksempel ved å legge til rette for flerfaglig samarbeid lokalt, organisering av helse- og omsorgstjenestene i en større samlet organisasjon med en faglig ledelse, felles disposisjon av personell og bruk av team slik at kommunene kan påta seg større ansvar og større oppgaver. Dette krever at det etableres effektive og gode kommunikasjonslinjer både digitalt og på andre måter. **(Kommuner)**

Et gjennomgående funn i EVASAM er at spesialisthelsetjenesten i for liten grad har vært opptatt av og bidratt til kompetansestøtte og samhandling med kommunene slik at de blir i stand til påta seg de faglige oppgavene som samhandlingsreformen forutsetter. Noe av problemet har vært en manglende forståelse av kommunehelsetjenestens kompetanse, som er omfattende, men annerledes enn spesialisthelsetjenestens. Man kan ikke hjelpe hvis man ikke skjønner hvor den andre parten står og hva denne parten trenger hjelp til. Her må foretakene ha en langt mer proaktiv, lyttende og tilbudsorientert tilnærming til samarbeidet. Dette bør følges opp i samarbeidsavtalene og evalueres jevnlig. Kommunene bør også i langt større grad ta ansvar for kompetansehevende tiltak blant leger og pleiepersonell. **(Foretak og kommuner)**

Legekontorene bør etablere et utvidet tverrfaglig tjenestetilbud og styrke teamarbeidet for å øke tilgjengeligheten og forbedre oppfølgingen av utsatte pasientgrupper med store og komplekse behov. **(Kommuner)**

Kommunehelsetjenesten bør involveres tidligere i utskrivningsprosessen fra sykehus, og utskrivningen bør differensieres slik at det tas hensyn til pasientens helsetilstand, kompleksitet og behovet for planlegging for å redusere faren for reinnleggelser og slik at flere kan reise direkte hjem. Fastlegenes kompetanse bør brukes i langt større grad i denne fasen. **(Foretak og kommuner)**

IKT

Elektronisk samhandling oppfattes som svært positivt og effektivitetsbesparende både for helsepersonell i kommunene og i foretakene. I tillegg dokumenteres betydelige forbedringer knyttet til informasjonssikkerhet. På lang sikt er dette et område hvor det gjennomføres omfattende statlige

initiativer som forventes å løse de utfordringene som prosjektene i EVASAM peker på. På kort sikt bør det imidlertid foretas en gjennomgang både i kommunene og foretakene som sikrer at de ulike partene har lagt til rette for god og omfattende elektronisk samhandling. En indikasjon på om løsningene er tatt i bruk, kan fås gjennom trafikkteiling av Dialog- og PLO-meldinger. Funn tyder på at enkelte kommuner ikke bruker systemet fullt ut og fortsatt besvarer forespørsler ved bruk av telefon og muntlig oppfølging. Dermed blir ikke nødvendig informasjon dokumentert. Funnene og konklusjonene i EVASAM underbygger og tydeliggjør de funnene Statens helsetilsyn avdekket i sitt landsomfattende tilsyn ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommuner. **(Foretak og kommuner)**

Informasjonsinnholdet i meldingene (Dialog og PLO) må forbedres og standardiseres. Dette må følges opp i nasjonalt standardiseringsarbeid. **(Statlige myndigheter)**

Trepartskonferanser (telemedisinske løsninger) er i noen grad tatt i bruk (spesielt i Nord-Norge), men mulighetene er på ingen måte utnyttet. Hindringene for å ta slike løsninger i bruk er både manglende kunnskap om muligheter og løsninger og organisatoriske hindringer (inkludert økonomi). Det er først og fremst helsemyndighetene som må ta tak i disse problemene. Elektroniske meldinger, som gjennomgående er tatt i bruk i sektoren, har en dokumentert effekt både på effektivitet og kvalitet på tjenesten. Helsemyndighetene bør derfor vurdere samme tilnærming til bruken av tradisjonelle telemedisinske løsninger (eksempelvis trepartskonferanser). Dette vil innebære et «løft» tilsvarende meldingsløftet i tillegg til at aktivitet og utvikling dokumenteres. **(Statlige myndigheter)**

Manglende kunnskap og opplæring bør i noen grad håndteres som ledelsesproblemer både i foretak og kommuner. I tillegg må dette komme inn som tiltak i profesjonsutdanningen i sektoren. **(Foretak, kommuner og statlige myndigheter)**

Pasientens muligheter til å innta en større og mer aktiv rolle i egen behandling, blant annet ved tilgang til egen helseinformasjon, er et av hovedsatsingsområdene i sektorens IKT-strategi og blir fulgt opp nasjonalt.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Det er dokumentert at KAD under gitte betingelser bidrar til å redusere antall akuttinnleggelses ved sykehus. Betingelsen er tilgang til nødvendige legetjenester døgnet rundt. Dette er mange steder løst gjennom samlokalisering med legevakt, men da med ekstra legeressurser i tillegg til ordinær legevakt. Slike løsninger krever ofte noe innkjøringstid, og effektene av KAD vurderes som underestimert. Andre KAD-løsninger gir ikke dokumentert effekt. Det bør derfor gis en klar anbefaling til kommunene om at legetjenesten knyttet til KAD må styrkes. **(Kommuner)**

Antall KAD-senger er estimert på nasjonalt nivå, uavhengig av hvilke samarbeidstiltak ulike kommuner og foretak tidligere har gjennomført. Den lave beleggsprosenten som enkelte områder opererer med, trenger ikke bare skyldes innkjøring og tilpasningstid, men kan også skyldes at noen kommuner langt på vei allerede har gjennomført relevante tiltak (eksempelvis sykestueplasser). Foretak og kommuner bør derfor gjøre seg opp en mening om behovet for og utnyttelsen av KAD-sengene. **(Foretak og kommuner)**

Det er også pekt på at finansieringen av KAD-sengene har bidratt til utfordringer i samarbeidet mellom kommuner og foretak ettersom halvparten av tilskuddet til kommunene er tatt fra rammene til foretakene. Dette understøtter Riksrevisjonens konklusjon om at KAD ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. Styringsgruppen foreslår derfor at de funn og resultater som er kommet frem i EVASAM, tas inn i arbeidet med den nasjonale veilederen, og at tilsynsmyndighetene spesielt følger opp kommuner som bare i begrenset grad har etablert et tilbud. Det bør i

tillegg etableres løsninger for å kunne dokumentere aktivitet og kvalitet av tilbudet. **(Statlige myndigheter)**

En risiko ved KAD er at det paradoksalt nok kan føre til en oppstyking av pasientforløp, slik enkelte av studiene i evalueringen tyder på. Det er vanskelig å peke på konkrete tiltak for å hindre dette, bortsett fra økt oppmerksomhet fra både sykehus og kommuner. **(Foretak og kommuner)**

I tillegg bør det satses på økt bruk av hjemmebaserte tjenester og ambulerende team ved utskrivning av pasienter og ved behov for øyeblikkelig hjelp-døgntilbud for unngå oppstykkede pasientforløp, redusere belastningene for pasientene og redusere kompleksitet og byråkrati. Dette er også i tråd med anbefalingen fra det nasjonale nettverket for implementeringen av samhandlingsreformen. **(Kommuner)**

4.3.5 Anbefalinger om fremtidige forskningstemaer

Ved evaluering av effekter av reformer som samhandlingsreformen bør det gis mulighet for å utnytte naturlige eksperimenter gjennom bruk av registerdata. Registerdata kan for eksempel følge pasienten mellom ulike helsetjenester på en måte som gjør det mulig å skille ut effektene av de ulike tjenestenivåene og tjenestetilbyderne. Dette forutsetter god tilgang til ulike registre, men også muligheten til å koble disse registrene. Etablering av et kommunalt pasientregister med kvalitetssikrede kliniske data vil være et vesentlig tilskudd til forskningen fremover. I det følgende gis noen forslag til relevante nye, mer enkeltstående forskningsinitiativer basert på resultatene fra EVASAM. Kostnad/nytte-evaluering av KAD-ene for å avklare kostnadseffektiviteten i tiltakene er nødvendig, men bør gjennomføres tidligst etter ett år med ordinær kommunal drift, dvs. i 2017.

Ved en eventuell reetablering av ordningen med kommunal medfinansiering bør en analysere nærmere hvilke kliniske problemstillinger 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, noe som dels skyldes dårlige data på feltet.

Det bør undersøkes om dagens klagerett er funksjonell med hensyn til å ivareta pasientens behov i forhold til samhandlingsreformens målsettinger om medvirkning, mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester og tjenester nærmere der folk bor.

Det bør videre tas initiativ til en analyse av PLO-meldingssystemet, med en oppfølgingsstudie om fem år for å belyse utvikling og endringer over tid, en studie som innhenter fastlegenes erfaringer med bruk av PLO-meldinger i sykehus og kommune, samt en studie som belyser meldingssystemets muligheter og begrensninger som et redskap for å ha oversikt over og bidra til å regulere pasientstrømmer.

Av undersøkelser av IKT som bør gjøres i forbindelse med pasientinvolvert samhandling, er en oppfølgingsstudie av bruk av videokonferanse i trepartskonsultasjoner, en mer omfattende studie av ulike distriktsmedisinske sentre og pasienters erfaring og opplevelse av disse, samt en evalueringstudie av Min Helse med vekt på pasienter og pårørendes erfaringer.

Samhandlingsreformen er en ambisiøs reform, og mange av effektene vil ikke komme til uttrykk før det er gått lengre tid enn denne forskningsbaserte følgeevalueringen har hatt til rådighet. Etter styringsgruppens vurdering vil det være viktig å satse på videre forskning også på et mer generelt og overordnet nivå på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene (vertikalt) og samhandlingen mellom de ulike typene tjenester og faglige kompetanseområder som må involveres (horisontalt) for å sikre gode og helhetlige pasientforløp. Ikke minst er det behov for å styrke

forskningen om det faglige innholdet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og effektene av innsatsen for folkehelsearbeidet i kommunene.

Styringsgruppen er kjent med arbeidet med oppfølging av den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 og vil understreke betydningen av at det satses på kvalitet i forskningen, at forskningen er fler- og tverrvitenskapelig, og at den har et særlig fokus på helsefremmende arbeid, på folkehelse og på behandling og rehabilitering i kommunal sektor.

5 Litteratur

Antonova I. (2014). Samhandlingsreformen: Kommunalt tilbud til utskrivningsklare pasienter. Masteroppgave. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Askildsen JE, Holmås TH, Kaarbøe O, Monstad K. (2015). Evaluering av kommunal medfinansiering. Notat 6-2015 Bergen: Uni Research AS

Beck Olsen C, Hagen TP. (2015). Kommunenes respons på Samhandlingsreformen. HELED skriftserie 2015:1. Oslo: HELED, Universitetet i Oslo, 2015. Oppdatert januar 2016

Brattheim B, Hellesø R, Melby L. (2015). Planning for post-hospital care – local challenges to general benefits of e-messages: hospital staff's perspectives. I: Cummings, French T, Gilstad H, Jaatun MG, Jaatun, EAA (red): Proceedings of the 3rd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (PAHI2015), Elgin, Skottland, 27. okt. 2015, publisert på <http://ceur-ws.org> (akseptert/i trykk)

Brattheim BJ, Hellesø R, Melby L. (2016). "Å holde tråden": Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus. Sykepleien Forskning (akseptert/i trykk)

Carlsen B. (2016). Samhandlingsreformens konsekvenser for eldre: Pasientrettigheter, pårørende og koordinering av tjenester. Sluttrapport til Forskningsrådet

Gjerde I, Torsteinsen H, Aarseth T. (2015). Kommunenes møte med Samhandlingsreformen – om grensekryssinger med og uten kart. I: Strand Ø, Nettet E, Yndestad H (red), *Fragmentering eller mobilisering? Regional utvikling i Nordvest – Fjordantologien*. Oslo: Forlag 1

Grimsmo A. (2015). Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen. Sluttrapport til Forskningsrådet

Hagen TP. (2016). Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner. Utkast til sluttrapport til Forskningsrådet

Hagen TP. (2016b). Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. HERO Working Paper 2016:3. Oslo: HERO, Universitetet i Oslo

Hagen TP, Ambugo E, Melberg HO. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. HERO Working Paper 2016:5. Oslo: HERO, 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

Holmås TH, Monstad K, Steskal D. (2015). Hospital readmission and mortality among frail elderly – the importance of spouse and adult children. Working paper 7-2015. Bergen: Uni Research AS

- Islam MK, Kjerstad E. (2016). Does emergency bed capacity in primary care effect emergency hospital admissions? Notat. Bergen: Uni Research AS
- Iversen T, Øien H, Helgesen MK, Schou A. (2016). Fallforebygging i Samhandlingsreformen. Notat, HERO, Universitetet i Oslo
- Kirchhoff R, Grimsmo A, Brekk Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning vol. 18*
- Kirchhoff R, Ljunggren B. (2016). Aspects of equality in mandatory partnerships – from the perspective of municipal care in Norway. *International Journal of Integrated Care, 16*, s. 1–8
- Kittelsen SAC. (2016). Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi? Sluttrapport til Forskningsrådet
- Kverndokk S, Mellberg HO. (2016). Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers. HERO Working Paper 2016:2. Oslo: HERO, Universitetet i Oslo
- Løset GK, Veenstra M. (2015). Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: forebyggende helsearbeid i kommunene. NOVA-rapport 6/2015. Oslo: NOVA
- Martens CT, Veenstra M. (2015). Avtaleverket mellom helseforetakene og kommunene - fra dialog til avviksmelding? NOVA-rapport 9/2015. Oslo: NOVA
- Melby L, Brattheim B, Hellesø R. (2015). Patients in transition – improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing 2015; 24*.doi:10.1111/jocn.12991
- Moberg TO. (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
- Olsen SB. (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
- Osmundsen TC, Håland E. (2014). Folkehelse som svarteper. Kronikk. *Dagens Næringsliv*, 03.06.14, s. 34-35
- Osmundsen T, Jaatun EA, Heggem GF, Kulseng B. (2015). Service innovation from the edges - enhanced by Telemedicine decision support. *Journal of Personal an Ubiquitous Computing. Volume 19, Issue 3, s. 699-708*
- Schou A, Hofstad H, Helgesen M. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport, 2014:21
- Schou A, Hofstad H. (2016). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. Sluttrapport til Forskningsrådet
- Skinner MS. (2015a). Døgnåpne kommunale akuttenheter: En nasjonal helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning 2/2015, s.131-144*

Skinner MS. (2015b). Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, nr. 2, s. 97-112

Skinner MS. (2015c). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. *Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Øst*

Skinner MS. (2015d). Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene. *Senter for omsorgsforskning rapportserie, rapportserie nr. 10/2015. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Øst*

Swanson JOJ, Alexandersen N, Hagen TP. (2016). Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus? HERO Working paper 1/2016. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

Swanson JOJ. (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. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo (2013).

Swanson JOJ, Alexandersen N, Hagen TP. (2016). Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus? HERO Working Paper 1/2016. Oslo: HERO, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn (2016)

Swanson JOJ, Hagen TP. (2016). Reinventing the "community hospital": An evaluation of a natural experiment using register data. Manuskript

Tjerbo T, Zeiner HH. (2014). Interkommunale samarbeid på helseområdet. NIBR-notat 106/2014

Toussaint P. (2016). SIKT – Samhandling med IKT. Sluttrapport til Forskningsrådet

Zeiner HH, Tjerbo T. (2015). Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen. NIBR-notat 104/2015

6 Vedlegg

6.1 Mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen, 10.02.2012

Følgeevaluering av Samhandlingsreformen

I det følgende skisseres Samhandlingsreformens hovedmål og virkemidler. Deretter angis evalueringens formål og aktuelle forskningstemaer. Til slutt beskrives hovedfasene i evalueringen.

1. Om Samhandlingsreformen

Reformen har følgende hovedmål:

- *Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*
Gode og helhetlige pasientforløp skal i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Brukerne skal oppleve kontinuitet i tjenestene.
- *En større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene*
Mer av aktiviteten skal utføres i kommunene, nær der pasientene bor, framfor i spesialisthelsetjenesten. Fra 1. januar 2012 skal kommunene få ansvar for utskrivingsklare pasienter fra dag én. Kommunene skal fra 2016 sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn fra helse- og omsorgstjenesten, og hvor kommunen selv har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til at det polikliniske tilbudet desentraliseres. Fastlegene skal bli i stand til å gjøre polikliniske kontroller og overta en del av disse kontrollene. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten utvikles videre, blant annet ved å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, og desentralisere funksjoner der det er mulig.
- *Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen*
Økt vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak, med spesiell vekt på kommunene. Behovene skal identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet. Det skal benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak som reduserer og motvirker risikoen for funksjonstap og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for at kronisk sykdom utvikles/forverres. Samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og de andre kommunale tjenestene skal styrkes for å legge til rette for mestring.

For utdypning av Samhandlingsreformens målsettinger og virkemidler vises til St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* og Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011-2015), se kapittel 6.

Samhandlingsreformen inneholder et bredt spekter av virkemidler som kan kategoriseres som:

- Rettslige virkemidler
- Økonomiske virkemidler
- Faglige virkemidler
- Organisatoriske virkemidler.

De enkelte virkemidlene er nærmere beskrevet i Nasjonal helse- og omsorgsplan, side 30-38.

I tillegg til de pasient- og brukerorienterte perspektivene har reformen også et overordnet samfunnsøkonomisk perspektiv, ved at reformen skal bidra til høyere samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet.

2. Evalueringens formål

Formålet med denne forskningsbaserte evalueringen er å innhente kunnskap under innføringen av reformen slik at måloppnåelsen både kan vurderes løpende i gjennomføringsperioden (2011-2015) og samlet ved utgangen av perioden.

Det bør iverksettes ulike prosjekter som både kan gi en prosess- og en resultatorientert evaluering, med vekt på Samhandlingsreformens tre hovedmål med tilhørende virkemidler (se kapittel 1).

3. Temaer for evalueringen: Implementering av reformen

Samhandlingsreformen bygger på forventningen om at helsemyndighetene gjennom en rekke virkemidler skal videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelse-tjenesten slik at det blir mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester og mer helhetlige tilbud. 'Implementering' avgrenses her til aktiviteter i forbindelse med virkemidlene, som for eksempel utarbeiding av avtaler og forskrifter og etablering av tiltak (for eksempel opprettelse av koordinatorstillinger, samarbeidsfora, iverksettelse av etterutdanning), samt til de lokale og regionale sammenhengene hvor implementeringen foregår.

Evalueringen skal ha et særlig fokus på implementering av tiltak som har som formål å øke tjenestenes tilgjengelighet for utsatte og sårbare grupper, bl.a. brukere med helseproblemer som skyldes sosiale forhold, aldring og psykiske lidelser, som gir seg utslag i kroniske og sammensatte lidelser, samt flyktninger og innvandrere.

Virkemidlene eller innsatsfaktorene kan grupperes i kategoriene: Rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske. Presentasjonen nedenfor er strukturert etter denne kategoriseringen. I evalueringen ønskes imidlertid også belyst, hvordan de forskjellige typer virkemidler spiller sammen og understøtter, eventuelt motarbeider hverandre.

3.1 Rettslige virkemidler

Det er vedtatt flere lovendringer som følge av Samhandlingsreformen. To nye lover er sentrale: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), se kapittel 6. Det er vedtatt endringer i bl.a. spesialisthelse-tjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven.

Folkehelseloven tydeliggjør at kommunene har et helhetlig ansvar for innbyggernes helse. Loven er ment å skulle bidra til bedre forankring av folkehelsearbeidet i kommunens politiske og administrative ledelse, i alle sektorer og i ordinære plan- og styringssystemer. Loven skal mobilisere tverrsektorielt engasjement for folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid, og støttes av fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. I helse- og omsorgstjenesteloven samles de kommunale helse- og omsorgstjenestene i én lov. Loven er ment å skulle bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den nye loven er utformet som en ren tjenestelov, mens den enkelte pasients eller brukers rettigheter er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Intensjonen med helse- og omsorgstjenesteloven er et enklere og mer ryddig regelverk for brukerne.

De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for at det blir inngått samarbeidsavtaler med alle kommuner, se kapittel 3.4 Organisatoriske virkemidler. En tilsvarende plikt er pålagt kommunene. I spesialisthelsetjenesteloven og i helse- og omsorgstjenesteloven er det innført en lovfestet plikt for kommunene til å sørge for at arbeidet med individuell plan settes i gang og koordineres i de tilfeller hvor pasienten har behov for tjenester både fra sykehus og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Likeledes er det innført plikt for sykehusene til å oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Samlet regulering skal gjøre regelverket om rettigheter mer tilgjengelig for pasienter og brukere.

Evalueringens tema er om lovgivningens intensjoner virkeliggjøres, herunder hvordan og av hvem de rettslige virkemidlene implementeres. Eksempler på tema som ønskes analysert er:

I hvilket omfang har kommunen fastsatt mål og strategier for det lokale folkehelsearbeidet og iverksatt tiltak?

Er det oppnevnt koordinator til pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Er det utviklet prosedyrer for å involvere pasienter og brukere i utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Melde- og klageordninger er eksempler på andre aktuelle rettslige virkemidler som skal fremme pasientenes og brukernes sikkerhet og ivareta deres rettigheter. Er ordningene kjent og hvordan er de implementert?

3.2 Økonomiske virkemidler

Et sentralt element i Samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insitamenter som gir de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene forutsetning for å utvikle roller og løse oppgaver som svarer til de helsepolitiske målene i reformen. På finansieringsområdet medfører reformen:

- a. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten fra og med år 2012
- b. Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare sykehuspasienter til kommunene fra og med år 2012
- c. Suksessiv overføring av produsentansvaret for 'øyeblikkelig hjelp-døgntilbudet' fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i løpet av perioden 2012-2015. Dette gjelder der hvor kommunene har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. Dersom kommunene har behov for investeringer til heldøgntilbud, kan det søkes investeringstilskudd til sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger.

Samtidig med overføringen av ansvaret overføres budsjettmidler fra spesialistsektoren til kommunene etter et fastsatt regelverk. Dessuten har kommunene mulighet for å søke bidrag fra

staten for å finansiere nødvendige investeringer som kreves for gjennomføre de nye oppgavene. Det vil fortsatt være behov for ressursvekst både i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Veksten må i større grad legges til rette for oppbygging av tjenester i kommunene. For å motvirke den økonomiske risikoen som små kommuner kan bli utsatt for i forbindelse med reformen, forventes det at disse kommunene vil tilpasse sitt tilbud av helse- og omsorgstjenester deretter og/eller utvikle samarbeid med andre kommuner.

Evalueringens tema er de økonomiske virkemidlenes rolle i implementeringen av Samhandlingsreformen. Blant annet ønskes følgende emner analysert:

Hvilke forandringer i organisasjon, i tjenestetilbud, ressursbruk og prioriteringer i både spesialistsektoren og i kommunenes helse- og omsorgssektor kan tilskrives de økonomiske virkemidlene? Hvilke forandringer i organisasjon, aktiviteter, ressursbruk og prioriteringer i andre kommunale sektorer enn helse- og omsorgssektoren, som kan fremme helsen og forebygge sykdom, kan tilskrives økonomiske virkemidler?

På hvilken måte har økonomiske virkemidler påvirket innholdet i og utformingen av samarbeidsavtaler mellom kommuner og mellom kommuner og foretak i spesialisthelsetjenesten?

De ulike delene av de økonomiske virkemidlene – medfinansiering, ansvar for utskrivningsklare pasienter, øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, bidrag fra staten for investeringer og ressurstilskudd for årene framover – og deres respektive regelverk skal så langt som mulig skilles i analysen, både når det gjelder tiltak som kan få virkning på kort sikt og tiltak hvor virkningen først viser seg etter en tid. Muligheter og hindringer for implementeringen av reformen skal også identifiseres. Forskjeller mellom kommuner med hensyn til implementeringen skal tydeliggjøres og analyseres.

3.3 Faglige virkemidler

Reformen inneholder en rekke faglige virkemidler som skal understøtte målene om en tydeligere pasient- og brukerrolle, bedre forebygging, bedre kvalitet og en mer hensiktsmessig fordeling av helse- og omsorgstilbudet. Det er et generelt fokus på å dra nytte av brukernes erfaringer.

Virkemidlene er blant annet:

- a. Sammenhengende pasientforløpsbeskrivelser, veiledninger, retningslinjer og prosedyrer som skal understøtte samarbeidet mellom de forskjellige deler og nivåer av helse- og omsorgstjenesten
- b. Nasjonale kvalitetsindikatorer til bruk i det kontinuerlige kvalitetsutviklingsarbeidet
- c. Etter- og videreutdanning av helse- og omsorgspersonell innen samfunnsmedisin, tidlig intervensjon, forebygging, forløpstening, migrasjon og tverrfaglig samarbeid.

Evalueringens tema er hvordan disse faglige virkemidler implementeres.

Mellom temaene som er av interesse i tilknytning til *pasientforløpsbeskrivelser* kan følgende framheves:

Hvilke aktører medvirker i prosessen med utvikling av disse redskapene, og hvilke roller har de? Hvordan trekkes pasientenes og brukernes erfaringer inn, og hvilken betydning har dette for prosessen og for resultatene?

Hvilke nye krav til helse- og omsorgstjenestens ressursforbruk, organisering og funksjon kan

utledes av redskapene som utvikles?

Hvilke barrierer kan identifiseres, og hvordan kan de best overkommes?

Av emner som er av interesse i tilknytning til *nasjonale kvalitetsindikatorer* kan følgende framheves:

Hvilke former for data inngår i valg og utforming av indikatorene?

Hvem deltar i utviklingen av indikatorene, og hvordan samarbeider de ulike aktørene i denne prosessen?

Hvordan samvirker sentrale/nasjonale instanser med de sentrale, regionale og lokale instanser i utviklingen av indikatorene?

Hvilke informasjonssystemer er til rådighet i den norske helse- og omsorgstjenesten vedrørende kvalitet, og hva kreves i tillegg for å kunne monitorere helse- og omsorgstjenestens innsats med utgangspunkt i kvalitetsindikatorene?

Blant emner som er av interesse i tilknytning til *personell og kompetanse* kan følgende framheves:

Hvordan er utviklingen i tilgangen på personell for de ulike deler av helse- og omsorgstjenestene? Er det registrert endringer i kompetansen hos personellet i de ulike tjenestene som følge av reformen?

Hvilke typer kompetanse er til stede hos de forskjellige faggrupper, og hvilke kompetanseløft er det behov for?

Hvilke utfordringer har kommunene med hensyn til rekruttering og kompetanseoppbygging? Hvordan er de nødvendige utdanningsaktivitetene innpasset i eksisterende utdanninger, og hvilke nye utdanninger er det behov for?

Hva er de ressursmessige konsekvensene for utdanningsinstitusjonene og for de ulike deler av helse- og omsorgstjenesten?

Hvordan er finansieringen sikret og fordelt mellom de ulike aktørene på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå?

3.4 Organisatoriske virkemidler

Samhandlingsreformen forventes å medføre forandringer i kommunenes organisering av helse- og omsorgstjenestetilbudet til befolkningen samt opprettelse av nye organisasjonsformer. Disse spenner fra lokalmedisinske sentra til livsstilsrettede opplysningstiltak. Bak flere av tiltakene ligger nye faglige samarbeidsmodeller. Siden Samhandlingsreformen er i en tidlig iverksettelsesfase, er det ennå åpent hva som vil bli de vanligste organisatoriske konsekvensene av reformen. På det nåværende stadium er det tre trekk som avtegner seg som særlig nyskapende organisasjonsformer: Utbredelsen av interkommunalt samarbeid, opprettelsen av flerfaglige team og forsterket vekt på brukerorientering og -medvirkning. Nye former for samarbeid med private aktører og frivillige organisasjoner kan også nevnes.

Samhandlingsreformen innebærer et møte mellom to nivåer i forvaltningen. Det skal opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, og intensjonen er at disse skal inngås mellom to likeverdige parter. Disse avtalene vil ha betydning for helsefaglig praksis, og inngåelse av avtalene forutsetter helsefaglig kompetanse både på foretaksnivå og kommunalt nivå.

Kommunene er i tillegg lokaldemokratiske arenaer, mens helseforetakene representerer en annen organisasjonsform som skal vektlegge helsefaglig-økonomiske hensyn. Møtene kan innebære potensielle konflikter mellom disse to sett av hensyn. Oppmerksomhet bør rettes mot hvordan Samhandlingsreformens mål innpasses i de lokaldemokratiske beslutningsprosessene, og hvordan lokalpolitikere inndras i beslutningene.

Evalueringens tema er hvordan de organisatoriske virkemidlene implementeres i en lokalpolitisk sammenheng. Blant annet ønskes følgende emner analysert:

Valg av organisasjonsmodeller for de permanente helse- og omsorgstjenestetilbudene til innbyggerne, herunder organisering av forebyggende tiltak, samt støttende infrastruktur (f. eks. for IKT, statistikk og annen kunnskapsdeling). Med organisasjonsmodeller menes utforming av mandat for tiltakene og strukturering av ledelse og myndighet.

Hvordan foregår samspillet med og forankringen av tiltakene i den overordnede kommunale ledelsen?

I iverksettingsfasen kan det være særlig nyttig med en kartlegging av erfaringer hos personalet, brukerne og 'eierne' (sistnevnte omfatter både folkevalgt og overordnet administrativ ledelse i kommunene) når det gjelder implementering av de organisatoriske virkemidlene. Prosessen omkring inngåelse av samarbeidsavtaler ønskes belyst.

Skyves andre lokalt begrunnede mål lenger ned på de kommunale prioriteringslistene som resultat av større vektlegging av helserettede mål?

Hvordan påvirker reformen ressursbruken og de langsiktige målsettingene for andre lovpålagte kommunale oppgaver som barnehager og grunnskoler?

I hvilken utstrekning kommer det nye tvisteløsningsinstrumentet mellom stat og kommuner (jf. *Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*) til anvendelse i eventuelle tolkingskonflikter omkring avtalene mellom kommuner og helseforetak?

4. Effekter av reformen/Mål

En evaluering av reformens effekter stiller store utfordringer til datagrunnlag og analysemodell. Andre perspektiver enn de som er nevnt i dette dokumentet og øvrige dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet kan være viktige for å belyse effekter av Samhandlingsreformen. Det oppfordres derfor også til evalueringsprosjekter med originale forskningsspørsmål og metodiske tilnærminger, så lenge de er relevante for de overordnede målsettingene for reformen på dette feltet. Med 'effekter' menes her konsekvenser av reformen for pasienter, brukere, pårørende og for medarbeidere og ledelse i tjenestene. Disse effektene omfatter endringer av aktiviteter såvel som endringer i helsen, i det omfang dette kan måles. Både tilsiktede effekter (reformens intensjoner) og utilsiktede effekter (både positive og negative) ønskes belyst.

Det ønskes forslag til hvilke effektindikatorer, som kan benyttes, og hvilke data som er til rådighet eller skal innsamles (både data basert på registre og på brukernes og medarbeidernes erfaringer).

Evalueringen skal ha særlig fokus på tilgjengeligheten av tjenestene og effekten for utsatte og sårbare grupper, bl.a. brukere med helseproblemer forårsaket av sosiale forhold, aldring og psykiske lidelser, som gir seg utslag i kroniske og sammensatte lidelser, samt innvandrere og flyktninger. Viktige spørsmål som bør evalueres er om tiltak som er iverksatt i forbindelse med reformen når målgruppen, og hvilke erfaringer brukere (og helse- og omsorgspersonell som skal iverksette tiltakene) har. I denne forbindelse er sosiale skjevheter spesielt viktig. Pasient- og brukersikkerhet knyttet til tiltakene ønskes også belyst.

4.1 Mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester

Emnene for evalueringen struktureres i det følgende etter hvem det er som vil oppleve effekten av Samhandlingsreformen: Pasienter/brukere/pårørende, utøvere av tjenesten (helsepersonell - fagmiljø og ledelse) og samfunnsmessige konsekvenser.

Pasienter/brukere/pårørende

Her er det i første rekke de faglige virkemidlene som skal bidra til mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester. For denne gruppen er det først og fremst resultatene av tjenestetilbudet som teller i form av bedre behandlingsresultater, kortere behandlingstid, og bedre innsikt og muligheter for påvirkning av egen sykdom og behandlingsresultater. Der er behov for analyser som for eksempel viser utviklingen i antall liggedager, antall dager syk/-meldt, overlevelse, funksjonsnivå, mestring, evt. helbredelse.

Samhandlingsreformen peker på helhetlige pasient- og brukerforløp som det mest åpenbare tiltaket for å oppnå sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Effekten av helhetlige pasient- og brukerforløp må derfor vies betydelig oppmerksomhet i evalueringen. For pasientene og brukerne vil helhetlige pasient- og brukerforløp gi innsikt og forutsigbarhet i behandlingsopplegget samtidig som unødige flaskehals i behandlingssystemet er forsøkt fjernet. Dette vil normalt gi kortere behandlingstid og muligheter for innsikt i og ansvar for egen helsetilstand. Normalt skal dette føre til bedre behandlingsresultater. Det er ønskelig med analyser som viser effektive tiltak med hensyn til bedre pasientbehandling og bedre ressursutnyttelse for kommuner, helseforetak og samfunnet.

Det er viktig å få belyst om *kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene* endres som følge av reformen. Dette gjelder både for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kjennskap til og kunnskap om helsetilbudet krever god kommunikasjon og gode informasjonssystemer. Dette krever tilpassing og utvikling av IKT-løsninger som i langt større grad enn i dag må legge til rette for oversikt og innsyn i helse- og omsorgstilbudet og tilgang til egen journal. Samhandlingsreformen legger som forutsetning at IKT skal være et avgjørende viktig virkemiddel både i forhold til informasjon om systemer og pasientenes og brukernes muligheter for innsyn i egen journal.

Evalueringen må belyse og dokumentere effekten av pasientenes og brukernes tilgang til god informasjon om helse- og omsorgstilbudet og effekten av at pasientene og brukerne gis innsyn i egne journaldata. Videre bør en vurdere om pasientens og brukerens egen opplevelse av sammenhengen i pasient- og brukertilbudet bør inngå i forskningsvirksomheten for å dokumentere om dette i seg selv virker på resultatet av behandlingen og tilbudet.

Helse- og omsorgspersonell

For helse- og omsorgspersonell vil det viktigste målet være å bli satt i stand til å tilby og utøve gode og virkningsfulle helse- og omsorgstjenester. For denne gruppen vil også pasientforløp og IKT-støtte være avgjørende for å forbedre sammenhengen og helheten i helse- og omsorgstilbudet sammenlignet med i dag. Evalueringen må fokusere på om helhetlige pasient- og omsorgsforløp gir helse- og omsorgspersonell bedre oversikt over og innsikt i hva som er utført av tiltak, hvilke skritt og i hvilken rekkefølge videre oppfølging skjer og om informasjon gjenbrukes og 'unødvendige' undersøkelser og prøver unngås. Effekten kan i noen grad komme pasienten til gode, men vil først og fremst gi seg utslag i bedre ressursbruk og vil derfor i neste omgang komme hele samfunnet til gode.

Samfunnsmessige konsekvenser

Sammenhengende helse- og omsorgstjenester og helhetlige pasient- og omsorgsforløp vil også ha betydelige samfunnsmessige konsekvenser. Dette blir nærmere omtalt i kapittel 4.3. Det er av interesse å se på om den samlede kapasiteten for helse- og omsorgstjenestene endres som følge av reformen, om det blir forskyvninger mellom tjenestenivåene eller om noen tjenester svekkes. Analyser som viser eventuelle forskjeller mellom by- og landkommuner eller mellom lokalsykehus og universitetssykehus er av interesse.

Et sentralt område er endringer i pasientstrømmene som følge av reformen, hvordan disse strømmene er sammensatte og fordeler seg mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og utviklingen over tid.

4.2 Mer forebyggende helsearbeid i kommunene

Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen er å styrke forebyggingen og bedre folkehelsen. Dette skal særlig skje i kommunal regi ved at behov identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet, at det benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak som reduserer risikoen for funksjonstap og forverring av kronisk sykdom, at det benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak som påvirker individets egenmestring, samt at det skjer en bedre samhandling mellom ulike ledd i helse- og omsorgstjenesten, som skal legge til rette for mestring.

Emner for evalueringen knyttet til det *sykdomsforebyggende arbeid*, dvs. å identifisere individer med risiko for sykdom og innrette tiltak mot å hindre sykdomsutvikling (primærforebygging) eller å unngå forverring av etablert sykdom (sekundærforebygging), er bl.a.:

Hva slags forebyggende tiltak er blitt satt i verk?

I hvilken grad har disse tiltakene på forhånd dokumentert forebyggende effekt?

Hvilke erfaringer har brukere av tiltakene, og potensielle brukere som har valgt å ikke bruke aktuelle tiltak?

Hva slags nye samarbeidsmønstre innenfor helse- og omsorgstjenesten (innen kommunale tjenester eller andrelinjetjenesten) er etablert for å legge til rette for mestring av sykdom?

Hvordan opplever pasienter, brukere og helse- og omsorgspersonell disse endringene?

Emner for evalueringen, som knytter seg til det *helsefremmende arbeid*, er rettet mot strukturelle forhold. I dette arbeidet skal hele befolkningsgrupper støttes i deres utvikling på en slik måte at god helse kan oppnås eller opprettholdes:

Hvordan har man prioritert tiltak for å styrke folkehelsen og hva slags beslutningsprosesser ligger til grunn for prioriteringen?

Hvilke effekter (positive og negative) har disse tiltakene hatt?

I hvilken grad og på hvilken måte har forebygging på kommunalt nivå dreid seg om nye tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, sammenholdt med andre deler av de kommunale tjenestene (f.eks. tiltak for å øke andelen som gjennomfører videregående skole, arbeidslivstiltak for å unngå sykemelding osv.)?

4.3 Samfunnsøkonomiske konsekvenser

I følge grunnlagsdokumentene skal Samhandlingsreformen både ses i et pasient- og bruker-perspektiv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. De fire typene virkemidler – rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske – forventes å gi kommunene insitament til å tilpasse sin ressursbruk og sitt samarbeid med foretakene i spesialisthelsetjenesten slik at det samlet blir 'riktig behandling - på riktig sted - til riktig tid'. Resultatet forventes å gi en mer formålstjenlig bruk av de tilgjengelige, knappe ressursene i samfunnet: Bedre helse – og om mulig mindre helseforskjeller og økt pasient- og brukertilfredsstillelse per innsatt krone, dvs. en høyere samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet. Samtidig må ikke de behov som virkelig krever behandling i spesialisthelsetjenesten forsømmes.

Emner for evalueringen i forbindelse med de *samfunnsøkonomiske konsekvensene* omfatter bl.a.:

Det ønskes forskningsprosjekter som kartlegger og evaluerer den samfunnsøkonomiske kostnadseffektiviteten med hensyn på helsen og helseforskjeller samt pasient- og brukertilfredsstillelse ved bruk av ressurser innen kommuner og spesialistsektoren før og etter reformen.

Det er behov for å følge utviklingen over tid i ressursbruk og oppnådde resultater på samfunnsnivå, med kommunen som studieenhet og med analyser av hvilke faktorer som forklarer utviklingen. Analysen skal skille mellom faktorer som kan ses som en følge av implementeringen av reformen (mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester, større ansvar for kommunene og økt vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak) og slike faktorer som sannsynligvis ikke påvirkes av reformen. Dessuten skal analysen både omfatte den relative betydningen av de fire typene virkemidler og av de ulike deler av disse virkemidlene når det gjelder utviklingen i samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet med hensyn til helse og helsens fordeling i kommunen. Uventede og/eller uønskede effekter skal identifiseres. Videre ønskes at kostnader ved viktige tiltak og konsekvenser av incentivstrukturen i reformen belyses. Forskjeller i utviklingen mellom kommuner skal tydeliggjøres og analyseres. På bakgrunn av resultatene bør analysen også omfatte en diskusjon om hvilke forandringer i virkemidlene som eventuelt kan eller bør gjennomføres for ytterligere å forsterke mulighetene til en mer formålstjenlig bruk av ressursene innen kommuner og spesialisthelsetjenestene.

5. Hovedfaser i evalueringen

Evalueringen kan deles inn i to hovedfaser, som igjen kan deles i flere innbyrdes sammenhengende evalueringssjekter. Fase I omfatter gjennomføringen av evalueringen av Samhandlingsreformens virkemidler og deres implementering, og design av de emner av effektevalueringen som krever data innsamlet så tidlig som mulig etter reformens start, inkludert identifikasjon av relevante effektindikatorer og datagrunnlaget for disse. Fase I igangsettes medio 2012, slik at det er mulig å oppnå resultater som kan brukes i den videre utvikling av implementeringsprosessen. Fase II omfatter gjennomføringen av effektevalueringen. Denne delen settes i gang i løpet av 2013-2014 med tanke på innsamling av data når det er mulig å identifisere faktiske, virkeliggjorte effekter av Samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen karakteriseres som en retningsreform, hvor det vil være mulighet til å justere eller korrigere virkemidler og mål underveis i implementeringen. Analyseresultater fra evalueringen som har relevans for justeringer i mål og virkemidler vil bli formidlet til Helse- og omsorgsdepartementet i de faste rapporteringsmøtene med styringsgruppen og prosjektene. Resultater fra fase I i evalueringen eller justeringer i reformens mål og virkemidler vil på et senere tidspunkt kunne medføre behov for å justere enkelte av forskningsspørsmålene i dette dokumentet.

6. Sentrale dokumenter

Meld. st. nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*

Prop. 90 L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*

Innst. 423 L (2010-2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*

Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)*

Innst. 424 L (2010-2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*

Innst. 212 S (2009-2010) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*

Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Helsedepartementet 2011.

6.2 Lenke til EVASAMs nettsider (Sentrale dokumenter), Forskningsrådet

http://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Sentrale_dokumenter/1253972204872

6.3 Liste over publikasjoner fra de seks prosjektene (fra sluttrapportene)

Prosjekt 220553: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS) v/A. Grimsmo, NTNU

Alle publikasjonene fra prosjektet har et rikt tilfang av litteraturhenvisninger. Vi har i rapporten valgt å bare bruke egne publikasjoner. Offentlige dokumenter og internasjonal litteratur om samhandlingsreformen er referert av Grimsmo og Magnussen (2015).

Brekke Å, Kirchhoff R, 2015. Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? Nordiske Organisasjonsstudier, 17(3), 37-62

Bøyum- Folkeseth L. Bidrar endringene i klagereglene til økt rettsikkerhet for pasientene? Manus i prosess

Gjerde I, Torsteinsen H, Aarseth T, 2015. Kommunenes møte med samhandlingsreformen – om grensekryssinger med og uten kart. I: Strand Ø, Nettet E, Yndestad H (red). Fragmentering eller mobilisering? Regional utvikling i Nordvest - Fjordantologien. Oslo: Forlag 1

Gjerde I, Meese J, Rønhovde L, Aarseth T, 2014. Helhetlige pasientforløp i utvikling, del 2. Molde: Høgskolen i Molde. Arbeidsnotat 3

Grimsmo A, 2013. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning, 8, 148-55

Grimsmo A, Løhre A, 2014. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten, 43(4), 14-7

Grimsmo A, Kirchhoff R, Aarseth T, 2015. Samhandlingsreformen i Norge. Nordiske Organisasjonsstudier, 17(3), 3-12

Grimsmo A, Magnussen J, 2015. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Oslo: Norges Forskningsråd

Grimsmo A, Løhre A, Gjerde I, Røsstad T, Heiberg N, Steinsbekk, A. Disease based clinical pathways – are they sustainable in primary care? Manus i prosess

Håland E, Osmundsen TC, 2015. Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold – samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. Nordiske Organisasjonsstudier, 17(3), 63-85

Håland E, Rosstad T, Osmundsen TC, 2015. Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services. *Health*, 1-17, Jan 26

Kirchhoff R, Ljunggren B, 2015. Equality in partnerships. The Coordination Reform in Norway. *International Journal of Integrated Care*, 15, May 27

Kirchhoff R, Grimsmo A, Brekk Å, 2015. Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(2), 125-141

Ljunggren B, Haugset AS, Solbakk N, 2014. Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. *Steinkjer: Trøndelag forskning og utvikling. Arbeidsnotat 2*

Ljunggren B, Kleiven HH, Solbjør M, 2015. Strukturering av oppdragsnettverk – om samhandlingsreformens avtaleprosesser. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 13-36

Meese J, Rønhovde L, 2015. Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 86-108

Rønhovde L, 2012. Innovasjon i offentlig sektor: en studie av prosessene knyttet til initiering av og iverksetting av samhandlingsreformen i fem kommuner på Nordmøre. *Molde: Høgskolen i Molde. Arbeidsnotat 1*

Røsstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13:121

Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Håland E, Kristoffersen L, Grimsmo A, 2015. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15:86

Solbjør M, Ljunggren B, Kleiven H. Samhandlingsreformen: Brukermedvirkning i utforming av avtaleverket mellom helseforetak og kommuner. *Manus sendt tidsskrift*

Aarseth T, Bachmann KE, Gjerde I, Skrove GK, 2015. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109-133

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

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. 2016. The Norwegian Coordination Reform's Effects on the Use of Rehabilitation Services. Resubmitted til BMC Health Services Research.
- 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 omsorgsforskning rapportserie 5/2014. Gjøvik: Gjøvik: Omsorgssenter Øst/Høgskolen i Gjøvik.
- SKINNER, M. S. 2015a. Døgnåpne kommunale akutenheter: 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 omsorgsforskning 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.

TJERBO, T. & SKINNER, M.S 2016. Interkommunale samarbeid om døgnåpne kommunale akuttenheter og legevakt: Tar helsekommunen form? Resubmitted til *Tidsskrift for Omsorgsforskning*

ZEINER, H. H. & TJERBO, T. 2015. Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen. NIBR-notat 2015/104.

Prosjekt 229623: Samhandling og IKT v/P. J. Toussaint, NTNU

Publikasjoner fra prosjektet

Arbeidspakke 1:

Melby, L.: Community care nurses' changing roles in the management of complex caring trajectories. Den 11. årlige helsesosiologiske konferansen, 28.-29.april 2015, Trondheim/BSA Medical Sociology Group Annual Conference; 9.-11.nov 2015

Melby, L.: You've got an e-message! Improving healthcare professionals' communication and collaboration across the Norwegian healthcare sector. 15th International Conference on Integrated Care (ICIC15), 25.-27. mars 2015, Edinburgh, Storbritannia

Hellesø, R., Melby, L., Brattheim, B.: Discourses and Analysis of the role of ICT supporting collaboration in health care. Workshop, 21.-23. april 2015, Oslo

Melby, Line; Brattheim, Berit; Hellesø, Ragnhild; Toussaint, Pieter Jelle: Effektivt kommunikasjonsverktøy, men hva med innholdet? Helsepersonells erfaringer med bruk av PLOmeldinger. *HelsIT*, 20.-21. oktober 2015

Hellesø R, Melby L, Brattheim BJ, Toussaint PJ: Exchange of information between hospital and home health care: A longitudinal perspective. *Proceedings in 13th International Congress in Nursing Informatics*; 2016; Genève (i trykk).

Melby, L., Brattheim, B., Hellesø, R.: Patients in transition – improving hospital–home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 24.doi:10.1111/jocn.12991

Brattheim BJ, Hellesø R, Melby L.: «Å HOLDE TRÅDEN»: Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter frå sykehus. *Sykepleien Forskning* 2016; (akseptert/i trykk)

Brattheim, B., Hellesø, R., Melby, L.: Planning for post-hospital care – local challenges to general benefits of e-messages: hospital staff's perspectives. In: G. Cummings, T. French, H. Gilstad, M.G. Jaatun, E.A.A. Jaatun (eds): Proceedings of the 3rd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (PAHI2015), Elgin, Scotland, UK, 27.OCT-2015, published at <http://ceur-ws.org> (akseptert/i trykk)

Arbeidspakke 2:

Kongsvik, Trond, K. Halvorsen, T. Osmundsen and G. Gjørund (in review): Strengthening patient safety in primary care: An emerging role for local medical centers in Norway. BMC Health Services Research.

Osmundsen, Tonje, E. A. Jaatun, G.F. Heggem and B. Kulseng (2015) Service innovation from the edges – enhanced by Telemedicine decision support. Journal of Personal and Ubiquitous Computing. Volume 19, Issue 3 (2015): 699-708

Halvorsen, Kristin, T. Kongsvik, G. Gjørund og T. Osmundsen, Tonje: Promoting patient safety: An emerging role for intermediate care units in Norway. Abstract to 15th international conference for integrated care, Edinburgh, UK. Presented April 2015.

Halvorsen, Kristin, T. Osmundsen, G. Gjørund og T. Kongsvik. Indikatorer. Skylapper - eller verktøy for læring? Kronikk i Dagens Medisin 12.01.2014.

Osmundsen, Tonje. IKT endrer samhandlingen. Kronikk i Kommunal rapport 10 okt. 2013

Osmundsen, Tonje. Samhandling er en fare for pasientsikkerheten. Kronikk i Kommunal rapport 28 nov. 2013

Sivesind, Anne (2015): Bruk av klinisk prosesstøtte i primærhelsetjenesten. Et case-studie av Noklus Diabetesskjema og muligheten for økt pasientinvolvering. Diabetespasienter og IKT. Masteroppgave NTNU.

Prosjekt 220804: Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi? v/S. A. C. Kittelsen, Frischsenteret

Publikasjoner fra prosjektet

Askilsen, Jan Erik, Tor Helge Holmås, Oddvar Kaarbøe og Karin Monstad (2015): "Evaluering av kommunal medfinansiering". Notat 6/2015 Rokkansenteret, Uni Research.

Islam, M. Kamrul and Egil Kjerstad (2016): "Does Emergency Bed Capacity in Primary Care Effect Emergency Hospital Admissions?" Notat, Uni Research Rokkansenteret.

Iversen, Tor, Henning Øyen og Arild Schou. (2016) Fastlegene i samhandlingsreformen. Kommer i Tidsskrift for omsorgsforskning. Spesialnummer om evaluering av samhandlingsreformen høsten 2016.

Holmås, Tor Helge, M. Kamrul Islam og Egil Kjerstad (2016): "Assosiasjoner mellom ressursbruk i helse- og omsorgstjenestene og ØH innleggelse". Notat, Uni Research Rokkansenteret (ikke ferdigstilt).

Kverndokk, Snorre and Hans Olav Melberg (2016): "Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers". Notat, HERO, Universitetet i Oslo.

Melberg, Hans Olav (2014): "Utskrivningsklare pasienter: Katastrofe eller suksess?". Kommunerevisoren, Nr. 3/2014.

Øyen, Henning, Tor Iversen, Marit K. Helgesen og Arild Schou. 2016. Fallforebygging i Samhandlingsreformen. Kommer i Tidsskrift for omsorgsforskning 2016.

[Fire kommende notater fra modulene III, IV, V og VI.]

Prosjekt 229619: Samhandlingsreformens konsekvenser for eldre: Pasientrettigheter, pårørende og koordinering av tjenester v/B. Carlsen, Uni Research AS

Publikasjoner fra prosjektet

Holmås TH, Monstad K and Steskal D. (2015). Hospital Readmission and Mortality Among Frail Elderly – The Importance of Spouse and Adult Children. Uni Research Rokkansenteret, Bergen: Rokkannotat 7/2015.

Prosjekt 229628: Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør v/A. Schou, HSN/NIBR

Publiseringsaktivitet:

Fosse, E. and Helgesen, M. K. (2015): How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. International Journal of Child, Youth and Family Studies, Vol 6, No 2: 328-346.

Hagen Susanne, Helgesen, Marit, Torp, Steffen og Fosse Elisabeth: 2014 Health in All Policies: a cross-sectional study of the Public Health Coordinators' role in Norwegian municipalities

Hofstad, H (2015): «Folkehelse – vitalisering av sosial bærekraft i kompakt byutvikling?» Kapittel 15 in Hanssen, Hofstad og Saglie (red) Kompakt byutvikling – muligheter og utfordringer, Oslo: Universitetsforlaget.

Hofstad, H. (2015): «Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet: Ambisiøst eller urealistisk?» Plan nr. 3-4/2015, 10-14.

Schou, Arild, Hege Hofstad og Marit Helgesen: 2014 Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport, 20114:21

Schou, Arild Elisabeth Fosse (2016): «Can the state provide equity for all? The case of Norway». In Dennis Rafael (eds.). Immigration in Modern Nations. Toronto: Canadian Scholars' Press/Women's Press (forthcoming Oct)

Iversen, Tor, Henning Øyen og Arild Schou. Har fastlegene endret atferd som følge av Samhandlingsreformen? Kommer i Tidsskrift for omsorgsforskning 2016.

Øyen, Henning, Tor Iversen, Marit K. Helgesen og Arild Schou. 2016. Fallforebygging i Samhandlingsreformen. Kommer i Tidsskrift for omsorgsforskning 2016.

Hofstad, H. «The ambition of health in all policies in Norway: Status, challenges and future development», Health Policy.

Innsendte publikasjoner (under vurdering):

Hofstad, H. «The ambition of health in all policies in Norway: Status, challenges and future development», Health Policy.

Hagen Susanne, Torp Steffen, Helgesen Marit og Fosse Elisabeth: Promoting health by addressing living conditions in the Norwegian municipalities. Sendt Health Promotion International februar 2016

Fosse Elisabeth, Helgesen Marit, Sherriff Nigel og Davies John K.: Levelling the social gradient in health at the local level. Applying the Gradient Equity Lens to Norwegian Local Public Health Policy. Sendes til Critical Public Health februar 2016

Planlagte publikasjoner:

Arild Schou, «Responding to urban health inequalities among migrants; between universal and targeted measures». Planlegges sendt til European Journal of Public Health, April 2016

Marit Helgesen, Arild Schou og Lars Monkerud. Er det en ny rolle for folkehelsekoordinatorensom etter Samhandlingsreformen?

Hege Hofstad. I hvilken grad og på hvilken måte gir planredskapene rom for utvikling av helsefremmende lokalsamfunn?



Norges forskningsråd

Drammensveien 288
Postboks 564
NO-1327 Lysaker

Telefon: +47 22 03 70 00
post@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no

Juni 2016

ISBN 978-82-12-03523-2 (trykksak)
ISBN 978-82-12-03524-9 (pdf)

Opplag: 100

Trykk: 07 Media/Forskningsrådet
Design: Melkeveien Designkontor AS
Foto: Shutterstock