

# Fire år med samhandlings

■ JAN EMIL KRISTOFFERSEN • Fagsjef, Medisinsk fagavdeling, Den norske legeforening

**Det er fire år siden samhandlingsreformen trådte i kraft. Reformen har ikke nådd sine mål, og i beste fall har den vært uten betydning for pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenestene.**

Da daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen presenterte St.meld nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreformen (1) ble det satt et tydelig fokus på kommunenes ansvar for å bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv helsetjeneste som skulle svare ut fremtidens utfordringer med en kommende eldrebølge og et økende antall borgere som lever med kronisk, oppfølgingskrevende sykdom. Det skulle satses på forebygging framfor reparasjon, og sørges for økonomiske insentiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger.

I tillegg skulle befolkningen oppleve god kvalitet i sammenhengende pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene. Veksten i ressurser skulle i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Et sentralt budskap var at *det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester*. Ambisjonene var enkelt sagt høye, og mange både så frem til – og engstet seg for – virkemiddelbruken som skulle komme for å nå slike mål.

Spørsmålet man ikke stilte var hvilken økt kvalitet og kapasitet og hvilke organisatoriske grep i helsetjenesten som ville føre til at innbyggerne lever lenger og er friskere, men bruker helsetjenesten mindre i løpet av den enkeltes livsløp? Og om mer forebygging og en kostnadsreduksjon i diagnostikk og behandling vil balansere de alternativkostnader som følger av at en allerede aldrende befolkning vil leve enda lenger utover faktisk gjennomsnittlig pensjonsalder?

Sagt på en annen måte; hvis tidlig intervensjon og bedre primærhelsetjeneste bedrer befolkningens helse og øker dens levealder så er det et ubetinget gode for den enkelte borger, men vil det samfunnsøkonomiske regnskapet gå i pluss?

Dette spørsmålet kan ikke besvares med lettvinne påstander om at «forebygging er bedre enn behandling» og at «forebygging lønner seg» i en tid hvor et økende antall innbyggere kan regne med å leve 20–25 år etter pensjonsalder, ofte med flere ulike kroniske behandlingskrevende tilstander. Hvis helsetjenesten skulle prioritere samfunnsøkonomisk lønnsom behandling burde vel fokuset heller være høyt på tilstander som gir moderat eller ingen reduksjon i forventet livslengde men stor risiko for tapt arbeidsevne. Da snakker vi om lettere psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser, tilstander som samhandlingsreformen slettes ikke hadde fokus på.

## Virkemidlene i samhandlingsreformen

Virkemidlene som ble valgt i reformen var først og fremst en transaksjonsøkonomi knyttet til pasienter innlagt i sykehus, herunder kommunal medfinansiering av somatiske innleggelse i sykehus, og overføring av økonomi fra de regionale helseforetakene til kommunene for å finansiere somatiske kommunale øyeblikkelig hjelp senger (ØHD) som et alternativ til innleggelse i sykehus.

Tiltakene ble forankret i et omfattende lov- og forskriftsarbeid, hvor ny lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene (2) og en revidert forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter (3) var de viktigste grepene. Det ble et lovkrav for regionale helseforetak og kommuner å etablere et sett med samarbeidsavtaler med pålegg i den nye helse- og omsorgslovens §6-2.

## Ressursoverføring til kommunene – men økt satsing på medisinsk utredning og behandling i primærhelsetjenesten?

Samfunnets kostnader til fastlegeordningen er relativt beskjedne i forhold til utgiftene både til sykehustjenester og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2014 ble det benyttet totalt 121,7 mrd. kroner på primærhelsetjenesten og 127,9 mrd. kroner på sykehustjenester (4).

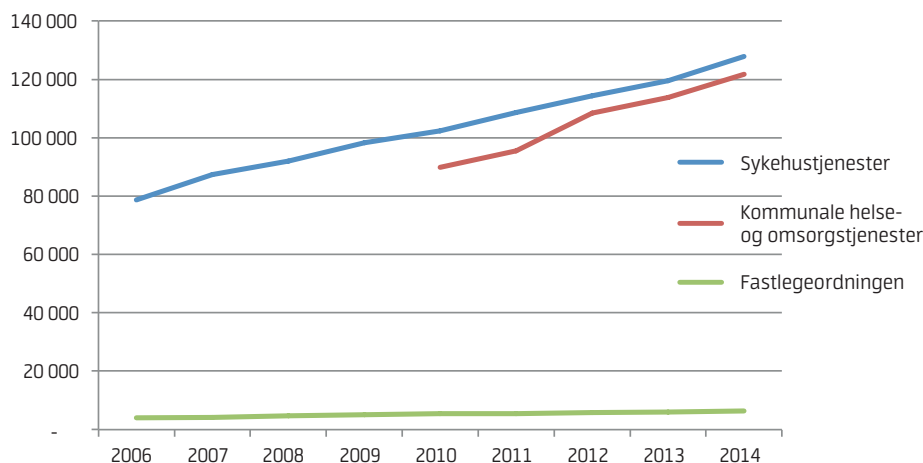
Til sammenligning kostet fastlegeordningen 6,4 mrd. kroner i refusjoner og egenandeler samt 2,2 mrd. kroner i per capita-tilskudd, i alt 8,6 mrd. kroner, svarende til 3,6 prosent av totalkostnadene for helse- og omsorgstjenester.

Som det fremgår av figurene i dette oppslaget er det et stadig økende gap mellom finansiell innsats i spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen. Fastlegeordningen sakter kontinuerlig etter, som et tegn på manglende satsing på utvikling av ordningen (5). Kostnadene til pleie- og omsorgstjenester og drift av spesialisthelsetjenesten synes å stige ufortrødent videre og ikke tydelig påvirket av samhandlingsreformen.

## – og ble det flere leger i kommunene etter samhandlingsreformen?

I løpet av 12 år (2001–2013) har det vært en økning på 726 fastleger eller 19,8 prosent,

FIGUR 1. Helseutgifter i spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastlegeordningen 2006–2014. KILDE: SSB



# reform – og hva så?



ifølge den offisielle fastlegestatistikken. Antallet fastleger som er kvinner har i samme periode økt med 631. I den samme perioden økte Norges befolkning med 12,9 prosent. Andelen som mottar pleie- og omsorgstjenester (som også er storforbrukere av legetjenester) er tredoblet i løpet av de siste 20 år.

Veksten i totalt antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten var i perioden 2008–2014 på 17,5 prosent (792 årsværk), mens den i spesialisthelsetjenesten var 24,8 prosent (2990 årsværk). I samme periode økte antallet årsværk innenfor pleie- og omsorgstjenesten i kommunene med 13 000 årsværk fra 121 000 til 134 000. I spesialisthelsetjenesten økte antallet årsværk fra 81 572 i 2003 til 89 768 i 2013. Landets ca. 4500 fastleger samarbeider derfor i dag med totalt ca. 225 000 årsværk i de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Veksten i både spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten har vært stor etter årtusenskiftet. Denne økningen i personellinnsatsen har vært ansett som nødvendig i en periode med økende behandlingsmuligheter og stadig flere som lever med omsorgsbehov som følge av dette, mens veksten i legeårsværk i kommunene har altså vært beskjedne. I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble det fremmet forslag om en betydelig økning i antallet leger i kommunehelsetjenesten. Blant annet heter det her:

Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Dette har ikke vært fulgt opp av nasjonale myndigheter og kommunene, og antallet primærleger i forhold til leger i spesialisthelsetjenesten har også etter 2008 relativt sett fortsatt falt, slik det har gjort gjennom mesteparten av etterkrigstiden (SE FIGUR 2).

En intensjon om å øke antallet primærleger kan ikke gjenfinnes i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste (6). Nå er det fokus på at fastlegene ikke skal bli flere, men at de skal avlastes av andre personellgrupper.

I en nylig utgitt rapport – *General Practice Forward View* – fra engelske National Health Service (NHS) beskrives en nokså parallell utvikling i England, som nå har ført til at NHS planlegger et krafttak for å styrke allmennpraksis (7). I forordet til denne rapporten skriver NHS-direktøren blant annet følgende:

So if anyone ten years ago had said: «Here's what the NHS should now do – cut the share of funding for primary care and grow the number of hospital specialists three times faster than GPs», they'd have been laughed out of court. But looking back over a decade, that's exactly what's happened.

Hvorfor blir det slik også i England? Englands NHS klarer ikke å hindre en massiv finansiell og personellmessig skjevutvikling til tross for at dette er et hierarkisk ledet helse-system uten ulike forvaltningsnivåer. Det gjør det kanskje lettere å forstå at dette også skjer i Norge, hvor 428 kommuner hver for seg skal drifte sin egen helsetjeneste.

Det er åpenbart at ressursdriverne i spesialisthelsetjenesten er mye mer virksomme enn i primærhelsetjenesten og derfor må møtes med effektive omfordelende virkemidler uavhengig av om man drifter med ulike forvaltningsnivåer eller ikke. Hvordan dette skal løses i den norske modellen er en gåte i seg selv, men det haster, og krever betydelig politisk mot og gjenomslagskraft.

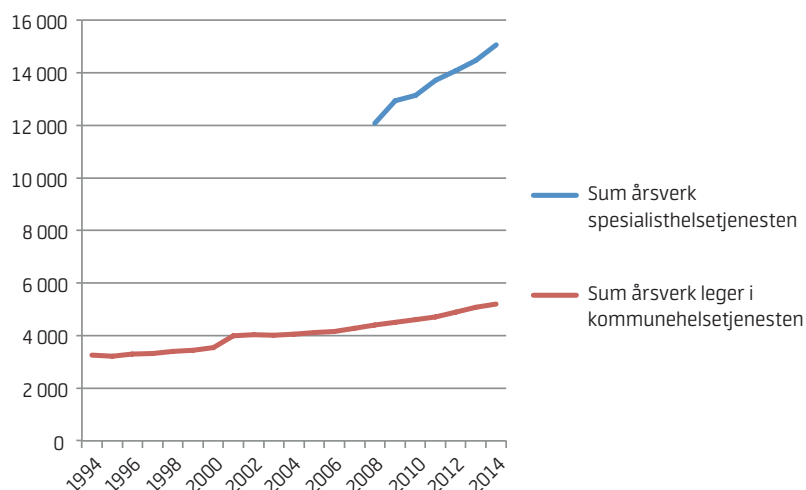
## Forventningene til samhandlingsreformen

Flere pasienter skulle behandles i kommunene. Dette skulle føre til redusert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten og overføring av økonomi til kommunene, som på sin side skulle ta ut gevinster ved at bedre forebygging skulle skape en friskere befolkning som trengte mindre helsehjelp og omsorg, og underforstått, hvis den levde lengre allikevel skulle være «billigere» for kommunene. Liggetiden i sykehus skulle ned ved at kommunene skulle betale for overliggerdøgn for pasienter som sykehuset hadde vurdert som utskrivningsklare, og «unødvendige innleggelse» skulle helst håndteres i kommunale senger. Den kommunale medfinansieringen skulle være et incentiv for kommunene til å utvikle sitt tjenestetilbud.

## Resultatene av samhandlingsreformen

Effekten av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner har vært evaluert (8). Hovedinntrykket er at avtalene er nokså likelydende. Det ser ut til at de forringene som ble lagt i den nasjonale avtaleveilederen (9) som ble utviklet av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med «partene» har bidratt til den ensartete praksisen. Lokale forhold, og forpliktelser mellom partene utover det som allerede

FIGUR 2. Utvikling av antall legeårsværk i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Tall ikke tilgjengelige før 2006 for spesialisthelsetjenesten. KILDE: SSB





fremgår av lov- og forskriftskrav ble i liten grad er tatt inn i avtalene.

Ingen klinikere deltok i utvikling av avtaleveilederen, og legenes rolle i helsetjenesten ble lite synlig. Legevakt er for eksempel helt kort knyttet til innleggelsesprosedyrer, og avtalespesialister og fastlegers rolle er omtalt under *øvrige tema som det kan lages avtale på*.

Helsedirektoratet laget også en veileder for øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene (10), som siden er blitt revidert. Man la til grunn et nasjonalt forsvarlighetskrav om 24 timers tilstedeværelse av sykepleier, mens kravene til leges nærvær i hovedsak ble overlatt til kommunen å beslutte. I revidert utgave er dette noe skjerpet slik at det nå tilrås at

...i et kommunalt tilbud som omfatter observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander må det være tilstedeværelse eller mulighet for rask tilkalling av lege 24 timer i døgnet.

Det legges fortsatt til grunn at legevaktstjenesten kan gjøre jobben.

Kommunal medfinansiering var det tyngste økonomiske elementet i reformen med en økonomisk ramme som var nesten ti ganger så stor som for utskrivningsklare pasienter. I den politiske prosessen var flere forslag på bordet, bl.a. inntil 100 prosent kommunal finansiering av enkelte diagnosegrupper som kols og diabetes, og ditto for personer over 80 år. Motstand fra de store pasientorganisasjonene ble som forventet sterk, og man endte med en flat medfinansiering på 20 prosent av DRG (diagnoserelaterte grupper) for innleggelser med medisinske diagnoser. Svakheten med denne modellen var åpenbar; kommunene måtte styrke sine tjenester på alle medisinske diagnosegrupper for å kunne påregne en effekt på sine kostnader, mens å satse på tiltak overfor enkeltdiagnoser gav for liten gevinst. Netto-effekten ble et nullsumspill

hvor 4–5 milliarder ble flyttet, fakturert og motregnet uten påregnelig nytte for noen. Det ble derfor lite støy da regjeringen Solberg kort tid etter tiltredelsen besluttet å fjerne medfinansieringsmodellen.

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter hadde en umiddelbar og kraftig effekt. Kommunene hentet ut omsorgskrevende pasienter i høyt tempo og antall overliggedøgn – og for en kort stund antall korridorpatienter – stupte på de fleste sykehus. Kommunene responderte ved å gire opp aktiviteten i hjemmesykepleie og i sykehjem, men heller ikke denne del av reformen tilførte kommunene en netto økonomi som gav rom for tjenesteutvikling. Legetjenesten var som tidligere beskrevet i liten grad påvirket av de valgte virkemidlene, og ble stående «på utsiden» av reformen. Både Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen har vurdert deler av reformen, og fremfører tydelig kritikk mot gjennomføringen.

### Kritikken mot reformen

Riksrevisjonen skriver blant annet at

...selv om kommunene mottar sykere pasienter med større behov for behandling og pleie enn tidligere, har kommunene verken økt kapasiteten eller hevet kompetansen til ansatte nevneverdig etter innføringen av samhandlingsreformen.

Man finner også at både kommuner og fastleger mener at mange blir skrevet ut for tidlig og at dette skaper utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre påpeker Riksrevisjonen at:

ØHD er lite brukt, og at virkemiddelet ikke brukes slik Stortinget har forutsatt. Slik ØHD benyttes i dag, står ikke antall behandlede pasienter i et rimelig forhold til det ofrentliges utgifter.

Helsetilsynet gjennomførte i 2015 tilsyn med utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (11). Tilsyn

net avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem. Tilsynet viste også alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon.

En forventet effekt av tidligere utskrivninger var en økning i ikke-planlagte reinnleggelser. Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk (12) viser at andelen personer som reinnlegges akutt innen 30 dager har vært jevnt økende for pasienter i behov av pleie- og omsorgstjenester fra 2011 til i dag, mens det i samme periode er en jevnt fallende tendens for personer som ikke er pleietrengende etter utskrivning både for de over 80 år og for hele populasjonen. Selv om det i litteraturen er påvist varierende sammenheng med andel tidlige reinnleggelser og utkomme i form av dødelighet er det all grunn til å bekymre seg over at nettopp de sykeste synes å være de som presses for raskt ut. Det haster derfor med å identifisere gode verktøy for å vurdere den faktiske effekten på våre pasienters helse av de økonomiske styringsvirkemidlene. Men foreløpig teller vi bare forløp og ikke utkommet for den enkelte.

### Var reformens hovedvirkemidler basert på beste faglige råd?

Det manglet ikke faglige innspill, både i forkant av stortingsmeldingen og i tiden frem mot 2012. Blant annet nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i november 2010 en bred og meget kompetent ekspertgruppe som skulle se særskilt på helsetjenesten til syke eldre (13). Gruppen skulle særlig se på kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for



eldre pasienter. Ekspertgruppen påpekte blant annet:

- Kommunale ØHD-senger kan være et tilbud for pasienter med avklart diagnose uten akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet, og med lang vei til sykehus.
- Det er ikke dokumentert at det forekommer et stort antall unødvendige innleggelser av eldre, og kommunale ØHD-senger kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger.
- Kommunale ØHD-senger må ha høy kvalitet på utstyr og bemanning fastsatt som nasjonale normer (røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr, døgnskoti-nerlig legeberedskap)
- Tilgang til sykehusets journalsystem for ansatte i ØHD er en forutsetning for gode behandlingsløp mellom forvaltningsnivåene.
- ØHD og sykehus må ha en og samme finansieringskilde for å unngå økonomisk press som påvirker sykehusene til å skrive ut for tidlig.
- Betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter fremmer ikke samarbeid, men er et typisk eksempel på en ordning som fremmer «svarteperspill» om pasientene.
- Det må antas at denne rapporten raskt ble lagt til «mogning i myrket», all den tid ingen av dens sentrale anbefalinger ble tatt til følge – snarere tvert i mot.

### Quo Vadis samhandlingsreform?

Samhandlingsreformen slik den faktisk ble, fremstår først og fremst som et sett med økonomiske virkemidler som skal redusere ulempene knyttet til at helsetjenesten er organisert i to siloer med ulik finansiering og lovregulering. Fortsatt leveres tjenestene av små og store virksomheter på ulike forvaltningsnivå, som først og fremst har

som oppdrag å levere tjenester innenfor sine egne budsjetter. Samhandlingen er i stor grad både styrt og begrenset av penger.

Vi vet egentlig ingenting om reformens effekt på helsetjenestekvaliteten eller pasientsikkerheten. En tydelig oppbygging av tjenestetilbud og kompetanse i kommunene har ikke funnet sted. ØHD-sengene har lavt belegg og i sum få liggedøgn. Med enkelte lokale unntak er det beskjedne resultater å vise til.

Satsingen på kommunikasjon og IKT-løsninger i Helse-Norge er fortsatt preget av pengeknapp konsolidering på gammel-dagse tekniske plattformer og langsiktige vyer med usikkert potensial. Aktiviteten i helseforetakene er høyere enn noensinne, men antall senger pr. 1000 innbyggere er lavt i et OECD-perspektiv, og liggetiden er blant Europas korteste. Veksten i antall leger i spesialisthelsetjenesten har fortsatt å være det flerdoble av økningen i antall leger i kommunehelsetjenesten. Virkemidlene i samhandlingsreformen har i liten grad utløst tettere faglig samarbeid, kompetanseutveksling og gjensidig hjelp. Og man har vel i og for seg fått som bestilt.

Fra et kvalitetsperspektiv må det kunne hevdes at reformen enten er uten betydning eller faktisk en pasientsikkerhetsrisiko, og nesten garantert ikke et kvalitetsløft. Det er jo en skuffende konklusjon når heller ikke vekst i samlet pengebruk eller ressursallokering ble endret som følge av reformen. Den korte beskrivelsen av reformen er at den ikke har oppnådd sitt mål. Da kan det selvfølgelig være fristende heller å nevne alle de gode lokale prosjektene og samtalene som lojale kommuner og helseforetak satte i gang for å gjennomføre reformen. Det er da også riktig at mye bra skjedde, men det er noe annet enn å nå må-

lene. Men som Bjørnstjerne Bjørnson sa det for mer enn 100 år siden: *I politikken må sannheten vente til noen har bruk for den.*

Den neste store debatten om samhandling i norsk helsetjeneste vil nesten helt sikkert dreie seg om de helt grunnleggende forholdene knyttet til forvaltningsnivåer og finansieringsmodeller, med nye teknologiske muligheter som et bakteppe. Fremtiden er nærmere enn vi tror og blir annerledes enn vi tenkte. Og kanskje kommer det et løft – og ikke bare løfter – som også bringer med seg økte ressurser, økte muligheter og økte kompetansekrav til primærlegene. Det fortjener våre pasienter.

### REFERANSER

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
3. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
4. Tallene er hentet fra [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
5. Sammen for en bedre primærhelsetjeneste. Rapport fra Legeforeningen 2015.
6. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
7. General Practice Forward View. National health Service april 2016).
8. Thokle Martens C, Veenstra M: Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding? NOVA rapport 9/2015.
9. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, nasjonal veileder. Helse- og omsorgsdepartementet 2011.
10. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell, Rapport fra Helseledningsdirektoratet 2012, revidert 2/2014.
11. Rapport 1/2016 Landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.
12. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk>.
13. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010.

■ JAN.EMIL.KRISTOFFERSEN@LEGEFORENINGEN.NO

