

Notat til Helsereformutvalget

Tema: Erfaringer og utfordringer sett fra kommunedirektørenes ståsted

Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Norge er i utgangspunktet solid. Den bygger på nærhet til innbyggerne, et sterkt lokaldemokrati og et klart lovgrunnlag som gir både rettigheter og ansvar. Samtidig står vi nå i et tidsskille der det er nødvendig å stille grunnleggende spørsmål ved hvordan systemet fungerer – og om det er i stand til å møte fremtidens behov.

Kommunene er bærebjelken i det norske helsevesenet, men tilbudet er sårbart, og har stått under press i mange år – noe som forventes å forsterke seg i årene som kommer. I kommunene kjenner vi på konsekvensene av at pasientforløp (særlig på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten) ikke henger sammen, at digital infrastruktur ikke fungerer sømløst, og at det rettslige rammeverket i mange tilfeller hemmer heller enn å støtte samhandling.

Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Den kanskje mest vedvarende utfordringen handler om hvordan samhandlingen faktisk fungerer i praksis. Mange steder oppleves relasjonen som god – særlig der folk kjenner hverandre og det er etablert strukturer for dialog. Men likevel: systemisk er relasjonen fortsatt preget av asymmetri. Sykehusene sitter med faglig og økonomisk definisjonsmakt, mens kommunene får oppgavene og forventningene, ofte uten de nødvendige verktøyene eller ressursene.

Tre forhold peker seg ut som de mest krevende: jus, teknologi og roller.

Det juridiske rammeverket er omfattende, men ikke tilstrekkelig samordnet. Ulike tolkninger av ansvarsforhold mellom nivåene skaper friksjon – særlig når det gjelder hva som er "ferdigbehandlet" pasient, når ansvar for oppfølging overføres, og hvordan taushetsplikt og samtykke håndteres. Lovverket er utviklet med gode intensjoner, men har ikke fulgt tempoet i tjenesteutviklingen. Resultatet er at juridisk usikkerhet ofte blir en praktisk barriere for samhandling, og at tjenestene bruker mye tid på å finne ut hva de kan og ikke kan dele – heller enn å bruke tid på pasienten.

Den andre store barrieren er teknologien. Til tross for mange nasjonale initiativ finnes det fremdeles ingen sømløs digital samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Journalsystemene "snakker" ikke sammen, meldingsutveksling stopper opp i tekniske feilkoder, og informasjonsdeling forhindres av systembegrensninger og uklar regelverkstolkning. For pasienten betyr det at man må fortelle historien sin på nytt, for ansatte betyr det dobbeltarbeid og frustrasjon. Samtidig ligger det et enormt potensial her: gode digitale løsninger kan være den viktigste nøkkelen for både kvalitet og effektivitet, men krever nasjonal samordning og tydelige standarder.

Det tredje elementet handler om roller og forventninger. Kommunene opplever ofte at spesialisthelsetjenesten definerer hva kommunen skal gjøre, mens sykehuset på sin side opplever at kommunene ikke tar imot pasientene raskt nok eller med tilstrekkelig kompetanse. Disse gjensidige forventningene skaper spenning i overføringspunktene. Samtidig finnes det mange eksempler på vellykket samhandling – der felles forståelse og tillit har erstattet formelle grenseoppganger. Det viser at utfordringen ikke bare handler om struktur, men også om kultur og ledelse.

Helsefellesskapene

Helsefellesskapene representerer et forsøk på å bygge bro mellom nivåene. For mange kommuner har dette gitt en etterlengtet plass rundt bordet, og der det fungerer godt, ser vi at dialogen er mer likeverdig. Men flere steder oppleves helsefellesskapene som tunge og ressurskrevende, med uklare roller og svært begrenset gjennomføringsevne. Skal de ha reell betydning, må de få tydeligere mandat, fast forankring og større grad av beslutningskraft. Ellers risikerer de å bli et nytt nivå i systemet, heller enn et redskap for samarbeid.

Ulik kommunestørrelse og generalistmodellen

Generalistkommuneprinsippet er en bærebjelke i norsk forvaltning. Det sikrer at alle innbyggere har rett til de samme tjenestene, uavhengig av bosted. Samtidig er det en voksende erkjennelse av at prinsippet er krevende å forvalte. Små kommuner har utfordringer med å opprettholde breddekompetanse og døgntkontinuerlig beredskap. Interkommunale samarbeid gir faglig gevinst, men kan svekke nærhet og lokal forankring, og det er vanlig med store spenninger i slike samarbeid, særlig når økonomien utfordres. Større kommuner opplever mer robusthet, men har samtidig et stort spenn i behov og kompleksitet. Det er fra kommunedirektørperspektivet en erkjennelse om at små kommuner og generalistkommuneprinsippet vanskelig kan leve side om side i årene som kommer hvor vi blir enda mer utfordret på demografi/mangel på personell.

Demografi, kompetanse og arbeidskraft

Den største og mest grunnleggende utfordringen for helsetjenestene fremover er mangel på kompetanse og arbeidskraft. Norge vil i løpet av de neste 15–20 årene ha flere eldre over 80 år enn barn under 15. Samtidig reduseres andelen yrkesaktive. Dette skaper et gap mellom behov og kapasitet som ingen organisasjonsmodell alene kan løse.

Fordelen med denne erkjennelsen er at den tvinger oss til å tenke nytt. Vi må styrke forebygging, ta i bruk teknologi, og organisere tjenestene slik at fagfolk bruker tiden sin på de oppgavene som faktisk krever fagkompetanse. Men ulempen er at det tar tid å endre både kultur og struktur, og at det i kommuneorganisasjoner med folkevalgt styring tar lang tid å etablere den nødvendige modenheten som skal til for å fatte ekstremt

upopulære avgjørelser. I mellomtiden må kommunene levere på dagens forventninger med morgendagens utfordringer.

Det er også et kompetanseproblem i seg selv at oppgavedelingen mellom nivåene er i endring. Når mer avansert behandling skjer hjemme eller i kommunen – for eksempel palliativ behandling, intravenøs antibiotika eller kreftomsorg – krever det kompetanse som mange kommuner ikke har, og som det ikke er finansiering for å bygge opp.

Gårdsdagens soleklare spesialisthelsetjenester er i mange tilfeller i dag tjenester kommunene kan og bør levere. Dette er imidlertid uten nødvendig finansiering, noe som fører til mer sårbare tjenester, store variasjoner og i noen tilfeller risiko for at pasienter ikke får den kvaliteten de burde.

Insentiver, økonomi og ulikhet

Finansieringssystemet bidrar heller ikke alltid til samhandling. Når økonomien følger aktivitetsnivå i spesialisthelsetjenesten, men kommunene får ansvaret for oppfølgingen, skapes det utilsiktede insentiver: sykehusene skal produsere, mens kommunene skal effektivisere. Det gagnar verken pasienten eller helheten. Samtidig gir lokale prioriteringer og økonomisk handlingsrom rom for innovasjon og nærhet, men også ulikhet. Det betyr at tilgangen på tjenester i praksis avhenger av hvor du bor, ikke bare av hva du trenger.

Hva som fungerer godt

Selv med et krevende bilde, er det mye som faktisk fungerer svært godt.

Kommunehelsetjenesten har en helhetlig tilnærming som utgjør en av de virkelig store styrkene i norsk helsevesen. Kommunene er generalister, og nettopp det er deres store fortrinn. De ser hele mennesket – ikke bare diagnosen – og kombinerer folkehelse, forebygging, behandling og omsorg i én sammenhengende struktur.

Denne generalistkompetansen blir enda viktigere i årene som kommer. Vi vil møte flere pasienter med sammensatte og brede behov, snarere enn spesialiserte enkelttilstander. Da vil det være nødvendig at tjenestene i størst mulig grad legges lokalt, nærmest mulig pasienten. Det gir trygghet, kontinuitet og mulighet for helhetlig oppfølging.

Det må også anerkjennes at dagens sykehjem i realiteten driver spesialisert helsetjeneste – særlig innen rehabilitering, demensomsorg, palliativ behandling og kompleks somatikk. Dette må ikke undervurderes. Sykehjemmene utgjør en sentral del av det samlede helsetilbudet, også dette har utviklet seg i stor grad de siste tiårene.

Fremover bør vi i større grad enn tidligere se på hvordan oppgaver kan fordeles på tvers av nivåene, basert på volum og behov heller enn historiske grenser. For store pasientgrupper som KOLS, diabetes, hjerte- og karsykdommer og psykiske lidelser, kan det være både faglig og økonomisk fornuftig at en større del av behandlingen skjer i

kommunen – i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men uten at pasienten nødvendigvis må til sykehus.

Dette aktualiserer også spørsmålet om lokalsykehusmodellen. Kan deler av denne modellen i større grad videreføres i kommunehelsetjenesten, gjennom for eksempel desentraliserte medisinske sentre (DMS)/ 1.5 linje-tjeneste? Mange kommuner har allerede erfaring med dette, og det viser at pasienter får god behandling lokalt, med støtte fra spesialisthelsetjenesten når det trengs. Slik kan vi utnytte ressursene bedre, redusere transport og ventetid, og samtidig bygge sterke lokale fagmiljø.

Oppsummering

Det norske helsevesenet har mange styrker: høy tillit, solid lovgrunnlag, dyktige fagfolk og en klar ambisjon om likeverd. Men dagens organisering utfordres av fragmentert styring, manglende digital samhandling og et juridisk rammeverk som ikke understøtter samarbeid.

Den største utfordringen for helsetjenestene fremover er kompetanse- og arbeidskraftmangel. Disse forholdene er gjensidig forsterkende: mangel på folk øker behovet for samhandling og teknologi, men dagens struktur gjør det vanskelig å realisere gevinsten.

Fremover må målet være å bygge et system der samhandling ikke er noe vi "får til tross for" strukturen, men noe som skjer naturlig *på grunn av* strukturen. Det krever tydeligere rammer, samordnet lovverk, digitale løsninger som fungerer, og ikke minst – en nasjonal vilje til å se hele helsevesenet som ett sammenhengende system hvor kommunene har en tydelig plass.