

Samhandling i helsetjenesten

1. Våre hovedpoeng

- Klinisk nytte for pasienten er det viktigste målet til helsetjenesten.
- Helsetjenesten må planlegges for de mange, ikke for de få. Samhandling og tverrfaglighet må brukes der det er nødvendig – ikke som et generelt prinsipp.
- Samhandlingsutfordringer i helsetjenesten er i stor grad uunngåelige, og skyldes ulike ansvar, prioriteringer og rammebetingelser – ikke manglende vilje til samarbeid eller manglende organisering av helsetjenestene.
- Samhandling forutsetter strukturer som gjør det mulig å håndtere uenighet og avklare ansvar på en systematisk og forutsigbar måte.
- Et rammeverk for samhandling synliggjør hvilke forutsetninger som må være på plass samtidig for at samhandling skal fungere i praksis
- Teknologiske, juridiske og økonomiske rammer må utformes slik at de understøtter – og ikke styrer – den kliniske virksomheten. Overdreven standardisering kan svekke fleksibilitet og redusere systemets samlede funksjon.
- Helsefellesskap og andre organisatoriske strukturer må videreutvikles som arenaer for å håndtere samhandlingsutfordringer. Dette forutsetter tydelige beslutningslinjer, reelle eskaleringsmuligheter og sterk klinisk representasjon.
- Selvstendig næringsdrivende leger må gis reelle forutsetninger for deltakelse i samhandlingsarbeid, inkludert tydelige rammer og økonomisk kompensasjon.

2. Innledning

Samhandling er et av de mest brukte – og minst omstridte – begrepene i diskusjonen om helsereform. På et overordnet nivå er det bred enighet om at bedre samhandling er både nødvendig og ønskelig. Uavhengig av perspektiv eller sektor er intensjonen den samme: tjenestene skal henge bedre sammen, og pasientene skal oppleve en mer helhetlig og sømløs helsetjeneste. I slike overordnede diskusjoner fremstår samhandling ofte som relativt enkelt. Ambisjonen deles av alle, og løsningen kan tilsynelatende oppsummeres i at aktørene må samarbeide bedre og snakke mer sammen.

Efaringene fra praksis viser imidlertid at virkeligheten er mer sammensatt.

Uansett hvordan vi organiserer helsetjenestene, vil det oppstå spenninger og konflikter i den praktiske samhandlingen mellom menneskene og virksomhetene som faktisk skal levere tjenestene. Dette er ikke nødvendigvis et tegn på at systemet fungerer dårlig, men en konsekvens av at ulike aktører har ulike ansvar, prioriteringer, ressursrammer og faglige vurderinger. Slike samhandlingskonflikter er derfor i stor grad uunngåelige.

Samhandlingsdebatten tar ofte utgangspunkt i pasienter med sammensatte og omfattende behov. Dette er en viktig gruppe, men utgjør en mindre del av den samlede

pasientpopulasjonen. Dersom systemet rigges med disse som norm, risikerer man å gjøre helsetjenesten unødvendig kompleks og mindre effektiv for flertallet av pasientene.

Helsetjenesten må derfor planlegges for de mange, ikke for de få. Tverrfaglighet og koordinering er avgjørende der det er nødvendig, men bør ikke gjøres til et generelt prinsipp uavhengig av behov. Samtidig må spissede samhandlingsløsninger kunne igangsettes når det er behov for det.

Det avgjørende spørsmålet er derfor ikke hvordan vi kan skape et system uten samhandlingsutfordringer, men hvordan vi kan håndtere dem på en konstruktiv måte når de oppstår. Vi kan ikke gjennomføre en ny reform, eller sette i gang et nytt prosjekt hver gang det oppstår uenighet om ansvarsdeling, oppgaver eller ressursbruk. Samhandlingen må håndteres i det eksisterende systemet. Samhandlingsutfordringer må derfor kunne identifiseres, diskuteres og avklares innenfor stabile og forutsigbare strukturer.

I dette arbeidet har vi derfor valgt å rette oppmerksomheten nettopp mot hvordan samhandling faktisk kan forvaltes i praksis. Tilnærmingen er prinsipielt uavhengig av hvilken endelig systemmodell eller organisering av helsetjenesten som velges.

3. Legeforeningens perspektiv

Samhandling må ha som mål å gi:

- bedre pasientforløp
- bedre samlet ressursbruk
- bedre kliniske arbeidsprosesser

For at vi skal oppnå dette må klinisk medisinskfaglig kunnskap ligge til grunn for **hva** som skal gjøres. Lokale forhold, behov og ressurser må i hensyntas når det avklares **hvem** som skal gjøre hva (oppgavedeling; mellom medisinske spesialiteter, profesjoner, virksomheter og enheter). Samhandlingsbehovet må definere **hvordan** oppgaven skal kommuniseres mellom partene, og teknologien og jussen må muliggjøre samhandlingen. Når kapasiteten er overskredet, må prioritering skje eksplisitt – ikke gjennom skjult oppgaveforskyvning mellom nivåer.

4. Hva er samhandling i helsetjenesten

Samhandling i helsetjenesten kan forstås på tre nivåer: praktisk samhandling i arbeidet rundt enkeltpasienter, organisatorisk samhandling som legger til rette for samarbeid mellom klinikere og tjenester, og samhandling på systemnivå, der de overordnede rammene for helsetjenesten utvikles og forvaltes. De tre nivåene er gjensidig avhengige: Systemnivået setter de nasjonale rammene, organisatorisk nivå operasjonaliserer disse rammene, og praktisk samhandling realiseres i møtet med enkeltpasienter.

Praktisk samhandling

Praktisk samhandling handler om hva leger og annet helsepersonell faktisk gjør i møte med pasienter, og hvordan dette kommuniseres. Den skjer direkte mellom leger, mellom leger og

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

deres faglige samhandlingspartnere – både internt og eksternt – samt mellom leger og pasienter. Ideelt er det tydelige ansvarsforhold (hvem gjør hva, når) og ansvarsoverføringer, med definerte oppgaver som fasiliteter at de ansvarlige får satt i gang med oppgaven.

Samhandlingen foregår både muntlig og skriftlig, blant annet gjennom konferering, journaldokumentasjon og elektroniske meldinger. Den praktiske samhandlingen skjer kontinuerlig – hver dag, og den finner sted uavhengig av hvordan helsetjenesten er organisert, men innenfor de rammene som systemet setter.

Når det oppstår usikkerhet eller uenighet om hva den enkelte lege skal gjøre for pasienten – enten det gjelder kliniske vurderinger eller praktiske spørsmål, som for eksempel hvor pasienten skal henvises – kan dette oppleves som samhandlingsproblemer for legen og/eller pasienten.

For å håndtere slike utfordringer må det finnes strukturer som gjør det mulig for klinikeren raskt å avklare om problemet skyldes manglende kunnskap eller utilstrekkelig informasjon, og dermed kan løses relativt enkelt på lavest mulig nivå. Dersom utfordringen er av mer overordnet karakter, bør den løftes til organisatorisk nivå for videre drøfting for å unngå at problemet blir tilbakevendende.

Organisatorisk samhandling

Samhandling på organisatorisk nivå forstås som de lokale strukturene som legger til rette for praktisk samarbeid mellom aktørene i helsetjenesten. Formålet med den organisatoriske samhandlingen er å forebygge situasjoner som beskrevet på det praktiske nivået, der det oppstår usikkerhet om hva den enkelte lege skal gjøre for pasienten. Det er på dette nivået lokale tilpasninger og løsninger utvikles og forankres.

Organisatorisk samhandling omfatter blant annet ansvarsavklaringer, relasjonsbygging, kunnskapsdeling og utarbeidelse av felles retningslinjer og prosedyrer. Beslutningsprosesser på dette nivået kan være preget av uenighet om mål, virkemidler og fordeling av kostnader og ansvar mellom aktørene.

Samhandling på systemnivå

Samhandling på systemnivå former handlingsrommet for hvordan helsetjenestene organiseres og samarbeider. På dette nivået dreier samhandlingen seg i stor grad om nasjonale prioriteringer, ressursfordeling og ansvarsdeling mellom ulike deler av helsetjenesten, samt juridiske rammer og nasjonale retningslinjer. Beslutningene er ofte politisk preget, og prosessene kan være omfattende og tidkrevende.

Selv om beslutninger på systemnivå ofte tas langt fra den kliniske arbeidshverdagen, får de direkte konsekvenser for hvordan helsepersonell kan samarbeide i praksis. Når økonomiske insentiver, juridiske rammer og praktiske behov ikke er i samsvar, kan dette føre til betydelige samhandlingsutfordringer.

- Hindringer anerkjennes, men samhandlingen uteblir
 - Konsekvens: Dårligere pasientbehandling

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

- o Konsekvens: Frustrasjon og en opplevelse av at samhandlingspartene "ikke vil" samarbeide, selv om årsaken ligger i systemiske barrierer
- Hinderet anerkjennes, men omgås gjennom praktiske løsninger
 - o Konsekvens: Det utvikles uformelle eller juridisk gråsonepregede praksiser, som kan innebære personlig eller organisatorisk risiko for dem som bryter eller tøyer regelverket.
 - o Konsekvens: Økt variasjon i tjenestetilbudet, hvor pasienter kan få ulike tjenester avhengig av geografisk tilhørighet (for eksempel forskjeller mellom kommune A og kommune B).

For å sikre god samhandling på systemnivå er det avgjørende med transparens og tydelig faglig forankring og hensiktsmessig arbeidsflyt i beslutningsprosessene. For å oppnå dette må det være kliniske representanter i forumene som tar beslutningene. Kliniske behov må reflekteres i ansvarsfordeling, finansieringsordninger, regelverk (lover og forskrifter) og i utviklingen av digitale løsninger for informasjonsdeling. Slik kan systemnivået understøtte – snarere enn hemme – samhandling i den kliniske hverdagen.

5. Rammeverk for samhandling i helsetjenesten

Mens de tre nivåene beskrevet over sier noe om *hvor* samhandling skjer og hvem som er involvert, sier de ingenting om *hva som må være på plass* for at samhandlingen skal fungere. For å tydeliggjøre dette kan vi se på samhandling som interoperabilitet – evnen aktørene i helsetjenesten har til å utveksle informasjon og anvende den på en hensiktsmessig måte. For at samhandlingen skal være sømløs og bidra til bedre pasientutfall i et bærekraftig helsevesen, må interoperabilitet oppnås på flere plan samtidig.

European Interoperability Framework (EIF)^[1] er en modell som beskriver hvilke faktorer som må være på plass for å oppnå samhandling innen et system.(1) EIF ble utviklet av Europakommisjonen for å gi konkrete retningslinjer for etablering av interoperable digitale offentlige tjenester. Selv om møtet mellom pasient og behandler fremdeles er det viktigste i helsehjelp er samhandling mellom tjenesteaktørene i høy grad, og stadig økende, en digital offentlig tjeneste.



Figur 1 Norsk oversettelse av interoperability framework

Legeforeningen har, etter inspirasjon fra EIF, beskrevet hvilke komponenter som må ivaretas for å oppnå god samhandling i helsetjenesten. Særlig har vi vært opptatt av komponenten "Organisatorisk samhandling". Denne er helt spesiell i helsevesenet fordi den tar opp i seg flere faktorer. Det ene er hvilke organisatoriske virksomheter som har sørge-for-ansvar, det andre er av hvem, og hvordan oppgaver faktisk utføres og det tredje er hvem som skal bære kostnaden av det konkrete tiltaket, og som kan viderefakturere til finansiell tredjepart. I tillegg har medisinen en rekke faglige veiledere, prosedyrer og rutiner som skal følges ved konkrete gitte tilstander. I Legeforeningens forslag til rammeverk for helsetjenesten er derfor den organisatoriske enheten delt opp i økonomisk samhandlingsevne, medisinsk samhandlingsevne og praktisk samhandlingsevne.

Hensikten med rammeverket er å konkretisere hvilke elementer som til enhver tid må være på plass, samt forklare samspillet mellom disse komponentene. Rammeverket kan bidra med å identifisere hva som er den reelle hindringen i det aktuelle samhandlingsproblemet.

Det har tidligere vært en utbredt oppfatning om at «alt som kan gjøres nasjonalt, skal gjøres nasjonalt». Legeforeningen mener at denne tilnærmingen bør nyanseres. Dette innebærer ikke at nasjonale samhandlingsløsninger og kodeverk er overflødige, men at de må utformes slik at de understøtter lokale, praktiske samhandlingsformer. De fleste pasientkonsultasjoner håndteres mellom fastlegen og pasienten. Av de tilfellene som krever samhandling mellom virksomheter, løses hovedtyngden lokalt – innen kommunen eller i samarbeid med nærmeste sykehus. Det er derfor avgjørende å etablere robuste strukturer for organisatorisk samhandling på lavest mulig nivå, samtidig som nasjonale standarder fungerer som en støttende ramme.

Rammeverket bidrar til å gjøre samhandling mer oversiktlig og gjennomførbar gjennom tydelig definerte komponenter som må ivaretas. Det bør benyttes både i planleggingen av samhandling og ved justeringer som følge av endrede behov eller nyoppdagede hindringer. Slik kan rammeverket støtte en mer målrettet og effektiv utvikling av samhandling i helsetjenesten.



Figur 1 Rammeverk for samhandling.

Rammeverket består av seks komponenter (hver fargeboks) som gjensidig må være tilstede. Langsmed komponentene ligger "Strukturer for organisatorisk samarbeid" som er arenaene der innholdet i de seks komponentene skal enes om og ivaretas. Den røde sammen representerer totalkapasiteten i systemet.

Den røde rammen – kapasitetsbegrensningen

Den røde ytre rammen representerer de overordnede kapasitetsbegrensningene i helsetjenesten, herunder tilgjengelige økonomiske ressurser og menneskelig kapasitet. Rammen appliseres også ved lokalt samarbeid, og vil da gjelde alle virksomheter som er en del av – eller blir påvirket av – samhandlingen.

En måte å holde seg innenfor rammen er å gi noen pasientgrupper, eller deler av helsetjenesten, mer ressurser, på bekostning av andre pasientgrupper. Dette er dog en prioriteringsdiskusjon mer enn en samhandlingsdiskusjon. Det som er viktig fra et samhandlingsperspektiv er å anerkjenne totalkapasitetens begrensninger. Dersom foreslåtte tiltak eller samarbeidsformer ikke lar seg gjennomføre innenfor systemets totalkapasitet, vil de heller ikke være realistiske å implementere.

De seks komponentene i rammeverket

For å oppnå helhetlig og velfungerende samhandling i helsetjenesten må flere gjensidig avhengige komponenter være på plass samtidig. Disse seks komponentene synliggjør hvilke forutsetninger som må ivaretas for at samarbeid mellom aktører skal fungere effektivt og bidra til gode pasientforløp. Dersom de seks komponentene ikke er tilstrekkelig ivaretatt produserer systemet workarounds eller uhensiktsmessig arbeid.

- **Praktisk**
Den praktiske komponenten handler om måter å arbeide på – altså den konkrete oppgavedelingen: hvem gjør hva, når, og hvor. Denne komponenten er todelt: den første handler om hvilke organisasjonsenheter som har ansvar for de ulike oppgavene, og den

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

andre handler om hvordan arbeidet faktisk utføres i praksis. Komponenten inkluderer både pasientflyt og arbeidsflyt for helsepersonellet som skal yte helsehjelp. Tydelig oppgave- og ansvarsfordeling er avgjørende for å sikre effektive og sammenhengende pasientforløp. Selv om praktisk samhandling ikke er standardisert forskjellige steder i landet kan kostnader og pasientutkomme fortsatt være likt.

- Språklig

Den språklige komponenten består av språkbruk i seg selv i tillegg til semantikk. Komponenten handler om hva som skjer i overføringen av informasjon fra ett ledd i samhandlingskjeden til det neste. Hva som kommuniseres – og hvordan det formuleres – har direkte betydning for hvordan mottakeren forstår og handler på bakgrunn av informasjonen som blir mottatt. Avsender har alltid en større kontekstuell forståelse enn mottakeren, ettersom avsender kjenner bakgrunnen og hensikten med informasjonen. Dersom språket er utydelig eller mangelfullt, kan mottakeren handle på en annen måte enn det som var intendert. Hvis informasjonen er for omfattende, risikerer man at den ikke blir lest på grunn av tidsnød. Presis og kontekstualisert kommunikasjon er derfor avgjørende for trygg og effektiv samhandling.

- Medisinskfaglig

Den medisinskfaglige komponenten omfatter beste praksis, faglige retningslinjer og kunnskapsbasert behandling. Samhandling må bygge på en felles faglig forståelse for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester på tvers av nivåer og virksomheter. Hvis det er medisinsk- og helsefaglig uenighet, f.eks. manglende dokumentasjon på kost- nytte, vil tiltaket neppe la seg gjennomføre.

- Økonomisk

Den økonomiske komponenten handler om finansieringsmodeller og refusjonsordninger i tillegg til økonomiske insentiver og eventuelle hinder for samhandling. Den økonomiske komponenten innebærer ikke nødvendigvis at midler skal overføres mellom partene, men at det tydeliggjøres hvilke investeringer – både tidsmessige og økonomiske – som kreves for å gjennomføre samhandlingen, samt hvilke gevinster som forventes. Dette er viktig for å ivareta transparens og tillit mellom samhandlingspartnerne. Det er egne utfordringer knyttet til investeringsfasen (eks. ressurskrevende integrasjonsprosjekter, opplæring) vs driftsfasen (forvaltningskostnader for IKT, refusjoner for samhandlingsaktiviteter etc.).

Markedsmekanismer virker oftest ikke, da en aktør må håndtere store kostnader mens gevinstene skal høstes hos en annen aktør.

- Juridisk

Den juridiske komponenten omhandler hvilke opplysninger som kan deles, med hvem, på hvilket tidspunkt, og i hvilket format. Helsetjenestens, helsepersonellens og pasientenes plikter og rettigheter inngår. Den inkluderer også avklaringer av hvordan regelverk skal tolkes og anvendes, særlig i situasjoner der bestemmelser fra ulike lover eller forskrifter kan oppfattes som motstridende. Tydelige juridiske rammer er avgjørende for å sikre både pasientvern, ansattvern og effektiv samhandling.

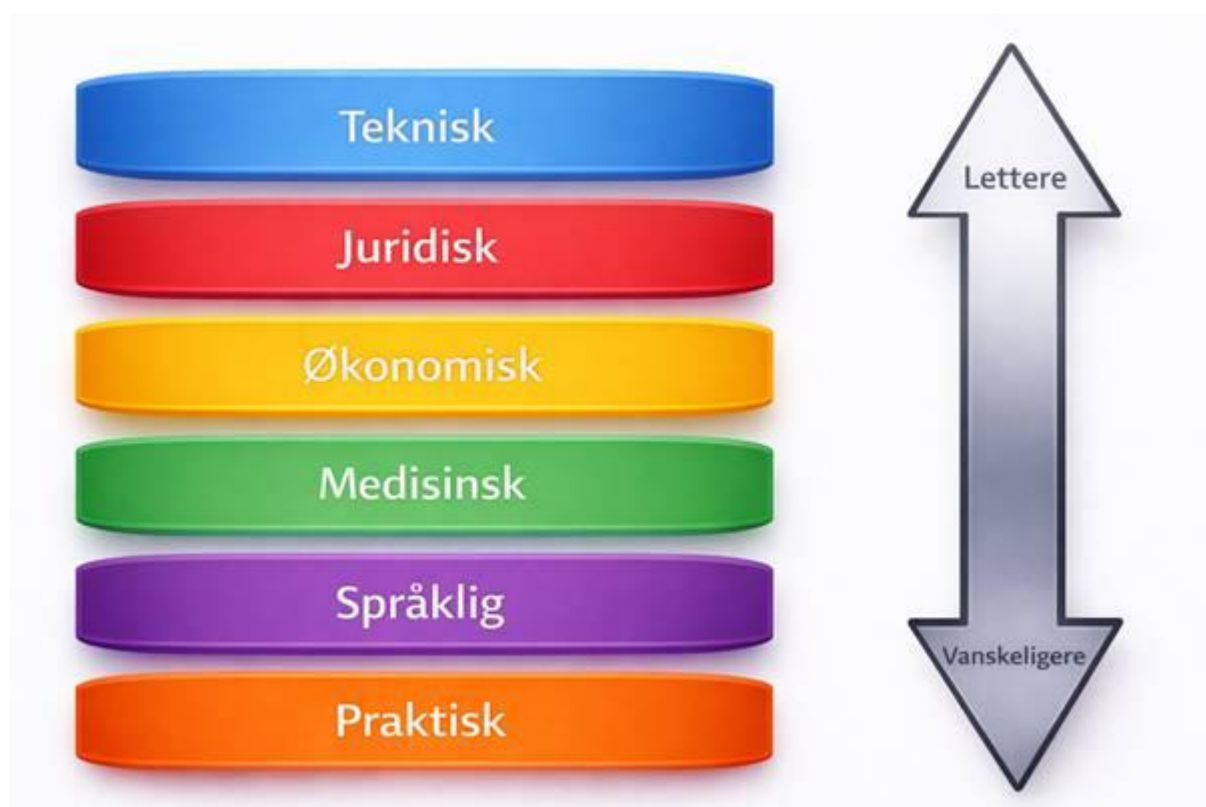
- Teknisk

Den tekniske komponenten omfatter de digitale og teknologiske løsningene som muliggjør kommunikasjon og informasjonsdeling. Dette inkluderer lokale journalsystemer og samhandlingssystemer, systemer som støtter både muntlig og skriftlig kommunikasjon, både synkront og asynkront. Teknologien må være sikker, brukervennlig og tilgjengelig for å

understøtte effektiv samhandling. Erfaringer med 20 års digitalisering av norsk helsetjeneste tyder på at utvikling og forvaltning tett på brukere og fagmiljøer gir de beste løsningene, mens stram standardisering av arbeidsflyt og systembruk gir forsinkelser og u hensiktsmessige løsninger.

Muligheter for standardisering av komponentene

Noen av komponentene i rammeverket egner seg for standardisering, mens andre i mindre grad lar seg standardisere. De tekniske, juridiske og økonomiske komponentene er de mest standardiserbare. Samtidig er det avgjørende at disse ikke blir førende for hvordan de øvrige komponentene utformes.



Teknologiske begrensninger kan sette uheldige premisser for pasientbehandlingen og føre til u hensiktsmessig praksis, unødvendig tidsbruk eller utvikling av «workarounds». Det er behov for tekniske standarder for utveksling av informasjon mellom systemer. Derimot vil teknisk standardisering av sluttbrukers arbeidsflyt i systemet, med tilhørende sentralisert forvaltningsregime, raskt bli en utfordring. Når systemet blir en barriere vil de lokale fagmiljøene fratas muligheten for å optimalisere sin praksis og tjenesteutvikling slik at viktige gevinster ikke kan realiseres. Eksempelvis vil en høy-effektiv poliklinikk på et lite sykehus kunne hemmes hvis systemet er designet for en mer kompleks og byråkratisk organisert poliklinikk med oppgavedeling til spesifikke yrkesgrupper på et regionsykehus. Det er derfor viktig at forvaltning og videreutvikling av journalsystemene er eiet og plassert tett på de lokale fagmiljøene.

Tilsvarende kan juridiske barrierer hemme samhandling, enten gjennom begrensninger i informasjonsdeling eller ved at regelverket tolkes og anvendes ulikt mellom aktører. For detaljert regelverk for informasjonsforvaltning vil i praksis fungere som kravspesifikasjon for

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

systemutviklingen, og blir dermed overstyrende for de praksisnære behovene. Harmonisering av rettigheter for pasientene er sentralt for å ivareta tillit til regelverket. Det er derfor behov for tydelige juridiske avklaringer og en praksisnær anvendelse av regelverket. De lokale fagmiljøene må ha handlingsrom i regelverket for tjenesteutvikling.

Fastlåste økonomiske regler for hva som kan kreves når, og av hvem, kan aktivt hindre god samhandling og føre til et svarteperspill der virksomheter unngår å gjøre det som er faglig hensiktsmessig fordi de samtidig påføres en økonomisk kostnad de ikke kan bære. Et eksempel på dette er tidlig utskriving, fordi sykehuset kun får inntekter knyttet til prosedyrer og ingen kompensasjon knyttet til tidsbruk på pasienten. De tekniske, juridiske og økonomiske standardene må med andre ord tåle variasjon i de øvrige komponentene.

Hva som er medisinskfaglig korrekt kan standardiseres til en viss grad gjennom faglige retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. Samtidig må det åpnes for medisinskfaglig skjønn, ettersom pasientenes individuelle behov varierer og det kontinuerlig tilføres ny kunnskap som flytter forståelsen for hva som er medisinskfaglig korrekt. Det som er medisinskfaglig korrekt å gjennomføre for de aller fleste pasienter, kan være direkte feil for en skrøpelig pasient som nærmer seg slutten av livet. Denne vurderingen ligger – og må ligge – hos legen. Det er viktig å erkjenne at hva som er medisinskfaglig korrekt henger sammen med hva som er praktisk mulig. Det er forskjell på ideell behandling og forsvarlig behandling.

Den språklige komponenten er delvis standardiserbar gjennom kodeverk og strukturerte dokumenter. Full standardisering er imidlertid verken mulig eller ønskelig. Medisinsk språk er utviklet for presis faglig kommunikasjon, og en forenkling kan redusere presisjonen i kunnskapsoverføringen. Selv om pasienten har rett til innsyn i egne helseopplysninger, er journalen primært et arbeidsverktøy for helsepersonell og må understøtte effektivt arbeid og god samhandling.

Tilgang til økende informasjonsmengder er en utfordring. Dette forutsetter at relevans prioriteres fremfor fullstendighet. For detaljerte krav til dokumentasjon kan føre til økt tidsbruk og større datamengder uten tilsvarende nytte, og gjøre det vanskeligere å identifisere det klinisk viktige. Vi må tillate variasjon for å oppnå gode og presise oppsummeringer, som fremhever det mest relevante for den aktuelle situasjonen. Kort sagt – alt er ikke alltid viktig.

Den praktiske samhandlingen er i minst grad standardiserbar. Helsetjenesten er preget av variasjon i pasientgrunnlag, ressurser, organisering og geografi. Det er derfor verken mulig eller ønskelig at alle arbeider på samme måte. For sterk nasjonal standardisering av arbeidsprosesser er uforenlig med effektiv ressursutnyttelse lokalt.

Enkelte oppgaver og pasientforløp kan likevel standardiseres, særlig der de er tydelig diagnostiske eller prosedyrebaserte, som ved håndtering av ST-elevasjonsinfarkt, hoftebrudd eller pakkeforløp for kreft. Selv i disse tilfellene vil det være behov for lokal tilpasning, blant annet knyttet til geografiske avstander og tilgjengelige prehospitale ressurser. Fleksibilitet og mobilitet i tjenesten må derfor understøttes av styringssystemer som gir rom for nødvendig variasjon. Man må «tegne kartet etter terrenget», ettersom terrenget ikke kan endres for å passe kartet.

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

Standardisering kan illustreres med en trikk: Når alt fungerer, er transporten effektiv og forutsigbar, og passasjerer merker knapt overgangen fra A til B. Utfordringen oppstår når trikken møter en hindring – da stopper systemet opp, og konsekvensene kan forplante seg til resten av trafikken. Trikken har ingen mulighet til å tilpasse seg eller svinge utenom hindringen. De kan være forlokkende å løse problemet med å legge alt på skinner slik at det ikke er noen hindringer, men samtidig er det verken mulig eller hensiktsmessig å legge trikkeskinner til alle byens hjørner. Det er dessuten lite effektivt å tvinge dem som kan gå til å benytte trikken, og noen ganger går folk på feil trikk og må ha muligheten til å gå av igjen uten å måtte sitte på til endestasjonen. Analogien illustrerer hvordan overdreven standardisering kan redusere fleksibiliteten og dermed svekke systemets samlede funksjon.

Med standardisering følger ofte et behov for tydelig styring. Legeforeningen har tidligere beskrevet utfordringer med en slik tilnærming, også basert på teoriene om de «onde sirklene» fra Ciborra (Ciborra og Lnza i Ciborra and Associates, 2000). (2) Kort oppsummert ønskes sentralisert, ovenfra ned styring for å skape kontroll. Arbeiderne på gulvet hemmes slik at de må finne lokale løsninger. Disse sees som "avdrift" fra modellen, og styringsstrukturen strammes ytterligere.

Når partene skal planlegge samhandling, bør arbeidet derfor starte nedenfra – med utgangspunkt i det som er vanskeligst å standardisere, nemlig den praktiske samhandlingen mellom helsepersonell. Fundamentet ligger i det medisinske. Deretter kan man bygge oppover, steg for steg, slik at alle komponentene i rammeverket blir ivaretatt. Standardisering alene må aldri være målet, men et virkemiddel for å understøtte klinisk god praksis.

Strukturer for organisatorisk samarbeid

Langsgående over komponentene i rammeverket ligger "Strukturer for organisatorisk samarbeid". Denne viser til de arenaene der samhandling planlegges, utvikles og forbedres, og hvor de øvrige komponentene må sees i sammenheng. Det er også her identifiserte samhandlingsutfordringer håndteres dersom de ikke lar seg løse ved enkel direkte dialog (se avsnitt om "Hva er samhandling i helsetjenesten").

Strukturene for organisatorisk samarbeid skal benytte rammeverket for samhandling aktivt i sin fremgangsmåte. Selve arenaen vil avhenge av hvem samhandlingen skal skje i mellom.

Innad i en virksomhet er den naturlige strukturen for organisatorisk samhandling den ordinære lederlinjen. Når virksomheter skal samarbeide på tvers brukes ulike arenaer for å dele informasjon, identifisere utfordringer og utarbeide løsninger. Dette kan være møtearenaer eller bruk av liaisons for å bringe informasjon mellom virksomheter. Organisatorisk samhandling er ikke nødvendigvis beslutningsarenaer.

Eksempler på innrettinger av organisatorisk samhandling på tvers av virksomheter:

- Helsefelleskap
- Dialogmøte avtalespesialist og helseforetak
- Faglige nettverk
- Nasjonal rådsmodell for e-helse

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

Planlegging av samhandling foregår på svært mange ulike arenaer. Alle disse kan, med rammeverket sørge for at utfordringene blir så små som mulige. Arenaene må også ha reelle kjeder for beslutninger. Konsensus er bra, men om konsensus ikke oppnås ved god dialog må det finnes muligheter for eskalering slik at beslutninger blir tatt. Innad i en virksomhet følger dette den naturlige ledelseskjeden. Når det foregår virksomhetsoverskridende samhandling må det være tydelige strukturer som ivaretar samarbeidende parter som likeverdige.

Sikring av kliniske representanter i strukturer for organisatorisk samarbeid

For å sikre komponenten «praktisk samhandling» er det avgjørende at klinikere er representert i de ulike strukturene for organisatorisk samhandling. Det må være aktive klinikere i løpende praksis – personer som faktisk skal gjennomføre de løsningene man blir enige om. Dette er en forutsetning for å forstå hvilke praktiske konsekvenser planlagt samhandling vil få i klinisk hverdag, og sørge for at de øvrige komponentene i rammeverket innrettes på en måte som er forenlig med det praktiske behovet.

I lokale strukturer for organisatorisk samarbeid, som f.eks. til de ulike nivåene i helsefellesskapet, bør de berørte legene selv få velge sine representanter. Ved at legene selv velger hvem som skal representere dem så må de i retur være lojale til bidrag og beslutninger som representanten bringer til møtet på vegne av dem, og beslutninger som følge av prosesser i samhandlingsstrukturen.

I strukturer som skal utvikle og ivareta nasjonale samhandlingsløsninger bør de kliniske representantene utpekes av legeforeningen gjennom legeforeningens fagakse- og utvalgsstruktur.

Frikjøp av selvstendig næringsdrivende klinikere

De næringsdrivende fastlegene og avtalespesialistene er ikke underlagt linjeledelse slik leger i helseforetak og ansatte leger i kommunehelsetjenesten er. For å sikre at disse har legitimitet i gruppen de skal representere må vedkommende representant gis mulighet til å forberede svar og innlegg nettopp på vegne av legegruppen og ikke bare på vegne av seg selv som enkeltstående klinikker. Representanten må avsette tid mellom møter til å orientere og hente informasjon fra øvrige leger gjennom deltakelse i for eksempel allmennlegeutvalg (for fastleger) og dialogmøter med legene som skal representeres.

Der ansatte kompenseres for sin tid uavhengig av oppgavenes art, er dette ikke tilfellet for selvstendig næringsdrivende. For disse innebærer tidsbruk på oppgaver som ikke genererer inntekt en direkte personlig økonomisk belastning. Det er derfor nødvendig med tydelig avklarte rammer, både for at slik deltakelse skal finne sted, og for økonomisk kompensasjon for deltakelse i slikt arbeid. Uten dette vil det kontinuerlig oppstå spørsmål både om hvorvidt selvstendig næringsdrivendes tidsbruk skal kompenseres, og hvilken instans som skal bære kostnaden. Kompensasjonen må dekke møtetid, reisetid, samt avsatt tid til arbeid mellom møtene.

6. Digitalisering og e-helse

Digitalisering av helsetjenesten og innføring av digitale virkemidler og er også samhandlingsprosjekter. Legeforeningen er særlig bekymret for den begrensede involveringen av kliniske leger i utvikling og forbedring av digitale samhandlingsløsninger. Som rammeverket viser, er de tekniske komponentene bare én del av samhandlingen. Gitt dette rammeverket nytter det ikke å lage gode tekniske løsninger hvis ikke det er enighet mellom aktørene om hvordan teknologien skal brukes i klinisk praksis.

Når leger er de faktiske brukerne av løsningene, må systemene utvikles med utgangspunkt i kliniske behov og i hvordan de skal understøtte praktisk samhandling i hverdagen. Uten kliniske leger involvert gjennom hele utviklingsløpet svekkes problemforståelsen, prioriteringene blir mindre treffsikre, og løsningene risikerer å gi dårlig støtte til arbeidsprosessene de er ment å forbedre. Det er derfor ikke tilstrekkelig med representasjon i nasjonale råd og utvalg. Klinikere må i langt større grad delta og lyttes til også i utvikling, utprøving og forbedring av løsningene.

Digitale samhandlingsløsninger feiler ikke først og fremst teknisk, men fordi de ikke er tilpasset den praktiske samhandlingen de skal understøtte. Legeforeningen har samlet erfaringer med hvilke suksessfaktorer og barrierer som skiller vellykkede e-helseprosjekter fra de mindre gode.⁽³⁾

Digitaliseringsprosjekter lider ofte av en kostnadskonflikt knyttet til utvikling av de faktiske tekniske komponentene. Dette er investeringskostnader som kan sammenliknes med bygningskostnader og innkjøp av diagnostisk utstyr. Denne faktoren må ikke undervurderes, særlig dersom partene som skal ta kostnaden ikke selv opplever en økonomisk gevinst, eller der gevinsten kommer samlet over svært lang tid. Hvis digitaliseringsprosjektet i tillegg er drevet av andre behov enn de kliniske, vil investeringsviljen naturlig være særdeles lav. For nasjonale digitaliseringsprosjekter anbefaler Legeforeningen en tydelig statlig finansiering knyttet til utvikling av komponenter på bakgrunn av klinikernes behov og fri tilgang til komponenten for integrering i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Videre er det utfordringer knyttet til rekkefølge- og samtidighetsutfordringer. Det nytter lite at en part er klar for teknisk samhandling flere år før en annen part er klar. Det er fortsatt behov for sterkere insentiver for å få til den nødvendige samtidigheten hos alle partene, og dagens nasjonale rådsmodell for digitalisering i helsetjenesten er ikke tilstrekkelig.

Erfaring fra utvalgte nasjonale digitaliseringsprosjekter

De tidlige digitaliseringsprosjektene, som etablering av EPJ og elektronisk sending av henvisning og epikriser, var i stor grad rene strøm-på-papir-prosjekter som i liten grad krevde endring av lowverk, ansvarsforhold eller arbeidsprosesser. Innføringen har gitt betydelig tidsbesparelser og er i utstrakt bruk i dag.

Innføringen av e-resept er et godt eksempel på et kliniske behov som ble understøttet med endringer i lowverk og teknisk tilpassing – godt i tråd med rammeverket. Finansieringen var delvis over statsbudsjettet, men det var forsinkende at virksomhetene selv måtte finansiere endringer i sine systemer.

Vedlegg 3. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

Videreutvikling fra e-resept til pasientens legemiddelliste (PLL) har vært i utprøving siden 2016. Prosjektet, som har vært klinisk etterspurt i mange år, har over tid vært preget av omfattende faglige diskusjoner om hvordan klinikere skal arbeide med én felles legemiddelliste. Avklaringer knyttet til praktisk samhandling har vært tidkrevende og har ført til gjentatte tekniske justeringer og tilpasninger. Disse har i stor grad vært finansiert av staten, EPJ-løftet eller av RHFene. Dette viser hvor krevende det er å få på plass løsninger som påvirker den faktiske samhandlingsdynamikken.

Kjernejournal (KJ) på sin side, er i motsatt ende av skalaen. KJ endrer ikke arbeidsprosesser, men gir lettere tilgang til informasjon som kan bedre beslutningsgrunnlaget. De første fasene var finansiert helt av staten, og var faglig lite utfordrende. Senere faser som integrasjon av kritisk informasjon og dokumentdeling har møtt økonomiske og særlig store juridiske hindringer som det har vært krevende å fjerne – på tross av et klart klinisk behov og tydelig gevinst for pasienten gjennom mer presis informasjonsdeling.

Prosjektene «pasientens måledata og velferdsteknologi» og «pasientens plan og egenbehandlingsplan» illustrerer utfordringer der mål, evidensgrunnlag og praktisk samhandling er utilstrekkelig avklart. I begge tilfeller har de teknologiske løsningene vært relativt enkle å etablere, i stor grad statlig finansiert, men det har vært begrenset faglig konsensus om hvordan samhandlingen faktisk skal foregå. Det mangler tydelige mål for hvilke problemer som egentlig skal løses – og for hvem. I prosjektet med pasientens planer har det vært uavklart hvem som skal initiere planen, hvilke pasienter som skal ha plan, hva planen skal inneholde, og hvem som har ansvar for oppdatering og avslutning. Samlet innebærer dette at man forsøker å standardisere og låse samhandlingen i tekniske mønstre som verken er faglig forankret eller praktisk avklart, noe som gjør løsningene krevende å ta i bruk og genererer kraftig motstand mellom partene.

Til slutt vil vi nevne Digitalt helsekort for gravide (DHG). Det er viktig å forstå at helsekort for gravide i hovedsak er et screeningprogram for å avdekke risiko for alvorlig sykdom og skade hos mor og foster, selv om det kan fremstilles som en slags "pasientplan". Det faglige grunnlaget for den praktiske samhandlingen er godt forankret på tvers av profesjoner og spesialiteter. Prosjektet, som i utgangspunktet er enkelt fordi den ikke forskyver ansvar eller arbeid i praksis, har krevd teknisk tilpassing i mange ulike journalsystem. For at løsningen skal fungere godt er det, som for PLL, behov for synkronisert visning i motsetning til aktiv sending til konkret mottaker som er tilfellet for henvisninger, dialogmeldinger og epikriser. Dette har medført nye kostnader og omfattende behov for juridisk klarering. Alle kommunale jordmorjournaler og fastlege-EPJ ble teknisk klare på kort tid, statlig finansiert, mens de regionale helseforetakenes journalsystemer foreløpig ikke er compatible. Legeforeningen forventer at implementeringen vil gå raskt når alle journalsystemene er teknisk klare. Den medisinske gevinsten av DHG er ikke reell før alle er koblet på.

Konsekvenser for organiseringen på e-helsefeltet

Eksemplene over belyser hvilke potensielle svakheter som har ligget på e-helseområdet de siste 20 år, og fortsatt er tilstede. I noen prosjekter er det fag, i andre jus, og andre igjen strever

med de rette finansielle insentivene. Ved å ta i bruk rammeverk for samhandling kan behovene lettere visualiseres og hensyntas i pågående og fremtidig arbeid.

Et samhandlingsprosjekt behøver kompetanse, tilpassing- og endringsevne i alle samhandlingskomponentene. Klinikerinvolvering er helt sentralt. Noe er enklere, noe er tregt, noe er dyrt. Organiseringen må ivareta disse rekkefølge- og samtidighetsutfordringene i hvert prosjekt. Jo lenger prosjektet strekker seg utenfor dagens eksisterende praktiske samhandling, jo mer krevende vil prosjektet bli.

7. Bedre bruk av helsefelleskap

Helsefelleskap er etablert i alle regioner og skal fungere som arena for organisatorisk samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Virkeevnen til de ulike helsefelleskapene varierer imidlertid betraktelig. Legeforeningen mener det er behov for sikre klare kjeder for levering av forslag innad i helsefelleskapet, samt at helsefelleskapene får økt myndighet til å behandle og vedta saker, samt innføre vedtakene ute i tjenestene.

Videre følger en beskrivelse av helsefelleskapets tre nivåer og hvordan disse tydelig bør utvikle og behandle samhandlingssaker:

Faglige samarbeidsutvalg - FS

Faglige samarbeidsutvalg må bestå av de som blir klinisk berørt av den aktuelle samhandlingen. Dette for å sikre faktisk faglig funderte forslag med praktisk innretning. Alle helsefelleskap bør ha minst et faglig samarbeidsutvalg som handler om ren lege-lege-kommunikasjon. Det er et tilbakevendende tema at kliniske leger savner arenaer der de kan etablere kontakt og samarbeide på systemnivå med andre kliniske spesialister enn sin egen.

Strategisk samarbeidsutvalg - SSU

Dette nivået skal ta i mot forslag til samhandlingsløsninger/rutiner utarbeidet av FS. Saker som blir vedtatt ved konsensus i SSU implementeres gjennom styringslinjer i henholdsvis kommuner og helseforetak.

Dersom man i SSU ikke oppnår konsensus på grunn av faglig uenighet må denne problemstillingen klargjøres og returneres til faglig samarbeidsutvalg for videre arbeid/presisering. Dersom man ikke oppnår konsensus på grunn av andre uenigheter må dette tydelig formuleres og saken løftes til behandling i partnerskapsmøte.

Partnerskapsmøtet

Dette er det øverste nivået i helsefelleskapspyramiden. Avgjørelser tatt i partnerskapsmøtet skal leveres tilbake til SSU. Medlemmene i SSU er ansvarlig for videre implementering i sine respektive linjer.

Når partnerskapet mottar saker med behov for juridisk avklaring, må partnerskapet sende en samsignert forespørsel til Helsedirektoratet der man ber om juridisk avklaring knyttet til den aktuelle samhandlingen. Helseministeren har vært tydelig på at han ønsker å gi mulighet til forskrifter som fraviker lovverk. Hvis slike løsninger identifiseres, så bør derfor partnerskapet

formulere hvilke lover det søkes unntak for slik at samhandlingsløsningen kan prøves ut.

Andre lokale samhandlingsstrukturer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Lokale samarbeidsutvalg

Noen områder har mindre arenaer for samhandling som ligger på siden av og kommer i tillegg til helsefellesskapene. Et eksempel er Vestre Viken HF som har egne lokale samarbeidsutvalg begrensete til hvert enkelt sykehus og de kommuner det aktuelle sykehuset er lokalsykehus for. For å unngå dobbeltarbeid og uklare ansvarslinjer bør slike utvalg knyttes tydelig opp i helsefellesskapets samhandlingslinje.

Fastlegerepresentasjon i helsefellesskapene

Fastlege bør, som beskrevet, være representert på alle nivåene i helsefellesskapet. Oppnevningen bør skje i allerede etablerte strukturer som i samarbeidsutvalget (ASA4310 punkt 4.2) mellom kommunen og de næringsdrivende fastlegene. Kommunen må inngå formell avtale med den/de oppnevnte. Avtalen må inneholde punkt om økonomisk kompensasjon for deltakelse. For øvrig vises det til Veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap. (4)

8. Avslutning

Samhandling kan ikke reduseres til et spørsmål om mer eller bedre vilje hos partene. Samhandlingsutfordringer vil oppstå uavhengig av organisering. Helsetjenestens organisering må være rigget for de mange, ikke for de få. Helsetjenesten må gjennom organisatoriske samhandlingsstrukturer tilstrebe å finne gode løsninger for å identifisere og igangsette tiltak for de pasientene som må behandles særskilt.

En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor strukturer og rammer som gjør det mulig å håndtere samhandlingsutfordringer på en systematisk og forutsigbar måte. Ved å bruke et rammeverk for samhandling får man tydelig konkretisert hvilke komponenter som må ivaretas når samhandling skal planlegges, justeres og forbedres. Uansett organiserings- og styringsform er det nødvendig med kompenserende tiltak som løser de naturlige barrierene innen samhandling. Samhandling kan ikke forventes løst med standardisering, og for stram standardisering vil virke kontraproduktivt på helsetjenestens hovedformål, møte mellom pasient og behandler. Det er stort behov for lokal tilpasning og medisinskfaglig skjønn for å optimalisere pasientmøtet. Uten dette vil systemet fortsette å produsere workarounds – ikke løsninger.

(1) [The European Interoperability Framework in detail | Interoperable Europe Portal](#)

(2) [Styrings- og finansieringsmodeller for effektiv e-helseutvikling i Norge. Legeforeningens innspill basert på internasjonale erfaringer. Den Norske Legeforening 2019](#)

(3) [Suksessfaktorer for digitalisering i helsesektoren. Den Norske Legeforening 2025](#)

(4) [Veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap. KS og Den Norske Legeforening 2021](#)