Kåre Hagen
Tor Saglie

Helsefellesskapene: En fugl uten vinger?

Sammendrag

En aldrende befolkning og økende omfang av psykisk uhelse, særlig blant unge, betyr at flere vil ha behov for kombinasjoner av helsetjenester som i dag leveres fra flere forvaltningsnivåer. *'Det må bli bedre samarbeid mellom tjenestene i kommunen og sykehus. Vi må viske ut de skillene som finnes i systemet i dag'*, sier den nye helseministeren Jan Christian Vestre, og setter organisering av helsevesenet høyt på sin agenda.
Utfordringen med å utvikle en pasientsentrert koordinering av spesialisthelsetjenester med en bredere vifte av primærhelse-, pleie- og habiliteringstjenester, finnes i alle velferdsstater. I Norge kom samhandlingsreformen i 2012, og i den et system med avtaler mellom den enkelte kommune og det respektive regionale helseforetaket. Evalueringer har vist at reformen ikke har løst koordineringsutfordringene. Fra 2020 er en ny løsning lansert, med 19 geografisk definerte helsefellesskap, konsolidert i en fornyet avtale mellom staten og kommunene i april 2024 og i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-27. Idéen er å utvikle en samhandlingsarena hvor alle relevante aktører samles for å etablere felles kunnskapsgrunnlag, problemforståelse og utfordringsbilde, og ut fra dette, utvikle tiltak som skal gi fire angitte pasientgrupper en helhetlig tjeneste. Det skal legges økt vekt på forebygging, habilitering og mestringstjenester. Dette skal skje gjennom en såkalt dialogbasert nettverksstyring, og uten endringer i dagens lovregulerte ansvarsfordelinger og finansieringssystemer.

I dette notatet reises spørsmålet om og eventuelt hvordan helsefellesskapene kan bli en effektiv organisatorisk løsning på det utfordringene det samlede helsevesenet står ovenfor. Først skisseres kort de koordineringsutfordringene som er mellom den regionalt organiserte spesialisthelsetjenesten og det bredere, kommunale ansvarsområdet. Deretter etterlyses et tydeligere, nasjonalt og mer prinsipielt overordnet ('makro-politisk') perspektiv. Med en slik vinkling kan den 'nettverksstyring' som helsefellesskapene skal utøve, betraktes som en metode for å oppnå samhandlingseffektivitet uten at prinsipielle spørsmål om ansvarsfordeling og finansiering blir aktivisert. Det er stor variasjon i kommunenes faglige og økonomiske ressursforutsetninger for å kunne delta i nettverksstyring. Tjenestene skal ikke bare være godt koordinert ovenfor den enkelte pasient, de skal også være av samme gode kvalitet for alle behovsgrupper. Nasjonale likhetsmål kan bli utfordrende å oppnå.

Styringsmodeller for et samlet, nasjonalstatlig helsevesen må hensynta den faglige og institusjonelle kompleksitet som kjennetegner helse- og omsorgstjenester. Aktørene må være omgitt av nasjonale rammebetingelser som understøtter tjenesteutvikling og innovasjon og som skaper attraktive yrkeskarrierer. Notatet avsluttes med en anbefaling om en større, faglig, utredning som kan belyse styringsutfordringene i en nettverksmodell, sett opp mot alternative modeller hvor samhandlingsutfordringene løses ved at mer ansvar samles på ett og samme forvaltningsnivå.

1 Innledning

Dagens helsevesen har vokst ut av 1900-tallets tradisjon hvor behandling av sykdom og skader ble konsentrert i egne institusjoner: hospitaler og asyler ble til sykehus, mens hjelp til pleie, omsorg og mestring ble utført lokalt. Sykehusene (og helseforsikringene) ble organisert av statsmakten, mens

omsorgsarbeidet fortsatte som et ansvar for familie og lokalsamfunn. Velferds*staten* bygde sykehusene, velferds*samfunnet* fikk omsorgsoppgavene[1].

I alle de ikke-sovjetiske landene ble det ble utviklet et helsevesen med tre nivåer: Det (nasjonal-) statlige nivået hvor rettigheter, ansvarsfordelinger og finansiering bestemmes i demokratiske prosesser, et regionalt mellomnivå hvor sykehusene frambringer den kunnskapstunge og diagnoseorienterte behandlingen, og det lokale nivået hvor familie, sivilsamfunn og kommunale myndigheter tar og har ansvaret for enkeltes behov for pleie, omsorg og mestring. Av historiske og politiske grunner, herunder kirkens rolle, utviklet det seg to hovedmodeller: En britisk-skandinavisk modell med offentlig eide sykehus finansiert gjennom statens ordinære inntekter, og en kontinentaleuropeisk modell med formelt private, ikke-kommersielle sykehus finansiert gjennom obligatoriske sosialforsikringer knyttet til arbeidskontrakten. I denne modellen, som da også preger vårt norske helsevesen, ble integrasjonen mellom nivå én og to sterk, i en tiltenkt arbeidsdeling med nivå 3, kommunene. I den kontinentale modellen ble integrasjonen sterkere mellom sykehusene og sivilsamfunnet, med staten i en tilbaketrukken rolle og forsikringskassene i en mer aktivt strukturerende funksjon[2].

Det er nyttig å minne om denne historiske konteksten for å forstå de to store, helsepolitiske spørsmålene som vokser fram ved inngangen til 2000-tallet: Det første er forholdet mellom nivå 1 og nivå 2: Hvordan skal staten organisere og utøve sitt eierskap over sykehusene? Det andre er forholdet mellom nivå 2 og nivå 3: Hvordan skal arbeidsdelingen være mellom sykehusene og det lokale ansvaret i en primærhelse- og omsorgstjeneste, mellom de 150 tusen ansatte i spesialisthelsetjenesten og en kvart million ansatte i kommunale tjenester?

Med innføringen av helseforetakene 2002 ble statens rolle reorganisert fra direkte å eie sykehusene gjennom 17 fylker, til å opprette (først fem, deretter) fire helseregioner med regionale helseforetak som juridisk og økonomisk formelt selvstendige enheter. Selv om foretaksmodellen jevnlig møter kritikk, både for å ha for svak demokratisk forankring og for å være en styringsmodell med for mye fokus på økonomisk effektivitet, er det i dag ingen reelle politiske eller organisatoriske alternativer til modellen[3]. Foretaksmodellen blir derfor tatt for gitt og ikke diskutert i dette notatet. Den store organisatoriske utfordringen ligger i forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale ansvarsområdene.

I dette notatet diskuteres *Helsefellesskapene* som en mulig løsning på de samhandlings-utfordringer som eksisterer, og som befolkning, pasienter, tjenestebrukere og pårørende erfarer som fragmenterte, lite koordinerte og ofte manglende løsninger på sine konkrete, helseproblemer[4]. 'Systemet' er langt fra å levere det sømløse forløp og den rette pakken av enkelttjenester som gir god livskvalitet for den enkelte. I neste avsnitt skisseres kort bakgrunnen for opprettelsen av, og troen på, helsefellesskapene som et effektivt organisatorisk virkemiddel for inter-organisatorisk integrasjon. Deretter, i avsnitt tre, argumenteres det for et styrket, overordnet ('makro-politisk') perspektiv på reformbehovet, og det henvises den danske

[1] Se NOU 1997:2 *Pasienten først: Ledelse og organisering av sykehus* for en god historisk framstilling av sykehusenes utvikling og plass i velferdsstaten.

[2] Et viktig innslag av denne tenkningen i Norge er representert ved den diakonale tradisjonen, og dens vekt på å integrere medisinske og sosiale tjenester med 'det hele mennesket' som bærebjelken i alt arbeid.

[3] Foretaksmodellen ble grundig evaluert i NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenester: Hvordan bør statens eierskap innrettes framover.* Flertallet i dette Kvinnsland-utvalget konkluderte med at ingen alternative modeller kunne gi bedre resultater

[4] For en god innføring i Helsefellesskapene, se: https://www.kompetansebroen.no/article/hva-er-helsefellesskap. Utviklingen av Helsefellesskapene siden innføringen omtales også i de årlige rapportene https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-23

'Sundhetsstrukturkommisjonens' nylig avgitte rapport[5]. I avsnitt fire pekes det på de store kompleksitetene som preger helsetjenestene, og det refereres til arbeid i Digitaliseringsdirektoratet som kan være nyttig. Til slutt etableres noen kriterier for hva en bedre organisering bør oppnå, og det foreslås en større utredning av de institusjonelle og organisatoriske utfordringene.

2 Utfordringsbildet

De samlede helse- og omsorgstjenestene skal levere gode løsninger på de helseproblemer befolkningen har og som vil komme i framtida. Tjenestene er rettighetsfestet. Lik tilgjengelighet for alle til faglig forsvarlige tjenester er et overordnet rettferdighetsmål.

Ved inngangen til 2000-tallet øker spenningen mellom på den ene siden en stadig mer høyspesialisert, kompetansetung spesialisthelsetjeneste, og på den andre siden et kommunalt ansvar for utvidede velferdspolitiske ambisjoner. I sykehusene øker behandlingsmulighetene, i kommunene merkes trykket fra en aldrende befolkning. Nye behandlingsmuligheter må forvaltes klokt for ikke å sprenge enhver nasjonaløkonomisk ramme, eldre må få tjenester som understøtter deres evne til å leve bedre med varige helse- og funksjonsutfordringer.

Inn i framtida vil forventningene om mer behandling for flere diagnoser forutsigbart øke, samtidig som det blir flere eldre med sammensatte utfordringer. Jo flere eldre det er i befolkningen, jo flere individer vil ha behov for tjenester både fra sykehusene og fra kommunen. Mye tyder også på at psykiske helselidelser er økende, og i yngre del av befolkningen. Dette er en gruppe som også vil kreve tjenester langs et bredt spekter fra forebygging, mestrings- og aktiviseringstiltak til ulike typer spesialisttjenester som i dag er lokalisert på ulike nivåer.

Fra innføringen av fastlegeordningen (2001) og organiseringen av sykehusene som foretak (2002) har det i en rekke utredninger jevnlig blitt uttrykt som et problem at det for ofte oppstår svikt i overgangene mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester[6]. Pasienter og brukere får ikke de tjenestene de har krav på. Samhandlingsreformen ble på denne bakgrunn fremmet av regjeringen i 2009[7], som grep for å løse tre utfordringer[8]:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true velferdssamfunnets bæreevne

Sentralt på tiltakssiden stod et krav om utvikling av samarbeidsavtaler mellom hver enkelt kommune og det regionale helseforetaket[9]. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fastsetter plikt til å inngå samarbeidsavtale og det stilles omfattende krav til avtalenes innhold. Som et minimum skal avtalen bl.a. omfatte retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester jfr. lovens §6-2, pkt 2. Når det avtales samarbeidstiltak, skal avtalen klargjøre ansvarsforholdene for organisering, finansiering og arbeidsgiveransvar.

---

[5] https://www.ism.dk/Media/638536232392906191/Hovedrapport - Sundhedsstrukturkommissionen.pdf
[6] For en god oversikt: Oppsummering av sentrale samhandlingsdokumenter og -rapporter. Helse Sør-øst
[7] St.m.47 2008-2009 Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted-til rett tid
[8] Op.cit s.21
[9] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak

Riksrevisjonen la i 2016 fram en undersøkelse om resultatene av samhandlingsreformen.[10] Det ble konstatert at mange kommuner opplevde det utfordrende å etterleve kravene i samarbeidsavtalene. Kommuner og sykehus hadde ofte ikke tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene. Videre ble det rapportert om mangelfull informasjonsflyt mellom sykehus og kommune om enkeltpasienters funksjonsnivå mellom sykehus og kommuner. Virkemidler som koordinator og individuell plan bidro i begrenset grad.

Forskningsrådet konstaterte i sin evaluering av samhandlingsreformen at det var usikkert om reformen hadde gitt merkbare uttellinger med hensyn til helhetlige pasientforløp.[11] Helsetilsynet publiserte i 2016 funn som viste alvorlige svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Overføring av informasjon om pasienten mellom sykehus og kommune var det området hvor det ble funnet flest lovbrudd og forbedringsområder.

Som et virkemiddel til å avbøte samhandlingsutfordringene ble Helsefellesskapene introdusert i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023[12], som en ny nasjonal modell for å løse samhandlingsproblemene på en bedre måte – 'å etablere en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste'. Det var ikke nok med samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. «For ofte opptrer kommuner og sykehus som parter og ikke partnere. For ofte kjenner ikke kommuner og sykehus til hverandres planer for utvikling av tjenestene.» Konklusjonen ble: «Kommuner og helseforetak bør derfor finne sammen i et bedre og mer likeverdig partnerskap. Nasjonale myndigheter må gi tydelige forventninger til et slikt partnerskap og støtte dette gjennom ulike tiltak.»[13][14]. Idéen er å etablere og strukturere en geografisk definert arena hvor alle relevante aktører møtes for å utvikle felles problemforståelser, planlegging og samarbeidstiltak.

Det er nå etablert 19 helsefellesskap. To utredninger, begge fra 2023, vurderer samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene i helsefellesskapene. Helsepersonellkommisjonen[15] konstaterer at dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene bidrar til at pasienter som trenger tjenester både fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste «ofte kan oppleves usammenhengende og at de ulike nivåene ikke kommuniserer godt nok»[16]. Kommisjonen fastslår at det «fortsatt er betydelige samhandlingsutfordringer til tross for en rekke tiltak». Det pekes på tiltak som kan skape forbedringer innenfor rammen av helsefellesskapene. Et flertall i kommisjonen mener likevel at dagens organisering i to forvaltningsnivåer med ulik styringslogikk er lite funksjonelt både mht. til personellressurser, pasientforløp og strukturtilpasninger. Kommisjonen foreslår en egen utredning av dette, herunder en vurdering av innføring av ett forvaltningsnivå for helse- og omsorgstjenestene.

Sykehusutvalget[17] påpeker to problemer med to ansvarsnivåer, med ulike budsjetter, beslutningssystemer og beslutningstakere som skal samhandle: For det første at kapasiteten i de to sektorene ikke alltid er avstemt eller sees helhetlig. For det andre at riktig kompetanse ikke alltid settes inn på riktig nivå og til riktig tid. Heller ikke fordelingen av den samlede kompetansen mellom nivåene er hensiktsmessig gitt oppgavefordelingen. Utvalget mener det er behov for tiltak som bidrar til å styrke den strategiske og faglige samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak.

---

[10] Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016), Riksrevisjonen

[11] Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Norges forskningsråd. 2016. s.9

[12] Meld.St.7 2018-2019 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

[13] Op.cit. s.26

[14] St.meld. 7 (2018-2019) https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/

[15] NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse-og omsorgstjeneste

[16] Op.cit s. 123

[17] NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Slikt budsjett må legge til rette for varig finansiering av samhandlingstiltak og bidra til at tidsavgrensede prosjekter kan tas inn i ordinær drift. Utvalget påpeker at gode pasientforløp forutsetter at IKT-systemene understøtter samhandlingen. Særlig viktig er Pasientens legemiddelliste (PLL) som er under utvikling.

I den nye nasjonale helse- samhandlingsplanen [18] avviser regjeringen nokså kontant forslaget fra helsepersonellkommisjonen om å utrede en ny organisering av helse- og omsorgstjenestene basert på ett forvaltningsnivå. I stedet foreslås det bl.a. et rekrutterings – og samhandlingstilskudd i tråd med sykehusutvalgets utredning.

På denne bakgrunn ble en ny samarbeidsavtale om videreutvikling av helsefellesskapene inngått mellom staten og Kommunenes interesseorganisasjon KS, i april 2024. Hensikten er å konkretisere hvordan regjeringen og KS sammen vil støtte opp om samarbeidet i helsefellesskapene. Målet er mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester, særlig for pasienter og tjenestemottakere med store, ofte varige og sammensatte behov. Denne målgruppen har et særlig behov for gode overganger mellom enkelttjenester både innen og mellom tjenestenivåene. I avtalen slås det fast tre organiserende prinsipper:

1. Partnerskapet mellom kommuner og sykehusforetak som bl.a skal innebære «et likeverdig ansvar for prioritering og styring» og «for den praktiske organiseringen av arbeidet»
2. En tredelt struktur med «et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg». Pasienter og brukere skal være representert på alle nivå og lokale fastleger og kommuneoverleger bør delta «der det er hensiktsmessig»
3. Formell beslutningsmyndighet skal fremdeles ligge i helseforetakene og kommunene. «Det krever gode og samordnede beslutningsprosesser i både kommuner og helseforetak slik at samarbeidet kan bli mer forpliktende»

Det innføres et «rekrutterings- og samhandlingstilskudd» til de regionale helseforetakene. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner og skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp. I avtalen gis Helsedirektoratet et «hovedansvar for å støtte helsefellesskapene «bla gjennom å utarbeide og tilgjengeliggjøre relevant styringsinformasjon». Arbeidet skal være særlig orientert mot pasienter/brukere med «sammensatte behov som trenger helhetlige og sammenhengende tjenester med trygge overganger både internt i og mellom tjenestenivåene». De regionale helseforetakene har fortsatt sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester i regionene og at det inngås samarbeidsavtaler. De skal inviteres inn til helsefellesskapenes møtearenaer «når det er relevant».

26. april-avtalen mellom staten og kommunene peker ut fire konkrete pasientgrupper som skal prioriteres: 1) Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, 2) Eldre med skrøpelighet, 3) Personer med flere kroniske tilstander og 4) Barn og unge med store og sammensatte behov. I tillegg er det fra regjeringens side signalisert et ønske om å gi prioritet til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Likeledes er forebygging, mestring, habilitering og rehabilitering særskilt trukket fram i Stortingets behandling av meldingen.

Avtalens mål er at Helsefellesskapene for disse målgruppene skal være et effektivt organisatorisk virkemiddel for '*tidlig identifisering, forebygging, rehabilitering og tilrettelegge for mestring*'. Disse gruppene er valgt ut fordi spesialisthelsetjenestenes bidrag til den enkeltes velferd må skje i tett, koordinert interaksjon med tjenester kommunene har ansvaret for å frambringe i rett tid og mengde. Den underliggende antakelsen er at samarbeidsutfordringene blir ekstra tydelige for

[18] Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse – og samhandlingsplan 2024-2027, s. 51: Regjeringen anerkjenner at forskjeller i styring, organisering og finansiering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan være en utfordring for samarbeidet. Regjeringen vil imidlertid ikke utrede nevnte forslag

disse pasientgruppene, og at denne synligheten i seg selv, fremmer kollektive forståelser for utviklingen av bedre samhandlingsrelasjoner.

Den nye avtalen, og summen av de tiltakene som skisseres, er en økt institusjonalisering av selve samhandlingsprosessene mellom kommuner og helseforetak. Men fortsatt er ansvar og myndighet delt mellom mange aktører med de utfordringer dette medfører. Skal disse forventningene innfris krever det både lederoppmerksomhet på ulike nivåer, samt ressursbruk for fagpersoner på ulike områder. Samtidig er det grunn til å merke seg formuleringen om at de grunnleggende ansvars- og myndighetsforholdene mellom stat og kommune skal legges til grunn med et «likeverdig» ansvar for helsefellesskapets innsatsområder. Todelt ledelse er en krevende ledelsesform for de involverte med betydelige potensialer for ansvarspulverisering. I avtalen underkommuniseres det at staten har et lovgivnings- og tilsynsansvar for helse- og omsorgstjenestene i sin helhet og ved det også ansvaret for pasient- og brukerrettigheter. Tilsvarende nevnes ikke statens finansieringsordninger for kommunene og for spesialisthelsetjenesten.

I tillegg kommer forholdet mellom helsefellesskapene og dagens kommunestruktur. En utfordring knytter seg til antallet kommuner i hvert av de 19 helsefellesskapene. Eksempelvis inkluderer Innlandet helsefellesskap 42 kommuner. Dette har nødvendiggjort en såkalt samarbeidsmodell bygget på 7 helseregioner innenfor helsefellesskapet. En annen utfordring knytter seg til variasjonene i kommunestørrelser som har medført ulike interkommunale samarbeidsstrukturer knyttet til tjenesteproduksjonen. Generalistkommunemodellen (som mye av modelltenkningen har hatt som utgangspunkt) er derfor under press.[19] Geografiske avstander og variasjoner i befolkningstetthet danner også en del av bakteppet for utfordringsbildet.

Innledningsvis beskrev vi helsevesenet som bestående av tre nivåer: den regulerende staten, spesialisthelsetjenesten og det lokale nivået. Helsefellesskapene er en ambisjon om, og et forsøk på å løse samhandlingen mellom nivå 2 og nivå 3 med staten, nivå 1, i en mer tilbaketrukken rolle. Det store spørsmålet er om dette kan lykkes.

3 Et makro-politisk perspektiv: Er helsefelleskap et adekvat svar?

Alle utviklede velferdsstater sliter med å integrere sykehusbehandling med den bredere vifte av tjenester i primær- og folkehelsearbeidet. Innen de medisinske disipliner driver en omfattende forskning fram stadig flere, ofte svært kostbare behandlingsmuligheter, samtidig som en aldrende befolkning har krav på tjenester til bedre å meste de daglige utfordringer.

Også i Danmark er modellen med helsefellesskap lansert, med navnet Sundhetsklynger. Den organisatoriske modellen bak både sundhetsklyngene og helsefellesskapene er vel kjent i statsvitenskapelig organisasjonsforskning. Koordineringsproblemer og aktørkonstellasjoner som leder til styringsutfordringer, ineffektivitet og svak måloppnåelse finnes på mange områder, det er vel kjent fra NAV-reformen og i kampen mot økonomisk kriminalitet

Den tradisjonelle løsningen på et koordineringsproblem er etablering av én sentral myndighet, som deretter utøver hierarkisk kontroll over alle de aktører og ressurser som må virke sammen til det hele, og til den måloppnåelsen som sentralmakten ønsker realisert. I mange situasjoner mangler en slik sentralmakt. Det klassiske eksempelet er det internasjonale samfunn, med et par hundre suverene stater uten en 'verdensregjering'. I den europeiske unionen, og i stater med føderal struktur, er det konstitusjoner som fordeler makt og ansvar mellom ulike styringsnivåer, ofte i stor detaljeringsgrad. Både i EU og i USA er det konstitusjonelt regulert hvilke formelle myndigheter som ligger hos sentralmakten, og hvilke som er hos (del-) statene. Både Danmark og Norge er enhetsstater, men hvor staten har delegert et betydelig ansvar til kommunene, i begge

[19] Jfr NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet.Likt ansvar-ulike forutsetninger.

land gjelder dette et omfattende ansvar for primærhelse- og omsorgstjenester. I Norge er det kommunale selvstyret grunnlovsfestet. Den norske spesialisthelsemodellen med regionale statsforetak er også en delegasjon av statlig suverenitet, dog med et hierarkisk og politisk element hvor helseministeren er foretakets eier og med et overordnet politisk ansvar som kan utøves på ulikt vis, både ved eierstyring og ved enkeltbevilgninger

Det er en stor faglitteratur om hvordan styrings- og koordineringsutfordringer oppstår i politiske systemer med oppsplittede ansvarsforhold og rettigheter til selvbestemmelse. Utfordringens kjerne er vanligvis at selv om partene kan ha samme problemforståelse og målbilde, er ingen villige til å gi fra seg sin formelle selvråderett (suverenitet) til en annen part eller til en ny felles autoritet. Koordinering, forstått som at egne handlinger er forutsigbart betinget av andre aktørers handlinger, må derfor framkomme gjennom i prinsippet tre muligheter: Den første er frivillige avtaler. Partene forhandler fram en enighet, hvor partene binder seg til å gjennomføre bestemte oppgaver, eventuelt også å opprette nye organer til å utføre bestemte funksjoner. Typisk i så måte er det at ved opprettelsen av helseforetakene ble kommunene pålagt å lage avtaler med helseforetaket i sin region. I NAV er det avtaler mellom stat og hver enkelt kommune.

Den andre koordineringsmetoden er ved finansieringsordninger og økonomiske insitament-strukturer. Som regel er de økonomiske ressursene svært skjevfordelt mellom aktørene. Den som har mye ressurser kan betale en annen aktør for å levere en ønsket prioritering eller aktivitet. I Norge er statskassen velfylt, helseforetakene har en sterkt regulert inntektsstruktur mens kommunene har sin egeninntektsside. I samhandlingsreformen ble det innført en mekanisme hvor kommuner må betale en døgnpris til helseforetaket dersom de ikke er i stand til å overta ansvaret for en pasient foretaket mener er ferdigbehandlet. Staten har en betydelig mulighet til å påvirke helseforetak og kommuner ved særskilte bevilgninger, eldremilliarder og andre satsinger.

Den tredje styringsformen omtales gjerne som 'den åpne koordineringsmetoden'. Metoden knyttes gjerne til EUs bestrebelser på å utvikle en felles europeisk velferdspolitikk som ikke utfordrer medlemslandenes suverenitet. Metoden har fire elementer, drevet fram av Kommisjonen i en sekretariatsfunksjon: 1) medlemslandene skal diskutere seg fram til felles problembeskrivelser og målsettinger, 2) det skal utvikles felles europeiske retningslinjer og nasjonalstatlige strategier for å understøtte de felles målsettingene, 3) det skal utvikles et omforent kunnskapsgrunnlag med indikatorer til å overvåke det enkelte lands utvikling, og 4) et håp om at gode løsninger sprer seg mellom landene ved kopiering av beste praksis. Det er ikke vanskelig å gjenkjenne disse elementene også i forhåpningene til helsefellesskapene. Et annet godt norsk eksempel åpen koordinering er IA-avtalene mellom arbeidslivets parter. Idéen er at diskusjon om utfordringer, målsettinger og kunnskapsgrunnlag, *i seg selv* bidrar til en standardisering av enkeltaktørenes adferd på en slik måte at felles mål oppnås uten å utfordre noens formelle kompetanser.

Den statsvitenskapelige betegnelsen på slik *ikke-hierarkisk politikkutvikling* er 'nettverksstyring'. Nettverket består av de aktører som gjennom sine formelle roller, faglige kompetanser og tjenestebehov er nødvendige som deltakere i de koordinerte løsninger som fordres for å oppnå et mål. Nettverksstyring (også kalt flernivå-styring, 'multi level governance') kan betraktes som en metode til å overkomme interesser som er organisert i siloer, enten disse nå består av juridiske ansvarsområder eller faglig-profesjonelle identiteter.

I lys av den rivende utviklingen av kommunikasjonsteknologi og digitaliserte løsninger både innen enkelttjenester og mellom tjenesteytere, er det sterkere enn noensinne viktig å vektlegge utviklingen av ett felles informasjonshåndteringssystem som en fundamental forutsetning for at nettverksstyring skal kunne lykkes. Det er vanskelig å se for seg at en slik digital transformasjon er mulig uten at en sentralt etablert autoritet kan overstyre lokale beslutninger, av den enkle

grunnen at effektiv gevinstrealisering fra ny teknologi fordrer en sterk, teknisk standardisering, systemene må kunne 'snakke sammen'.

Nettverksstyring er et alternativ til å reorganisere formelle ansvarsforhold. Det store spørsmålet er om konstruksjoner som sundhetsklynger og helsefellesskap kan bli effektive løsninger på koordineringsutfordringene. I Danmark konkluderer Sunnhetsstrukturkommisjonen[20] med at 'den nuværende konstruksjon af sundhetsklyngerne imødekommer ikke i tilfredsstillende grad sundhetsvesenets udfordringer med at samarbejde på tværs af sektoropdelingen'. De har ikke har vært «et stærkt svar på sundhedsvesenets strukturelle udfordringer.»

Den danske evalueringen av «sundhedsklyngerne» basert på intervjuer med deltagere i klyngene har som hovedkonklusjon at disse i begrenset omfang har potensiale å oppfylle sitt formål, samt gir liten merverdi i forhold til tidsforbruket. Mer detaljert pekes det på:

- «Byråkrati»: Tungt samarbeid, hvor det investeres mye leder- og medarbeidertid både direkte og indirekte i et fåtall tverrgående initiativer og prosjekter.
- «Representasjon»: Overrepresentasjon av ledere med overordnet strategisk fokus, for lite driftskompetanse. Særlig utfordring underrepresentasjon av «almen praksis», jfr fastlegene i norsk kontekst.
- «Vanskelige vilkår for beslutninger» særlig knyttet til gjensidige forpliktelser av tiltak som må finansieres i fellesskap.

Som en sammenfattende vurdering hevdes det: «Der er meget få sundhedsklyngedeltagere som vurderer, at sundhedsklyngerne i sin nuværende konstruktion er et relevant svar på de strukturelle udfordringer, sundhedsvæsenet står i.»

I den til nå mest omfattende vurdering av Helsefellesskapene, konkluderer Rambøll i en rapport for KS[21] at: *'Når det kommer til samordning mellom helseforetak og kommunene se mange at avtalen (..) har bidratt positivt, i det minste gjennom å styrke forpliktelsen til samordning. Flere ser imidlertid lite tegn til samordning i praksis. Når det kommer til bedre felles planlegging er det fortsatt en vei å gå for helsefellesskapene. Det meldes fra flere hold at intensjonen om å involvere hverandre i å planlegge er tilstede, men dette gjøres ikke i tilstrekkelig grad'*

I Norge forslår Helsepersonellkommisjonen som før nevnt å utrede færre forvaltningsnivåer, noe regjeringen har avvist. I stedet er mer ressurser og forhåpninger knyttet til Helsefellesskapene. Dette kan bety at man skyver de mer grunnleggende, institusjonelle utfordringene foran seg, og at tid tapes i å omstille helse- og omsorgstjenestene til den behovsutvikling i befolkningen som nå kommer med full styrke. Kanskje er det dette den nye helseministeren har innsett, når han nå, i et sommerintervju med Aftenposten, har satt organisering høyt på sin agenda?

I Danmark har Sundhetsstrukturkommisjonen utredet tre tenkelige løsninger på koordineringsutfordringene. I modell 1 samles alt ansvar i 8-10 regioner. Overført til en norsk kontekst ville det kunne innebære at helseregionene blir til 'helse- og omsorgsregioner', kanskje noen flere enn dagens fire. I prinsippet kan det være demokratiske valg til en regional ledelse, kanskje også med adgang til å kreve inn en regional helseskatt. En slik modell ville innebærer en overføring fra kommuner til region av de oppgaver hvor den medisinsk-faglige komponenten er av vesentlig betydning for pasienten: diagnostisering, behandling, oppfølging, habilitering og pleie. De kommunale oppgavene ville bli tydeligere spisset mot funksjoner hvor den medisinsk-faglige

[20] Sundhedsstrukturkommisionens rapport: Beslutningsgrunnlag for et mer lige, sammenhængende og bæredyktig sundhedsvesen. Juni 2024

[21] Rambøll Management Consulting, april 2024: Kartlegging av status for helsefellesskapene. Rapoort for KS

kompetansekomponenten ikke er like betydningsfull, men hvor forebyggende folkehelsearbeid og sosiale mål om hverdagsmestring, selvhjulpenhet og livskvalitet er de sentrale oppgavene.

I modell 2 samles alt ansvar hos staten, mens i modell 3 styrkes det kommunale nivået ved overføring av ressurser, personell og oppgaver fra sykehusene. Felles for alle modellene er en funksjonelt begrunnet *ansvarskonsentrasjon*, mens de altså skiller seg ved hvilket forvaltningsnivå denne konsentrasjonen skjer på: i nasjonalstaten, i regionene eller i kommunene.

Den danske og norske befolkningen har likeartede helsebehov. Utviklingsbaner og forebyggingsutfordringene er de samme. Systemutfordringen ligger i hvor grensesnittet skal legges mellom det lokale ansvaret i familie, nærsamfunn og kommune på den ene siden, og den profesjonelle, kompetansekrevende tjenesteproduksjonen på den annen. Interessant i denne sammenhengen er hvordan den danske kommisjonen legger stor vekt på de mindre kommunenes utfordringer med å rekruttere personell og kompetanse, og til å kunne levere tjenester over hele landet av den kvalitet borgerne har krav på.

Avtalen mellom stat og kommune som danner de norske helsefellesskapene står i et spenningsforhold til de etablerte prinsipper for samhandling mellom stat og kommune nedfelt både i lov og retningslinjer. Ved at fellesskapene strukturerer en arena hvor alle impliserte aktører møtes rundt en felles agenda kan de ha i seg potensialer for å institusjonalisere nye former for styring og koordinering gjennom nettverk. En slik utvikling vil forutsette at det gis store adganger for aktørene til pragmatisk å kunne delegere ansvar og ressurser til hverandre (slik for eksempel partnerskapsløsningene i NAV).

Samtidig, det er 19 slike fellesskap, de vil romme tjenestenes fulle kompleksitet, så mulighetene for at lite skjer foreligger nok også. Lov om kommuner og fylkeskommuner etablerer kommunene som selvstendige rettssubjekter. Begrensninger i det lokale selvstyret må ha hjemmel i lov. Det slås fast at offentlige oppgaver fortrinnsvis bør legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne, samt at kommunene bør ha frie inntekter som gir økonomisk handlingsrom (§2-2). Dette er nok i praksis en begrensning på hva som kan oppnås med helsefellesskapene.

4: Helhetlige tjenester – hvorfor så vanskelig?

Helspersonellkommisjonen har gitt et grundig kunnskapsgrunnlag for å utvikle politikk som kan legge til rette for at tjenestene har de menneskelige ressursene som trengs for å ivareta og utvikle det offentlige velferdsansvaret alle ønsker. Personellet opererer i, og på mange måte er de, selve koblingen mellom menneskenes behov og systemets institusjoner. Utfordringene kommisjonen peker på er så store at det kunne være behov for to ytterligere utredninger av samme faglige bredde, tyngde og grundighet: På den ene siden en utredning om morgendagens behov og brukere, og på den andre siden, en utredning om den styrings- og forvaltningsmodell som bedre kan understøtte en god bruke av det personell og de ressurser samfunnet rår over, slik at tjenestene leverer den helhetlige, sammenhengende og økonomisk effektive tjenesteproduksjonen alle ønsker.

Reorganisering av helse- og omsorgstjenestene betyr å endre den formelle organiseringen av et stort og sinnrikt styrings- og forvaltningsapparat[22]. Som system betraktet, har helse- og omsorgstjenestene en høy kompleksitet, langs fire dimensjoner:

[22] Det omgir arbeidet til over 400 000 personer. 2,12 millioner personer var innom spesialisthelsetjenesten, 17 millioner legekonsultasjoner hos fastleger. I kommunene var det 379 tusen mottakere av omsorgstjenester.

Substansiell kompleksitet: Aktørene har ulike nivåer på kunnskap og informasjon, samt ofte også ulike normative grunnsyn. Dette leder til konkurrerende anskuelser og problemoppfatninger. Dermed blir forståelsesrammene for utvikling av løsninger på problemer ikke tilstrekkelig konsolidert til å danne enighet verken om nødvendigheten av endring eller om hvilken retning utviklingen bør ta[23]. De som oppfatter problemer som for lite ressurser møtes ikke med dem som ser årsakene i uhensiktsmessig organisering og ineffektiv ressursbruk. Helsepersonellkommisjonen observerer hvordan ulike virkeligheter foreligger samtidig: Oppfatninger om stort arbeidspress og umøtte behov eksisterer side om side med at Norge har mer personell og andre ressurser i sektoren enn i de aller fleste andre land. Dette må likevel ikke skygge for den enigheten som også omgir tjenestene: Det skattefinansierte, velferdsstatlige ansvaret for hele befolkningen er uomtvistet. Frykten for at en manglende leveringsevne hos det offentlige kan stimulere utviklingen av helprivate tilbud for befolkningens mest ressursrike grupper, i en todelt helsetjeneste, deles av alle politiske parter så vel som av sektorens faglige og profesjonelle organisasjoner.

Strategisk kompleksitet: Mye tjenesteproduksjon er preget av faste sammenhenger mellom formelle kvalifikasjoner og adgangen til å utføre bestemte oppgaver. Lønns- og arbeidsvilkår utviklet over mange år, understøtter dette, og former de ulike aktørenes interesser og handlemåter. Ulike strategier fra forskjellige profesjoner kan lede til motstridende interesser og ved det begrense rommet for nye aktører, effektiviserende oppgaveglidning og samhandlingsløsninger. Praktiske ting har lett for å lades av motstridende prinsipper. Sterkere, mer formaliserte pasientrettigheter etablerer ansvars- (og erstatningsforhold) som kan forskyve maktforhold og påvirke aktørenes adferd. Tjenestene leverer samfunnskritiske funksjoner, og må derfor også ivareta nasjonale beredskapshensyn. Organiseringen må kunne takle pandemier og tenkte masseskadesituasjoner, så vel som å kunne samarbeide raskt og effektivt med andre samfunnssektorer i tilfelle behov for store folkeforflytninger.

Institusjonell kompleksitet: Alle, både de med formelt administrativt og økonomisk ansvar, så vel som de som arbeider direkte i tjenesteproduksjonen, formes av formelle regelverk, rolleforventninger og organisasjonskultur. Det som historisk kanskje var praktiske måter å løse oppgaver på, fester seg over tid som institusjonelle rigiditeter. Innføring av nye organisasjons- og arbeidsmåter innebærer omstillingskostnader som ofte kommer umiddelbart og forut for de langsiktige gevinstene. Uenigheter om nødvendighet og konsekvens av endring kan kollidere med tilvante oppfatninger om hva som er den beste praksis, og undergrave tillitt mellom aktører. I tillegg kommer den (sær-norske) situasjonen hvor lovgivningen gir kommunene et omfattende ansvar, samtidig som kommunene selv er av svært ulik størrelse og med varierende økonomisk handlingsrom, og som derfor har ulike forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg sitt selvstyre.

Faglig kompleksitet: Innen helse- og omsorgstjenestene er det et spenn mellom på den ene siden behandlinger og tjenester som er godt forankret i vel etablert praksis, og på den andre siden en rivende utvikling langs en bred forskningsfront, medisinsk og teknologisk. Det vil alltid være faglig og profesjonell uenighet om hva som er den beste tjenesten for en bruker(gruppe). Tjenesteyting etter normer om *laveste effektive omsorgsnivå* og *faglig forsvarlighet* blir fort prinsipper på et så allment nivå at det ikke gir de tiltenkte konkrete anvisninger. Flere eldre og funksjonshemmede i befolkningen innebærer at flere individer vil ha mer sammensatte, mer varige behov for både helse- og omsorgstjenester, noe som intensiverer spenningen mellom et patogent medisinsk behandlingsparadigme og et mer salutogenetisk, sosialt og omsorgsorientert fokus på livskvalitet. Tiltak for å standardisere den enkelte tjenesteutøvers praksis, slik som prioriteringskriterier og faglige veiledere vil, selv om de kan ha godt grunnlag i faglige enigheter, i praksis kunne bli oppfattet som inngripen i det rommet for profesjonelt skjønn den enkelte tjenesteutøver må anvende ovenfor sine pasienter.

[23] Tidligere helse- og omsorgsminister, og Samhandlingens far, Bjarne Håkon Hansen har spissformulert det som 'Når man ikke er enige om problemet, blir løsningene problemet'.

I tillegg til disse kompleksitetene innad i helse-omsorgstjenestene kommer det i praksis, og sett fra mange av tjenestemottakernes side, en ytterligere dimensjon. Mange av tjenestemottakerne er også brukere av, og målgruppe for, andre offentlige tjenester: De har en relasjon til trygdesystem og velferdsstatens ambisjoner om arbeidsinkludering og annen bekjempelse av sosial og økonomisk marginalisering, barnevernet og nok også, rettspleien og kriminalomsorgen. Velferdssamfunnets ambisjoner for hver enkelt borger er store og gode: Bedre koordinering innad i helse- og omsorgstjenestene er for noen bare ett element i en samlet livssituasjon.

Vellykket reformarbeid betyr å utvikle politikk langs to dimensjoner: På den ene siden må kompleksiteten reduseres: flere må være enige om mer. På den andre siden må også et høyt nivå på iboende kompleksiteter erkjennes, vi må bli bedre til å leve med uenigheter man ikke kan organisere seg bort fra. Brede, faglig autoritative utredninger er et virkemiddel for å redusere kompleksitet. Helsepersonellkommisjonen er et godt, nyere eksempel på dette. Kan det etableres enigheter om et utfordringsbilde, er mye gjort, i det minste vil alle aktører se i samme retning. Kommisjonen etablerer også langt på vei en enighet om at fastlåste koblinger mellom formelle kvalifikasjoner, ansvar og oppgaveløsninger bør håndteres på en mer pragmatisk måte enn til nå. Det er illustrerende at begrepet 'oppgaveglidning' har gått fra å bli oppfattet som truende, til å å bli betraktet mye mer som en mulighet for profesjoner til å kunne samarbeide mer rasjonelt, en reduksjon av den strategiske kompleksiteten.

For helseforetakene er oppgaven nå å utnytte og utvikle de potensialene som helsefelleskapsmodellen rommer, innenfor partnerskapet med kommuner og andre relevante aktører. Utfordringen blir å utnytte de erfaringer som gjøres til, etter hvert som nye initiativ får virke, å vurdere om dette viser seg å være en effektiv styringsform for å utvikle bedre koordinerte tjenester, eller om det aksentuerer et behov for en mer prinsipiell gjennomgang av styrings- og forvaltningspolitikken for de skattefinansierte helse- og omsorgstjenestene.

Oppgaven nå bør være å vurdere den styrings- og forvaltningspolitiske helheten hvor samhandlingen mellom sykehustjenester og kommunale tjenester er en del av et større, velferdsstatlig hele.

Helheten i en tjenesteyting må i siste instans vurderes fra et brukerperspektiv. Dette gjelder ikke bare for helse- og omsorgstjenester, men for en lang rekke andre tjenester det offentlige leverer med ambisjon om å redusere irrganger og kasteballproblematikk. En etter hvert innflytelsesrik metodikk for å overkomme slike koordineringsutfordringer har vokst ut av psykologiske perspektiver på menneskelig kreativitet, systematisert i begrepet 'design thinking', og på norsk i begrepet 'tjenestedesign'. I all sin enkelhet er idéen at for å løse et problem, må man starte med å formulere, beskrive og forstå problemet *slik det oppleves av det individ eller den aktør som skal ha problemet løst*. Deretter igangsettes en prosess hvor alle relevante aktører, fritt og ubundet, søker etter tenkelige løsninger på problemet, før man i et tredje trinn, prøver ut (nye) løsninger på brukerens behov. Et bærende prinsipp i design-faget er at de mer endelige løsningene må finnes gjennom en tålmodig prosess med utvikling av prototyper, høsting av erfaringer, mange korrigeringer, og hvor det i en 'lærende organisasjon' skjer en jevn, skrittvis forbedring som i prinsippet ikke har et endelig sluttpunkt. Nye brukerbehov og -grupper kommer til, tjenestenes kunnskapsgrunnlag utvikles og ikke minst, den teknologiske utviklingen innebærer nye muligheter, - og utfordringer. Alt kan alltid bli litt bedre.

Formulert på denne måten kan tjenestedesign oppfattes som trivielt og innlysende, ny vin på gamle flasker. Det blir å kaste barnet ut med badevannet. Til tross for retorikken om å sette pasienten i sentrum, er det fortsatt slik at den dominerende måten å løse pasient- og brukerbehov på i helse og omsorgstjenestene er ved paternalistiske, tilbudssideforankrede behovsforståelser,

fragmentert organisering av ansvarsforhold, både på systemnivå og innen den enkelte tjenesteproduksjon, profesjonsfaglig begrunnet funksjonell arbeidsdeling mellom enkelttjenestene og ikke minst, at det er eksternt påførte ressursrammer heller enn interne arbeids- og organisasjonsmåtene som begrenser hva det er mulig å oppnå for tjenestenes målgrupper.

Tjenestedesign er en metode for å tine opp rigide mentale kart og tilstivnede institusjonelle løsninger nedarvet fra fortiden. Det er en metodikk for å utvide rommet for alternative løsninger, for mer handlingsanvisende forståelser av svikt, og også, for mobilisering av flere relevante ressurser. Dette er på flere måter det samme utgangspunktet som for nettverksstyring.

Med utgangspunkt i den forvaltning av informasjon som er nødvendig ved tjenestekoordinering, og som muliggjøres ved nye teknologier, har Digitaliseringsdirektoratet utformet et begrep om 'livshendelser' [24]. En livshendelse er en helt konkret situasjon som enkeltpersoner kan komme i, for så å spørre: Hvilke offentlige målsettinger, lovverk, ansvarsområder, tjenester og ressurser omgir personen i denne situasjonen? Hvordan er de koordinert i dag, og hvordan bør det være for at individet skal oppleve en helhetlig offentlig støtte til å mestre den situasjon man er i? Inspirasjonen er hentet fra 'design thinking', med et fokus, naturlig nok for Digitaliseringsdirektoratet, på hvordan informasjon må flyte mellom de ulike aktørene for at de effektivt skal kunne koordinere sine innsatser: Koordinering forutsetter rett informasjon til rett tid til rett aktør. Men perspektivet, at det er tjenestemottakeren med sine helt konkrete utfordringer som må være det koordinerende prinsippet for offentlig sektors innsats, kan med fordel også overføres til utviklingen av det institusjonelle design: hvem må gjøre hva når for at brukeren skal oppleve en effektiv løsning på sine utfordringer? Dette målet krever en en utvikling av en nasjonal IKT-infrastruktur, hvor persondata lagres og tilgjengeliggjøres på effektive måter for alle aktører som skal koordinere sin innsats. Digitaliseringsdirektoratet har utviklet en instruktiv veileder til hvordan koordineringsproblemer kan angripes i offentlig tjenesteyting[25].

I april-avtalen mellom mellom regjeringen og kommunene defineres som nevnt fire pasientgrupper: 1) Personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer, 2) eldre med skrøpelighet, 3) personer med flere kroniske lidelser, og 4) barn og unge med store og sammensatte behov. Dette er et godt utgangspunkt for tjenestedesign.

Et sentralt element i tjenestedesignens innledende fase er å kartlegge hva brukeren (inkludert foresatte og andre nære pårørende) opplever som mangler, hva de kunne ønske seg? Bedre koordinering av de allerede foreliggende enkelttjenester er ikke alltid nok til å løse brukerens behov. Det kan være behov målgruppen har som bør lede til utviklingen av nye offentlige ansvar og tjenester ('insourcing', for eksempel overtakelse av slitsomme sider ved pårørenderollen) og det kan være at andre aktører kan utføre en oppgave på en for brukeren bedre måte ('outsourcing'). Likeså, bedre løsninger kan også være at en offentlig tjeneste som nå er delt mellom ulike ansvarsnivåer bør være under samme ansvarsområde, altså en vertikal integrasjon, eller at ressurser fra privat sektor bygges komplementært inn i det offentlige ansvaret, både i individuell plan og i tjenesten som sådan, som en horisontal integrasjon av ressurser som i dag underutnyttes. Etterlysningen etter helhetlighet og samordning kan også tenkes å avspeile at det er tjenester som mangler, altså at koordinering av det som allerede foreligger ikke er tilstrekkelig for å løse brukerens behov. Ofte kan private aktører være raskere til å identifisere slike behov, og til å komme opp med ideer til nye løsninger. Organisasjonsutvikling etter prinsippene for tjenestedesign er ved sin pragmatiske løsningsorienterte metodikk derfor også en invitasjon til private aktørers medvirkning i utøvelsen av det offentlige velferdsansvaret.

[24] https://www.digdir.no/sammenhengende-tjenester/arbeidet-med-de-sju-livshendelsene/1170
[25] https://www.digdir.no/sammenhengende-tjenester/oppdatert-veileder-om-sammenhengende-tjenester/5551

5 Hva bør en bedre organisering oppnå?

De samlede offentlige utgiftene til helse- og omsorgstjenester utgjør om lag 25% av de totale offentlige utgiftene og har passert 500 milliarder, omtrent likt fordelt mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale ansvarsområdene. Demografiske endringer vil stille krav til ressursmobilitet for å sikre et tjenestetilbud som treffer befolkningsbehovene. Tjenestene som tilbys er ofte av høy kvalitet, og norsk helse- og velferdssektor scorer høyt sammenlignet med mange andre lands tjenester.

Også likebehandlingsprinsippet er viktig: Svak koordineringskapasitet leder ofte til tilfeldigheter, noe som igjen gir uønsket variasjon i tjenestetilbud og -kvalitet: Landets innbyggere skal oppleve samme, gode behandlingstilbud uavhengig av sosio-økonomiske forhold. Her scorer Norge svakere enn land vi ellers sammenligner oss med.[26] Det må også konstateres at den geografiske ulikheten i helse- og velferdstilbudet utgjør en utfordring. Generalistkommune-utvalgets utredning[27] dokumenterer at ivaretakelse av lovpålagte oppgaver (inklusive pasient- og brukerrettigheter) varierer betydelig mellom ulike kommuner.

Disse utfordringene er i stor grad avspeilinger av organisatoriske og styringsmessige trekk ved dagens nasjonale modell. Forbedring krever at ansvars- og myndighetsrelasjoner blir justert. Helsefellesskapene er et tiltak som i prinsippet kan tenkes å lede til lokalt avtalte samarbeidsformer. På den annen side vil helsefellesskapene raskt støte på begrensninger som bare kan endres med beslutninger på nasjonalt, politisk nivå: Forvaltningsstruktur, finansieringsordninger, lover og andre reguleringer. Lokale ressursforutsetninger er avgjørende, ikke minst i kommunene.

Organiseringen av det statlige eierskapet over sykehusene i en foretaksmodell er godt konsolidert, samtidig som kommunene har fått stadig større oppgaver i de siste par ti-år. For å endre de nåværende ansvars- og oppgavedelinger kreves det en langt større vekt på å utvikle et solid kunnskaps- og erfaringsgrunnlag knyttet til mulige og bedre modeller. Internasjonale erfaringer spiller en overraskende liten rolle i tenkningen rundt morgendagens norske helse- og omsorgstjenester. Generelt trengs det kunnskap som kan belyse ulike finansierings- og organisasjonsmodellers effekter på:

- **Kostnadseffektivitet:** Effektiv ressursbruk hos ulike tjenester er en forutsetning for bærekraft både rent økonomisk og personellmessig for samfunnet
- **Formålseffektivitet:** I hvilken grad er tjenestene effektivt tilgjengeliggjort for den enkelte pasient/bruker? Og i hvilken grad har dette understøttet måleten om faglig forsvarlighet og bedre helse- og funksjonsevne hos den enkelte?
- **Prioriteringseffektivitet:** I hvilken grad har ulike enkelttjenester blitt prioritert og nedprioritert under hensyntagen til de samlede kostnadsrammer?

Et mer solid kunnskapsgrunnlag er nødvendig for å kunne etablere bredere enigheter om skillene mellom på den ene siden organisasjons- og koordineringsutfordringer og på den andre siden ressursknapphet. Psykologen Per Brøndbo hevder at «For å få til samhandling uten «kasteballer» må alle parter gi fra seg litt valgfrihet, til fordel for overordnet styring.»[28] Spørsmålet blir selvsagt

[26] Jfr Commonwealth Fund: "Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High Income Countries". Norge scorer samlet best av alle land i studien, men på indikatorene «Care process» og «Equity» scorer Norge klart svakere. Indikatorene bygger på innbyggerundersøkelser.
[27] NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet. Likt ansvar – ulike forutsetninger.
[28] Brøndbo, Per H. Samhandling uten «kasteballer», notat 2018, forebygging.no

hvordan en slik overordnet styring skal konstitueres og innen hvilke rammer. En utredning av mulige, prinsipielle og overordnede styringsmodeller bør, i det minste, gjennomgå et nullalternativ hvor dagens system videreføres, en eller flere varianter av en ett-nivå organisering og for det tredje, en modell hvor Helsefellesskapene skal bli bærebjelken i et nytt system.

Et nullalternativ, hvor Norge fortsetter å utvikle tjenestene innenfor de gjeldene og opptrukne rammer. I en slik utredning må fokus også rettes på å identifisere forutsetningene for at et system med nettverksstyring gradvis kan utvikles 'nedenfra', og om det foreligger potensialer for at en slik nettverks – eller 'samstyringsmodell' gradvis kan generalisere seg til en ny hovedmodell som vil kunne levere de ønskede resultater. I sykehusutvalgets rapport tenkes det i et slik retning. Egne (statlige) bevilgninger til 'samhandlingsbudsjetter' kan være et virkemiddel, hvor staten i prinsippet 'kjøper' samarbeidsløsninger som leveres lokalt. I en slik utredning av 'nullalternativet' vil det være viktig å kartlegge de ulike aktørenes egne problemforståelser og løsningsforslag, for å sikre at nye ressurser gir den ønskede adferdsendringen.

En ett-nivå organisering bør også utredes, om ikke for annet formål enn å ha en referanse for videre politikkutforming. I avsnitt 3 pekte vi på 'nettverksstyring' som en styringsmetodikk som utvikles når aktører med felles mål ikke vil eller kan avgi formell selvråderett. Et gjennomgående kjennetegn er at slike styringssystemer blir ustabile, det kan bryte sammen ved uenigheter og/eller ved at enkeltaktører trekker seg ut. De er godværs-institusjoner, samtidig som de kan ha stor evne til å leve videre uten egentlig å produsere substansielle resultater. En organisering hvor mer ansvar samles på ett nivå, er alltid en mulig løsning på koordineringsutfordringer. Samtidig kan en ansvarskonsentrasjon har ulike former, og både finske og danske erfaringer vil være relevante for Norge. Finland har har 21 helseregioner med omfattende ansvar, i Danmark er det som nevnt utredet en ett-nivå-organisering både på statlig nivå og på regionalt nivå. I Sverige er det tydeligere hvem som har ansvaret avhengig av hvilken helseutfordring man har og hvilket behandlingsopplegg man deltar i. En utredning av ulike former for ett-nivå-organisering vil måtte foreta en opprydning av hvilke typer av konkrete tjenester som det samlede helse- og omsorgsansvaret faktisk består av. Grenseflatene mellom helsetjenester og sosiale tjenester må tydeliggjøres, kanskje mer av det som i dag klassifiseres som helsetjenester mer effektivt kan ivaretas som mer sosialt orienterte tjenester. Enkelttjenestenes karakter, og den formalkompetanse som kreves for å utføre gode tjenester, legger ofte føringer på om tjenesten best faglig og mest effektivt bør frambringes på et sentralisert eller distribuert nivå.

En videreutvikling av helsefellesskapene til gradvis å kunne vokse fram som en ryggrad i tjenestene. Innen en slik ramme må det utredes om det i det hele tatt er mulig å sikre mer avklart styring, god bruk av private aktører, og en mulig innlemming av andre statlige tjenester enn sykehus, kanskje også en overtakelse av oppgaver til kommuner som er for små til å kunne tilby de tjenester som forventes. Det er også mulig å tenke seg at kommunesammenslåinger eller utvikling av interkommunale samarbeid kan løse noen av de minste kommunens utfordringer med å ha den kompetanse og kapasitet som trengs for å ivareta oppgaver utformer i helsefellesskapene.

Helsefellesskapene kan forstås som en samstyringsmodell hvor staten prøver ut nye måter å institusjonalisere samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å kunne etablere en effektiv oppnåelse av faglig forsvarlige, sammenhengende tjenester ovenfor pasienter og brukere. I Helsedirektoratets veileder for sammenhengende tjenester[29] gis det en generisk oppstilling av hva som fremmer koordinerte tjenester:

- Klare ansvarsforhold
- Klare avtaler
- Omforente faglige retningslinjer som dekker større deler av pasientforløpene

[29] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak

- Godt indre samarbeid i primærhelsetjenesten og mellom avdelinger i sykehus

Helsefellesskapsmodellen og aktiviteten innen denne rammen er ment å skulle bidra til dette. I tillegg vil vi trekke fram tydelige resultatindikatorer på individ- og tjenestenivå, slik at det kan gis løpende styringsinformasjon om utvikling og måloppnåelse.

Klare ansvarsforhold
Utgangspunktet for enhver modell for nettverksstyring er at de bestående ansvarsforhold ikke skal utfordres, samtidig som 'silofisering' og koordineringsproblemer skal overkommes gjennom utvikling av konsensusskapende prosesser, slik at alle aktører trekker i samme retning. I praksis er dette en oppgave som uunngåelig reiser en rekke spørsmål:

1. Er helsefellesskapenes rolle klart definert i spenningen mellom statlig og kommunal virksomhet? Politisk, økonomisk, strategisk i forhold til hvilke (nye) tjenestetilbud som skal utvikles, driftsutfordringer og beredskapshensyn og ikke minst, ansvaret for at pasienter og brukeres rettigheter ivaretas.
2. Hvordan skal aktørmangfold struktureres? Helt konkret dreier deg seg om rollen til fastleger, avtalespesialister, private tjenesteleverandører og andre ressurser som finnes i nærsamfunnet rundt den enkelte pasient og bruker?
3. Hva skal være rollen til de ansvarlige, sentrale myndigheter? Hvem skal fastsette effektmålene, både formålseffektivitet og kostnadseffektivitet knyttet de de ulike pasientforløpene? Bør ikke det strategiske lederskapet for helsefellesskapenes tjenester forankres tydelig hos helse- og omsorgsministeren?
4. På hvilke måter bør utøvelsen av det politiske lederskapet understøttes – for eksempel gjennom en styringsgruppe med statlig og kommunale representasjon av folkevalgte?

Klare avtaler
Nettverksstyring baseres for at foreliggende ansvarsforhold mellom aktører kan endres gjennom avtaler mellom aktørene, ut fra pragmatiske, løsningsorienterte enigheter (innen det enkelte helsefellesskap). Dette er ofte lettere sagt enn gjort i praksis. Erfaringsmessig reiser det seg raskt behov for ny tydeliggjøring av aktørenes oppgaver og ansvar:

5. Hvordan skal eventuelle felles 'samhandlings'budsjetter fordeles mellom ulike oppgaver, skal selve partnerskapet ha egne mål og budsjetter? Hva blir forholdet mellom de avtaler den enkelte kommune i dag har med sitt helseforetak og nye avtaler som dannes i helsefellesskapet?
6. Hvordan skal konflikter om avtaleinnhold håndteres, for eksempel mellom helseforetak og kommuner, men i prinsippet også mellom kommuner innen samme helsefellesskap?
7. Hvem skal ha ansvar for å finansiere og etablere 'fellesgoder' som framskaffelse av relevant styringsinformasjon, felles informasjonssystemer og kompetanseutvikling?
8. Hvordan skal fastleger, avtalespesialister og andre private tjenesteleverandører innlemmes i tjenesteproduksjonen? Hvor skal ansvaret ligger for anskaffelsesprosesser og kalibrering av tilskuddssystemer?

Omforente faglige retningslinjer
Den grunnleggende forutsetningen for at Helsefellesskapene lykkes at at profesjonene leverer faglig forsvarlige tjenester på en bedre måte for sine målgrupper. Sammenhengende og sømløse pasientforløp må nødvendigvis være svært spesifikke for ulike diagnose- og behovsgruppene. Dersom ikke nye ansvars- og arbeidsfordelinger oppleves å understøtte faglige mål og motivasjoner, vil fellesskapenes legitimitet forvitre både hos personell og befolkning. Dette er en stor utfordring, som for å lykkes, må overkomme spørsmål som:

9. Hvordan kan helsefellesskapene bidra til bedre tjenestekjeder? Hva er betingelsene for at nye metodikker for tjenestedesign og innovasjon kan tas systematisk i bruk, herunder hvordan nye teknologiske muligheter kan utnyttes? Hvem har i så fall ansvaret for den standardisering som ofte er nødvendig?
10. Insitament- og finansieringsstrukturer som ikke understøtter fag- og tjenesteutvikling
11. Hvordan sikre at helsefellesskapene realiserer en lik geografisk og sosio-økonomisk rettferdig fordelt tjenestekvalitet i en kommunesektor med svært ulike befolkningsbehov og ressurser i kommunal økonomi og lokalsamfunn?
12. Kan det tenkes, eller vise seg, at helsefellesskapsmodellen er mer effektiv for noen pasient og brukergrupper enn for andre? Og hvordan skal slik ny kunnskap akkumuleres og standardiseres til en nasjon beste praksis? Kanskje bør Helsedirektoratets rolle spesifiseres tydeligere i forhold til fellesskapene?

Godt indre samarbeid mellom primærhelsetjenestene og relevante sykehusavdelinger
Norge er et mangfoldig land, med kommuner og helseforetak som står ovenfor pasient- og brukerbehov som ofte har viktige, og sammenflettede geografiske og medisinske dimensjoner. I mindre og mer oversiktlige forhold vil nettverksstyring kunne understøttes av personlige relasjoner mellom nøkkelaktører, mens under større forhold fordres det en sterkere institusjonalisering av samhandlingen. Samtidig kan slik, i og for seg vellykket regulariseringer av samhandling lett komme i et spenningsforhold til nye måter å utvikle og levere tjenester, Sagt på en annen måte, det kan være enklere å komme fram til å arbeide bedre på gamle måter enn å utvikle nye. I forhold til en innovasjonsagenda bør oppmerksomheten også rettes mot:

13. Hvordan kan forholdene legges til rette for at utviklingen av Helsefellesskapene også kan bli en effektiv innovasjonsagenda for hele helse- og omsorgssektoren, hvor nye teknologi, oppgaveglidning og mer effektive behandlingsmetoder tas raskt i bruk over hele landet?
14. Hvordan skal behovet for en nasjonal IT-struktur for hele sektoren forenes med Helsefellesskapenes adgang til å utvikle lokal agendaer og løsninger?
15. Hvordan skal pasient- og brukerinteresser inkorporeres i beslutningssystemene? Hvilke mekanismer må etableres for at slike, legitime interesser ikke bidrar til ny 'silofisering', men inviteres inn på premisser om å også ta helhetlige hensyn?
16. Og hvilken rolle skal folkevalgte ha? Lokalt demokratisk engasjement er ofte knyttet til enkeltavdelinger ved (lokal-)sykehus eller enkeltinstitusjoner i kommunen som har historiske bånd til bestemte helseforetak.

Tydelige resultatindikatorer
Etablering av en delt virkelighetsoppfatning blant alle aktører er en grunnleggende betingelse for at nettverksstyring skal være effektiv, for at alle skal trekke i samme retning. Dette fordrer etablering forholdvis konkrete og kvantifiserbare indikatorer for hva tjenestene oppnår for pasienter og brukere og det må være mulig å kunne verifisere om utviklingen går i den ønskede retning. Resultatindikatorene for helsefellesskapenes arbeid vil naturlig måtte knyttes til de fire prioriterte pasientgruppene i avtalen. I den Nasjonale helse- og samhandlingsplanen fra 2020 ble det formulert slike resultatmål for målgruppene. Disse formuleringene er gjengitt i vedlegget.

17. Det må etableres et tydelig ansvar for etablering av resultatindikatorer, datainnsamling og statistikkløsninger. Dette bør kunne håndteres av Helsedirektoratet, styrt av HOD, men fordrer også at datainnsamlingen fra kommunene er standardisert på et nasjonalt nivå.
18. Resultatindikatorer bør inngå i oppdragsdokumentene til helseforetakene, som en konkretisering av den nåværende formuleringen om at «Pasientene skal få riktig og trygg behandling på rett sted og tid, og oppleve sammenhengende pasientforløp med trygge overganger.» Det er vår oppfatning at den faglig krevende oppgaven det er å etablere godt

tilpasset nasjonal styringsinformasjon for helsefellesskapene, foretakene og kommunene må prioriteres.

19. Den dataproduksjon som vil komme ut at slikt arbeid med etablere styringsinformasjon må også tilrettelegges for forskning og utredninger, slik at det at det blir mulig å etablere et mer solid kunnskapsgrunnlag om sammenhengene mellom total ressursbruk, tjenestenes organisering og effektene på brukernes oppfatninger og livssituasjon.
20. Det må etableres systemer for tilbakeføring av informasjon om måloppnåelse til ansvarlige ledere, i de strategiske samarbeidsutvalgene og i partnerskapsmøtene, slik at utviklingen løpende kan overvåkes og korrigeres.

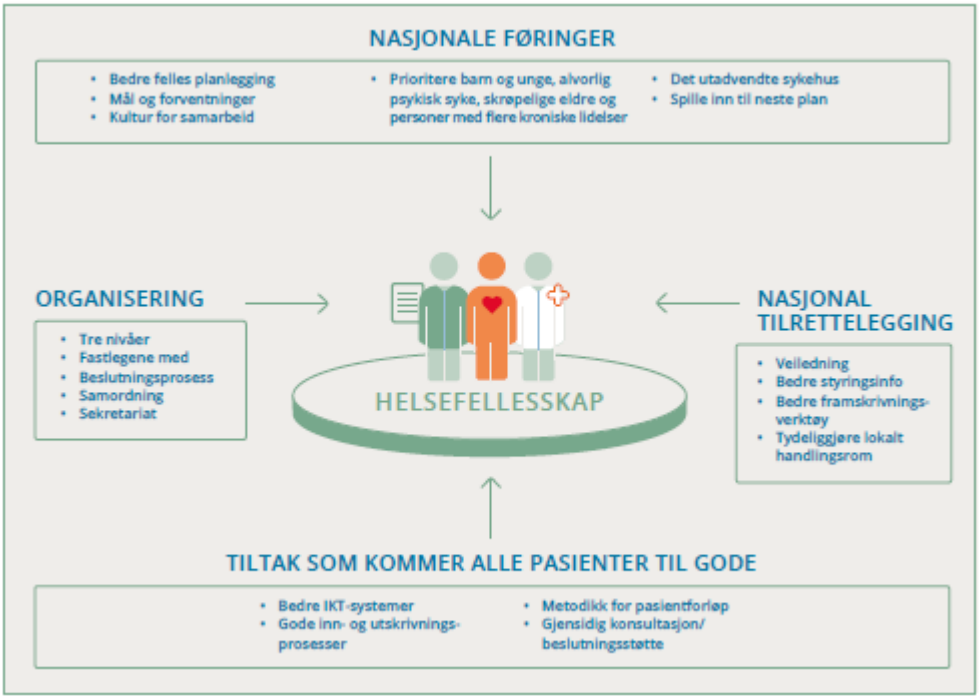
Avslutning

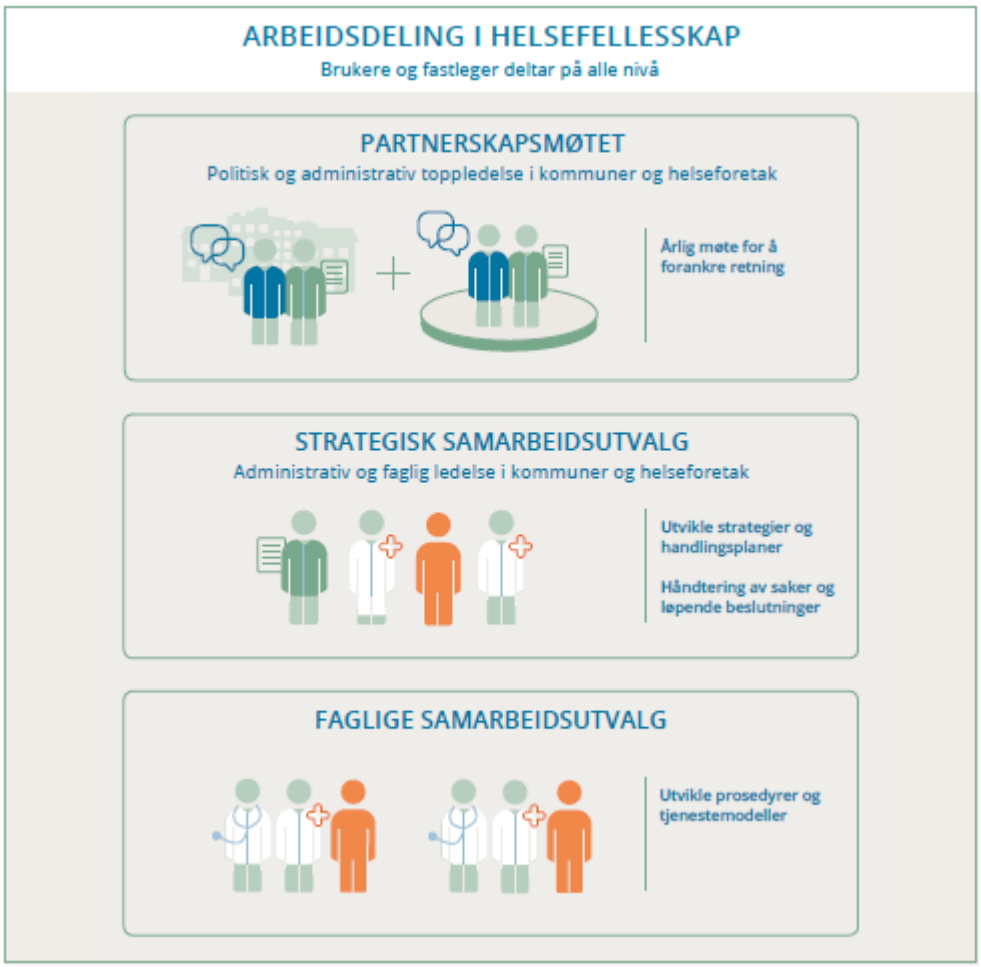
Denne listen med problemstillinger er ikke uttømmende, den er mer en antydningsvis oppstilling av temaer som raskt vil kunne reise seg når helsefellesskapsmodellen skal utvikles. Samsyring som skal koordinere aktører fra ulike forvaltningsnivåer og sektoransvar er en svært kompleks og krevende organisasjonsmodell. Ansvar for og myndighet over pasient- og brukerbehandling og -tjenester i forløpene er fremdeles fordelt mellom partene i helsefellesskapene: Helseforetak og kommune og på ulike nivåer innenfor disse. Mange ulike tjenester styrt av foretak og kommuner vil aktiveres for pasienter og brukere med alvorlige og sammensatte utfordringer. Dette skaper uvegerlig koordineringsutfordringer. Samtidig er oppgavene som skal utføres tidvis komplekse og prosessuelle i sin karakter: Behandlingsforløp og behovet for koordinering av ulike tjenester er dynamiske størrelser knyttet bla til hvorvidt pasienter/brukere kan kureres, eller hvorvidt det handler om å maksimere funksjonsevne gitt en lidelse, eller hvorvidt det handler om å kunne leve med og tilpasse seg en situasjon med gradvis svekkelse av funksjonsevne. Tjenestenes innhold vil variere fra høyspesialiserte medisinske tjenester til rene omsorgstjenester. Koordineringsformene vil variere fra rene henvisninger fra en tjenesteyter til en annen og på den annen side til forløp styrt av en ansvarlig koordinator for et sammenhengende pasientforløp.

Det er naturlig at det har tatt tid å etablere de organisatoriske rammene for helsefellesskapsmodellen samt de konkrete organisatoriske løsninger. Det er også naturlig at det tar tid å utvikle de konkrete arbeidsformene. Det har vært riktig å prøve ut ulike tjenestemodeller. Men målet for arbeidet er ikke å etablere en bestemt organisatorisk struktur eller inngå bestemte avtaler. Dette er i beste fall nyttige virkemidler.[30] Målet er å oppnå resultater knyttet til bedrede pasient- og brukerforløp kjennetegnet bla av god koordinering mellom ulike tjenesteytere overfor den enkelte pasient/bruker. Da er det en utfordring at det ikke har vært mulig å dokumentere over tid resultater knyttet til forløpene for pasienter og brukere. Dette skyldes dels at det ikke er utviklet resultatindikatorer med løpende data. Dels henger det sammen med at «ledelsestrykket» som en normalt ser i en hierarkisk organisert virksomhet (som i statlige eller kommunale virksomheter), ikke har i helsefellesskapsmodellen. Det bør derfor vurderes ulike grep for å sikre at dette kommer på plass innenfor den rammen som helsefellesskapene representerer.
Det er viktig at kunnskap fra foreliggende forskning knyttet til styring av partnerskap og organisasjonsnettverk[31] i offentlig sektor tas i bruk. Helsefellesskapsmodellen har i seg spenninger. Men løst på tålmodige og kunnskapsbaserte måter, må håpet likevel være, slik helseministeren har formulert det, at *Færre pasienter skal føle at de er i en konstant svingdør eller faller mellom to stoler.*

[30] Jfr bla SINTEF-rapport «Gode pasientforløp. Oppsummering av erfaringer og resultater» som trekker opp erfaringene etter ti år med satsing der det bl.a. konkluderes slik: «Mange ansatte i helse- og omsorgstjenestene har deltatt i læringsnettverk og samlinger, og en lang rekke forbedringsprosjekter er iverksatt ute i tjenestene. Utfordringene knyttet til samhandling og det å klare å tilrettelegge for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp er imidlertid ikke løst.» Rapport SINTEF, 2.7.2024

[31] Se feks Christopher Pollitt: The Essential Public Manager, Open University Press, 2003. En interessant manual er blitt utarbeidet av britiske Cabinet Office: "Wiring it up: Whitehall´s Management of Cross-cutting Policies" Cabinet Office 2000





Figur 2.1. Oppsummering av mal for de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP
Kilde: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene



Pasienter med flere kroniske sykdommer

- Ta i bruk og videreutvikle eksisterende tjenester som brukerstyrte senger og akutteam til brukere med alvorlige og langvarige lidelser

- Tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet

- Individuelt tilpasset opplegg for de som har behov for det

- Helsefellesskapene jobber systematisk med utarbeiding av gode forløp = pasient opplever helhetlig og sammenhengende tjeneste



Skrøpelige eldre

- Bedre forebyggende behandling og/eller oppfølging = reduserte reinnleggelser

- Et bedret samarbeid om forebygging av sykdomsforverring, tidlig innsats og bedre utskrivningsprosess

- Så lenge helsehjelpen er forsvarlig, blir den gitt der hvor pasient er og unngå unødvendig forflytning

- Eldre med psykisk sykdom bør tilbys utredning og behandling på lik linje med yngre voksne



Psykisk helse

- Kortere ventetid

- Den gyldne regel – høyere vekst i PH og TSB enn i somatikk

- Klar ansvars- og oppgavefordeling mellom aktører internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

- ACT/FACT er integrert del både hos spesialisthelsetjenesten og kommuner

- Tverrfaglige ambulante team implementeres der det er befolkningsmessig grunnlag (helseforetak og kommuner har det med i planlegging og utvikling)

- Videreutvikle og bedre pakkeforløpene

- Ta i bruk og videreutvikle eksisterende tjenester som brukerstyrte senger og akutteam til brukere med alvorlige og langvarige lidelser

- Et helhetlig tilbud som dekker pasientens behov

- Legge til rette for utvikling av digital oppfølging og behandling

- Pasienterfaringer fanges opp systematisk og brukes aktivt i forbedringsarbeid

- Særlig oppmerksomhet til barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov

- Gjennomføre tiltak som styrker brukermedvirkning og øker kunnskapen om brukerens opplevelser

- Raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder

- Redusert bruk av tvang og tvangsinnleggelser



Barn og unge

- Barn og unge med familie skal leve så normalt som mulig

-Forebygging gjennom tidlig innsats og behandling = mindre helsetap og bedre livskvalitet

- God samhandling innad i HO-tjenestene og på tvers av nivåer og mellom aktører er særlig viktig

- Et styrket samarbeid rundt barn og unge

- Bedre psykiske helsetjenester for denne gruppen

- Lett, tilgjengelig hjelp

- Behov for utvikling av flere digitale og ambulante tilbud

Barn og unge i psykiatri: Rask avklaring og styrket tverrfaglig tilbud