

Erfaringer, læringspunkter og barrierer

Rapport Prosjekt X

1. oktober 2026

Oppdrag TB2025-107

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Oppdrag, metode og avgrensing	8
2.1	Oppdraget	8
2.2	Metode og kunnskapsgrunnlag	8
2.3	Avgrensing	9
3	Erfaringer fra utprøvinger i tidlig fase	10
3.1	Tidlig fase gir kunnskap om forutsetninger, ikke effekter	10
3.2	Felles problemforståelse og forankring må etableres før modellene prøves ut	11
3.3	Nye samhandlingsmodeller utfordrer etablerte ansvarslinjer	11
3.4	Digital samhandling og tilgang til data er kritiske forutsetninger	12
3.5	Kapasitet, prosjektledelse og fremdriftskraft påvirker muligheten for utprøving	13
3.6	Læring på tvers bør systematiseres tidligere	14
3.7	Overgang fra tidlig fase til pilotering krever tydelige avklaringer	14
3.8	Samlet vurdering	15
4	Erfaringer og foreløpige resultater fra utprøvinger som har kommet lenger	16
4.1	Modne utprøvinger viser behov for faste samarbeidsstrukturer	16
4.2	Tillit og felles eierskap må omsettes i varig drift	16
4.3	Foreløpige resultater er lovende, men kunnskapsgrunnlaget er begrenset	17
4.4	Måling og evaluering er en gjennomgående utfordring	18
4.5	Digital samhandling blir mer kritisk når modellene settes i drift	19
4.6	Overgang til drift og skalering krever andre rammer enn prosjektutvikling	20
4.7	Samlet vurdering	21
5	Skaleringspotensial	21
5.1	Vurderingsramme for videre spredning og skalering	22
5.2	Hvilke modeller kan vurderes for videre skalering?	22
5.3	Overførbarhet og behov for lokal tilpasning	24
5.4	Forutsetninger for videre spredning, skalering og eventuell nasjonal innføring	24
6	Utfordringer og barrierer knyttet til modeller i utprøvingene	27
6.1	Juridiske utfordringer	27
6.2	Finansiering	34
6.3	Digitale utfordringer og barrierer	42
6.4	Organisatoriske utfordringer og barrierer	48
7	Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger til HOD	52
7.1	Legg større vekt på implementering, videreføring og spredning	52
7.2	Styrk systematisk læring, veiledning og gjenbruk av erfaringer	53
7.3	Videreutvikle styring og virkemidler for samarbeid på tvers	53

7.4	Mer målrettet bruk av finansielle virkemidler for samhandling og varig drift.....	54
7.5	Prioriter digital samhandling som en integrert del av tjenesteutviklingen.....	54
7.6	Bedre tilgang til data for styring, evaluering og individuell helsehjelp	55
7.7	Utnytt handlingsrommet i regelverket og vurder egne forsøkshjemler	55
7.8	Bruke videre utprøving og spredning til å bygge kunnskap om effekter og skalering 56	
7.9	Samlet anbefaling.....	56

1 Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å følge 14 utprøvinger av nye måter å samarbeide om tjenester på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester

og spesialisthelsetjenesten. Utprøvingene inngår som del av kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med ny helsereform. Helsedirektoratets oppgave har vært å følge utprøvingene, sammenstille erfaringer og læringspunkter og bistå med avklaringer og veiledning innenfor direktoratets virkemidler.

Utprøvingene er svært ulike når det gjelder målgruppe, geografi, innretning og modenhet. Flere befinner seg fortsatt i tidlig fase, mens syv har kommet så langt at det foreligger erfaringer fra pilotering, utvidet utprøving eller drift – og i ulik grad foreløpige resultater eller effekter. Kunnskapsgrunnlaget varierer betydelig mellom utprøvingene, og Helsedirektoratet har ikke gjennomført egne evalueringer av de enkelte utprøvingene. Rapporten bygger derfor på prosjektinnrapportering, tilgjengelige evalueringer og rapporter, dialog med utprøvingene og Helsedirektoratets faglige vurderinger.

Hovedbildet

Prosjekt X viser at det finnes betydelig lokal og regional utviklingskraft og vilje til å utvikle mer sammenhengende tjenester. Utprøvingene har etablert konkrete modeller for samarbeid, blant annet tverrfaglige team, felles mottaksfunksjoner, kartleggingsteam, direkte kontaktlinjer og utviklingspartnerskap. Erfaringene viser samtidig at gode samarbeidsintensjoner og samarbeidsarenaer alene ikke er tilstrekkelige. Nye arbeidsformer må omsettes i tydelige roller, ansvar, beslutningsstrukturer, arbeidsprosesser og varig drift.

De fleste barrierene og erfaringen som løftes i Prosjekt X samsvarer med erfaringer Helsedirektoratet har fra andre samhandlingsprosjekter, og understøtter dermed et bredere utfordringsbilde.

Den viktigste samlede læringen er at utfordringen i mindre grad er mangel på ideer, samarbeidsvilje eller lokale initiativ, og i større grad evnen til å gå fra utvikling og pilotering til implementering, varig drift og spredning. De mest krevende problemstillingene blir ofte tydeligere når utprøvingene møter ordinær virksomhet, etablerte styringslinjer, finansieringsordninger, pasientjournal- og informasjonssystemer og personellkapasitet.

Lovende resultater, men fortsatt begrenset effekt

De mest modne utprøvingene rapporterer om lovende erfaringer, særlig knyttet til bedre samhandling, økt trygghet, raskere avklaringer og mer sammenhengende pasientforløp. Enkelte utprøvinger rapporterer også indikasjoner på endret tjenestebruk, blant annet færre reinnleggelser, færre unødvendige pasientforflytninger og redusert bruk av enkelte reaktive tjenester.

Kunnskapsgrunnlaget er samtidig ikke tilstrekkelig til å trekke sikre konklusjoner om varige effekter. Det foreligger ikke et samlet nytte- og kostnadsbilde for noen av utprøvingene. Flere resultater bygger på korte pilotperioder, mindre undersøkelser, prosjektets egne erfaringer eller foreløpige analyser. Resultatene må derfor forstås som foreløpige indikasjoner og erfaringsbasert kunnskap.

Det begrensede effektgrunnlaget innebærer ikke at all videre bruk av løsningene bør avvente mer dokumentasjon. Hvilket kunnskapsgrunnlag som er nødvendig, avhenger av beslutningen som skal tas, tiltakets omfang og mulige konsekvenser. Erfaringene gir grunnlag for å vurdere læringsbasert spredning av enkelte avgrensede arbeidsformer og videre målrettet utprøving av lovende modeller, med systematisk oppfølging av resultater,

ressursbruk og gjennomføring. Foreløpig gir erfaringene ikke grunnlag for ensartet nasjonal innføring av komplette tjenestemodeller.

Måling og evaluering er en gjennomgående utfordring. Prosjekt X viser behov for bedre nullpunktsmålinger, indikatorer, tilgang til data og mulighet til å følge pasientforløp, ressursbruk og effekter på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Skaleringspotensial

Helsedirektoratet vurderer at kunnskapsgrunnlaget per nå ikke er tilstrekkelig til å anbefale nasjonal innføring av noen av modellene i Prosjekt X. Utprøvingen Ahus og kommuner gir det mest konkrete grunnlaget for videre vurdering av skaleringspotensial. Modellen er overført til ordinær drift, prøves ut i flere kommuner og har det mest omfattende kunnskapsgrunnlaget blant utprøvingene. Samtidig er det fortsatt behov for bedre dokumentasjon av samlet nytte og kostnader og mer kunnskap om hvordan modellen fungerer under ulike lokale og organisatoriske forutsetninger. Det finnes lignende prosjekter utover Prosjekt X som arbeider med integrerte helse- og omsorgstjenester, og som kan vise til resultater. Disse bør tas med i en samlet vurdering ved en eventuell nasjonal skalering.

For de øvrige utprøvingene er grunnlaget for å vurdere skalering av komplette modeller foreløpig mer begrenset. Erfaringene kan likevel gi grunnlag for å vurdere læringsbasert spredning av enkelte avgrensede arbeidsformer i sammenlignbare områder, med lokal tilpasning og systematisk oppfølging. I videreføringen av Prosjekt X bør lovende modeller prøves i flere kontekster for å undersøke hvilke kjernekomponenter som bør være felles, hva som kan tilpasses lokalt, og hvilke tilnærminger til implementering som kan gjenbrukes. Slik kan behovet for lokal tilpasning ivaretas uten at løsninger må utvikles på nytt hvert sted.

Barrierer og handlingsrom

Utprøvingene møter juridiske, økonomiske, digitale og organisatoriske utfordringer som ofte virker sammen. Et viktig skille i rapporten går mellom forhold som kan håndteres lokalt eller regionalt innenfor eksisterende rammer, forhold som krever bedre kjennskap til eller avklaring av dagens handlingsrom, og forhold som kan kreve nasjonal oppfølging eller videreutvikling av virkemidler.

Innen regelverksområdet viser Prosjekt X at helselovgivningen gir et betydelig lokalt handlingsrom, men at dette ikke alltid er tilstrekkelig kjent eller utnyttet. Samtidig finnes det områder der dagens regelverk reelt begrenser nye samarbeidsformer. Erfaringene viser også at forsøksloven ikke alltid er godt tilpasset behovene som oppstår ved utprøving av nye samarbeidsmodeller i helse- og omsorgstjenesten.

Finansiering er også en gjennomgående utfordring, særlig når kostnader og gevinster oppstår hos ulike aktører og når prosjektfinansiering skal erstattes av varig finansiering i ordinær drift. I rapporten er det pekt nærmere på områder innenfor finansiering der det kan være rom for endringer. Samtidig finnes det et betydelig handlingsrom for avtalebaserte løsninger innenfor dagens finansieringssystem.

Digital samhandling fremstår som en grunnleggende forutsetning for mer integrerte tjenester. De nasjonale samhandlingsløsningene vil kunne løse flere av behovene, men Prosjekt X synliggjør også behov som i mindre grad er dekket, blant annet felles digitale behandlings-

og oppfølgingsplaner, bedre støtte til felles arbeidsprosesser og tilgang til data på tvers av nivåene.

De organisatoriske utfordringene handler særlig om gjennomføringskraft: Hvordan samarbeid kan omsettes til prioriteringer, beslutninger og varig praksis innenfor eksisterende styringsstrukturer. Helsefelleskapene fremstår som en viktig eksisterende arena, men erfaringene viser at samarbeidsarenaer må kobles til tydeligere prioriteringer, forpliktende avtaler og oppfølging dersom de skal gi varig endring.

Helsedirektoratets hovedanbefalinger

På bakgrunn av erfaringene fra Prosjekt X anbefaler Helsedirektoratet at det videre helsereformarbeidet i større grad retter oppmerksomheten mot implementering, videreføring, kunnskapsutvikling og spredning av løsninger som viser lovende resultater, fremfor at hovedvekten legges på utvikling av nye enkeltprosjekter.

Helsedirektoratet anbefaler særlig at:

- Nasjonale satsinger og virkemidler i større grad understøtter hele løpet fra utvikling og pilotering til implementering, ordinær drift og spredning
- Læring, veiledning og gjenbruk av erfaringer systematiseres, og at Helsedirektoratet sammen med KS og RHF-ene tar en tydelig rolle i dette arbeidet
- Eksisterende samarbeidsstrukturer, særlig helsefelleskapene, videreutvikles for å understøtte felles prioriteringer, implementering og oppfølging, og at det utredes om kommuner og helseforetak bør få større juridisk handlingsrom til å samorganisere tjenester
- Finansielle virkemidler bør videreutvikles for å bedre understøtte samhandling, forebygging og varig drift, blant annet gjennom justeringer i tilskuddsordninger og egenandelsregelverk
- Innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger prioriteres, samtidig som behovet for felles digitale behandlings- og oppfølgingsplaner og andre udekkede behov følges opp av Helsedirektoratet
- Arbeidet med bedre tilgang til data for styring, evaluering og individuell helsehjelp videreføres
- Handlingsrommet i dagens regelverk utnyttes bedre gjennom veiledning fra Helsedirektoratet, samtidig som det vurderes egne forsøkshjemler i helselovgivningen
- Videre utprøving og eventuell læringsbasert spredning kobles til systematisk oppfølging og evaluering, slik at erfaringene både kan brukes nå og gi et grunnlag for senere beslutninger om skalering og eventuell nasjonal innføring.

Samlet viser Prosjekt X at lokale utprøvinger gir viktig kunnskap om hvordan mer sammenhengende tjenester kan utvikles, men også at varig endring krever at virkemidler innen styring, finansiering, regelverk, digitalisering, databruk og kunnskapsutvikling ses i sammenheng.

Prosjekt X gir ikke grunnlag for å anbefale nasjonal innføring av bestemte tjenestemodeller nå, men gir et tydeligere grunnlag for å prioritere hvilke arbeidsformer og modeller som bør

følges videre og hvilke rammebetingelser som må utvikles for at lokal utprøving skal kunne bli til varig og bredere praksis.

2 Oppdrag, metode og avgrensning

2.1 Oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å følge med på 14 utvalgte utprøvinger som på ulike måter samarbeider om tjenester på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utprøvingene inngår som del av kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med en ny helsereform.

-Regjeringen og KS vil følge særlig med på et utvalg utprøvinger av ulike måter å samarbeide om tjenester på for å bidra til sammenhengende tjenester på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utprøvingene vil være i ulike faser og dekke ulike fagområder og geografiske områder (Oppdrag TB2025-107)

Helsedirektoratets rolle har vært todelt. Helsedirektoratet skal for det første følge med på utprøvingene, oppsummere erfaringer og identifisere læringspunkter. For det andre skal direktoratet bistå utprøvingene med avklaringer og veiledning innenfor egne virkemidler, blant annet bruk av forsøksloven og behov for fritak eller å avklare handlingsrommet i regelverket.

Selv om oppdraget er todelt, har Helsedirektoratet organisert arbeidet som ett helhetlig oppdrag. Dette skyldes at erfaringer og barrierer som avdekkes gjennom dialog og veiledning, har betydning for analysegrunnlaget. Tilsvarende kan analysearbeidet synliggjøre behov for nærmere faglige avklaringer innenfor juridiske, økonomiske, digitale eller organisatoriske rammer.

Denne rapporten oppsummerer Helsedirektoratets vurderinger av erfaringer, læringspunkter, foreløpige resultater og barrierer fra utprøvingene. Rapporten skal bidra til Helse- og omsorgsdepartementets videre arbeid med helsereformen. Der utprøvingene har kommet langt nok, vurderes også erfaringer med effekter og forutsetninger for eventuell videreføring, spredning og skalering.

2.2 Metode og kunnskapsgrunnlag

Rapporten bygger på et samlet kunnskapsgrunnlag som er utviklet gjennom hele oppdragsperioden. Grunnlaget består av flere runder med skriftlig rapportering fra utprøvingene, dialogmøter med alle utprøvingene, særskilte kartlegginger, dialog med utprøvinger, KS og regionale helseforetak, samt faglige vurderinger internt i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har blant annet innhentet informasjon om status, fremdrift, målgrupper, forventede effekter, erfaringer, læringspunkter, barrierer og bruk av nasjonale samhandlingsløsninger. I tillegg er det innhentet informasjon om juridiske problemstillinger, bruk av forsøksloven, mulige unntaksbestemmelser og behov for nasjonale avklaringer.

Arbeidet har vært tverrfaglig. Problemstillingene i utprøvingene berører ofte flere forhold samtidig, og barrierene er ikke alltid entydig juridiske, økonomiske, digitale eller

organisatoriske. Helsedirektoratet har derfor lagt vekt på å vurdere problemstillingene på tvers av fagområder og å skille mellom:

- forhold som kan håndteres lokalt eller regionalt innenfor gjeldende rammer
- forhold som krever nærmere konkretisering eller avklaring av eksisterende handlingsrom
- forhold som kan kreve nasjonale avklaringer, regelverksutvikling eller videreutvikling av nasjonale virkemidler

Kunnskapsgrunnlaget er bearbeidet og vurdert samlet. Som en del av arbeidet er det også gjort en kartlegging av andre oppdrag og initiativer i Helsedirektoratet med relevans for samhandling og sammenhengende tjenester. Kartleggingen viser at en rekke oppdrag arbeider med tilsvarende problemstillinger. Erfaringer fra Prosjekt X er derfor også sett i sammenheng med dette bredere kunnskapsgrunnlaget.

2.3 Avgrensing

Helsedirektoratet har ikke hatt ansvar for planlegging, gjennomføring eller måloppnåelse i de enkelte utprøvingene. Helsedirektoratet har heller ikke gjennomført fullverdige evalueringer av hvert enkelt prosjekt. Dette ansvaret ligger hos utprøvingene selv og de involverte kommunene, helseforetakene og regionale helseforetakene.

Utprøvingene befinner seg i ulike faser og har ulik modenhet. For flere utprøvinger er det derfor for tidlig å vurdere dokumenterte effekter. I disse tilfellene bygger rapporten i hovedsak på erfaringer med etablering, organisering, gjennomføring, barrierer og forutsetninger for videre utvikling.

Rapporten gir ikke anbefalinger om videreføring eller nasjonal innføring av enkeltmodeller. Den vurderer i stedet hvilke erfaringer og forutsetninger som kan ha overføringsverdi, og hvilke rammebetingelser som må være på plass dersom mer integrerte tjenestemodeller skal kunne videreføres, spres eller skaleres.

3 Erfaringer fra utprøvinger i tidlig fase

Flere av utprøvingene i Prosjekt X befinner seg fortsatt i etablerings-, konsept- eller tidlig utprøvningsfase. Dette gjelder blant annet Nordfjord: TAKT – integrerte tjenester for barn og unge i Nordfjord; Lofoten: LofotENhelsetjeneste; Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet; Oslo: Bedre svangerskaps, føde- og barseltjenester; Tromsø kommune og UNN: Eldreløftet – tjenester fra samme hus; Trøndelag: Neste steg – Et samskapende boligprosjekt for ROP-pasienter; og Voss: Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde. Videre i rapporten omtales utprøvingene kun ved stedsnavnene. Prosjektene er ulike når det gjelder målgruppe, geografi, organisering og modenhet, men har til felles at de foreløpig ikke, eller i svært liten grad kan vise til dokumenterte effekter eller resultater.

De prosjektvise beskrivelsene er samlet i vedlegg 1. I dette kapitlet oppsummeres hovedtrekk og læringspunkter på tvers av utprøvingene i tidlig fase. Formålet er ikke å vurdere effekten av enkeltmodeller, men å synliggjøre hva disse utprøvingene viser om forutsetninger for å utvikle mer sammenhengende tjenester mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Erfaringene fra tidligfaseutprøvingene er relevante for helsereformarbeidet fordi de viser hva som må avklares før nye samarbeidsmodeller kan prøves ut, videreføres eller tas inn i ordinær drift. De viser også at flere av barrierene for mer integrerte tjenester blir synlige allerede før prosjektene har dokumenterte effekter.

Dette samsvarer med bildet fra Helsedirektoratets tidligere løypemelding til Helse- og omsorgsdepartementet, der det ble pekt på at flere utprøvinger fortsatt er i en fase der de viktigste erfaringene handler om etablering, organisering, samarbeidsmodeller og barrierer, ikke dokumenterte effekter.

3.1 Tidlig fase gir kunnskap om forutsetninger, ikke effekter

Utprøvingene i tidlig fase viser at mye av arbeidet med nye samhandlingsmodeller skjer før en konkret modell kan testes i praksis. Flere av utprøvingene har brukt betydelig tid på å etablere prosjektorganisering, avklare målgrupper, utvikle felles problemforståelse, vurdere juridisk og økonomisk handlingsrom og konkretisere hvilke arbeidsprosesser som faktisk skal prøves ut.

Dette er særlig tydelig i utprøvinger som Midt-Troms, Oslo, Trøndelag og Voss. Disse beskriver på ulike måter at samhandling ikke kan utvikles direkte som en ferdig modell, men må bygges gjennom kartlegging, involvering, avklaringer og gradvis konkretisering. Lofoten illustrerer også at manglende eller forsinket prosjektlederkapasitet kan påvirke hvor raskt et prosjekt kommer fra idé til faktisk utviklingsarbeid.

Helsedirektoratet vurderer at læringen fra utprøvingene i tidlig fase derfor først og fremst handler om etablerings- og gjennomføringsforutsetninger. At en utprøving ikke kan vise til effekter, betyr ikke at den ikke gir relevant kunnskap. Det viser snarere at reformarbeidet må ta høyde for at utvikling av integrerte tjenester krever tid, kapasitet, styring og avklaringer før effekter kan forventes.

NOU 2026:6 Den nye velferdskommunen understøtter dette perspektivet. Utvalget peker på at mye oppmerksomhet og virkemiddelbruk i dag rettes mot utvikling, tidligfase og pilotering, mens implementering, skalering og spredning får for lite oppmerksomhet. Utvalget omtaler

dette som en form for «pilotsyke», der løsninger prøves ut lokalt uten at det i tilstrekkelig grad legges til rette for varig forankring i drift eller overføring til andre kommuner.

Erfaringene fra Prosjekt X viser dermed at tidligfasearbeid må forstås som en nødvendig del av kunnskapsgrunnlaget for det videre arbeidet med sammenhengende tjenester. Samtidig understreker erfaringene behovet for at utprøvinger tidlig kobles til vurderinger av implementering, drift og videreføring, slik at prosjektene ikke blir stående som avgrensede forsøk uten varig gjennomslag.

3.2 Felles problemforståelse og forankring må etableres før modellene prøves ut

Et gjennomgående trekk ved utprøvingene i tidlig fase er betydningen av felles problemforståelse, hvilke behov som skal dekkes og bred forankring. Utprøvingene peker på at aktører fra kommune, spesialisthelsetjeneste, fastleger, brukere, fagorganisasjoner og andre relevante miljøer ofte må samles tidlig for å utvikle en felles forståelse av hva problemet er, hvilke behov modellen skal svare på, og hvilke rammer aktørene arbeider innenfor.

Oslo viser dette gjennom en bredt sammensatt prosjektgruppe og omfattende dialog med fagmiljøer, brukerrepresentanter og aktører i svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet. Voss peker på betydningen av bred involvering, delt prosjektledelse og arbeid med konkrete pasientforløp for å flytte oppmerksomheten fra organisasjonenes ansvar til pasientens behov. Midt-Troms fremhever felles kartlegging og prioritering som grunnlag for å identifisere hvor samhandlingsutfordringene oppstår.

Samtidig viser flere utprøvinger at forankring må være mer enn formell deltakelse. Det må etableres arenaer der aktørene kan utvikle felles retning, avklare ansvar og ta beslutninger underveis. Dette gjelder særlig utprøvinger med mange kommuner, flere tjenestenivåer og ulike styringslinjer.

Dette samsvarer med Helsedirektoratets vurderinger i rapporten om helsefellesskapene¹. Helsefellesskapene vurderes som viktige arenaer for dialog, relasjonsbygging og felles problemforståelse, men samtidig er samarbeidet i stor grad preget av dialog og prosjektbasert aktivitet, og i mindre grad av varige endringer i drift, ressursbruk og pasientforløp. Rapporten peker også på et gap mellom ambisjonene for samhandling og de virkemidlene helsefellesskapene har tilgjengelige.

Erfaringene fra utprøvingene som er i tidlig fase i Prosjekt X understøtter dette bildet. Samarbeidsarenaer er nødvendige, men ikke tilstrekkelige dersom nye modeller skal få gjennomføringskraft. Forankring må kobles til tydelige mandater, beslutningslinjer, prioriteringer og kapasitet til å gjennomføre endringer i praksis.

3.3 Nye samhandlingsmodeller utfordrer etablerte ansvarslinjer

Tidligfaseutprøvingene viser at nye samhandlingsmodeller ofte utfordrer etablerte ansvars-, styrings- og beslutningslinjer allerede før utprøvingen starter. Når kommuner og spesialisthelsetjeneste skal utvikle mer integrerte arbeidsformer, blir det raskt behov for å

¹ Status for og vurdering av helsefellesskapene i fremtiden, Helsedirektoratet 12. april 2026

avklare hvem som har ansvar, hvem som kan beslutte, hvordan oppgaver kan deles, og hvilke avtaler eller rammer som må ligge til grunn.

Voss peker tydelig på at tverrfaglige team må ha reelt handlingsrom dersom de skal kunne bidra til mer sammenhengende tjenester. Trøndelag viser at utvikling av nye bolig- og samhandlingsmodeller for ROP-pasienter krever avklaringer av faglig modell, juridiske rammer, ansvar og virkemidler ved risiko og utagering. Nordfjord viser at det kan være krevende å utvikle en modell som ikke skal være en ny tjeneste eller et nytt saksteam, men en struktur for systemlæring og forbedring på tvers av eksisterende tjenester.

Disse erfaringene viser at integrerte tjenester ikke bare handler om bedre samarbeid, men også om hvordan ansvar, beslutninger og arbeidsprosesser kan organiseres på tvers av virksomheter. Flere utprøvinger viser at roller, mandat og beslutningsmyndighet må avklares tidlig dersom nye samarbeidsformer skal kunne prøves ut, implementeres og videreføres i ordinær drift.

Betydningen av tydelige beslutningsstrukturer løftes også i Helsedirektoratets rapport om helsefellesskapene, der det pekes på at helsefellesskapene i hovedsak er samarbeidsarenaer uten egen beslutningsmyndighet, felles finansiering eller styringslinje. Tiltak må derfor forankres og besluttes i hver enkelt kommune og hvert enkelt helseforetak, noe som kan gjøre gjennomføring krevende.

For helsereformarbeidet er dette et viktig læringspunkt. Dersom mer sammenhengende tjenester skal utvikles og videreføres, må reformen ikke bare legge til rette for samarbeid, men også adressere hvordan ansvar, styring og beslutningsmyndighet kan understøtte felles oppgaveløsning i praksis.

3.4 Digital samhandling og tilgang til data er kritiske forutsetninger

Flere av tidligfaseutprøvingene identifiserer digitale løsninger og datatilgang som kritiske forutsetninger allerede i konsept- og etableringsfasen. Dette gjelder særlig behov for deling av pasientinformasjon i konkrete pasientforløp, digitale løsninger som understøtter felles arbeidsprosesser, og tilgang til data som kan brukes til å dokumentere læring og følge utviklingen i modellene.

Voss peker på manglende mulighet for deling av tverrfaglige behandlingsplaner og sanntidssamarbeid mellom journalsystemer. Midt-Troms peker på behov for bedre deling av pasientinformasjon på tvers av kommuner og mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Nordfjord peker på behov for å dokumentere og synliggjøre forebyggende og systemrettet arbeid. Tromsø/UNN beskriver tekniske og driftsmessige utfordringer knyttet til blant annet journalsystemer og varslingsveier.

På tvers av utprøvingene peker dette på et bredere behov for digitale løsninger som understøtter samhandling i praksis, og ikke minst at de nasjonale samhandlingstjenestene blir tatt i bruk. Behovet gjelder ikke bare tilgang til enkeltopplysninger, men også digitale arbeidsflater og planer som kan brukes av flere aktører i samme pasientforløp. Flere utprøvinger har særlig løftet behovet for felles digitale behandlings- eller oppfølgingsplaner som kan oppdateres og brukes på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Dette behovet synes ikke fullt ut dekket av de nasjonale samhandlingsløsningene som allerede er under innføring.

Dette samsvarer med Helsedirektoratets tidligere vurderinger av digitale problemstillinger i Prosjekt X. Det er pekt på at tilgang til nødvendig og relevant informasjon på tvers av virksomheter og nivåer er en grunnleggende forutsetning for helhetlige pasientforløp og god samhandling. Samtidig er det understreket at nytten av nasjonale løsninger først realiseres når de tas aktivt i bruk lokalt, integreres i journalsystemer og inngår i faktiske arbeidsprosesser.

For helsereformarbeidet viser dette at digital samhandling må vurderes som en grunnleggende forutsetning for nye samhandlingsmodeller, ikke som frittstående digitale løsninger – men som en del av tjenesteutviklingen. Når kommuner og spesialisthelsetjeneste skal samarbeide tettere om felles pasientforløp, må de digitale løsningene understøtte arbeidsprosessene på tvers og sikre avklaring av ansvarsforhold i hele pasientforløpet. Dette er nødvendig for å få effekt. Dette gjelder både tilgang til relevant pasientinformasjon, felles digitale behandlings- og oppfølgingsplaner, informasjonsflyt mellom journalsystemer gjennom digital samhandling og datagrunnlag for læring og videreutvikling.

Erfaringene fra tidligfaseutprøvingene viser at slike behov blir synlige allerede før modellene er fullt ut prøvd ut. Dersom digitale forutsetninger ikke avklares tidlig, kan det påvirke både utforming av modellen, fremdrift i utprøvingen og muligheten til å dokumentere erfaringer og resultater. Dette peker på at helsereformen bør se utvikling av tjenestemodeller og digital samhandling i sammenheng.

3.5 Kapasitet, prosjektledelse og fremdriftskraft påvirker muligheten for utprøving

Tidligfaseutprøvingene viser at kapasitet og prosjektledelse har stor betydning for fremdrift. Flere utprøvinger peker på betydningen av dedikerte prosjekttressurser, frikjøp, prosjektkontor eller tydelig prosjektledelse for å kunne koordinere aktører, følge opp beslutninger og drive utviklingsarbeidet fremover.

Tromsø/UNN viser at frikjøp av prosjektleder og prosjektgruppemedlemmer har gitt reell kapasitet til drift og oppfølging av piloteringene. Samtidig peker utprøvingen på at bemanningskapasitet i ordinær drift kan bli en kritisk begrensning for videre pilotering. Trøndelag fremhever at et prosjektkontor utenfor ordinær drift har vært viktig for fremdrift. Lofoten illustrerer på sin side at forsinket prosjektlederkapasitet kan påvirke hvor raskt et prosjekt kommer fra idé til faktisk utviklingsarbeid.

Erfaringene viser at utvikling av nye samarbeidsmodeller ikke kan bæres av ordinær drift alene. Utprøvingene trenger kapasitet til koordinering, analyse, involvering, rolleavklaringer og løpende justeringer. Samtidig må prosjektkapasiteten kobles til ordinær drift dersom modellene senere skal kunne videreføres og bli varige arbeidsformer.

Dette må ses i lys av den bredere personellutfordringen i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonellplan 2040 peker på at tjenestene ikke kan møte fremtidens behov gjennom økt bemanning alene, men må utvikle mer hensiktsmessige måter å bruke personell, kompetanse og teknologi på.

Erfaringene fra Prosjekt X konkretiserer hva dette innebærer i praksis. Nye samhandlingsmodeller kan på sikt bidra til bedre ansvars- og oppgavedeling, teamorganisering og ressursbruk, men utviklingen av slike modeller krever samtidig kapasitet til omstilling og stabile rammebetingelser. Flere utprøvinger viser at fremdrift avhenger av tydelig

prosjektledelse, frikjøp eller dedikerte ressurser, tilgang til nøkkelkompetanse, ledelsesforankring og tid til koordinering på tvers av virksomheter.

For helsereformarbeidet peker dette på et viktig læringspunkt: Omstilling til mer integrerte og personelleffektive tjenester krever investering i gjennomføringskapasitet før gevinstene kan realiseres. Dersom utviklingsarbeidet må bæres av ordinær drift alene, kan fremdriften bli sårbar og overgangen fra prosjekt til varig arbeidsform bli krevende.

Helseteknologiordningen har nettopp dette som formål; Å være avlastende for de kommuner som går foran og tar risiko på vegne av fellesskapet når det gjelder utvikling av tjenester med digitale verktøy. Tilskuddene følges opp med erfaringsutveksling på tvers nettopp for å kunne vurdere beste praksis,

3.6 Læring på tvers bør systematiseres tidligere

Tidligfaseutprøvingene viser at læring på tvers er relevant allerede før modellene er ferdig utviklet eller prøvd ut. Prosjektene arbeider med mange av de samme grunnleggende spørsmålene, blant annet om målgruppe, behov, forankring, involvering, arbeidsprosesser og juridiske, digitale og organisatoriske avklaringer.

Flere av utprøvingene har hatt nytte av erfaringer fra andre utprøvinger eller lignende modeller. Tromsø/UNN har blant annet hentet erfaringer fra Kongsberg. Oslo har sett til både norske og svenske modeller innen svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet. Voss har hatt erfaringsutveksling med flere samhandlingsprosjekter, blant annet Ahus, Oslo og Digital hjemmeoppfølging (DHO).

Dette viser at læring på tvers kan bidra til raskere utvikling og bedre forståelse av mulige løsninger. Samtidig peker prosjektene på at modeller ikke kan kopieres direkte. Geografi, kommunestørrelse, fagmiljø, digital modenhet, eksisterende relasjoner og organisering påvirker hva som er gjennomførbart lokalt.

3.7 Overgang fra tidlig fase til pilotering krever tydelige avklaringer

Et gjennomgående trekk ved tidligfaseutprøvingene er at modellene utvikles gradvis. Flere utprøvinger beskriver behov for å justere modell, mandat, roller, organisering og arbeidsprosesser underveis. Dette gjelder blant annet Nordfjord, Tromsø/UNN, Midt-Troms og Voss.

Erfaringene peker på at overgangen fra tidlig fase til pilotering bør markeres med tydelige beslutningspunkter. Før en modell prøves ut i større skala eller går videre til drift, bør det vurderes om målgruppe, formål, ansvar, styringsmodell, arbeidsprosesser og ressursbehov er tilstrekkelig avklart. Det bør også vurderes om sentrale juridiske, økonomiske og digitale forutsetninger knyttet til informasjonsflyt er identifisert, og om det finnes et opplegg for å dokumentere erfaringer og resultater underveis.

Dette betyr ikke at alle forhold må være ferdig løst før pilotering kan starte.

Tidligfaseutprøvingene viser tvert imot at noe må læres gjennom utprøving. Men det bør være tydelig hvilke spørsmål som skal testes i piloten, hvilke forutsetninger som må være på plass, og hvilke barrierer som eventuelt må løftes til regionalt eller nasjonalt nivå.

For helsereformarbeidet viser dette at støtte til nye samhandlingsmodeller ikke bare bør handle om idéutvikling og oppstart. Erfaringene viser at modellene videreutvikles og modnes gjennom utprøvingen, noe som understreker betydningen av løpende læring og erfaringsutveksling. Det bør også legges til rette for strukturerte overganger mellom tidlig fase, pilotering og eventuell videreføring. Slike overganger kan understøttes av felles sjekklister, beslutningspunkter, evalueringsopplegg og krav til beskrivelse av modell, ansvar, datagrunnlag og rammebetingelser.

3.8 Samlet vurdering

Helsedirektoratet vurderer at utprøvingene i tidlig fase gir viktig kunnskap om hva som må være på plass før nye samarbeidsmodeller kan gi dokumenterte effekter. Utprøvingene viser at utvikling av mer sammenhengende tjenester krever tidlig arbeid med forankring, problemforståelse, prosjektledelse, rolle- og ansvarsavklaringer, digital samhandling, egnet datagrunnlag og kapasitet.

Et hovedtrekk er at flere barrierer blir synlige allerede før modellene er fullt ut prøvd. Dette gjelder særlig juridisk handlingsrom, digitale løsninger og deling av informasjon, finansiering og organisering på tvers av nivåer. Erfaringene viser derfor at tidligfaseutprøvingene ikke bare gir læring om lokale utviklingsprosesser, men også om hvilke rammebetingelser som kan hemme eller fremme videre utvikling av integrerte tjenester.

Sett i sammenheng med rapporten om helsefellesskapene, Helsepersonellplan 2040 og NOU 2026:6, peker erfaringene fra Prosjekt X i samme retning: Det finnes betydelig lokal og regional utviklingskraft, men det er behov for mer systematiske rammer for å gå fra prosjekt og pilot til varig endring. Samarbeidsarenaer, prosjektmidler og lokalt engasjement er viktige, men ikke tilstrekkelige dersom modellene skal videreføres, spres eller skaleres.

For regjeringens helsereformarbeid er dette relevant på tre måter. For det første viser utprøvingene at lokalt og regionalt utviklingsarbeid kan mobilisere betydelig engasjement og gi verdifull innsikt i praktiske samhandlingsutfordringer. For det andre viser de at utvikling av nye modeller krever avklarte rammer tidlig knyttet til ansvar, styring, finansiering, digital støtte, datadeling og personell. For det tredje viser erfaringene at det er viktig å identifisere forutsetninger for gjennomføring og hvilke elementer som kan ha overføringsverdi allerede i tidlig fase. Erfaringene fra Prosjekt X bekrefter erfaringer fra andre samhandlingsprosjekter.

Tidligfaseutprøvingene peker dermed på en sentral forutsetning for helsereformen: Dersom målet er mer sammenhengende og bærekraftige tjenester, må reformen legge til rette både for lokal utvikling og for nasjonale rammer som gjør det mulig å gå fra utprøving til varig endring i ordinær drift.

4 Erfaringer og foreløpige resultater fra utprøvinger som har kommet lenger

I dette kapitlet omtales utprøvinger som har kommet så langt at det foreligger et grunnlag for å beskrive erfaringer fra pilotering, utvidet utprøving eller drift, samt foreløpige resultater eller effekter. Dette gjelder Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester (IHT); Vestfold: Én vei inn – felles psykisk helsemottak; Agder: Eldre Agder X; Lillehammer: Bo trygt hjemme med integrerte tjenester; Kongsberg: Samhandlingsarena Kongsberg; Østfold: Integrerte helsetjenester; og Helgeland: Trygt hjem – interkommunalt innsatsteam.

Disse utprøvingene gir en annen type kunnskap enn utprøvingene i tidlig fase. Når modellene prøves ut i praksis, blir det tydeligere hvilke organisatoriske, økonomiske, digitale og juridiske forutsetninger som har betydning for gjennomføring og videreføring. Flere av utprøvingene viser også at modellene må justeres underveis og at implementering derfor ikke bare er en avsluttende fase, men en del av selve læringsprosessen.

Kunnskapsgrunnlaget varierer betydelig mellom utprøvingene. Enkelte har sluttrapporter, følgeforskning, bruker- og ansatteundersøkelser eller aktivitetsdata, mens andre foreløpig har mer avgrensede erfaringer fra pilotering eller planlagt evaluering. Felles for utprøvingene som omtales her, er at de i ulik grad kan vise til dokumenterte erfaringer, foreløpige resultater eller effekter.

De prosjektvise oppsummeringene er samlet i vedlegg 2. I dette kapitlet drøftes hovedtrekkene på tvers av utprøvingene.

4.1 Modne utprøvinger viser behov for faste samarbeidsstrukturer

Et tydelig mønster på tvers er at samhandling krever fastsatte strukturer. Det er ikke tilstrekkelig med gode samarbeidsintensjoner eller overordnede arenaer. Utprøvingene som har kommet lengst, har etablert konkrete strukturer som tverrfaglige team, felles mottaksfunksjoner, arbeidspakker, kartleggingsteam, direkte kontaktlinjer eller utviklingspartnerskap.

Ahus og Østfold har arbeidet med integrerte helsetjenesteteam for eldre med skrøpelighet og sammensatte behov. Vestfold prøver ut felles psykisk helsemottak mellom kommune og DPS. Lillehammer har organisert arbeidet i flere arbeidspakker knyttet til hjemmeboende eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Kongsberg har etablert en samhandlingsarena med flere tiltak, der 72-timers utvidet behandlingsansvar har kommet lengst. Helgeland prøver ut interkommunale kartleggingsteam lokalisert ved sykehusene.

På tvers viser dette at nye samhandlingsmodeller krever tydeligere organisering av hvem som gjør hva, når og på hvilket grunnlag. Det må etableres praktiske arbeidsformer som gjør det mulig å samhandle om konkrete pasienter og forløp, ikke bare drøfte samhandling på systemnivå.

4.2 Tillit og felles eierskap må omsettes i varig drift

Flere av utprøvingene trekker frem likeverdighet, tillit, relasjoner og felles mål som sentrale forutsetninger for å utvikle og opprettholde samarbeid på tvers av tjenestenivåene. Dette er

sammenfallende med læringen fra tidligfaseutprøvingene. I de mer modne utprøvingene blir det samtidig tydeligere at disse faktorene må omsettes i tydelige roller, ansvar, avtaler og prioriteringer dersom samarbeidet skal videreføres i ordinær drift.

Ahus peker på betydningen av felles forståelse og forankring i helsefellesskapet. Lillehammer fremhever felles prosjektledelse, bred representasjon og likeverdig samarbeid mellom sykehus og kommuner. Kongsberg fremhever utvikling i partnerskap tett på ordinær drift, mens Østfold peker på stabile relasjoner, faste kontaktpersoner og felles eierskap til pasienten.

På tvers av utprøvingene fremstår felles eierskap og forankring hos begge tjenestenivåer som en særlig viktig forutsetning. Dette ser ut til å være viktig både for å bygge tillit, sikre prioritering av ressurser og legge grunnlag for nødvendige beslutninger om videreføring.

Erfaringene viser samtidig at relasjoner og kultur ikke er tilstrekkelige alene. Når modellene skal videreføres eller skaleres, må samarbeidet understøttes av tydelige mandater, avklarte roller og ansvar, tilstrekkelig kapasitet, avtaler og finansiering. En viktig forskjell fra tidligfaseutprøvingene er derfor at de mer modne utprøvingene tydeligere synliggjør hva som skal til for å gå fra prosjektbasert samarbeid til mer varige samarbeidsformer.

4.3 Foreløpige resultater er lovende, men kunnskapsgrunnlaget er begrenset

De foreløpige resultatene fra utprøvingene peker særlig i to retninger: Mer sammenhengende pasientforløp og mer hensiktsmessig bruk av de samlede ressursene. Flere utprøvinger rapporterer om bedre samhandling mellom tjenestenivåene, raskere avklaringer og økt trygghet for pasienter, pårørende og helsepersonell. Enkelte rapporterer også om indikasjoner på endret tjenestebruk, blant annet færre unødvendige pasientforflytninger, reinnleggelser eller redusert bruk av enkelte reaktive tjenester.

Ahus rapporterer om bedre samhandling mellom sykehus, kommune og fastlege, økt trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende, samt indikasjoner på redusert bruk av enkelte reaktive tjenester. Lillehammer rapporterer om styrket samhandling rundt pasienter med sammensatte behov, økt trygghet og foreløpige indikasjoner på endret tjenestebruk. Kongsberg rapporterer om økt trygghet for kommunale sykepleiere, raskere avklaringer og indikasjoner på færre unødvendige pasientforflytninger og reinnleggelser. Vestfold rapporterer om kort ventetid til avklaringssamtale og at pasienter opplever tjenesten som tilgjengelig, samtidig som tilbakemeldingene varierer – særlig blant dem som ikke får videre helsehjelp. Østfold har foreløpig et begrenset datagrunnlag, men rapporterer positive pasienterfaringer og enkelte tidlige aktivitetsdata. Helgeland rapporterer om bedre beslutningsgrunnlag ved utskrivning, tettere dialog mellom aktørene og erfaringer med tryggere overganger mellom sykehus og kommune.

Tabellen under oppsummerer de viktigste funnene som utprøvingene har rapportert inn til Helsedirektoratet. Mange av effektene er tidlige indikasjoner basert på et begrenset tall- og erfaringsgrunnlag og må tolkes som en pekepinn på effekter som utprøvingene kan gi. For ingen av utprøvingene foreligger det et samlet nytte- og kostnadsbilde. For ytterligere beskrivelse av foreløpige erfaringer med effekter, se vedlegg 2.

Tabell 1 Erfarte positive effekter, kostnader og utfordringer i utprøvingene

Utprøving	Erfarte positive effekter	Kostnader
Ahus	Reduksjon i akutte tjenester, bedre samhandling, økt trygghet, redusert omsorgsbelastning for pårørende	Økning i bruk av forebyggende tjenester
Vestfold	Kort ventetid, tilgjengelig tjeneste	-
Agder	Tidlig identifisering og forebygging	-
Lillehammer	Bedre samhandling, indikasjon på færre innleggelser	-
Kongsberg	Raskere avklaringer, indikasjon på færre reinnleggelser	Økt ressursbruk på sykehuset knyttet til å besvare telefonene fra kommunen
Østfold	Positive pasient- og pårørendeerfaringer	-
Helgeland	Tryggere overganger og indikasjon på færre overliggerdøgn	-

Funnene er relevante sett i lys av Riksrevisjonens undersøkelse av helsetjenestens samhandling om eldre. Riksrevisjonen peker blant annet på at svak samhandling bidrar til manglende sammenheng i tjenestene, og at flere tjenester må ytes på riktig og lavest effektive omsorgsnivå for å redusere presset på sykehusene. De foreløpige erfaringene fra Prosjekt X peker dermed i retning av at integrerte modeller kan bidra til bedre overganger mellom tjenestenivåene, raskere avklaring av riktig tjenestenivå og tryggere oppfølging.

Samtidig er kunnskapsgrunnlaget fortsatt begrenset. Flere funn bygger på små brukerundersøkelser, intervjuer, prosjektets egne erfaringer, korte pilotperioder eller foreløpige analyser. For noen utprøvinger pågår følgeforskning, mens andre har etablert evalueringsopplegg uten at resultater foreligger.

Det er derfor ikke grunnlag for å trekke sikre konklusjoner om varig og kvantifiserbar nytte, som lavere kostnader, færre innleggelser eller bedre kapasitetsutnyttelse. Det er heller ikke tilstrekkelig dokumentert i hvilken grad observerte forbedringer i samhandling og pasientforløp gir varig nytte over tid. Resultatene bør derfor forstås som foreløpige indikasjoner og erfaringsbasert kunnskap, ikke som dokumenterte effekter i streng evalueringsfaglig forstand.

Helsedirektoratet vurderer likevel at funnene er relevante for helsereformarbeidet. De gir kunnskap om hvilke typer resultater integrerte modeller kan bidra til, hvilke mekanismer som ser ut til å være viktige, og hvilke forutsetninger som må være på plass for at positive og negative effekter skal kunne dokumenteres og realiseres over tid.

4.4 Måling og evaluering er en gjennomgående utfordring

De mer modne utprøvingene viser tydelig at måling og evaluering må planlegges tidlig. Flere utprøvinger peker på utfordringer med nullpunktsmålinger, datatilgang, automatisert dataauthenting, sammenstilling av data på tvers av nivåer og utvikling av robuste indikatorer.

Vestfold peker på at nullpunktsmålinger på tvers av nivåer og automatisert dataauthenting har vært krevende. Agder har utviklet detaljerte protokoller for evaluering i flere delprosjekter, men enkelte delprosjekter krever lang tid før effekter kan vurderes. Kongsberg følger blant annet henvendelser, erfaringer, tidsbruk, reinnleggelser og pasientforflytninger for 72-timersmodellen. Østfold evaluerer modellen gjennom følgeforskning, analyse av helsetjenestebruk og spørreskjemaer til pasienter og pårørende, men datagrunnlaget er foreløpig svært begrenset. Helgeland har oppsummert foreløpige erfaringer og resultater fra

piloteringen, men også her er observasjonstiden kort og grunnlaget foreløpig ikke tilstrekkelig til å knytte observerte endringer sikkert til modellen.

Ahus viser samtidig betydningen av å ha tilgang til data som kan følge utviklingen i tjenestebruk over tid. Prosjektets resultatapplikasjon har gjort det mulig å analysere tjenesteforbruk før og etter inklusjon i integrerte helsetjenester, og har gitt indikasjoner på endringer i bruk av blant annet korttidsopphold, legevakt, øyeblikkelig hjelp-innleggelser og kommunal akutt døgnenhet. Datagrunnlaget har vært viktig både for å følge utviklingen i modellen og for å synliggjøre mulige resultater av den. I tillegg ønsker Ahus å kunne identifisere hvilke pasienter de skal måle nytte for, ved å bruke direkte identifiserbare opplysninger til kvalitetssikring av helsehjelp til den enkelte og helsehjelpsformål.

Å følge utviklingen i kostnader og nytte over tid for å finne ut om et prosjekt gir forventede forbedringer for pasienter, pårørende og i tjenesten til den forventede kostnad kan gi aktørene verdifull styringsinformasjon og grunnlag for å gjøre justeringer i prosjektet underveis. Informasjonen kan også gi grunnlag for å vurdere om prosjektet gir ønsket effekt og måloppnåelse.

Flere av utprøvingene i Prosjekt X har begrenset informasjonsgrunnlag om kostnader, blant annet fordi ikke all aktivitet i utprøvingene registreres i kommunale systemer. Positive effekter i form av redusert ressursbruk kan derfor også være krevende å måle og følge opp, og ikke alle gjør dette i dag.

Utfordringene med måling og evaluering henger videre tett sammen med behovet for bedre styringsdata på tvers. Riksrevisjonen sin undersøkelse om helsetjenestens samhandling om eldre anbefaler at det utvikles bedre styringsdata om samhandling, blant annet data som ledere i kommuner og sykehus kan bruke til å utvikle gode pasientforløp og vurdere om pasientene behandles på rett nivå. Dette samsvarer med funn fra Prosjekt X, der flere utprøvinger peker på behov for å kunne følge pasientforløp, ressursbruk og effekter på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste.

Helsedirektoratet har gjort en innledende vurdering av behov for endringer i regelverket for bruk av NPR og KPR data til helsehjelpsformål. I vurderingen beskrives handlingsrommet og begrensninger i regelverket for bruk av data til styringsformål og helsehjelpsformål, og det vises til at dagens regelverk ikke fullt ut dekker det etterspurte behovet for bruk av registerdata til primærbruk på tvers av nivåene. For integrerte tjenester kan det være behov for opplysninger fra flere virksomheter og datakilder, og dette kan gjøre dagens dispensasjonsbaserte løsninger krevende å forvalte.

Samlet viser dette at evaluering av integrerte tjenester ikke bare er et metodisk spørsmål for det enkelte prosjekt. Det handler også om hvorvidt tjenestene har tilgang til data, indikatorer og juridiske rammer som gjør det mulig å følge pasientforløp og vurdere effekter på tvers av virksomheter og nivåer.

4.5 Digital samhandling blir mer kritisk når modellene settes i drift

For tidligfaseutprøvingene fremstår digital samhandling som en forutsetning for utvikling. For de mer modne utprøvingene blir digital samhandling en konkret driftsutfordring. Når pasienter faktisk skal følges opp på tvers, blir manglende tilgang til data på tvers av nivåer, fragmenterte systemer, manuelle arbeidsprosesser og fravær av felles behandlings- eller oppfølgingsplaner tydelige barrierer for samhandling.

Ahus, Østfold og Lillehammer peker på behov for felles digitale behandlingsplaner og tilgang til styringsdata og digitale løsninger for å følge pasientforløp og dokumentere resultater. Vestfold peker på teknologiske utfordringer knyttet til direkte kontakt og timebestilling. Kongsberg har oppnådd raske resultater med 72-timersmodellen nettopp fordi tiltaket ikke var avhengig av nye teknologiske løsninger, men peker samtidig på at større utvikling krever teknologisk kompetanse og bedre samhandling mellom systemer.

Dette samsvarer med nasjonale føringer om digital samhandling. Nasjonal helse- og samhandlingsplan peker på digitalisering som et sentralt virkemiddel for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratets tidligere vurderinger om digital samhandling i Prosjekt X viser at tilgang til nødvendig og relevant informasjon på tvers av virksomheter og nivåer er en grunnleggende forutsetning for helhetlige pasientforløp og god samhandling.

Samtidig viser erfaringene fra Prosjekt X at nasjonale løsninger ikke alene er tilstrekkelige. Nytte realiseres først når løsningene tas aktivt i bruk lokalt, integreres i journalsystemer og inngår i faktiske arbeidsprosesser. Digital samhandling må derfor forstås som en integrert del av tjenesteutviklingen, ikke som en støttefunksjon som kan løses i etterkant.

Samlet peker erfaringene på at digital samhandling både kan være en muliggjør og en barriere. Enkle tiltak kan noen ganger realiseres innenfor eksisterende systemer, men mer integrerte og skalerbare modeller vil i økende grad kreve digitale løsninger som understøtter arbeidsprosessene på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste.

4.6 Overgang til drift og skalering krever andre rammer enn prosjektutvikling

De mer modne utprøvingene synliggjør tydeligere enn tidligfaseutprøvingene hva som skjer når modeller skal videreføres eller skaleres. Flere utprøvinger peker på at overgangen fra prosjekt til drift er krevende. Det handler om varig finansiering, ansvarslinjer, personellkapasitet, ledelsesforankring, avtaler og evne til å opprettholde forbedringsarbeid parallelt med ordinær drift.

Integrerte helsetjenester Ahus er overført til drift, men peker fortsatt på behov for bedre datagrunnlag og samlet kostnadsoversikt. Vestfold peker på behov for avklaringer om refusjoner, egenandeler, juridiske rammer og teknologiske løsninger før full implementering. Kongsberg peker på at samhandlingsarenaen er et varig utviklingspartnerskap, ikke et tradisjonelt prosjekt. Lillehammer viser at arbeidspakker kan gi fleksibilitet, men krever tydelig koordinering og felles retning. Østfold peker på behov for dedikerte ressurser, tydeligere organisering og bedre digital samhandling før videre skalering.

Erfaringene samsvarer med Helsedirektoratets vurderinger av status for og vurdering av helsefellesskapene i fremtiden. Helsefellesskapene er viktige arenaer for dialog, relasjonsbygging og felles problemforståelse, men erfaringene viser at samarbeidsarenaer alene ikke er tilstrekkelige for å sikre varig endring i drift. Når nye modeller skal videreføres eller skaleres, må forankringen kobles til tydelige beslutningslinjer, avklarte ansvar, finansiering, styringsdata og kapasitet til implementering.

Dette tilsier at nasjonale virkemidler ikke bare bør støtte oppstart og pilotering, men også overgang til drift, videreføring og spredning. Erfaringene fra Prosjekt X bekreftes av andre samhandlingsprosjekt og funn beskrevet i NOU 2026:6 *Den nye velferdskommunen*.

Utprøvingene viser at varig endring krever rammebetingelser som gjør det mulig å opprettholde nye arbeidsformer etter at prosjektperioden er over.

4.7 Samlet vurdering

Helsedirektoratet vurderer at utprøvingene som har kommet lengst, gir indikasjoner på at mer integrerte tjenestemodeller kan bidra til bedre samhandling, raskere avklaringer, økt trygghet og mer helhetlige pasientforløp. Flere utprøvinger peker også på mulig reduksjon i reaktive tjenester, færre unødvendige pasientforflytninger eller bedre ressursutnyttelse.

Samtidig er det foreløpig ikke grunnlag for sikre konklusjoner om langsiktige effekter, herunder samlet nytte og kostnader på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Funnene må forstås som lovende, men foreløpige. Det er særlig behov for bedre datagrunnlag, tydeligere indikatorer, nullpunktsmålinger, kostnadsoversikter og evalueringer som følger pasientforløp på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Prosjekt X bekrefter og konkretiserer flere av de utfordringene som er løftet i sentrale nasjonale dokumenter. Erfaringene samsvarer også i stor grad med kunnskap fra andre samhandlingsprosjekter, noe som bidrar til å styrke vurderingsgrunnlaget. Nasjonal helse- og samhandlingsplan peker på behov for bedre sammenheng i tjenestene, nye organiseringsformer, bedre felles planlegging og finansiering som understøtter gode pasientforløp. Helsepersonellplan 2040 peker på behov for mer personelleffektive tjenester, bedre oppgavedeling, teamorganisering, teknologi og bedre ressursbruk. Riksrevisjonen peker på svakheter i samhandlingen om eldre, behov for tjenester på laveste effektive omsorgsnivå og bedre styringsdata. Helsedirektoratets vurderinger av helsefelleskapene peker på at samarbeidsarenaer er nødvendige, men ikke alene tilstrekkelige for å sikre gjennomføringskraft.

Prosjekt X tilfører praktisk kunnskap om hva disse nasjonale utfordringene innebærer når nye modeller prøves ut i konkrete pasientforløp og ordinær drift. Utprøvingene viser at helsereformen ikke bare handler om å etablere nye samarbeidsarenaer, men om å legge til rette for konkrete arbeidsformer, felles ansvar, digital støtte, datatilgang, finansiering og kapasitet til implementering.

For helsereformarbeidet er hovedlæringen at lokale utprøvinger kan gi viktig kunnskap og utviklingskraft, men at varig endring krever tydelige rammer rundt videreføring og skalering. Dersom juridiske, digitale, økonomiske og organisatoriske forutsetninger ikke er på plass, kan lokale piloter gi verdifull læring – men få begrenset betydning for varig endring i tjenestene.

5 Skaleringspotensial

Helsedirektoratet er i oppdraget bedt om å vurdere om utprøvingene som er kommet langt nok til å hente ut effekter, har potensial for videre spredning, skalering og eventuell nasjonal bredding og innføring. Vurderingen omfatter de syv utprøvingene omtalt i kapittel 4 som har erfaringer fra pilotering eller utvidet utprøving, og der det foreligger foreløpige resultater eller effekter. Vurderingene bygger på informasjon fra utprøvingene, dialog med prosjektene, tidligere løypemeldinger, læringspunkt kartleggingen og foreløpige resultater der dette foreligger.

De syv utprøvingen har kommet ulikt lang, fra pilotering til ordinær drift, og dokumentasjonen av effekter og overførbarhet er begrenset. Som nevnt, varierer også kunnskapsgrunnlaget betydelig mellom disse. Enkelte har sluttrapporter, følgeforskning, bruker- og ansatteundersøkelser eller aktivitetsdata, mens andre foreløpig har mer avgrensede erfaringer fra pilotering eller planlagt evaluering. Kunnskapsgrunnlaget gir foreløpig ikke grunnlag for å anbefale nasjonal innføring av bestemte modeller.

I dette kapitlet vurderer Helsedirektoratet hvilke modeller som gir grunnlag for videre vurdering av skaleringspotensial, og om erfaringer med avgrensede arbeidsformer kan tas videre gjennom målrettet utprøving eller læringsbasert spredning. Kapitlet drøfter også hva som kan overføres til nye områder, behovet for lokal tilpasning og hvilke forutsetninger som bør være avklart før videre spredning, skalering eller nasjonal innføring.

5.1 Vurderingsramme for videre spredning og skalering

Vurderingen av kunnskapsgrunnlaget må knyttes til hvilken beslutning som skal tas. Det er forskjell på å ta i bruk en avgrenset arbeidsform med systematisk oppfølging, å prøve ut en hel tjenestemodell i flere områder og å beslutte ensartet nasjonal bredding og innføring eller større endringer i ansvar, finansiering og regelverk. Kravet til dokumentasjon bør stå i forhold til tiltakenes omfang, risiko og muligheten til å justere kursen. Usikkerhet ved nye løsninger bør også vurderes opp mot dagens praksis, behov som skal løses og problemene løsningen skal møte.

Helsedirektoratet vurderer skaleringspotensial ut fra tre hoveddimensjoner:

1. Dokumenterte eller sannsynliggjorte effekter

Det må foreligge et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om hvilke resultater modellen gir for pasienter, tjenester og samfunn. Både positive og negative effekter bør synliggjøres. Dette kan omfatte kvalitet, trygghet, tjenestebruk, ressursbruk og andre kostnader. Jo bredere spredning som vurderes, desto større krav bør stilles til dokumentasjon av effekter.

2. Overførbarhet

Det må vurderes om modellens sentrale elementer også kan fungere under andre geografiske, demografiske og organisatoriske forhold. En modell som fungerer i en lokal kontekst, er ikke nødvendigvis overførbar til en annen.

3. Gjennomførbarhet

Modellen må kunne innføres og driftes innenfor realistiske organisatoriske, økonomiske, juridiske, digitale og personellmessige rammer. Slike rammebetingelser inngår derfor som en del av skaleringsvurderingen og drøftes nærmere i kapittel 6.

Disse tre dimensjonene må sees samlet. Lovende resultater er ikke tilstrekkelig dersom modellen ikke lar seg overføre eller gjennomføre i ordinær drift. Tilsvarende er en enkel og overførbar modell ikke tilstrekkelig dersom det ikke foreligger et rimelig kunnskapsgrunnlag om nytte og kostnader.

5.2 Hvilke modeller kan vurderes for videre skalering?

Flere av utprøvingene rapporterer positive erfaringer knyttet til samhandling, trygghet og mer sammenhengende pasientforløp. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget fortsatt begrenset når det

gjelder godt dokumenterte og langsiktige effekter, herunder samlet nytte og kostnader på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget så langt vurderer Helsedirektoratet først og fremst at Ahus og kommuner har kommet langt nok til å vurdere skaleringspotensial for den samlede modellen. For de øvrige utprøvingene gir erfaringene grunnlag for videre målrettet utprøving og dokumentasjon, for å vurdere om enkelte avgrensede arbeidsformer kan spres under systematisk oppfølging.

5.2.1 Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester

Integrerte helsetjenester ved Ahus og kommuner er overført til ordinær drift og er den utprøvingen i Prosjekt X med det mest omfattende kunnskapsgrunnlaget.

Effektene er i all hovedsak positive. Det rapporteres om redusert bruk av akuttinnleggelser, reinnleggelser, legevakt, KAD og korttidsopphold. Pasienter rapporterer om økt trygghet, medvirkning og livskvalitet og det foreligger forskningsbaserte funn om redusert pårørendebelastning og bedret måloppnåelse hos pasientene.

På den annen side øker bruken av forebyggende tjenester, og dokumentasjonsgrunnlaget mangler oversikt over samlede kostnads- og nyttevirksomheter. Selv om erfaringene stort sett er positive, er det dermed ikke dokumentert at disse samlet sett oppveier samlede kostnader, herunder ressursbruk og eventuelle andre negative effekter.

At modellen er overført til drift i flere kommuner, inngår i et regionalt læringsnettverk og prøves ut i nye områder, gir imidlertid etter Helsedirektoratets vurdering et reelt grunnlag for videre utprøving og spredning av modellen.

Helsedirektoratet anbefaler at videre arbeid særlig bør rette oppmerksomheten mot å dokumentere samlet nytte og kostnader, beskrive modellens kjernekomponenter tydelig og følge erfaringene når modellen tas i bruk i nye organisatoriske og geografiske kontekster.

Helsedirektoratet er kjent med at det finnes flere lignende prosjekter som jobber med integrerte helse- og omsorgstjenester, og som kan vise til resultater. Disse bør tas med i en samlet vurdering ved en eventuell nasjonal skalering av en modell for integrerte tjenester.

5.2.2 Øvrige utprøvinger

Vestfold, Agder, Lillehammer, Kongsberg, Østfold og Helgeland har alle erfaringer fra pilotering, utvidet utprøving eller drift, og rapporterer i ulik grad om lovende resultater.

Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid mer begrenset enn for Ahus og kommuner. Utprøvingene har i hovedsak kortere erfaringstid, og for flere foreligger det foreløpig begrenset dokumentasjon av langsiktige effekter, samlede kostnader og nytte.

Vestfold skiller seg fra de øvrige utprøvingene ved at modellen «Én vei inn – felles psykisk helsemottak» er inkludert som del av et annet oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. I 2026 skal Helsedirektoratet kartlegge og vurdere ulike modeller for samarbeid om inntaksvurdering i psykisk helsevern, herunder «Én vei inn» og tilsvarende modeller, og utarbeide anbefalte modeller og en plan for bredding. Arbeidet skal blant annet omfatte juridiske konsekvenser, eventuelle behov for lovendringer samt merkostnader og administrative konsekvenser. Erfaringene fra Vestfold inngår dermed i et videre nasjonalt kunnskaps- og utviklingsarbeid.

Helsedirektoratet vurderer at kunnskapsgrunnlaget for disse seks utprøvingene per nå er for begrenset til å konkludere om skaleringspotensial eller nasjonal innføring av de samlede modellene. Det betyr ikke at alle deler av utprøvingene må avvente ytterligere effektdokumentasjon før de kan tas videre.

Erfaringene kan gi grunnlag for videre målrettet utprøving og for å vurdere læringsbasert spredning av avgrensede arbeidsformer i sammenlignbare områder. Dette må vurderes konkret for den enkelte arbeidsformen og følges opp med kunnskap om resultater, ressursbruk og gjennomføring. Kapittel 5.3 drøfter hvilke arbeidsformer som kan være aktuelle å bygge videre på, og hvordan behovet for lokal tilpasning kan ivaretas.

5.3 Overførbarhet og behov for lokal tilpasning

Erfaringene fra Prosjekt X viser at de aktuelle modellene for mer sammenhengende og integrerte tjenester ikke kan forventes å fungere likt i alle deler av landet. Modellene i Prosjekt X er i all hovedsak utformet med utgangspunkt i lokale forhold, for å møte konkrete lokale behov. Samtidig vet vi at geografi, demografi, kommunestørrelse, organisering, fagmiljø, tilgang til kompetanse og digitale forutsetninger varierer betydelig i ulike deler av landet. Det gjør at en modell kan kreve tilpasninger for at den skal fungere andre steder.

Erfaringene fra Ahus og kommuner, og diskusjoner i læringsnettverket, illustrerer dette. I områder med større geografiske avstander kan digitale konsultasjoner være nødvendig for å sikre deltakelse av lege i kartleggingsbesøk. I områder der det er vanskelig å rekruttere geriater, kan andre relevante spesialiteter være aktuelle.

At en modell krever lokal tilpasning, betyr ikke at den mangler skaleringspotensial. Det avgjørende er om det er mulig å identifisere hvilke deler av modellen som er nødvendige for å oppnå ønsket resultat og hvilke deler som kan tilpasses lokale forhold.

Helsedirektoratet vurderer at spredning av nye arbeidsformer og modeller til nye områder bør bygge på tydelige kjernekomponenter og nødvendig lokal tilpasning. Behovet for tilpasning innebærer ikke at hver kommune eller hvert helseforetak må utvikle løsningen på nytt. Arbeidsformer, verktøy og erfaringer fra eksisterende løsninger bør i større grad gjenbrukes.

Flere utprøvinger har erfart at samarbeidet om pasienter med sammensatte behov blir mer konkret når kommuner og sykehus etablerer faste kontaktpersoner, tydelige kontaktlinjer og tverrfaglige team. Dette er arbeidsformer som kan være aktuelle for læringsbasert spredning i sammenlignbare kontekster. Erfaringene understreker også betydningen av å organisere samarbeidet rundt konkrete pasientforløp, med avklarte roller, ansvar og beslutningslinjer.

Når slike arbeidsformer eller mer samlede tjenestemodeller tas i bruk nye steder, bør det undersøkes hvilke komponenter som må være felles, hva som kan tilpasses, og hvordan de fungerer under ulike geografiske og organisatoriske forhold. Videre bruk kan dermed bygge på det utprøvingene har lært og gi bedre kunnskap om overførbarhet.

5.4 Forutsetninger for videre spredning, skalering og eventuell nasjonal innføring

Før arbeidsformer eller samarbeidsmodeller fra utprøvingene tas i bruk i nye områder, må det vurderes hva som skal overføres, hvilke lokale tilpasninger som er nødvendige, og hvordan resultater og ressursbruk skal følges opp. Som beskrevet i kap. 5.1 vil kravene til

kunnskapsgrunnlag og avklaringer avhenge av beslutningen som skal tas. Det er forskjell på læringsbasert spredning av en avgrenset arbeidsform, videre utprøving av en samlet tjenestemodell og beslutning om bred eller nasjonal innføring.

Helsedirektoratet vurderer at følgende forhold bør inngå i beslutninger om videre spredning og skalering:

1. Arbeidsformen eller modellen må beskrives tydelig

Det må fremgå hvem tiltaket retter som mot, hvilke arbeidsprosesser, roller og ansvarsforhold som er sentrale, og hvilke deler som kan tilpasses lokale forhold. For samlede modeller er det særlig viktig å beskrive kjernekomponentene, slik at det kan gjennomføres på en måte som gjør erfaringer fra ulike områder sammenlignbare.

2. Kunnskapsgrunnlaget må være tilstrekkelig

Det bør foreligge kunnskap om forventede resultater og mulige uønskede konsekvenser. Ved videre bruk av en avgrenset arbeidsform kan erfaringer fra utprøvingen gi grunnlag for å gå videre under systematisk oppfølging. Ved bred skalering av en samlet modell bør det stilles større krav til dokumentasjon av samlet nytte, og totale kostnader for alle berørte aktører.

3. Overførbarhet må vurderes

Det må vurderes hvilke forutsetninger som har betydning for resultatene i den opprinnelige utprøvingen, og om disse er til stede i nye områder. Videre utprøving i ulike geografiske og organisatoriske kontekster bør brukes til å undersøke hvilke komponenter som må være felles, og hva som kan tilpasses lokalt.

4. Ansvar for gjennomføring og ordinær drift må avklares

Det må være tydelig hvem som har ansvar for ledelse, beslutninger, finansiering, oppfølging og videreutvikling. Ved overgang fra prosjekt til ordinær drift må partene også ha avklart hvordan samarbeidet skal forankres og opprettholdes over tid.

5. Nødvendige rammebetingelser må være håndterbare

Juridiske, økonomiske, digitale og organisatoriske forhold som er avgjørende for gjennomføringen, må være avklart eller kunne håndteres innenfor realistiske rammer. Betydningen av slike forhold vil variere mellom en avgrenset arbeidsform og en mer integrert tjenestemodell. Barrierer og handlingsrom drøftes nærmere i kapittel 6.

6. Videre utprøving og spredning må følges opp systematisk

Når arbeidsformer og modeller tas i bruk i nye områder, bør det legges opp til å følge pasientresultater, tjenestebruk, ressursbruk og erfaringer med gjennomføringen.

Oppfølgingen bør gjøre det mulig å justere tiltakene underveis og gi bedre kunnskap om hva som har overføringsverdi under ulike forhold

Vurderingspunktene gir en ramme for å avgjøre hvilke avgrensede arbeidsformer som kan tas videre med systematisk oppfølging, hvilke modeller som bør prøves ut i flere kontekster og hvilke beslutninger om bredere innføring som krever et sterkere kunnskapsgrunnlag.

6 Utfordringer og barrierer knyttet til modeller i utprøvingene

I Norge er helse- og omsorgstjenestene organisert i to nivåer. Ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester til befolkningen er lagt til kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven, og ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester er lagt til staten, ved de regionale helseforetakene, gjennom spesialisthelsetjenesteloven.

Grensen for hva som anses som kommunes ansvar og hva som anses som spesialisthelsetjenestens ansvar, er ikke tydelig tegnet opp i lovverket. Kommuner og helseforetak er pålagt å inngå samarbeidsavtaler som delvis skal bidra til å avklare hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene har ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. I tillegg har partene en generell samarbeidsplikt, både på system- og individnivå.

Utprøvingene i Prosjekt X prøver ut nye måter å organisere og samarbeide om helse- og omsorgstjenester på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Når nye samarbeidsmodeller utvikles og prøves ut, møter de både rammebetingelser som følger av dagens todelte helse- og omsorgstjeneste, og utfordringer knyttet til lokal organisering, kapasitet og gjennomføring.

I dette kapitlet sammenstiller Helsedirektoratet erfaringer med barrierer som utprøvingene har møtt i utvikling, utprøving og videreføring av modellene. Barrierene er ikke nødvendigvis absolutte hindringer. Noen kan håndteres gjennom bedre bruk av eksisterende handlingsrom, tydeligere avtaler, organisatoriske tilpasninger, endrede arbeidsprosesser eller bedre lokal og regional samordning. Andre går igjen på tvers av utprøvinger og regioner og kan være av en slik karakter at de krever nasjonale avklaringer, videreutvikling av virkemidler eller endringer i rammebetingelsene.

Gjennomgangen omfatter juridiske, finansielle, digitale, organisatoriske og personellmessige forhold. Områdene må ses i sammenheng. Erfaringene fra utprøvingene viser at utfordringer sjelden følger én enkelt kategori; juridiske, økonomiske, organisatoriske og digitale forhold virker ofte sammen og kan få større betydning når modellene går fra utvikling og pilotering til ordinær drift og eventuell skalering.

Et sentralt formål med kapitlet er derfor å skille mellom opplevde og faktiske barrierer, og mellom forhold som i hovedsak kan håndteres lokalt eller regionalt og forhold som kan kreve nasjonal oppfølging. Dette skillet er viktig for å tydeliggjøre både hvilket handlingsrom tjenestene allerede har, og hvor det kan være behov for videre utvikling av nasjonale virkemidler.

6.1 Juridiske utfordringer

6.1.1 Regelverket gir handlingsrom

6.1.1.1 Fleksibiliteten i regelverket

Helselovgivningen er bygget på overordnet plassering av ansvar og oppgaver, med et betydelig rom for at ansvarssubjektene selv skal kunne organisere tjenestene sine slik de finner det hensiktsmessig. Dette finner vi igjen i de overordnede sørge-for-ansvarene til kommune og staten, ved de regionale helseforetakene, i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Sørge-for-ansvaret er

utdypet gjennom en oppramsing av ulike tjenestetilbud i både helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. I begge lovene er det likevel presisert at oppramsingene ikke er uttømmende og at tjenester som omfattes av sørge-for-ansvaret kan ytes enten av RHF-et/kommunen selv, eller ved at RHF-et/kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

I tillegg til fleksibilitet med hensyn til oppgavefordeling og tjenestetilbud er kravene som regelverket stiller til innhold og utøvelse generelt utformet, for eksempel kravet om forsvarlighet, om å arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet, og at pasientene har rett til "nødvendige" helse- og omsorgstjenester.

Samlet gir helselovgivningen kommunene og helseforetakene stor mulighet til å utføre oppgavene sine på en måte de selv finner hensiktsmessig, så lenge de opererer innenfor rammene av overordnede krav om forsvarlig tjenesteutføring og hvilke typer tjenester som skal være tilgjengelige. Pasient- og brukerrettighetene bidrar til å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen på tvers av kommune- og helseregionsgrenser.

I vår kontakt med utprøvingene har vi veiledet om handlingsrommet som ligger i regelverket. Direktoratet har oppfordret utprøvingene til i første omgang å utforske handlingsrommet i gjeldende regelverk og å regulere samarbeidet gjennom avtaler. Utprøvingene har kommet langt i å finne lokale løsninger gjennom samarbeid og avtaler om fordeling av oppgaver og ansvar mellom sykehus og kommune.

6.1.1.2 Taushetsplikt og deling av opplysninger

Flere utprøvinger har trukket frem regelverket om deling av helseopplysninger som en mulig barriere for samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Flere opplever regelverket som komplekst og at handlingsrommet i regelverket ikke er tilstrekkelig kjent.

Helselovgivningen åpner for at pasientens helseopplysninger kan deles når dette er nødvendig for å yte helsehjelp, og lovendringer i helsepersonelloven som trådte i kraft 1. juli 2026 skal gi større handlingsrom for slik deling. Loven åpner for at pasientens helseopplysninger gjøres tilgjengelig for helsepersonell og samarbeidende personell, når opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp (tjenstlig behov).

Dataansvarlig for pasientjournalssystemene skal sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og samarbeidende personell innenfor rammene av taushetsplikten, og skal bestemme hvordan opplysningene skal gjøres tilgjengelig i samsvar med regler om informasjonssikkerhet. Regelverket er dermed etablert for å kunne utveksle pasientens helseopplysninger når helsepersonell samarbeider om et behandlingsforløp, også på tvers av virksomheter.

Det etterspørres likevel veiledning generelt om adgangen til å dele opplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivå. En utprøving har stilt spørsmål om det rettslige handlingsrommet for deling av pasientens helseopplysninger. Formålet med delingen av opplysninger var å kartlegge og avklare pasientens helsehjelpsbehov. Utprøvingen presenterte konkrete eksempler for deling av opplysninger for å gi helsehjelp, og direktoratet kunne avklare at deling i de aktuelle eksemplene kan skje innenfor gjeldende regelverk. Helsedirektoratet viser til at regelverket i stor grad åpner for å kunne dele pasientens helseopplysninger når formålet er helsehjelp, både på ulike måter og mellom virksomheter. Det er imidlertid en utfordring at handlingsrommet ikke er tilstrekkelig kjent, og redsel for å bryte regelverket gjør at handlingsrommet ikke benyttes.

Videre har Helsedirektoratet erfart at mange av utprøvingene etterspør gode digitale verktøy og en digital samhandlingsstruktur som snakker sammen på tvers av tjenestenivåer, og som understøtter helsepersonellens behov for tilgang til opplysninger. Mange utprøvinger opplever at forsinket deling og mangel på digital samhandling, som manglende digitale behandlingsplaner, bidrar til at opplysninger er vanskelig å dele eller ikke blir delt på en måte som understøtter regelverket og behandlingsforløp. Funksjonelle digitale verktøy for deling av opplysninger ville tatt ned behovet for å gjøre juridiske vurderinger og teknologiske og organisatoriske tilpasninger lokalt, som oppleves krevende på grunn av ulik kompetanse, organisering og teknologisk verktøy. Det er for eksempel opplyst at manglende gode løsninger for tilgang til journalopplysninger i andre virksomheter enkelte steder løses ved såkalte "work-arounds". En slik "work-around" kan være at virksomheter etablerer en nullprosentstilling for eksternt helsepersonell. En slik organisatorisk løsning kan gi lesetilgang til eksternt journal, men vil antakelig ikke være i samsvar med krav til tilgangsstyring og logging av tilgang i journalsystemet.

Helsedirektoratet erfarer at utprøvingene først og fremst etterspør funksjonelle digitale verktøy og samhandlingsløsninger som understøtter deres behov for deling av helseopplysninger i ulike behandlingsforløp. Funksjonelle digitale verktøy for deling av opplysninger ville tatt ned behovet for å gjøre juridiske vurderinger og teknologiske og organisatoriske tilpasninger lokalt, som oppleves krevende på grunn av ulik kompetanse, organisering og teknologisk verktøy.

6.1.2 Utfordringer med dagens regelverk

6.1.2.1 Organisering og ledelse av helse- og omsorgstjenesten

Flere av henvendelsene Helsedirektoratet har mottatt fra utprøvingene har berørt spørsmål om organisering og ansvar ved faktisk og reell samdrift av helsetjenester på tvers av de etablerte tjenestenivåene. Tonivå-systemet, der sørge-for-ansvaret er lovfestet, blir utfordret dersom tjenestene ønsker å etablere en felles tjeneste som har et selvstendig ansvar for å yte tjenester. Med dagens regelverk er det vanskelig å prøve ut faktisk og reell samdrift av helsetjenester, der kommunen og spesialisthelsetjenesten er likeverdige eiere. Ulike forhold medvirker til dette, blant annet:

- Sørge-for-ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven kan ikke fravikes ved avtale. Dette innebærer at ansvaret som inngår i sørge-for-ansvaret vil bli liggende hos kommunen eller RHF-et, selv om det inngås avtale om at en tjeneste skal utføres av noen andre.
- Det finnes særregler i helselovgivningen som formaliserer ansvarslinjene. Dette gjelder særlig kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 om at det må finnes en ansvarlig leder på alle nivåer, og at det ikke er anledning til å organisere sykehuset slik at det formelle ansvaret for en organisatorisk enhet er delt mellom flere ledere.
- Når det eksempelvis gjelder regler om bruk av tvang, er hjemlene knyttet til konkrete organisatoriske enheter. Dette henger sammen med at slike regler griper inn i grunnleggende menneskerettigheter og at det behov for forutsigbarhet og kontroll for å sikre rettssikkerheten til pasientene.
- Det er spilt inn at kommunelovens regler om organiseringsformer for interkommunalt samarbeid og helseforetakslovens regler om organisering av spesialisthelsetjenester, vanskeliggjør organisasjonsmodeller der kommunen og helseforetaket skal drive sammen. Eksempelvis er det kun kommuner og fylkeskommuner som kan inngå i oppgavefellesskap, jf. kommuneloven kapittel 19. Helseforetaksloven krever på sin side at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester skal organiseres som

helseforetak og setter begrensninger for at foretak ikke kan eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak, jf. helseforetaksloven § 42. Kommunelovens regler om politisk behandling i ulike saker, kan også bidra til å gjøre integrert drift av tjenester som styres av annen lovgivning vanskelig.

Det er nødvendig at regelverket stiller krav til tydelige ansvarslinjer. Det er blant annet viktig for å ivareta pasientsikkerheten at det er tydelig hvem som har ansvar for hva, både for de ansatte og lederne internt i en organisasjon og for pasientene og pårørende som kommer i kontakt med tjenesten. For noen rettsområder er det også helt sentralt av hensyn til ivaretagelse av grunnleggende menneskerettigheter.

I tonivåmodellen vil samarbeid mellom tjenestenivåene alltid følge to ansvars- og lederlinjer. Flere utprøvinger har pekt på at samarbeidet kan bli skjevt, at det kan være vanskelig å få med begge parter eller at det ene tjenestenivået får ta større plass enn det andre. Det har også blitt pekt på at delt ansvar for en tjeneste kan medføre økt risiko for svikt. Når ansvarsforholdene oppfattes som uklare, skaper det også usikkerhet blant helsepersonell, noe som kan gjøre det vanskeligere å sette tiltaket i drift. Slike utfordringer kan oppstå i forbindelse med alt samarbeid på tvers av tjenestenivå, men løses ikke ved å endre regelverket.

Slik helse- og omsorgstjenestene er innrettet i dag, med sørge-for-ansvar både hos kommunen og det regionale helseforetaket, vil det være behov for lovendringer for å kunne åpne for reell samdrift og et faktisk felles ansvar for tjenester. I så fall må blant annet forholdet til kommunelovens regler om interkommunale selskaper og helseforetakslovens regler om eierskap og organisering av spesialisthelsetjenester vurderes nærmere. Det kan for eksempel åpnes for at kommuner og helseforetak kan eie juridiske subjekter i fellesskap, i selskapslignende organisasjonsformer, etter mønster fra dagens oppgavefellesskap, jf. kommuneloven kapittel 19. Et slikt tiltak vil imidlertid kreve omfattende juridiske vurderinger, blant annet knyttet til sørge-for-ansvaret, ansvarslinjer, pasientrettigheter og avgrensning av pasientgrupper som skal ivaretas i slike felles enheter og forholdet mellom enhetene og andre helse- og omsorgstjenester i de ordinære nivåene. Videre vil det være viktig å utrede hvordan en slik løsning må innrettes for å ivareta hensynet til lokaldemokrati.

6.1.2.2 Bruk av data fra sentrale helseregistre

Helse Sør-Øst har løftet en overordnet problemstilling om manglende tilgang til og deling av styringsinformasjon på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Problemstillingen gjelder flere utprøvinger i regionen og omfatter blant annet behov for kobling av data mellom virksomheter, tilgang til relevante styringsdata og mulighet for å følge pasientforløp og effekter på tvers av nivåene. Samme problemstilling gjelder også andre samhandlingsprosjekt i alle helseregionene, blant annet behov for tilsvarende tilganger knyttet til digital hjemmeoppfølging.

En utprøving har rapportert om at rask og sikker bredding av prosjektet blant annet forutsetter løpende tilgang til styringsdata fra kommunalt helse- og omsorgsregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). Utprøvingen viser til at dagens regelverk er til hinder for slik operativ datadeling og beslutningsstøtte.

Tilgang til opplysninger fra KPR og NPR for å identifisere og kartlegge behov for helsehjelp til den enkelte pasient, ville gjøre det mulig å inkludere aktuelle pasienter i behandlingstilbudet. Helseregisterloven, KPR- og NPR-forskriften åpner imidlertid ikke for å bruke opplysninger i registeret til et slikt formål. Opplysninger i de lovbestemte helseregistrene skal brukes til såkalte sekundærformål, dvs. behandling av opplysninger til statistikk, helseanalyser,

forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen.

Helsedirektoratet har fulgt opp problemstillingene i dialog med utprøvingen. I dialogen ble det drøftet hvordan gjeldende regelverk kan forstås og anvendes i identifikasjons- og inklusjonsfasen, samt utfordringer knyttet til ulik praksis og forståelse av taushetsplikt.

Flere av behovene som ble beskrevet knyttet til operativ bruk og deling av styringsinformasjon mellom virksomheter vil forutsette regelverksendringer. Bruk av forsøksloven var ikke aktuelt for å hjemle slik bruk av NPR- og KPR-data som var skissert fordi bruken ikke er innenfor formålet med disse registrene. Å åpne for bruk til andre formål ville representere en vesentlig innskrenking av retten til vern av helseopplysninger som følger av GDPR og personvernretten for øvrig

HOD arbeider med en vurdering av behovet for regelverksendringer i lov og forskrift.

6.1.2.3 Regler knyttet til overganger mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste

Som nevnt innledningsvis i kapittel 6, tar regelverket og andre virkemidler utgangspunkt i at helsetjenester ytes av to ulike tjenestenivåer (tonivåmodellen). I regelverket ser vi dette blant annet ved at det er knyttet plikter og rettigheter til overgangene mellom tjenestenivåene.

Når en pasient som mottar helsetjenester i kommunen har behov for mer spesialiserte tjenester, blir pasienten henvist til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vurderer denne henvisningen og avgjør om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Henvisningene skal ikke bare formidle informasjon om pasienten, men har også en funksjon i å regulere tilgangen og tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten. At det foreligger en henvisning er vanligvis en forutsetning for at pasienten i det hele tatt blir vurdert. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 a gir pasientene rett til vurdering, tidsfrist, tidspunkt og informasjon fra spesialisthelsetjenesten innen 10 dager fra henvisningen er mottatt. Formålet er å sikre at pasientene raskt får tilbakemelding og informasjon fra spesialisthelsetjenesten etter at det er sendt en henvisning. Forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten stiller på sin side krav til hvilket personell som kan sende en henvisning, noe som igjen har betydning for om poliklinikken kan eller skal kreve egenandel av pasienten. Se også punkt 6.2.8.2. Et annet eksempel på regulering av overgangen mellom tjenestenivåene er forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, som regulerer overgangen fra spesialisthelsetjenesten og tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Regler som er ment å etablere prosess eller arbeidsmåter vil ofte være detaljerte og spesifikke. Med slike regler vil det ofte være et begrenset handlingsrom til å gjøre ting annerledes. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2a er et eksempel på slike prosessuelle regler, utformet som pasientrettigheter. Myndighetene kan bruke regelverk som virkemiddel for å endre, understøtte eller innføre en konkret praksis i tjenestene. Selv om formålet er godt, skaper denne typen regelverk ofte utfordringer når man skal utvikle nye tjenestetilbud eller samarbeidsformer. Det samme gjelder for regelverk som inneholder krav som bygger på etablerte samarbeidsformer og prosesser, eksempelvis de ulike funksjonene som en henvisning er tillagt gjennom regelverket.

Helsedirektoratet har veiledet en utprøving konkret om muligheten for å bruke forsøksloven til å gjøre unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2a og fra pasientbetalingsforskriften eller forskrift om egenandel for kommunale helse- og

omsorgstjenester. Direktoratets vurdering er at forsøksloven vil kunne brukes dersom hensynet til pasientenes rettssikkerhet ivaretas like godt gjennom utprøvingen. Samtidig understrekes det at forsøksloven ikke gir adgang til å innskrenke pasientenes grunnleggende rett til nødvendig og forsvarlig helsehjelp. utfordringer knyttet til bruk av forsøksloven er nærmere omtalt i punkt 6.1.3

6.1.3 Bruk av forsøksloven

Dersom tjenestene ønsker å prøve ut organiseringsformer eller tiltak som ikke oppfyller krav i regelverket, kan forsøksloven brukes som hjemmel for å gjøre avvik fra gjeldende regelverk innenfor et forsøk eller en utprøving. Forsøksloven har som formål å utvikle offentlig forvaltning og å få en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsorganer og mellom forvaltningsnivåer.

Helse- og omsorgsdepartementet understreket tidlig overfor Prosjekt X-utprøvingene at det var viktig å starte arbeidet med å vurdere og identifisere eventuelle behov for å bruke forsøksloven. Flere utprøvinger har stilt spørsmål om bruk av forsøksloven for ulike deler av sine prosjekter, og direktoratet har veiledet om mulighetene som ligger i forsøksloven og om gjeldende rett. Helsedirektoratet har ikke fortolkningsansvar for forsøksloven, men har gitt utprøvingene direktoratets vurderinger av forholdet mellom helselovgivningen og forsøksloven.

Utprøvingene har blitt oppfordret til å utfordre grensene for dagens regelverk ved å bruke forsøksloven til å gjøre unntak, men det har vist seg at forsøksloven ofte ikke kan benyttes til de ønskede unntakene eller at loven ikke er aktuell av andre grunner. Noen eksempler på dette er:

- Forsøksloven gir ikke generell hjemmel for regelverksunntak, og det er begrenset mulighet for å gjøre unntak fra bestemmelser som ivaretar grunnleggende rettslige prinsipper og internasjonale forpliktelser. Noen utprøvinger har stilt spørsmål om bruk av forsøksloven innenfor rettsområder der loven ikke kan brukes. Ett spørsmål var om forsøksloven kan gi grunnlag for avvik fra anskaffelsesregelverket. Helsedirektoratets vurdering var at forsøksloven ikke kan brukes til å sette til side EØS-baserte anskaffelsesregler, og at handlingsrommet må vurderes innenfor anskaffelsesregelverkets rammer. Som omtalt i punkt 6.1.2.2 er det også vurdert at forsøksloven ikke er aktuell som grunnlag for tilgang til opplysninger fra NPR og KPR til et annet formål enn registrenes formål.
- Prosessen fra man oppdager et behov for unntak og fram til en godkjenning av et forsøk vil være relativt omfattende. I tillegg til at prosjektet må identifisere hvilket regelverk det er aktuelt å fravike, må det utarbeides regelverk som skal gjelde i forsøket og dette regelverket må høres og vedtas i den aktuelle kommunen/fylkeskommunen. Vedtak og forsøksforskrift legges ved endelig søknad til departementet.
- Utprøvingene i Prosjekt X er knyttet til samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og kan utfordre regelverk som regulerer både kommuner og også statlig eide helseforetak. Selv om KDD har avklart at forsøksloven gjelder for de regionale helseforetakene, gir ikke loven tydelige føringer på hvordan lovens krav til eksempelvis høring og vedtakelse av forsøksregelverk skal gjøres for regler som først og fremst berører et regionalt helseforetak og de underliggende helseforetakene. Da

ingen utprøvinger har kommet så langt at de har utarbeidet søknad om unntak fra regelverk, har ikke spørsmålet kommet på spissen i prosjektperioden.

- Forsøksloven forutsetter at det gjøres konkrete vurderinger av behovet for og konsekvensene av eventuelle unntak. Dersom man for eksempel skulle ønske å undersøke en ny organisasjonsform og etablere et tilbud som spesialisthelsetjenesten og en kommune eier og har ansvar for i fellesskap, ville mange ulike regler komme i spill. Det vil være et omfattende arbeid å identifisere bestemmelsene og utrede konsekvensene av eventuelle unntak og finne kompenserende tiltak slik at man kan utarbeide en søknad. For en prosjektorganisasjon som skal utforske nye arbeidsmåter vil det være (uforholdsmessig) krevende å bruke tid og ressurser på å utrede hvordan regelverk kunne være innrettet for å understøtte samhandling.
- Et grunnleggende krav i forsøksloven er at man ikke kan godkjenne forsøk som innebærer innskrenkning av rettigheter eller utvidelse av plikters om enkeltpersoner har etter gjeldende lovgivning, jf. forsøksloven § 4 andre ledd. I helseretten er det høy grad av rettighetsfesting. Det kan styrke pasientenes rettsstilling dersom helsetjenestene må innrette tjenestene sine på spesifikke måter. Unntak fra helserettslig regelverk vil derfor raskt innebære at man begrenser pasient- og brukerrettighetene, for eksempel dersom man skulle gjennomført forsøk med å etablere et nytt nivå med eget sørge-for-ansvar som eies av kommunen og helseforetaket i fellesskap. De konkrete vurderingene Helsedirektoratet har gjort av muligheter for å bruke forsøksloven på helseregelverket, viser at slike vurderinger ofte kommer opp.

Gjennomgangen viser at det kan stilles spørsmål om forsøksloven er godt nok tilpasset behovene som er aktuelle for forsøk innenfor helse- og omsorgstjenestene. Forsøksloven er rettet inn mot forsøk for å teste ut nye organiseringsformer eller oppgaveoverføring i forvaltningen, men det som testes ut i Prosjekt X i hovedsak er nye samarbeidsformer. Fordi spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar og oppgaver i pasientforløp er overlappende og ikke tydelig avgrenset, vil samarbeid mellom de to nivåene uansett være nødvendig. Da kan forsøkslovens ordning fremstå som unødvendig komplisert.

Dersom det som del av reformarbeidet er ønskelig med forsøksvirksomhet for å teste ut nye samarbeidsformer eller organisering av helsetjenesten, bør det vurderes om det er mer hensiktsmessig med forsøkshjemler i lovene som regulerer tjenestene. Dette ville gi lovgiver mulighet til å vurdere hvilke rammer som skal gjelde for forsøkene, herunder hvilke unntak fra regelverk innenfor helselovgivningen som er, eller ikke er, aktuelle. Det vil være særlig aktuelt å vurdere egne forsøkshjemler dersom man eventuelt ønsker å prøve ut å etablere et nytt nivå med eget sørge-for-ansvar, der organisasjonen som har ansvaret eies av kommunen og helseforetaket i fellesskap.

6.1.4 Oppsummering

Helsetjenestene er organisert i to nivåer, og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten vil alltid være nødvendig for at tjenestene skal ivareta det helhetlige ansvaret for pasientene. Helsedirektoratet vurderer at det generelt sett er en fordel at lovgivningen i liten grad spesifiserer hvilket nivå som har ansvar for enkeltoppgaver i pasientforløpene fordi det gir et stort handlingsrom.

Samtidig har flere utprøvinger tatt opp utfordringer knyttet til ledelse og ansvarsdeling. Selv om regelverket åpner for lokale løsninger og tilpasninger, kan det være krevende å utvikle gode strukturer for samarbeidet. Et tonivåsystem der sørge-for-ansvaret alltid ligger fast, gjør det eksempelvis ikke mulig å etablere en felles tjeneste som har et selvstendig ansvar for å yte tjenester, da dette vil stride mot det grunnleggende i tonivå-systemet. Lovverket vil, etter Helsedirektoratets vurdering, måtte endres for å muliggjøre dette.

Samarbeid i et pasientforløp forutsetter deling av pasientopplysninger mellom tjenestenivåene. Regelverket åpner for slik deling så lenge det er nødvendig av hensyn til pasienten. Når taushetspliktregelverket fremheves som en utfordring for samarbeid er det nok til dels fordi taushetsplikten står så sterkt og at mulighetene for deling ikke er godt nok kjent. En viktigere faktor er nok at helsepersonell ikke har tilgang til digitale verktøy som legger til rette for deling av opplysninger innenfor lovens rammer.

På noen områder vil også handlingsrommet for nye samarbeidsformer være begrenset av lovverket. Det kan være på grunn av grunnleggende rettssikkerhetsgarantier eller grunnleggende krav til personvern. Et eksempel på dette er omtalen av bruk av data fra NPR og KPR, der det vil være nødvendig med regelverksendringer. Videre har utprøvingene avdekket enkelte eksempler på at regelverket stiller konkrete krav som hindrer eller vanskeliggjør utvikling av nye samarbeidsformer.

En viktig del av direktoratets oppdrag har vært å veilede utprøvingene om forholdet mellom helselovgivningen og forsøksloven, som gir adgang til å gi unntak fra regelverk i forbindelse med forsøk. Loven kan være aktuell å bruke der det er behov for å gjøre unntak fra konkrete bestemmelser. For flere av problemstillingene som har vært tatt opp har ikke forsøksloven vært relevant eller aktuell, for eksempel fordi grunnleggende rettigheter kommer i spill. Direktoratet stiller derfor spørsmål om forsøksloven er egnet for utprøving av samarbeidsmodeller innenfor helseområdet, og mener at det bør vurderes egne hjemler for forsøk i helselovgivningen.

6.2 Finansiering

Finansieringen i helse- og omsorgstjenesten følger i hovedsak oppgave- og ansvarsfordelingen mellom tjenestenivåene. Kommunene finansierer og har ansvar for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder helsefremmende og forebyggende arbeid, mens staten gjennom de regionale helseforetakene finansierer og har ansvar for spesialisthelsetjenesten. Prinsippet innebærer at økonomiske ressurser skal understøtte de oppgavene som er lagt til det enkelte nivået. I tillegg bidrar staten gjennom folketrygdens ulike helserefusjonsordninger til finansiering av tjenester som dels kan knyttes til kommunenes og regionale helseforetaks sørge-for-ansvar, og dels til tjenester og produkter som faller utenom de definerte ansvars- og oppgavedeling. Ulikheter i finansieringsmodellene mellom nivåene, og innslag av tredjepartsfinansiering, kan gi til dels uforutsigbare insentivvirkninger og vanskeliggjøre forståelsen av hvordan tjenesteinnhold er forutsatt finansiert ved samarbeid mellom nivåene. Dette kan utfordre samhandling og koordinering på tvers av tjenestenivåene, særlig innen forebygging og tidlig innsats hvor gevinster ofte oppstår i en annen del av tjenesten enn der kostnadene påløper.

6.2.1 Finansiering av den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommunene finansieres hovedsakelig gjennom frie inntekter i form av skatteinntekter og rammetilskudd. Dette gir lokalt handlingsrom til å prioritere mellom ulike oppgaver og behov. Samtidig må helse- og omsorgstjenestene konkurrere om ressursene med andre kommunale formål som skole, barnehage og infrastruktur. Ulike typer tilskuddsordninger treffer også kommunenes aktivitet, som for eksempel Samhandlings- og rekrutteringstilskuddet eller Helseteknologiordningen.

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, mens mange viktige faktorer for folkehelsen påvirkes gjennom oppgaver innen blant annet planlegging, oppvekst, miljø og boligpolitikk. Forebygging krever derfor innsats på tvers av sektorer.

Kommunene har ulike forutsetninger knyttet til størrelse, geografi, befolkningssammensetning, kompetanse og økonomi. Dette påvirker både organiseringen av tjenestene og mulighetene til å møte framtidige behov. Det er en kjent utfordring at mange kommuner står i en økonomisk krevende situasjon med krevende prioriteringer, herunder står i fare for å komme på Robeklisten². Dette kan sette deltakelse og implementering av nye arbeidsformer i fare for ikke å bli gjennomført eller at de må avsluttes.

Fastlegeordningen skiller seg fra øvrige kommunale tjenester ved at den finansieres gjennom en kombinasjon av kommunale tilskudd, egenandeler og statlige refusjoner. De særskilte finansieringsmekanismene innebærer at fastlegeordningen opererer med andre økonomiske insentiver enn resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som kan skape utfordringer for samordning og helhetlig ressursbruk³.

6.2.2 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet sykehus, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ambulansetjenester. Staten har det overordnede ansvaret gjennom de regionale helseforetakene, som har et lovpålagt sørge-for-ansvar og eier de underliggende helseforetakene.

Finansieringen består hovedsakelig av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), samt enkelte tilskudd og egenandeler. I motsetning til den kommunale finansieringen, er midlene i stor grad øremerket helseformål – og dette gir en tettere kobling mellom finansiering, styring og tjenesteproduksjon.

6.2.3 Samhandlingsutfordringer

Finansiering har over tid blitt pekt på som en sentral utfordring for samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Ulikheter i finansieringssystemene kan gi kommuner og helseforetak ulike økonomiske insentiver til å

² **ROBEK** - Register om betinga godkjenning og kontroll - er eit register over [kommunar](#) og [fylkeskommunar](#) som må ha godkjenning frå [Kommunal- og regionaldepartementet](#) for å kunne ta opp [lån](#) eller inngå langsiktige [leigeavtalar](#). Registeret er oppretta i medhald av [kommunelova](#). Kilde: Wikipedia

³ Se nærmere om finansieringsordningen for fastleger og incentiver i Helsedirektoratets svar på tilleggsoppdrag 44 til tildelingsbrev 2021

samarbeide til beste for pasienten⁴. Ulike ansvarsområder, styringslinjer og finansieringsordninger kan føre til at kostnader og gevinster fordeles ulikt mellom aktørene. Dette kan gjøre det krevende å etablere helhetlige pasientforløp, særlig for personer med sammensatte og langvarige behov.

Innen spesialisthelsetjenesten er det etablert et system for innrapportering av aktivitet og kostnader. Det gjøres også årlige kostnadsberegninger av aktiviteten som skjer i sykehusene. Tilsvarende system for kartlegging og beregning av aktivitet og kostnader er ikke etablert innen kommunesektoren.

Den teknologiske utviklingen og ønsket om å yte flere tjenester nærmere der innbyggerne bor, har aktualisert behovet for finansieringsmodeller som i større grad understøtter felles mål, ansvar og gevinstrealisering på tvers av tjenestenivåene. Ulike former for samfinansiering og samarbeidsmodeller har derfor vært løftet frem som mulige virkemidler for å styrke samhandling og forebygging.

Erfaringene fra samhandlings- og rekrutteringstilskuddene viser at økonomiske virkemidler kan være viktige for å etablere nye samarbeidsformer, men at varig endring også forutsetter felles målforståelse, varig finansiering, tillit, opplevd likeverdighet og organisatoriske rammer som understøtter samarbeid. Utviklingen av mer helhetlige tjenester avhenger derfor av et samspill mellom finansiering, organisering, ledelse, kompetanse og teknologi. Dette er en utfordring som også er omtalt som en utfordring i NOU 2026:6 *Den nye velferdskommunen*.

6.2.4 Tilbakemelding fra utprøvingene

Finansiering blir fremhevet som en sentral utfordring i flere av utprøvingene. Ni av tretten utprøvinger rapporterer at økonomiske forhold i noen eller stor grad påvirker mulighetene for gjennomføring og videreføring av tiltakene.

Utfordringene er knyttet både til finansiering av selve utprøvsperioden, men i større grad til etablering av bærekraftige løsninger i ordinær drift. Flere peker på at dagens finansierings- og regelverkssystemer er tilpasset en tradisjonell ansvarsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, noe som kan skape utfordringer for tjenester som organiseres på tvers av nivåene.

Det trekkes særlig frem utfordringer knyttet til forskjeller i finansieringsordninger, refusjonsregler og egenandelsbestemmelser. For enkelte utprøvinger innebærer dette at pasienter kan møte ulike betalingsordninger for samme type tjeneste, avhengig av hvor tjenesten ytes og hvilken personellgruppe som utfører den. Flere etterlyser derfor justeringer i regelverket som i større grad understøtter helhetlige pasientforløp og tverrfaglig samarbeid. Utprøvingene peker også på behovet for en tydeligere ansvars- og finansieringsmodell mellom tjenestenivåene. Det løftes blant annet frem forslag om at finansiering i større grad bør følge pasienten, og at regelverket for egenandeler og refusjoner tilpasses nye arbeidsformer og oppgavedeling mellom personellgrupper.

Samlet peker innspillene på et behov for mer langsiktige og forutsigbare finansieringsordninger som kan legge til rette for videreføring av løsninger som har vist nytte i utprøvsfasen. Flere av de identifiserte utfordringene berører imidlertid strukturelle forhold som vil kreve nærmere utredning og eventuelle endringer i eksisterende finansierings- og

⁴ Denne asynkroniteten er nærmere beskrevet i leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet som svar på oppdrag 44 i tildelingsbrevet for 2021.

budsjettmodeller. Mulighetsrommet for nye eller endrede statlige finansieringsordninger, vil økes dersom det etter utredning åpnes for nye organisasjonsstrukturer som ramme for felles tjenesteyting mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (jf. 6.4.3).

6.2.5 Handlingsrommet i dagens finansieringsmodell

Selv om det pekes på utfordringer og ønsker om endringer i dagens finansieringsmodeller, erkjenner flere at det finnes muligheter innenfor dagens rammeverk. Det er få formelle eller juridiske hindringer for at man kan lage avtalebaserte ordninger med fordeling av kostnader og inntekter/ gevinster på tvers av nivå. Dette krever imidlertid stabile rammebetingelser over tid.

Samtidig er flere av dagens finansieringsordninger nasjonalt regulert og kan ikke tilpasses enkeltprosjekter isolert. Eventuelle behov for endringer må derfor vurderes i et nasjonalt perspektiv.

Flere av utfordringene som beskrives, handler om uklare ansvars-, oppgave- og ressursfordeling mellom kommunene og helseforetakene. Samarbeidsavtaler kan bidra til å tydeliggjøre roller, ansvar og økonomiske forpliktelser, og dermed redusere risikoen for at finansiering blir en barriere for videreføring.

Erfaringer fra løypemeldinger, dialogmøter og erfaringskonferanser bekrefter at finansiering fortsatt er en gjennomgående utfordring. Prosjektmidlene har gjort det mulig å prøve ut nye samarbeidsformer ved å redusere økonomisk risiko i utprøvingsfasen, men gir ikke nødvendigvis svar på hvordan tiltakene skal finansieres i ordinær drift.

Flere utprøvinger peker på at dagens finansieringsordninger i stor grad belønner aktivitet innenfor hvert tjenestenivå, mens gevinstene av samhandling ofte oppstår på tvers. Det etterlyses derfor modeller som i større grad understøtter felles mål, forebygging og helhetlige pasientforløp. Erfaringene fra mer modne utprøvinger, som Integreerte helsetjenester ved Ahus, viser samtidig betydningen av langsiktig forankring, gradvis utvikling og tidlig avklaring av finansiering og ansvar innrettet med tanke på varig drift.

6.2.6 Helsefellesskapenes rolle i forbindelse med finansiering av tjenester på tvers

Flere av finansieringsutfordringene som trekkes frem i utprøvingene oppstår i grenseflaten mellom kommunene og helseforetakene. Helsefellesskapene kan i denne sammenhengen utgjøre en viktig arena for å drøfte og utvikle løsninger på tvers av nivåene. Gjennom felles planlegging og tjenesteutvikling kan kommuner og helseforetak etablere en felles forståelse av kostnader, gevinster og ansvarsforhold knyttet til nye arbeidsformer og pasientforløp.

Elleve av 13 utprøvinger oppgir at samarbeidsprosjektet er forankret i eksisterende helsefellesskap eller bygger på samarbeidsstrukturene som er etablert gjennom helsefellesskapene. Erfaringene tyder på at helsefellesskapene kan fungere som en viktig organisatorisk plattform for utvikling, forankring og skalering av nye modeller for tjenester på tvers av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Det er samtidig verdt å merke seg at ikke alle utprøvingene formelt er opprettet av helsefellesskapene. Flere av dem springer ut av lokale samarbeidsinitiativ mellom kommuner og helseforetak, samtidig som de benytter helsefellesskapet som styrings- eller samhandlingsarena. Det er videre viktig å merke seg at utprøvingene i Prosjekt X kun

representerer et utvalg av ulike prosjekt som pågår innen helse- og omsorgstjenesten nå. Bare innen Helse Nord sitt ansvarsområde er Helsedirektoratet kjent med at det pågår 43 større og mindre utviklingsprosjekt, der helsefellesskapene er inne på en eller annen måte.

Helsefellesskapene kan også bidra til å identifisere finansielle utfordringer som følger av ulikt regelverk, refusjonsordninger og egenandelsbestemmelser, og løfte disse videre til regionale og nasjonale myndigheter. Selv om beslutninger om finansieringssystemer må tas nasjonalt, kan helsefellesskapene fungere som en arena for å prøve ut nye samarbeidsmodeller, dokumentere effekter og skape et bedre kunnskapsgrunnlag for framtidige finansieringsløsninger som understøtter helhetlige pasientforløp. Samtidig er det som påpekt over få formelle eller juridiske hindringer for at man kan lage avtalebaserte ordninger med fordeling av kostnader og inntekter/ gevinster på tvers av nivå (jf. 6.2.5).

6.2.7 Forebygging og finansiering

Gjennom Prosjekt X er det fra flere løftet fram problemstillinger knyttet til forebygging og finansiering.

Tydeligst er dette synliggjort gjennom utprøvingen i Nordfjord. Der pekes det på utfordringer knyttet til både registrering og finansiering av forebyggende og systemrettede aktiviteter. Dagens rapporterings- og finansieringssystemer for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i hovedsak utformet for å registrere og finansiere aktivitet knyttet til identifiserbare pasienter. Aktiviteter som retter seg mot grupper, forebygging eller systemutvikling uten tilknytning til enkeltpasienter fanges i liten grad opp av dagens nasjonale rapporteringsløsninger.

Det finnes per i dag ikke etablerte nasjonale ordninger for aktivitetsbasert registrering eller finansiering av denne typen system- og samarbeidsrettet arbeid på tvers av sektorer i kommunene eller på tvers av forvaltningsnivåene. Dette gjør det utfordrende å synliggjøre omfanget av aktiviteten, dokumentere resultater og vurdere gevinster over tid. Samtidig begrenser det mulighetene for å utvikle aktivitetsbaserte finansieringsordninger for denne typen tjenester. Utprøvingen i Nordfjords forslag til lokale registreringsløsninger kan derfor ha verdi utover den enkelte utprøving. Erfaringer med registrering av forebyggende og systemrettet aktivitet kan bidra til å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag for fremtidige vurderinger av nasjonale rapporterings- og finansieringsmodeller.

Selv om dagens finansieringsordninger ikke er til hinder for at kommuner og helseforetak kan tilby forebyggende tjenester, gir de i begrenset grad økonomiske incentiver til å prioritere slike tiltak. Forebyggende innsats må i stor grad finansieres innenfor ordinære rammer, og vil derfor konkurrere med andre lovpålagte oppgaver om tilgjengelige ressurser. Dette kan bidra til at forebyggende arbeid nedprioriteres, selv når det antas å gi gevinster på lengre sikt.

Innspillene fra Nordfjord peker dermed på behovet for å se finansiering i sammenheng med øvrige virkemidler for styring, rapportering og prioritering. Dersom målet er å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid på tvers av tjenestenivåene, kan det være nødvendig å vurdere både hvordan aktiviteten registreres, hvordan resultater dokumenteres og hvilke incentiver som best understøtter ønsket utvikling. Dette er også drøftet i NOU 2026: *Den nye velferdskommunen*, om enn i en større kontekst. De sier følgende:

"Utvalgets oppgave er ikke å utfordre generalistkommuneprinsippet eller foreslå en ny kommuneinndeling, en ny ansvarsdeling eller en samlet reform av helsetjenesten, men å vurdere hvordan samfunnet innenfor og på tvers av strukturer kan utvikle nye og mer

bærekraftige måter å skape velferd på der generalistprinsippet og forvaltningsmodellene bevares."

Løsningen de peker på er å innføre et overordnet samfunns mål for å sikre at tjenestene drar i samme retning.

6.2.8 Innspill til tilpasninger i en framtidig finansieringsmodell som i ytterligere grad gir insentiv til samhandling og sammenhengende tjenester

Som tidligere skrevet har dagens regelverk få formelle eller juridiske hindringer for at man kan lage avtalebaserte ordninger med fordeling av kostnader og inntekter/ gevinster på tvers av nivå. Helsedirektoratet har redegjort for utfordringer knyttet til dagens modell, og vil i det videre løfte fram noen særskilte områder det kan ses nærmere på. Imidlertid vil direktoratet også anbefale ytterligere søkelys på muligheter innenfor dagens regelverk. Det er viktig at Helsedirektoratet og andre framhever mulighetene i dagens modell og hjelper aktørene til en felles forståelse av hvordan systemene virker og hva slags muligheter og begrensninger disse har. Her vil samarbeidsavtaler som nedfelt i [Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6](#) være sentrale. Her beskrives at kommuner og helseforetak er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Disse avtalene bør inkludere reguleringer av hvordan kostnader og gevinster fordeles, og kan gjerne ha et langsiktig perspektiv.

6.2.8.1 Samhandlings- og rekrutteringstilskuddet

Det er variasjoner i hvordan de regionale helseforetakene (RHF-ene) fordeler midler til samhandlingsprosjekter. Det er åpenbare styrker i at RHF-ene tildeler midler til prosjekter som er aktuelle lokalt, da det kan variere geografisk hva slags utfordringer som bør løses. Allikevel reises det spørsmål om hvorvidt RHF-ene eller departementet i større grad burde gitt tydeligere signaler om hvilke typer prosjekter det er ønskelig å prioritere og igangsette.

Samhandlings- og rekrutteringstilskuddet representerer en statlig føring på området, men det kan diskuteres om styringssignalene har vært tilstrekkelig konkrete og samordnede. For eksempel har det kommet forslag om at midlene i enda større grad bør øremerkes til å dekke opp for problemstillinger der kostnader og gevinster kommer på ulikt sted og til ulike tider. Tilførsel av midler til utvikling av nye måter å yte helsetjenester på gjennom utprøvinger og piloter framheves som viktig. Allikevel nevnes det at tildeling av midler uten tilstrekkelig med føring kan trekke fokus bort fra allerede etablerte utprøvinger som vurderes som skalerbare. Når nye prosjekt prioriteres til friske midler, kan utprøvinger som er i gang miste både finansiering og fokus – noe som kan føre til at disse avvikles. Gjennom ytterligere føring kan også utprøvinger, eller tiltak som er i drift, i større grad motta samhandlingsmidler.

Gjennom løypemeldinger, dialogmøter og erfaringskonferanser mottar Helsedirektoratet erfaringsoppsummeringer fra prosjektene. Erfaringene fra utprøvingene i Prosjekt X har i stor grad bekreftet tidligere og kjente tilbakemeldinger om at finansiering utgjør en utfordring for utvikling og videreføring av samhandlingstiltak. Samtidig er tilbakemeldingene ofte på et overordnet nivå, og det er begrenset med konkret kunnskap om hvilke mekanismer som best vil bidra til å støtte opp under og sikre overgang til varig drift.

Utpøvingene har ulike innretning, størrelse og varighet, noe som gjør sammenligning og overføring av erfaringer utfordrende. Helsefelleskapene har i mange tilfeller vært benyttet som arena for forankring av samhandlingstiltakene. Likevel gjenstår spørsmålet om hvordan en kan sikre varig drift og videreføring når prosjektmidlene opphører. Det mangler ofte en tydelig styrings- og ansvarslinje som kan ivareta overgangen fra prosjekt til ordinær drift.

Integrerte helsetjenestetteam (IHT) ved Ahus har i større grad innrettet seg slik at de lettere kan greie overgangen fra utpøving til drift enn flere andre utpøvinger. Tiltaket har kommet relativt langt i utviklingen og oppnådd høy modenhet uten samhandlingsmidler ved oppstart. I oppstartsfasen mottok prosjektet i stedet regionale tilskuddsmidler, noe som har bidratt til en mer robust utvikling og et sterkere grunnlag for videre drift. De melder også at samhandlings- eller prosjektmidler ikke er benyttet til å lønne helsepersonell som uansett ville hatt ansvar for pasienten i ulike stadier av behandling eller oppfølging. Dette framholdes som en av de viktigste suksessfaktorene for å sikre en overgang til varig drift. På denne måten kan tjenesten enklere videreføres siden personell som yter direkte tjenester til pasienten er lønnet over ordinært driftsbudsjett.

6.2.8.2 Egenandeler

Flere peker på utfordringer knyttet til regelverket for pasientens egenandeler. Det er blitt foreslått å endre pasientbetalingsforskriften slik at krav om henvisning ikke lenger er en forutsetning for å kunne kreve egenandel. Videre er det et ønske om at flere personellkategorier skal få anledning til å kreve egenandel for tjenester de utfører. Det vises også til at det per i dag ikke er anledning til å kreve egenandel i spesialisthelsetjenesten dersom tjenesten ytes digitalt som ved skjemasert oppfølging eller overvåking av pasient via medisinsk utstyr. Det kan imidlertid kreves egenandel for video- og telefonkonsultasjoner.

Utpøvingene problematiserer at ulikt personell er underlagt ulike regelverk når tjenester ytes på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan føre til at pasienter møter ulike egenandelsordninger for i praksis samme tjeneste, avhengig av om tjenesten ytes av kommunalt ansatte eller ansatte i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan variasjoner i egenandelsregelverket og begrensede muligheter til å kreve egenandel i enkelte modeller påvirke finansieringsgrunnlaget for tjenestene. Samlet sett kan dette bidra til ulike pasientbetaling og skape uønskede forskjeller i tilgang til og i organisering av tjenestene.

Gjennom utpøvingen i Vestfold er det kompensert for egenandeler, slik at pasientene håndteres likt uavhengig av om pasienten behandles av kommunalt ansatte eller ansatte fra sykehuset. I utpøvingen slipper pasienten å betale egenandel i spesialisthelsetjenesten. Midler til dette er tatt fra prosjektmidlene. En slik ordning vil ikke være bærekraftig en driftssituasjon.

6.2.8.3 Forløpsfinansiering eller annen finansieringsmodell for integrerte tjenestetilbud

Flere av utpøvingene peker på behovet for en tydeligere ansvars- og finansieringsmodell mellom tjenestenivåene. Blant forslagene som løftes frem, er at finansieringen i større grad bør følge pasienten.

Om forløpsfinansiering kan være hensiktsmessig for pasientgrupper som mottar tjenester i tett samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegeordningen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør ikke utredes som et isolert og selvstendig tiltak. Vurderingen av hvilke organisatoriske grep som eventuelt skal finne sted, må gjennomføres først.

Nærmere utredning av hvilke endringer i finansieringsordninger som må til for å støtte opp om eventuelle organisatoriske endringer, kan følge deretter.

Det vurderes ikke som formålstjenlig å utrede en generell modell for tilpasset finansiering som omfatter alle pasientgrupper, ettersom overganger mellom tjenestenivåene for de fleste pasienter fungerer uten vesentlige utfordringer.

En eventuell videre utredning bør avgrenses til pasientgrupper med sammensatte og koordineringskrevende tjenestebehov på tvers av nivåene, og som følge av at sykehus og kommuner ønsker å knytte nye organisatoriske strukturer til disse pasientgruppene.

I kapittel 6.1.2.1 om organisering og ledelse av helse- og omsorgstjenesten og lovreguleringer på området, berøres problemstillingen knyttet til utredning av mulighetsrommet for felles faglig og økonomisk ansvar for enkelte pasientgrupper. Det slås fast at det er nødvendig med lovendringer eller unntak i lovverket for å få til slik felles ansvar. Dette må gå forut for finansieringsløsninger.

6.2.8.4 Finansiering av forebygging

Forebygging tillegges stor vekt i utvikling av tjenestene fremover, og det er ønskelig å samarbeide på tvers og utnytte helsepersonellressursene på en best mulig måte. Selv om lovgivningen ikke legger hindringer for å etablere forebyggingstiltak på tvers av forvaltningsnivå, kan det være hensiktsmessig å utrede nærmere hvilke forventninger en kan stille til spesialisthelsetjenesten i det forebyggende arbeidet. Videre bør det utredes hvordan forebyggende aktiviteter skal registreres og rapporteres, herunder støttes gjennom ulike finansielle ordninger.

6.2.8.5 Rammeverk for kostnadsberegninger

Gjennom utprøvingen Ahus og kommuner som er i drift og som skaleres regionalt og mulig nasjonalt, har Helsedirektoratet fått tilbakemelding på utfordringer med å se helheten i aktivitet og kostnader for aktiviteter som går på tvers av sykehus og kommune. Det er uttrykt ønske om en modell der både aktivitet og kostnader for begge nivå kan ses samlet og vise totalt ressursforbruk. En slik tilnærming vil kreve gode aktivitetsdata og tilhørende detaljert kostnadsinformasjon om aktiviteten på begge nivå. Integreerte helsetjenester i Ahus og kommuner kan være en egnet pilot for utvikling av en slik modell.

Her kan Helsedirektoratet med sin kjennskap til hvordan kostnader i sykehus knyttes til tjenestene, bidra med sin kunnskap om hvordan slike beregninger kan gjøres. I arbeidet med å vise effekter og nytte og fordele kostnader og gevinster er kjennskap til egne kostnader vesentlig.

Det vil imidlertid være utfordringer med å få oversikt over hele aktiviteten i pasientforløpet, spesielt det som ytes gjennom kommunen. Tjenestespekteret i kommunen varierer, organiseres forskjellig og det er ingen nasjonal strukturert innrapportering over mangfoldet av aktiviteter samlet. Dette vil være utfordrende både med tanke på kostnadsberegninger og modeller for fordeling av kostnader og inntekter. Det å etablere en slik kostnadsberegningsmodell for kommunale tjenester vil være ressurskrevende og det må utredes hva dette vil kreve av ressurser og organisering av arbeidet.

6.2.9 Oppsummering av utfordringer knyttet til finansiering

Selv om mulighetsrommet i dagens finansieringsmodeller bør utnyttes i større grad, er det både gjennom utprøvingene i Prosjekt X og i andre samhandlingsprosjekt og -utredninger pekt på tilpasninger i systemene som vil gi ytterligere insentiv til samhandling og sammenhengende tjenester for de pasientene som trenger dette.

Innspillene peker mer på behovet for sterkere samordning og felles styringssignaler på tvers av nivåene, fremfor en enhetlig forvaltningsmodell. Selv om det er et stort handlingsrom innenfor dagens finansieringsmodell med to nivå, fremheves det fra flere av utprøvingene at det er utfordrende at finansieringssystemene for de to nivåene er ulikt innrettet. Dagens modeller påvirker også pasienten direkte gjennom nivået på egenandeler og i hvilken grad egenandeler kan innkreves for ulike tjenester og personellgrupper.

De aktivitetsbaserte finansieringssystemene oppfattes i for stor grad å belønne enkeltstående aktiviteter framfor forebygging, helhet og verdi av tjenesten som ytes. Dette kan virke hemmende for å finne den beste måten å samhandle på. Fastlegen og kommunen bør styrkes i rollen som pasientens koordinator, samtidig som finansiering og regelverk i større grad må understøtte forebygging, samhandling og helhetlige pasientforløp.

Videre er det ønskelig å utvikle rammeverk for å få en god oversikt over kostnader og nytte for samhandlingen på tvers av nivå. Dette vil kreve utvikling av en strukturert registrering av all aktivitet og tilhørende kostnader i kommunene. En slik modell finnes allerede i spesialisthelsetjenesten.

Flere av utprøvingene etterlyser dessuten en utredning av om forløpsfinansiering på tvers av tjenestenivåer kan være en mulighet for å knytte finansieringen nærmere pasientforløpet. Dette nevnes av for eksempel fra Voss som peker på betydningen av bred involvering, delt prosjektledelse og arbeid med konkrete pasientforløp for å flytte oppmerksomheten fra organisasjonenes ansvar til pasientens behov, og fra Ahus og kommuner gjennom utprøvingen integrerte helsetjenester. En forløpsfinansiering vil måtte henge tett sammen med organisatoriske eller lovmessige endringer, da det i enhver finansieringsmodell må være klarhet i hvilken enhet som skal motta midler for hvilken aktivitet.

Det pekes også på en bedre nasjonal og regional koordinering av tildeling av samhandlingsmidler til bruk for å utjevne forskjeller i kostnader og gevinster.

6.3 Digitale utfordringer og barrierer

Ulike sider ved digital samhandling løftes fram som en hovedbarriere for samarbeid, skalering og forsvarlig drift av utprøvingene. De fleste områdene går igjen på tvers av ulike prosjekter i konsept- og gjennomføringsfase. Utprøvingene melder om behov for bedre informasjonsflyt og tilgang til pasientopplysninger i sammensatte arbeidsprosesser, felles digitale verktøy, felles digital behandlingsplan og bedre tilgang til styringsdata på tvers av nivåer.

Løypemeldingen i juni viste at mange av utprøvingene ikke hadde tatt i bruk de nasjonale samhandlingsløsningene. Fra kartlegging i august og samlingen for utprøvingene løftes det frem at fragmenterte journalsystemer og manglende digitale samhandlingsløsninger har ført til merarbeid og ineffektiv informasjonsflyt, og behov for å finne midlertidige løsninger («workarounds»). Dette medfører økt tidsbruk, manuelle prosesser og dobbeltføring, noe som kan gi pasientsikkerhetsrisiko og hemme effektiv samhandling.

Satsingen på de nasjonale samhandlingstjenestene forventes å dekke mange av behovene knyttet til deling av helseopplysninger på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Utprøvingene rapporterer midlertid også om digitale behov som i mindre grad adresseres gjennom disse nasjonale initiativene. Flere utprøvinger etterspør støtte for felles arbeidsprosesser på tvers av virksomheter, herunder felles kalender- og timebestillingsløsninger, delte behandlings- og oppfølgingsplaner som kan oppdateres i sanntid, samt bedre verktøy for arbeidsflyt og koordinering mellom aktører. Det rapporteres også om behov for mer effektive løsninger for å håndtere og sikre tilgang til skjema og informasjon hentet fra pasienter samt tilgang til og mulighet for sammenstilling av styringsdata. Samlet sett handler dette om koordinert oppgavehåndtering i komplekse og/eller parallelle pasientforløp.

Problemstillingene som reises av utprøvingene i Prosjekt X er kjente og sammenfallende med barrierer møtt i andre samhandlingsprosjekt. Mangel på felles digital behandlingsplan (med funksjoner som vil kunne dekke flere funksjonelle behov), og tilgang til / deling av data for å følge med på effekter, løftes fram som to av de områdene som må løses nasjonalt. Det er behov for nærmere vurdering av hva det vil være nødvendig eller hensiktsmessig å løse nasjonalt (felles tekniske løsninger, regelverksutvikling, etc), og samtidig vurdere handlingsrommet for samhandling direkte mellom samarbeidende virksomheter og innenfor gjeldende rett.

6.3.1 Nasjonal e-helsestrategi – en felles retning

Nasjonal e-helsestrategi⁵ er helse- og omsorgssektorens felles strategi for digitalisering, og skal bidra til felles overordnede prioriteringer og økt gjennomføringsevne innen digitalisering i helse- og omsorgssektoren i Norge. Det er prioritert fem strategiske mål som representerer satsingsområdene som sektoren skal arbeide sammen om frem mot 2030:

Mål 1	Aktiv medvirkning i egen og næres helse - Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring
Mål 2	Enklere arbeidshverdag - Helsepersonell skal ha tilgang til brukervennlige digitale arbeidsverktøy som spiller godt sammen, gir god beslutningsstøtte og støtter deres arbeidsprosesser.
Mål 3	Helsedata til fornying og forbedring - Helse- og omsorgstjenestene, helsepersonell og helseforvaltningen skal i økende grad ta beslutninger basert på data.
Mål 4	Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling - Digital samhandling, styrket informasjonsforvaltning og økt standardisering skal sørge for at oppdaterte helseopplysninger er sikre, av god kvalitet og lett tilgjengelig ved behov.
Mål 5	Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft - Gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller.

Utfordringene utprøvingene melder berører alle de fem strategiske målene og viser at det er stort behov for å etablere gode løsninger for samhandling. Tiltakene som etterspørres vil kunne gi viktige bidrag til å realisere denne strategien.

⁵ [Nasjonal e-helsestrategi - Helsedirektoratet](#)

6.3.2 Aktuelle tiltak nasjonalt

1. Støtte innføring av de nasjonale samhandlingsløsningene slik at disse tas i bruk av alle aktørene. Først når dette er på plass vil vi se de fulle effektene av disse løsningene.
2. Helsedirektoratet vil avklare behov for behandlingsplaner og etablere felles målbilde og begrepsapparat i samarbeid med sektor.
3. Vurdere behov for tiltak for å løse andre behov som ikke fullt ut vil løses gjennom digitale samhandlingsløsninger eller der det ikke er hensiktsmessig å løse i digitale behandlingsplaner.
4. Helsedirektoratet vil, sammen med sektor, bidra til å lage gode modeller for bruk av data i tråd med lovverket og utforske hvordan digitale verktøy kan benyttes for analyse og evaluering av tjenester, både som styringsdata og til helseformål når regelverksendring foreligger.
5. Helsedirektoratet vil gi veiledning om muligheter og handlingsrom i regelverk knyttet til deling av og samarbeid om opplysninger til helsehjelp. Dette kan være avtaler i henhold til pasientjournalloven § 9 og avtaler om organisatorisk samarbeid (ansvar, oppgaver, koordinering, etc.) ved tjenesteytelse, jf. lovendringer i helsepersonelloven som trådte i kraft 1. juli 2026 (også omtalt i 6.1.1.2).

6.3.2.1 Støtte innføring av nasjonale samhandlingsløsninger

Flere av utprøvingene i Prosjekt X har erfart utfordringer knyttet til manglende tilgang til data og digital samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Dette er utfordringer som også er godt kjent nasjonalt og som adresseres gjennom satsingen på Digital samhandling. Prosjektene i Digital samhandling vil i stor grad imøtekomme behovene knyttet til deling av data og pasientinformasjon på tvers av virksomheter og nivåer.

Flere nasjonale samhandlingstjenester er nå i utprøving eller innføring, med mål om bred innføring i løpet av satsingsperioden frem mot 2029. Et økende antall kommuner og øvrige aktører har tatt tjenestene i bruk eller planlegger innføring. Dette varierer også blant utprøvingene i Prosjekt X. Nyten forventes å øke etter hvert som flere virksomheter tar disse tjenestene i bruk, slik at mer informasjon blir tilgjengelig i hele samhandlingskjeden i pasientforløpene. I utprøving og innføring av de digitale samhandlingstjenestene er det i hovedsak fokusert på de største aktør- og personellgruppene, som leger og sykepleiere i kommuner og sykehus, avtalespesialister og fastleger, men det er sentralt at alle relevante personellgrupper med tjenstlig behov får tilgang til tjenestene. Det er verdt å merke seg at svært mange kommuner skifter journalløsninger i løpet av de nærmeste årene. Den største utfordringen vil være knyttet til kommuner som ikke er kommet så langt i prosessen. De eldre journalløsninger vil ikke bli integrert med samhandlingsløsningene og gjør det vanskelig for disse kommunene å ta i bruk tjenestene.

Tilgang til Kjernejournal er sentralt for å ta i bruk flere av de digitale samhandlingsløsningene. De fleste aktører i både primær- og spesialisthelsetjeneste er pålagt å ta løsningen i bruk. Per august 2026 har 341 kommuner tatt i bruk eller er teknisk tilrettelagt for Kjernejournal, enten ved tilgang til kjernejournal portal eller basert på API. Kjernejournal portal har ikke avhengighet til ytterligere utviklingsarbeid i den enkelte virksomhets EPJ.

Blant de mest etterspurte samhandlingstjenestene er *Pasientens legemiddelliste (PLL)*, som skal bidra til tryggere legemiddelbehandling og enklere arbeidsprosesser, særlig i ansvarsovergang mellom fastlege, sykehjem, hjemmetjeneste og sykehus. Videre skal *Pasientens journaldokumenter (PJD)* gi helsepersonell enklere tilgang til utvalgte

dokumenter på tvers av virksomheter og mer effektive behandlingsforløp. På tilsvarende vis vil de øvrige samhandlingstjenestene bidra til å imøtekomme utfordringer som er identifisert i Prosjekt X knyttet til behov for bedre tilgang til pasientopplysninger og bedre informasjonsflyt i arbeidsprosesser. En nærmere beskrivelse av samhandlingstiltakene er gitt i [vedlegg 3](#).

Nasjonale samhandlingsløsninger vil først gi nytte når de tas i bruk lokalt, og man avklarer roller og ansvar og tilpasser arbeidsprosesser. Det er behov for økt bevisstgjøring om de nasjonale samhandlingsløsningene, hvilke gevinster de er forventet å gi og når de blir tilgjengelige. Dette forutsetter koordinert kommunikasjon fra statlige aktører, KS, regionale helseforetak og kommunale digitaliseringsnettverk. Det er også behov for vesentlig politisk oppmerksomhet knyttet til realisering av de nasjonale digitale samhandlingstjenestene som er igangsatt.

Innføringen påvirkes av flere forhold, blant annet endringer i arbeidsprosesser, teknisk tilrettelegging, leverandørutvikling, lokal kapasitet, pågående utskifting av journalsystemer samt juridiske og medisinske/helsefaglige avklaringer. Særlig kommunene peker på at parallell innføring av flere samhandlingstjenester er krevende. Staten må bidra med tydelig prioritering og koordinering, samt legge til rette for sammensatt virkemiddelbruk. Erfaringene fra innføring av PLL viser at kombinasjonen av tett oppfølging i samarbeid med RHF-ene og KS, nettverk, erfaringsdeling og tilskudd kan bidra til økt innføringstakt. Det er viktig å utnytte potensialet i sammensatt virkemiddelbruk også for innføring av andre samhandlingsløsninger.

For å understøtte videre innføring bør det også legges vekt på å dokumentere og synliggjøre gevinster, dele erfaringer fra virksomheter som har lyktes og formidle beste praksis for innføring og bruk. Dette kan bidra til økt motivasjon for innføring, redusere usikkerhet og styrke den lokale gjennomføringsevnen. Helsedirektoratet og KS har sentrale roller i formidlingen.

Helsedirektoratet vurderer at økt innføring av de nasjonale samhandlingsløsningene vil bidra vesentlig til å redusere barrierer for samhandling. Disse løsningene er utviklet med hovedvekt på utveksling og deling av helseopplysninger, og har gitt et godt fundament for informasjonsdeling mellom aktører. Imidlertid handler behovene i tjenesten i økende grad også om koordinert oppgaveløsning og sammenhengende arbeidsprosesser på tvers av virksomheter. Innsikt fra tidligere prosjekter og Prosjekt X indikerer tydelig at det fortsatt vil være barrierer og udekkede behov. Særlig løftes behovet for felles digitale behandlingsplaner, som mange mener kan løse flere viktige utfordringer. Andre behov kan kreve andre typer tiltak, for eksempel støtte til tettere samarbeid og mer integrerte arbeidsprosesser med løpende felles dokumentasjon. Dette kan kreve direkte integrasjon mellom lokale systemer, for eksempel mellom EPJ i kommuner og sykehus – for mer omfattende deling enn nasjonale løsninger gir rom for. I spesielle tilfeller med oppfølging av en bestemt målgruppe, kan man også vurdere å ha en felles journal lokalt, et såkalt §9 samarbeid.

6.3.2.2 Etablering av felles behandlingsplaner med felles målilde

Flere av utprøvingene i Prosjekt X har løftet behovet for felles digitale behandlingsplaner som kan oppdateres og deles i sanntid, for å støtte koordinering og sammenheng i helsetjenesten slik at ansvar og oppgaver kan ivaretas på en effektiv og hensiktsmessig måte.

Aktuelle behov og funksjoner meldt er felles oversikt over pasientforløpet (tidslinje, tidligere og planlagte hendelser/kontakter, aktuelle problemer/tilstander til oppfølging, etc.),

funksjoner for oversikt over og overføring av ansvar og oppgaver, aktuelle tiltak samt kriterier og ansvarsforhold knyttet til respons ved hjemmemålinger/oppfølging ("trafikklys-metodikk"), med mer.

Dette behovet har vært meldt tidligere, blant annet fra arbeidet med "én innbygger én journal", primærhelseteam og digital hjemmeoppfølging. Det ble gjennomført et prosjekt for digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner (DBEP), ledet av Helsedirektoratet, i samarbeid med Helse Nord og NHN (2021-2023) som ikke ble videreført på grunn av manglende finansiering. Deretter valgte NHN å ta arbeidet med egenbehandlingsplaner inn i tjenesten Pasientens planer, og et samarbeid med Ahus og 10 kommuner (MILA-prosjektet). Fra i høst vil de også ta inn "Integrerte helsetjenester ved Ahus og kommuner" (Prosjekt X) og Aktivplattformen.

Behov for felles behandlingsplaner som mange utprøvinger løfter frem, har vært kjent lenge og har vært forsøkt å løse flere ganger tidligere. Behovet er komplekst fordi de beste planene er diagnosenære og derfor krevende å generalisere. Det er også mange type planer og begreper er ikke entydig brukt, slik at det er behov for å gå opp begrepsapparatet og behov før nasjonal realisering. Per i dag har man kommet lengst med egenbehandlingsplaner koblet til digital hjemmeoppfølging,

Behovet for digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner er støttet av Nasjonalt strategiråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Samtidig løftes et ønske om å forstå og avklare de konkrete behovene og bidra til et felles, oppdatert målbilde. Helsedirektoratet har besluttet å ta initiativ til et bredt samarbeid for å skape en omforent forståelse for behovet og oppdatere målbilde, og på basis av dette utforske og realisere gode og skalerbare løsninger. En slik prosess vil ta inn tidligere identifiserte behov og ny innsikt fra Prosjekt X og arbeidet med Pasientens planer, og i tillegg vurdere om det er behov for justeringer/utvikling av relevant regelverk. Helsedirektoratet vil ta denne innsikten med i arbeidet med et nasjonalt målbilde for deling av helseopplysninger.

En bredere satsing på digitale behandlingsplaner, tilsier at dette bør inn i porteføljen for nasjonale samhandlingsløsninger. Det må også sikres finansiering til utvikling, utprøving og smidig skalering i nært samarbeid med NHN, KS og RHF-ene.

6.3.2.3 Vurdere behov for ytterligere digitale samhandlingsløsninger utover digitale behandlingsplaner

Noen av de utprøvingene som arbeider tettest sammen i team på tvers av nivåene, har behov for å dokumentere i samme system/felles journal for å sikre tilgang til samme/komplette opplysninger og kunne følge opp felles behandling. Behovet løses i dag til dels ved nullprosentstillinger for å gi tilgang i journal både i kommuner og sykehus, og medfører dobbeltarbeid med risiko for feilføring. Helsedirektoratet oppfatter at det er tilgang til samme opplysninger som er behovet, og at det kan løses på ulike måter. Digitale behandlingsplaner vil trolig ikke fylle behovet for denne typen dokumentasjon.

Tilgang til felles kalender, timebestilling samt at pasienter kan booke time selv, er områder som er løftet frem av flere av utprøvingene. Her er det et spørsmål hva som kan løses i samarbeid mellom EPJ-leverandørene når det gjelder tilgang til felles kalender, mens timebestilling eller egenbooking av timer for pasienter bør vurderes om kan løses via Helsenorgeportalen,

Det er også meldt behov knyttet til kartlegging av felles pasienter, der både kartleggingsverktøy og resultater må være tilgjengelig for alle aktører, i deres EPJ og/eller i

en felles løsning. Dette kan være verktøy for egenrapportering og registrering av ulike kliniske scoringer. Klinisk skrøpeligheitsskala (CFS) er et eksempel på et samhandlingsverktøy, et felles språk, som er under innføring i både sykehus og kommuner og som brukes av flere utprøvinger i Prosjekt X. Det etterlyses nasjonale digitale løsninger for å dele skåren på tvers av tjenester og nivå. Også her er NHN i gang med utprøvinger, og det er følgelig behov for at Helsedirektoratet tar et ansvar for en felles nasjonal tilnærming slik at løsningen blir skalerbar.

Det kan være ulike muligheter innen de forskjellige områdene. Det må utredes nærmere om slike behov kan ivaretas gjennom utvikling av de nasjonale samhandlingsløsningene som er under etablering, ved å etablere nye nasjonale løsninger, ved samarbeid mellom EPJ-leverandører, eller andre typer supplerende tilnærminger. Svært mange kommuner skifter nå journalsystemer for pleie- og omsorgstjenestene, og det er mulig at dette kan gi grunnlag for kommende samarbeid mellom journalleverandørene til kommuner og sykehus. Helsedirektoratet vil sammen med sektor følge opp organisering av en helhetlig og felles prosess for å vurdere og prioritere nye behov.

6.3.2.4 Understøtte tjenestens behov for data til styringsformål og helsehjelpsformål

Utprøvingen ved Ahus og kommuner i samarbeid med Helse Sør-Øst, har løftet fram og vist betydningen av å se NPR- og KPR-data i sammenheng for å kunne identifisere, følge opp og analysere effekter av samhandlingstiltak. Dette behovet deles av mange utprøvinger. Ved å kunne identifisere storforbrukere av helsetjenester både i sykehus og kommuner vil man raskere kunne få et felles bilde av hvem som bør prioriteres for oppfølging, kunne følge forløp og se effekter av tiltak som settes i verk. Dette vil kunne gi samarbeidsprosjektene viktig kunnskap og grunnlag for å gjøre justeringer i tjenestetilbudet. Denne muligheten etterspørres av flere samhandlingsprosjekter også utenfor Prosjekt X, blant annet innen digital hjemmeoppfølging, for å kunne se og følge effekter av tiltak.

Det er vurdert at dagens regelverk begrenser tjenestenes mulighet for å koble data fra KPR og NPR for helsehjelpsformål og for å følge effekter. NPR og KPR er etablert for sekundære formål, og styring, planlegging og kvalitetsforbedring vil være formål som faller innenfor dette regelverket (se nærmere omtale i 6.1.2.2).

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et lovarbeid for å legge til rette for primærbruk av data fra NPR og KPR, der formålet er å kunne følge behandlingsforløp på individnivå for å kvalitetssikre og gi helsehjelp til den enkelte. Samarbeidsprosjekter som integrerte helsetjenester har etterspurt denne type data for å løpende kunne understøtte pasientbehandlingen.

Helsedirektoratet vil, sammen med sektor, bidra til å lage gode modeller for bruk av data i tråd med lovverket og utforske hvordan digitale verktøy kan benyttes for analyse og evaluering av tjenester.

6.3.2.5 Veiledning om muligheter og handlingsrom i regelverk knyttet til deling av opplysninger til helsehjelp

Oppfølging av flere utprøvinger i Prosjekt X har vist at det i mange tilfeller ikke er juridiske hindringer for koordinert/samkjørt bruk av nasjonale løsninger, eller for å etablere felles tekniske løsninger og organisatoriske tiltak, for å sikre tilgang til informasjon. Dette kan gjøres basert på avtaler i henhold til pasientjournalloven § 9 og andre samarbeidsavtaler

som regulerer ansvar og organisatoriske forhold i ytelse av tjenester. Det vurderes å være et uutnyttet handlingsrom lokalt og regionalt, og Helsedirektoratet kan bidra til å tydeliggjøre dette handlingsrommet og gi veiledning til aktørene i helse- og omsorgstjenestene (jf. regelverksendringer fra 1.7.2026).

6.3.3 Oppsummering av tiltak ved barrierer for digital samhandling

Utfordringsbildet og barrierene som løftes i Prosjekt X er viktig å løse for å bidra til sømløse pasientforløp og effektiv samhandling. Behovene meldt i Prosjekt X samsvarer med behov meldt fra andre samhandlingsprosjekt, blant annet innen digital hjemmeoppfølging.

Helsedirektoratet mener det vil ha stor betydning at de nasjonale samhandlingsløsningene blir tatt i bruk i hele sektoren/av alle aktører. Det vil øke verdien og i vesentlig grad bidra til å løse mange av de utfordringer utprøvingene har meldt. Å lykkes med innføring av digitale samhandlingsløsninger forutsetter at man har fokus på tjenesteutvikling og en gjennomføringsstrategi som bygger på et spekter av virkemidler, som tilskudd, nettverk, erfaringsdeling og utvikling av støtteverktøy. Helsedirektoratet vil ta en aktiv rolle, i samarbeid med KS, RHF-ene og øvrige aktører i sektor.

Det er et tydelig behov for å utvikle og implementere digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner, og å få dette inn som en av de nasjonale samhandlingsløsningene. Her vil Helsedirektoratet ta initiativ til et bredt samarbeid for å få gode løsninger som kan skalere. Dette arbeidet må følges av finansiering og eventuelt regelverksjusteringer hvis nødvendig.

Dialog med utprøvingene har vist at det er et mulighetsrom for å finne løsninger lokalt innen en del områder. Her må Helsedirektoratet bidra til å gi god veiledning. Så er det fortsatt noen områder der det ikke er funnet tilfredsstillende løsninger for og hvor det heller ikke er klart om det vil kunne ivaretas av pågående arbeid. Her vil det være viktig å se hvilke muligheter som kan finnes i samarbeid mellom EPJ-leverandører for kommuner og sykehus, eller ved videreutvikling av noen av de nasjonale løsningene, eller om det må iverksettes nye tiltak.

6.4 Organisatoriske utfordringer og barrierer

Erfaringene fra Prosjekt X viser at organisatoriske utfordringer blir særlig tydelig når kommuner og helseforetak skal gå fra samarbeid om utvikling til mer integrerte arbeidsformer og varig drift. Utfordringene handler i mindre grad om mangel på samarbeidsvilje eller samarbeidsarenaer, og i større grad om hvordan samarbeidet kan omsettes til felles prioriteringer, beslutninger, ansvar og gjennomføring innenfor ulike styrings- og ansvarslinjer.

Flere av problemstillingene kan håndteres innenfor dagens rammer. Samtidig viser utprøvingene at mer integrerte tjenestemodeller kan utfordre etablerte strukturer for ansvar, styring og beslutningsmyndighet. Helsedirektoratet vurderer derfor at det er viktig å skille mellom organisatoriske utfordringer som først og fremst krever bedre utnyttelse av eksisterende handlingsrom, og mer strukturelle problemstillinger som bør vurderes som en del av det videre reformarbeidet.

6.4.1 Organisatoriske utfordringer som kan håndteres innenfor dagens rammer

En stor del av de organisatoriske utfordringene i utprøvingene gjelder rolle- og ansvarsavklaringer, ledelsesforankring, organisering av arbeidsprosesser, samarbeidsavtaler og kapasitet til gjennomføring.

Erfaringene viser at nye samarbeidsformer er avhengig av at ansvar, roller og beslutningsmyndighet avklares tidlig. Felles mål og gode relasjoner er viktige forutsetninger, mer er ikke tilstrekkelig dersom samarbeidet ikke samtidig understøttes av tydelige mandater, prioriteringer og arbeidsprosesser. Dette gjelder både i utviklingsfasen og når modellene skal innarbeides i ordinær virksomhet.

Helsedirektoratet vurderer at det er betydelig lokalt og regionalt handlingsrom for å håndtere slike utfordringer. Tydeligere avtaler, felles planlegging, ledelsesforankring, avklarte beslutningspunkter og mer systematisk oppfølging kan bidra til å styrke gjennomføringen innenfor dagens organisering. Helsefelleskapene og andre etablerte samarbeidsstrukturer kan være viktige arenaer for dette, men erfaringene viser at samarbeidsarenaer må kobles til de ordinære styrings- og beslutningsstrukturene dersom de skal bidra til varig endring.

Utprøvingene viser samtidig at virksomhetene kan ha behov for støtte til å utnytte dette handlingsrommet. Veiledning, læringsarenaer og formidling av erfaringer kan bidra til å styrke gjennomføringskapasiteten og gjøre det enklere å ta i bruk, videreføre og spre arbeidsformer som fungerer. Her kan Helsedirektoratet sammen med KS og RHF-ene ta et ansvar for å videreutvikle dette.

6.4.2 Overgangen fra prosjekt til varig drift er særlig krevende

De organisatoriske utfordringene blir ofte tydeligere når en modell går fra prosjekt eller pilot til ordinær drift. Det som kan fungere innenfor en midlertidig prosjektorganisering med dedikerte ressurser, egne styringsstrukturer og høy oppmerksomhet, lar seg ikke nødvendigvis videreføre direkte i ordinær virksomhet.

Overgangen til drift innebærer blant annet behov for å avklare varig organisatorisk eierskap, ansvar for videreutvikling og oppfølging, beslutningsmyndighet, personellkapasitet og hvordan nye arbeidsprosesser skal inngå i eksisterende styringslinjer.

Helsedirektoratet vurderer at dette tilsier at organisering, styring og driftsmodell bør inngå som en del av selve utprøvingen, og ikke først avklares når en faglig modell er ferdig utviklet. Pilotering bør derfor også brukes til å prøve ut hvordan ansvar, beslutninger, ledelse og arbeidsprosesser skal fungere i ordinær drift.

Dette er særlig viktig ved vurdering av videreføring og skalering. En modell som fungerer godt innenfor en prosjektorganisering er ikke nødvendigvis skalerbar dersom den er avhengig av særskilt prosjektf finansiering, enkeltpersoner eller parallelle strukturer som ikke kan opprettholdes over tid.

6.4.3 Separate styringslinjer begrenser gjennomføringskraften

Utvikling av integrerte tjenester skjer i dag mellom aktører som er underlagt ulike styringslinjer, finansieringsordninger og beslutningsprosesser. Kommunene og helseforetakene har selvstendig ansvar, beslutninger om prioritering av ressurser og endring av tjenester må som hovedregel treffes innenfor hver enkelt virksomhet.

Erfaringene fra Prosjekt X viser at dette ikke er til hindre for omfattende samarbeid. Samtidig kan det gjøre det krevende å fatte og følge opp beslutninger som krever samtidige prioriteringer på tvers av nivåene. Utfordringer blir særlig tydelige når kostnader, gevinster, personellressurser eller ansvar fordeler seg ulikt mellom aktørene.

Helsedirektoratet vurderer at den sentrale organisatoriske barrieren derfor ikke først og fremst er mangel på samarbeidsarenaer, men manglende mekanismer for å omsette samarbeid til felles prioriteringer, beslutninger og gjennomføring

Eksisterende samarbeidsstrukturer, herunder helsefellesskapene, bør etter direktoratets vurdering videreutvikles fra i hovedsak å være samarbeids- og dialogarenaer til i større grad å fungere som arenaer for felles prioritering, implementering og omstilling. Dette innebærer ikke at helsefellesskapene bør etableres som et nytt selvstendig beslutnings- eller forvaltningsnivå. Derimot bør samarbeidet kobles tettere til kommunenes og helseforetakenes ordinære styrings- og beslutningsprosesser, slik at partenes eksisterende myndighet i større grad kan brukes til å fatte og følge opp forpliktende beslutninger om felles tiltak.

En slik utvikling bør understøttes av tydeligere nasjonale prioriteringer og rammer, bedre sammenheng mellom ansvar, virkemidler og forventninger og sterkere støtte til gjennomføring og implementering. Dette er også i tråd med Helsedirektoratets vurdering i rapporten om helsefellesskapene av hva som må til for at ordningen skal få større betydning fremover.

Helsedirektoratet vurderer samtidig at helsefellesskapene ikke alene kan kompensere for strukturelle spenninger mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De kan fungere som omstillingsarenaer dersom partene bruker sin eksisterende myndighet til å fatte reelle beslutninger og samarbeidet omsettes i endringer i drift og tjenesteutvikling, men enkelte barrierer knyttet til finansiering, digitalisering, regelverk og ansvar ligger utenfor det helsefellesskapene kan løse innenfor dagens mandat.

6.4.4 Behov for å vurdere større organisatorisk handlingsrom

Enkelte av utprøvingene utforsker samarbeidsformer som går lenger enn koordinering mellom to selvstendige tjenestenivåer, og peker mot mer integrert organisering, felles ledelse eller et mer samlet ansvar for bestemte tjenester eller pasientgrupper.

Som omtalt i 6.1 vil dagens ansvars- og lovgivningsstruktur sette grenser for hvor langt kommuner og helseforetak kan gå i retning av reell samdrift og felles ansvar.

Helsedirektoratet vurderer derfor at det som ledd i helsereformarbeidet bør utredes om kommuner og helseforetak kan gis større organisatorisk handlingsrom. En slik utredning må

avklare ansvar for tjenestene, ledelse, finansiering og forholdet til øvrige tjenester, og vurdere konsekvenser for pasientsikkerhet, pasientrettigheter og lokaldemokrati.

Nye organisatoriske løsninger bør imidlertid ikke betraktes som en løsning på samhandlingsutfordringene i seg selv. Nye organisasjonsformer vil skape nye grenseflater mot øvrige kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Dersom ansvar og oppgaver fordeles mellom flere organisatoriske enheter, kan dette gi nye gråsoner og nye behov for avklaringer knyttet til styring, ansvar og pasientforløp.

Helsedirektoratet vurderer på denne bakgrunn at videreutvikling av eksisterende samarbeidsstrukturer bør være hovedsporet på kort sikt, samtidig som helsereformen bør åpne for å utrede en utvidelse av hvilke juridiske muligheter sykehus og kommuner har for å samorganisere tjenestene sine, for eksempel gjennom etablering av felleseide virksomheter.

7 Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger til HOD

Prosjekt X viser at det finnes betydelig lokal og regional utviklingskraft og vilje til å utvikle mer sammenhengende tjenester på tvers av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Flere av utprøvingene viser lovende erfaringer knyttet til bedre samhandling, økt trygghet, raskere avklaringer og mer sammenhengende pasientforløp. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget foreløpig ikke tilstrekkelig til å anbefale nasjonal innføring av konkrete modeller.

Den viktigste læringen fra Prosjekt X er etter Helsedirektoratets vurdering at utfordringen i mindre grad er mangel på gode ideer, samarbeidsvilje eller lokale initiativ, og i større grad er knyttet til å omsette utviklingsarbeid til varig praksis. Utprøvingene synliggjør et behov for sterkere oppmerksomhet om implementering, overgang til drift, systematisk læring og spredning av løsninger som fungerer. De viser samtidig at juridiske, økonomiske, digitale og organisatoriske rammebetingelser må ses i sammenheng dersom mer integrerte tjenester skal kunne videreføres og skaleres.

På denne bakgrunn anbefaler Helsedirektoratet at det følgende vektlegges i departementets videre arbeid med Prosjekt X og hensyntas i arbeidet med helsereform.

7.1 Legg større vekt på implementering, videreføring og spredning

Helsedirektoratet anbefaler at nasjonale satsinger og virkemidler i større grad innrettes mot hele utviklingsløpet – fra idé og utprøving til implementering, ordinær drift og eventuell spredning. Prosjekt X viser at prosjekt- og utviklingsmidler kan gi nødvendig kapasitet til å utvikle og prøve ut nye løsninger, men at overgangen til ordinær drift ofte er den mest krevende fasen.

Pilotering bør derfor ikke bare brukes til å prøve ut den faglige modellen. Organisatoriske, styringsmessige, økonomiske og digitale forutsetninger for varig drift bør inngå i utprøvingen fra et tidlig tidspunkt. Det bør også være tydelige beslutningspunkter for når en modell er moden for videre utprøving, drift eller spredning.

Dette bildet understøttes av Helsedirektoratets kartlegging av andre relevante oppdrag og initiativer innen samhandling og sammenhengende tjenester. Kartleggingen viser en betydelig aktivitet knyttet til utvikling og utprøving av nye modeller, og peker samtidig på behovet for å se utprøving, evaluering, implementering og skalering mer i sammenheng. Det er også et potensial for mer systematisk læring, samordning og gjenbruk av erfaringer på tvers av oppdrag og tjenesteområder.

For avgrensede arbeidsformer som utprøvingene har gode erfaringer med, bør det vurderes læringsbasert spredning med systematisk oppfølging. For modeller som viser lovende resultater bør det legges større vekt på dokumentasjon, implementering og utprøving i flere kontekster, fremfor at tilsvarende løsninger utvikles på nytt.

I videreføringen av Prosjekt X vil Helsedirektoratet sammen med relevante aktører, undersøke hvordan løsninger kan spres med tydelige kjernekomponenter og nødvendig lokal tilpasning. Arbeidet kan gi bedre kunnskap om hvilke forutsetninger som er avgjørende for å

lykkes, og om det over tid kan utvikles et begrenset antall tilnærminger til implementering for ulike geografiske og organisatoriske forhold.

7.2 Styrk systematisk læring, veiledning og gjenbruk av erfaringer

Arbeidet med Prosjekt X har vist at det kan være krevende for kommuner og helseforetak å ha oversikt over relevant regelverk, virkemidler, digitale løsninger og organisatoriske muligheter, og å vurdere hvilket handlingsrom som allerede finnes.

Helsedirektoratet anbefaler derfor at det legges bedre til rette for systematisk læring og erfaringsdeling mellom kommuner, helseforetak og regioner. Erfaringer, modeller, verktøy og arbeidsformer som er utviklet og prøvd ut bør i større grad gjøres tilgjengelige for andre, slik at nye initiativer kan bygge videre på eksisterende kunnskap.

Helsedirektoratet kan, i samarbeid med KS og de regionale helseforetakene, ta en tydelig rolle i å legge til rette for læringsarenaer og læringsnettverk, formidle erfaringer og gi veiledning om organisatoriske modeller, regelverk, digitale løsninger og handlingsrommet innenfor eksisterende rammer. Det bør legges særlig vekt på å støtte kommunene, slik at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak bygger på mest mulig likeverdige forutsetninger.

7.3 Videreutvikle styring og virkemidler for samarbeid på tvers

Erfaringene fra Prosjekt X viser at de viktigste organisatoriske utfordringene ikke først og fremst handler om mangel på samarbeidsarenaer, men om hvordan samarbeid kan omsettes til felles prioriteringer, beslutninger, ressursbruk og varig praksis.

Helsedirektoratet anbefaler at helsefelleskapene videreutvikles som arenaer for felles planlegging, implementering og oppfølging. Dette bør bygge videre på eksisterende lokale og regionale samarbeidsstrukturer og understøttes av tydeligere felles mål, rolle- og ansvarsavklaringer, forpliktende planer og mer systematisk oppfølging av resultater på tvers av nivåene.

Helsedirektoratet vurderer at hovedvekten bør legges på å styrke gjennomføringskraften i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak fremfor å etablere nye samarbeidsarenaer.

Et hovedvalg fremover er hvilket rammeverk som skal gjelde for forpliktende samarbeid mellom kommuner og sykehus om integrerte tjenester. Siden samhandlingsreformen (2009) har ulike former for avtalebasert samarbeid mellom tjenestenivåene vært forsøkt. Utfordringene med å realisere integrerte tjenestetilbud er likevel mye de samme som før samhandlingsreformen.

Dette tilsier at det er behov for å utrede en utvidelse av hvilke juridiske muligheter sykehus og kommuner har for å samorganisere tjenestene sine. Helsedirektoratet anbefaler at det som ledd i arbeidet med helsereform utredes hvordan sykehus og kommuner kan gis økt organisatorisk handlingsrom, herunder f.eks. gjennom etablering av felleseide virksomheter.

7.4 Mer målrettet bruk av finansielle virkemidler for samhandling og varig drift

Dagens regelverk gir et betydelig handlingsrom for avtalebaserte finansieringsløsninger mellom kommuner og helseforetak. Helsedirektoratet anbefaler at dette handlingsrommet utnyttes bedre, blant annet gjennom langsiktige samarbeidsavtaler som tydeliggjør ansvar og hvordan kostnader og gevinster skal fordeles.

Erfaringer fra Prosjekt X og andre samhandlingsprosjekter viser at det i flere tilfeller er utfordrende å enes om en samlet, varig finansieringsmodell for aktuelle samarbeidstiltak. Det vises i denne sammenheng gjerne til problemer med at kostnader faller ett sted, mens fremtidige besparelser og andre gevinster oppnås et annet sted. Helsedirektoratet vurderer at det bør prøves ut mer målrettede, pedagogiske virkemidler for å bistå parter som ikke lykkes med å etablere en balansert finansieringsmodell. Direktoratet vil derfor i første omgang foreslå å vurdere hvordan partene i ett eller noen få samarbeidstiltak kan tilbys bistand fra direktoratet i prosessen med å etablere en varig finansieringsmodell. Bistanden må først bidra til å strukturere investerings- og driftskostnader på den ene siden, og besparelser og øvrige gevinster på den andre. Videre må bistanden innebære synliggjøring av hvordan tiltaket ev. påvirker partenes inntekter gjennom aktivitetsbasert finansiering fra staten, egenandeler eller andre kilder. Utover å gi hjelp til konkrete samarbeidsprosjekter, vil et slikt arbeid gi erfaringer som kan overføres til andre som veiledning. I tillegg vil det kunne gi nærmere innsikt i konkrete forhold ved de statlige ordningene som bør vurderes nærmere. Helsedirektoratet vil vurdere hvordan slik bistandsaktivitet kan gjennomføres, herunder med bruk av interne eller eksterne ressurser, som del av virksomhetsplanlegging og budsjettprosessen for 2027.

Erfaringene så langt peker på at ulikheter mellom nivåene mht. statlige finansieringsordninger, refusjonsregler og egenandelsbestemmelser kan vanskeliggjøre samhandling og gjøre overgangen fra prosjekt til drift krevende. Noen av disse utfordringene bør behandles videre som en del av arbeidet med ny helsereform, herunder hvordan de aktivitetsbaserte ordningene fra staten i mindre grad påvirkes av måten tjenesteytingen finner sted på eller organiseres i samspill mellom nivåene.

Selv om egenandeler utgjør en begrenset del av den samlede finansieringen av helsetjenester, får forskjeller i innretning betydning i samarbeidsprosjekter mellom nivåene. Det bør blant annet vurderes hvordan egenandels- og tilhørende skjermingsordninger kan tilpasses nye arbeidsformer og samarbeidsformer.

Arbeid med videreutvikling av de statlige, aktivitetsbaserte finansieringsordningene må sees i sammenheng med spørsmålet om hvilke organisatoriske grep som eventuelt skal gjennomføres som ledd i arbeidet med ny helsereform. Eventuell innføring av nye, lovregulerte organisasjonsformer som formaliserer kommunenes og sykehusenes integrerte tjenestetilbud, øker mulighetsrommet for å gjøre endringer og tilpasninger av de statlige finansierings-ordningene.

7.5 Prioriter digital samhandling som en integrert del av tjenesteutviklingen

Digital samhandling er en grunnleggende forutsetning for mer integrerte tjenester. Helsedirektoratet anbefaler at innføring av de nasjonale samhandlingsløsningene gis høy

prioritet, og at innføringen ses som tjenesteutvikling og ikke bare som teknologisk implementering.

Nytten av løsningene realiseres først når de tas i bruk bredt og integreres i virksomhetenes arbeidsprosesser. Det er derfor behov for koordinert nasjonal innsats og sammensatt virkemiddelbruk, blant annet gjennom veiledning, tilskudd, nettverk, systematisk evaluering, erfaringsdeling og støtteverktøy. Helsedirektoratet bør og vil ha en aktiv koordinerende rolle i samarbeid med KS, RHF-ene og sektoren.

Prosjekt X viser samtidig behov som ikke fullt ut dekkes av løsningene som er under innføring. Et særlig tydelig behov gjelder felles digitale behandlings- og oppfølgingsplaner som kan brukes og oppdateres på tvers av virksomheter. Helsedirektoratet anbefaler at dette utvikles videre som del av den nasjonale e-helseporteføljen, med nødvendig finansiering og avklaring av eventuelle regelverksbehov. Helsedirektoratet har besluttet å ta initiativ til å samle sektoren om behov og felles målbilde.

Helsedirektoratet skal ta en aktiv rolle i å følge opp behovet for en nasjonal løsning for klinisk skrøpelighetsskår.

Det bør også arbeides videre med udekkede behov knyttet til felles arbeidsprosesser, journaltilgang, timebestilling, kartleggingsverktøy og koordinert oppgavehåndtering. For disse behovene må det vurderes hva som bør løses gjennom nasjonale løsninger, samarbeid mellom EPJ-leverandører eller andre supplerende tiltak. Ved nye nasjonale tiltak kreves tydelig prioritering. Helsedirektoratet vil følge opp med en nasjonal behovskartlegging og tilhørende prioriteringer sammen med sektor.

7.6 Bedre tilgang til data for styring, evaluering og individuell helsehjelp

Erfaringene fra Prosjekt X viser at tilgang til data på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten er nødvendig både for å utvikle tjenestene, følge pasientforløp og dokumentere resultater.

Regelverket åpner i stor grad for behandling av data til formål som styring, kvalitetssikring og helsehjelp på tvers av virksomheter. I tillegg arbeider Helse- og omsorgsdepartementet med et lovforslag for at tjenestene skal kunne få bedre tilgang til og bruk av data fra NPR og KPR.

Det bør utvikles løsninger som gjør det mulig å analysere tjenestebruk, ressursbruk og resultater på tvers av nivåene og dermed gi et bedre grunnlag for styring, evaluering og vurdering av gevinster.

Helsedirektoratet kan, sammen med sektoren, bidra til å tydeliggjøre handlingsrommet og utvikle gode modeller for bruk av data i tråd med regelverket, og støtte tjenestene i å ta dette i bruk.

7.7 Utnytt handlingsrommet i regelverket og vurder egne forsøkshjemler

Lovgivningen er generell og gir stort handlingsrom for samarbeid på tvers og for å utvikle digitale løsninger som understøtter dette. Erfaringene fra Prosjekt X viser samtidig at

handlingsrommet ikke alltid er tilstrekkelig kjent eller tatt i bruk. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det fortsatt legges vekt på veiledning om mulighetene innenfor gjeldende regelverk.

I tillegg til veiledning om handlingsrommet er det i noen tilfeller nødvendig med unntak fra krav i regelverket for å kunne prøve ut nye samarbeidsformer. Forsøksloven kan åpne for dette.

Helsetjenestene er imidlertid gjennomregulert, de to tjenestenivåenes ansvar i et pasientforløp er ikke klart avgrenset, og det er i tillegg et stort innslag av rettighetsfesting. Ulike forhold bidrar til at forsøkslovens system er dårlig tilpasset helsetjenestenes behov. Helsedirektoratet mener derfor at det bør vurderes egne hjemler for forsøk i helselovgivningen. Det vil være særlig aktuelt dersom man eventuelt ønsker å prøve ut felles nivå med sørge-for-ansvar.

7.8 Bruke videre utprøving og spredning til å bygge kunnskap om effekter og skalering

Prosjekt X viser at kunnskapsgrunnlaget om effekter, det vil si gevinster og kostnader, fortsatt er begrenset. Dette gjelder også flere av de mest modne utprøvingene.

Helsedirektoratet anbefaler at videre utprøving i større grad kobles til systematisk evaluering fra oppstart. Det bør etableres nullpunktsmålinger, relevante indikatorer og datagrunnlag som gjør det mulig å følge både positive og negative effekter, inkludert ressursbruk og andre kostnader over tid og på tvers av tjenestenivåene.

Erfaringene fra Prosjekt X gir grunnlag for læringsbasert spredning av enkelte arbeidsformer, samtidig som kunnskapsgrunnlaget om de samlede modellene videreutvikles. Dette gjelder særlig arbeidsformer knyttet til faste kontaktlinjer mellom kommuner og sykehus, tverrfaglig kartlegging og oppfølging av pasienter med sammensatte behov, teamorganisering på tvers av nivåer og organisering rundt pasientforløp. Videre spredning bør kombineres med systematisk evaluering og kunnskapsutvikling.

Videreføringen av Prosjekt X bør også brukes til å avklare hvilke beslutninger det allerede foreligger et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for, og hva som må undersøkes videre. For avgrensede arbeidsformer kan systematisk oppfølging ved bredere bruk være hensiktsmessig. For sammensatte tjenestemodeller er det særlig behov for kunnskap om resultater, samlet ressursbruk og overførbarhet ved utprøving i flere kontekster. Forslag om større strukturelle endringer må vurderes på et bredere faglig og politisk beslutningsgrunnlag.

7.9 Samlet anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler at helsereformarbeidet bygger videre på den lokale og regionale utviklingskraften som Prosjekt X har synliggjort, men at oppmerksomheten i større grad flyttes fra utvikling av nye enkeltprosjekter til implementering, kunnskapsutvikling, videreføring og spredning av løsninger som viser lovende resultater.

Dette krever at virkemidlene innen styring, finansiering, regelverk, digitalisering, data og kunnskapsutvikling ses mer i sammenheng. Samtidig bør kommuner og helseforetak få bedre støtte til å utnytte handlingsrommet som allerede finnes.

Prosjekt X gir ikke grunnlag for å anbefale innføring av bestemte tjenestemodeller nå. Erfaringene gir likevel grunnlag for å prioritere hvilke arbeidsformer og modeller som bør følges videre, og hvilke rammebetingelser som bør utvikles. Systematisk oppfølging av videre utprøving og spredning vil gi et bedre grunnlag for senere beslutninger om bredere skalering og eventuell nasjonal innføring.

Vedlegg 1

Oppsummering av læringspunkter for utprøvinger i tidlig fase

Dette vedlegget inneholder prosjektvise oppsummeringer av utprøvingene i Prosjekt X som ved rapporteringstidspunktet var i etablerings-, konsept- eller tidlig utprøvningsfase, og der det foreløpig ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å omtale dokumenterte effekter eller resultater.

Formålet med vedlegget er å dokumentere prosjektets status, organisering, innrapporterte erfaringer og læringspunkter der slike foreligger. Omtalene bygger i hovedsak på innrapportering fra utprøvingene, tidligere statusrapportering til Helsedirektoratet og dialog gjennom oppfølgingen av Prosjekt X. KI-verktøy er benyttet som støtte til å sammenstille og systematisere innspillene. De prosjektvise oppsummeringene er kvalitetssikret og bearbeidet av Helsedirektoratet, og KI er ikke brukt til selvstendige faglige vurderinger eller konklusjoner.

Vedlegget er deskriptivt og prosjektvis innrettet. Helsedirektoratets samlede vurderinger og analyser på tvers av utprøvingene er omtalt i hovedrapporten.

For enkelte utprøvinger foreligger det begrenset innrapportering. Der dette er tilfelle, er omtalen avgrenset til tilgjengelig statusinformasjon, og det er ikke trukket ut egne læringspunkter utover det kunnskapsgrunnlaget gir grunnlag for.

Innholdsfortegnelse

Nordfjord: TAKT – integrerte helsetjenester for barn og unge i Nordfjord	4
Om utprøvingen	4
Organisering og samarbeid	4
Erfaringer fra gjennomføringen	4
Hva har fungert godt?	4
Utfordringer og håndtering	4
Læringspunkter	5
Måling og evaluering	5
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	6
Lofoten: LofotENhelsetjeneste	6
Om utprøvingen	6
Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet?	6
Om utprøvingen	6
Organisering og samarbeid	7
Erfaringer fra gjennomføringen	7
Hva har fungert godt?	7
Utfordringer og håndtering	7
Læringspunkter	8
Måling og evaluering	8
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	8
Oslo: Bedre svangerskaps-, føde og barseltjenester	9
Om utprøvingen	9
Organisering og samarbeid	9
Erfaringer fra gjennomføringen	9
Hva har fungert godt?	9
Utfordringer og håndtering	10
Læringspunkter	10
Måling og evaluering	11
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	11
Tromsø kommune/UNN: Eldreløftet – tjenester fra samme hus	11
Om utprøvingen	11
Organisering og samarbeid	11
Erfaringer fra gjennomføringen	11
Hva har fungert godt?	11
Utfordringer og håndtering	12

Læringspunkter	12
Måling og evaluering	13
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	13
Trøndelag: Neste steg – et samskapende boligprosjekt for ROP-pasienter.....	13
Om utprøvingen	13
Organisering og samarbeid.....	14
Erfaringer fra gjennomføringen	14
Hva har fungert godt?	14
Utfordringer og håndtering.....	14
Læringspunkter	15
Måling og evaluering	15
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	15
Voss: Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde	16
Om utprøvingen	16
Organisering og samarbeid.....	16
Erfaringer fra gjennomføringen	16
Hva har fungert godt?	16
Utfordringer og håndtering.....	17
Læringspunkter	17
Måling og evaluering	18
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	18

Nordfjord: TAKT – integrerte helsetjenester for barn og unge i Nordfjord

Om utprøvingen

TAKT er et tverrsektorielt utviklingsprosjekt mellom Helse Førde, Nordfjord BUP og kommunene Stad, Kinn, Gloppen og Stryn. Utprøvingen skal utvikle og prøve ut en modell for mer forebyggende og integrerte tjenester for barn og unge. Målet er å styrke samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, slik at barn og unge med sammensatte behov får tidligere og mer sammenhengende oppfølging. Utprøvingen var ved rapporteringstidspunktet i slutfasen av utviklingsarbeidet og i ferd med å ferdigstille pilotplan før oppstart av utprøving.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen er organisert som et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, med prosjektleder ansvarlig for framdrift, koordinering og lokal forankring. Prosjektgruppen er sammensatt av representanter fra ulike tjenester og nivåer, og har fungert som en arena for felles refleksjon, læring og utvikling av modellen. Det siste året har prosjektet også vært støttet av ekstern fagkonsulent.

Utprøvingen beskriver den tverrfaglige og tverrsektorielle sammensetningen som en viktig styrke. Samarbeidet har bidratt til økt forståelse for ulike tjenesters ansvar, rammer og handlingsrom, og har gjort det mulig å løfte problemstillinger fra enkeltsaker til mer overordnede systemutfordringer. Utprøvingen fremhever også betydningen av tillit, åpenhet og vilje til å lære sammen som sentrale forutsetninger for samarbeidet.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever særlig verdien av å samle aktører fra ulike tjenester og nivåer i en felles prosjektgruppe. Dette har gitt et bredt kunnskapsgrunnlag og gjort det mulig å utvikle en felles forståelse av utfordringsbildet rundt barn og unge med sammensatte behov. Erfaringene viser at prosjektgruppen i seg selv har fungert som en læringsarena, hvor aktørene har fått innsikt i hverandres perspektiver og arbeidsmåter.

Prosjektlederens lokale forankring og nære kontakt med praksisfeltet trekkes også fram som viktig for framdrift og relevans. Nærheten til tjenestene har gjort det mulig å justere utprøvingen underveis og sikre at modellen utvikles i tett dialog med dem som skal bruke den.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen beskriver flere utfordringer knyttet til utviklingen av modellen. En sentral utfordring har vært å tydeliggjøre at TAKT ikke skal være en ny tjeneste eller et nytt saksteam, men en systemrigg som skal bidra til læring og forbedring på tvers av eksisterende tjenester. Utprøvingen erfarte at møter mellom tjenester ofte raskt dreide mot enkeltsaker, og har derfor arbeidet systematisk med å holde fokus på mønstre, systemutfordringer og forebyggende tiltak.

Andre utfordringer har vært knyttet til utprøvingens bredde, behovet for rolleavklaringer og avhengigheten av nøkkelpersoner. Utprøvingen har forsøkt å møte dette gjennom tydeligere beskrivelser av roller, etablering av faste møtefora, systemlogg og sterkere kobling til ledelse og styringsstrukturer.

Utprøvingen peker også på utfordringer knyttet til finansiering og registrering av forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Dialog med Helsedirektoratet har vist at dagens finansierings- og registreringssystemer i begrenset grad understøtter denne typen aktivitet, og utprøvingen har derfor utviklet egne løsninger for lokal registrering i piloten.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Samhandling krever en fast struktur

Utprøvingen viser at samhandling på tvers av tjenester ikke skjer av seg selv. Uten tydelige roller, mandat og møtearenaer blir samarbeidet sårbart og personavhengig. Erfaringen er at en fast struktur med koordinatorfunksjon, tverrfaglig team og faste arenaer for systemlæring er nødvendig for å skape varig samhandling.

Læringspunkt 2: Det er nødvendig å arbeide aktivt med systemperspektivet

Når fagpersoner møtes rundt barn og unge, dreier diskusjonene ofte mot enkeltsaker. Utprøvingen viser at det krever bevisst arbeid å løfte blikket mot mønstre, systemfeil og strukturelle utfordringer. Erfaringen er at dette må støttes gjennom språk, metoder og faste arbeidsformer.

Læringspunkt 3: Ledelsesforankring er avgjørende

Utprøvingen understreker at systemrettet arbeid ikke kan drives fram bare gjennom engasjerte fagpersoner. For at læringen skal føre til varig endring må arbeidet kobles til planverk, ledelse, beslutningsprosesser og ordinær drift. Ledelsesforankring fremstår derfor som en sentral forutsetning for bærekraftig utvikling.

Læringspunkt 4: Forebyggende arbeid må dokumenteres bedre

Utprøvingen peker på at mye forebyggende arbeid ikke passer inn i dagens registrerings- og finansieringssystemer. Erfaringen er at prosjekter bør etablere lokale løsninger for registrering og dokumentasjon, slik at aktivitet, ressursbruk og læring kan synliggjøres og brukes som grunnlag for videre utvikling.

Læringspunkt 5: Avgrensning er viktig i komplekse utviklingsprosjekter

TAKT berører mange temaer samtidig. Utprøvingens erfaring er at det er nødvendig å starte med noen få, tydelige utprøvinger og realistiske evalueringsspørsmål. En for bred tilnærming kan gjøre utprøvingen mindre gjennomførbart og skape uklarhet om hva som faktisk skal prøves ut.

Måling og evaluering

Utprøvingen planlegger en følgeevaluering med vekt på prosess, aktivitet og læring. Evalueringen skal undersøke om modellen bidrar til bedre samhandling, identifisering av systemutfordringer, utvikling av tiltak og synliggjøring av forebyggende arbeid. Datagrunnlaget skal blant annet omfatte systemlogg, møteoversikter, lokal registrering av aktivitet, midtveisevaluering og sluttevaluering.

Hva ville utprøvingen gjort annerledes?

Utprøvingen oppgir at det ville startet tidligere med innsiktsarbeid, avgrenset pilotinnholdet tidligere og tydeliggjort roller og mandat fra starten av. Erfaringen er at enkelte temaer ble løftet fram før prosjektets overordnede formål og modell var tilstrekkelig avklart. Dette bidro til uklarhet og gjorde det mer krevende å etablere en felles forståelse av prosjektets retning. Samtidig understrekes det at mange av de viktigste læringspunktene nettopp har oppstått gjennom utviklingsprosessen og de avklaringene som har skjedd underveis

Lofoten: LofotENhelsetjeneste

Om utprøvingen

LofotENhelsetjeneste skal utvikle en ny modell for helsetjenestesamordning i distrikts-Norge, med mulig overføringsverdi til andre regioner. Utprøvingen har som mål å bidra til mer sammenhengende pasientforløp, mer effektiv bruk av personell og kompetanse, redusert dobbeltarbeid og færre unødige overganger mellom tjenestenivåene. Et sentralt formål er også å legge grunnlag for et mer langsiktig og strukturert samarbeid mellom kommunene og sykehuset.

Det foreligger ikke ny innrapportering fra utprøvingen i kartleggingen av læringspunkter. Omtalen bygger derfor på utprøvingens statusrapportering våren 2026.

I juni rapporterte utprøvingen at det fortsatt var i en tidlig fase. Utprøvingen hadde hatt utfordringer med å få på plass prosjektleder, og dette hadde påvirket fremdriften. Det ble samtidig opplyst at det var gjort avklaringer knyttet til kapasitet, og at prosjektleder skulle komme på plass etter sommeren.

På bakgrunn av statusrapporteringen foreligger det ikke grunnlag for å omtale konkrete erfaringer eller læringspunkter fra denne utprøvingen.

Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet?

Om utprøvingen

Hvor er samhandlingsrommet? er et utredningsprosjekt som skal utforske hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten kan samhandle bedre om pasientforløp og tjenesteutvikling. Utprøvingen er på vei over i en mer konkret fase, med oppstart og videre utvikling av flere delprosjekter.

Gjennom kartleggingsarbeidet er det gjort prioriteringer i utprøvingen. Delprosjektet innen psykisk helse og rus er avsluttet, da det ikke vurderes som aktuelt å gå videre med dette innenfor prosjektets nåværende rammer.

Det videre arbeidet retter seg mot å utforske interkommunale og regionale modeller som kan gi bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser og styrke samhandlingen på tvers av kommuner og nivåer. Dette omfatter blant annet responsbil, interkommunalt tildelings- og

forvaltningskontor, TØRN og hvordan disse løsningene kan kobles til digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen er forankret i samarbeid mellom flere kommuner, helseforetak, helsefellesskap, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten, kommunal administrativ ledelse og regionalt helsefellesskap. Utprøvingen vurderer selv at forankringen i noen grad har vært tydelig og forpliktende.

Arbeidet er organisert med en styringsgruppe som mottar rapportering fra prosjektet, følger utviklingen og tar beslutninger om retning, prioriteringer og videre fremdrift. Prosjektleder har overordnet ansvar for fremdrift, koordinering på tvers av aktører og ledelse av de enkelte delprosjektene. Prosjektkoordinator støtter prosjektleder med praktisk oppfølging, møtekoordinering, dokumentasjon og oppfølging av avtalte tiltak.

I tillegg er arbeidet organisert gjennom arbeidsgrupper og tverrfaglige møteplasser der representanter fra kommunene og spesialisthelsetjenesten deltar. Disse bidrar med faglige vurderinger, identifisering av utfordringer og utvikling av konkrete løsninger og pilotområder.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever at den tverrsektorielle sammensetningen av styringsgruppen har fungert godt. Styringsgruppen har representanter fra kommunene, samhandlingsavdelingen og spesialisthelsetjenesten. Dette har gitt prosjektet bred faglig og organisatorisk forankring, og bidratt til at ulike perspektiver blir vurdert tidlig i arbeidet.

Det trekkes også frem som positivt at styringsgruppen har vært tett på arbeidet i arbeidsgruppene. Dette har gitt god innsikt i utviklingen underveis, og gjort det mulig å identifisere utfordringer knyttet til forankring, roller og videre retning på et tidlig tidspunkt. Den korte avstanden mellom arbeidsgruppene og styringsgruppen har bidratt til raskere avklaringer og bedre sammenheng mellom operativt arbeid og strategiske beslutninger.

Utprøvingen peker videre på at en felles forståelse av utfordringsbildet har vært viktig for samarbeidet. Partene deler en forståelse av at dagens utfordringer ikke kan løses gjennom økte ressurser alene, men krever nye måter å bruke eksisterende ressurser, kompetanse og kapasitet på tvers av kommuner, sektorer og forvaltningsnivåer.

Workshops og arbeidsgruppemøter har vært viktige arenaer for å løfte frem både utfordringer og det som fungerer godt. Dette har bidratt til felles prioriteringer og tydeligere retning i prosjektet.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen beskriver at det har vært krevende å sikre lik forståelse av informasjon og felles situasjonsforståelse i alle samarbeidskommunene. Kommunene har ulike behov og utfordringsbilder, blant annet som følge av forskjeller i geografi, demografi, organisering og tilgjengelige ressurser. Dette gjør det nødvendig med bred involvering og kontinuerlig vurdering av lokale forskjeller underveis i prosjektet.

Det har også vært ulik forståelse av hva som kreves av politisk og administrativ forankring. Dette kan påvirke fremdrift og felles prioritering, særlig i et prosjekt som omfatter flere kommuner og aktører på ulike nivåer.

Utprøvingen peker i tillegg på manglende mulighet for deling av pasientinformasjon i sanntid på tvers av kommuner og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten som en sentral utfordring. Dette begrenser muligheten for sømløse pasientforløp og kan bli mer krevende når prosjektet går fra kartlegging og utredning til mer konkret utprøving.

Utfordringene er håndtert gjennom informasjon, kommunikasjon og utvidede styringsgruppemøter for å sikre felles situasjonsforståelse. Utprøvingen har så langt ikke møtt vesentlige hindringer som har stoppet fremdriften, men forventer at organisatoriske, juridiske, teknologiske og økonomiske utfordringer vil bli tydeligere når prosjektet går over i konkret utprøving og implementering.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Samhandlingsrommet må bygges systematisk

Utprøvingen peker på at samhandlingsrommet ikke oppstår av seg selv. Det må bygges gjennom systematisk arbeid, basert på relevante data, analyser og felles forståelse av hvor utfordringene faktisk ligger. Dette innebærer at aktørene må bruke tid på kartlegging, felles problemforståelse og prioritering før konkrete løsninger utvikles.

Læringspunkt 2: Tydelig struktur er nødvendig for å gå fra utredning til utprøving

For å lykkes må samhandlingen forankres i en tydelig struktur med mandat, ledelse, finansiering, digitale løsninger, avklart klinisk ansvar og konkrete pasientforløp. Utprøvingen viser at dette er særlig viktig når flere kommuner og spesialisthelsetjenesten skal utvikle løsninger sammen.

Læringspunkt 3: Parallell satsing må ses i sammenheng

Utprøvingen fremhever betydningen av å se parallell satsing i sammenheng, slik at de samlet bidrar til en regional retning fremfor å utvikles som enkeltstående initiativer. Dette gjelder blant annet responsbil, interkommunalt tildelings- og forvaltningskontor, TØRN, digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.

Læringspunkt 4: Felles kartlegging og prioritering gir overføringsverdi

Utprøvingen vurderer at overføringsverdien særlig ligger i arbeidsmetoden: felles kartlegging, felles prioritering, tydelige gevinstmål og planlagt overgang fra prosjekt til ordinær drift. Dette kan være nyttig for andre prosjekter som skal utvikle interkommunale eller regionale samhandlingsmodeller.

Læringspunkt 5: Bærekraft krever tidligere innsats og bedre bruk av felles ressurser

Utprøvingen peker på at bærekraft skapes når innsatsen flyttes tidligere i pasientforløpet, teknologi tas i bruk der det gir verdi, dobbeltarbeid reduseres, og kompetanse og ressurser kan brukes på tvers av kommuner og forvaltningsnivåer.

Måling og evaluering

Utprøvingen planlegger å bruke ekstern aktør til innhenting og analyse av data. Prosjektet er nå i en fase der arbeidet konkretiseres gjennom valg av pilotområder, definering av gevinstmål, utvikling av styringsmodell og avklaring av videre finansieringsbehov.

Hva ville utprøvingen gjort annerledes?

Utprøvingen oppgir at det i større grad ville startet med en systematisk analyse av relevante data for å identifisere hvor bruddene i samhandlingen faktisk oppstår, før arbeidet gikk videre med samorganisering og utprøving av delprosjekter.

Oslo: Bedre svangerskaps-, føde og barseltjenester

Om utprøvingen

Utprøvingen skal utrede, utvikle og prøve ut en mer helhetlig og sammenhengende modell for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i Oslo. Målet er å bidra til et mer sammenhengende forløp for gravide og familier, og samtidig legge til rette for bedre og mer effektiv bruk av de samlede ressursene i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I desember 2025 ble det inngått en intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Oslo kommune om å utrede svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i Oslo, samt utvikle og prøve ut nye modeller. Utprøvingen har vært i utredningsfase, og skal levere rapport som beslutningsgrunnlag til Helse- og omsorgsdepartementet i oktober. Det skal deretter besluttes hvilken modell eller pilot det eventuelt skal arbeides videre med.

Organisering og samarbeid

Prosjektgruppen ble etablert i januar 2026 og ledes av byrådsavdelingen i Oslo kommune. Gruppen har hatt deltakere fra Helsedirektoratet, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Helseetaten, fastlege- og brukerrepresentant og begge jordmorforeningene. Utprøvingen er forankret i helsefellesskap, politisk og administrativ ledelse i kommunen, helseforetak, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten og fastlegjetjenesten. Utprøvingen vurderer selv at forankringen i stor grad har vært tydelig og forpliktende.

Prosjektgruppen har samlet sentrale aktører i svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet, og har fungert som en arena for dialog, innspill og felles utredning. Utprøvingen viser også til god dialog med departementet, Helse Sør-Øst og sykehusene, samt innspillsmøter med fagorganisasjoner, fagdirektører, bydeler og andre relevante aktører.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever at prosjektgruppen har fungert godt, og at arbeidet har samlet dyktige og engasjerte fagpersoner og representanter fra sentrale aktører rundt samme bord. Det trekkes særlig frem som positivt at både sykehus, kommune, fastlege, brukerrepresentant og fagorganisasjoner har vært involvert i prosjektgruppen.

Utprøvingen peker også på at likeverdighet mellom sykehus og kommune har vært en viktig faktor for samarbeidet. Dialogen med departementet, Helse Sør-Øst og sykehusene har fungert godt, og innspillsmøter med fagorganisasjoner, fagdirektører, bydeler og andre aktører har gitt et bredt grunnlag for utredningsarbeidet.

Utprøvingen har i tillegg hatt nytte av erfaringer fra lignende prosjekter og tiltak, både innenfor og utenfor Prosjekt X. Det vises blant annet til Min jordmor i Drammen, Min Barnmorska i Stockholm, Tidlig hjemreise i bydel Østensjø og OUS, kombinasjonsstillinger for jordmødre i OUS/bydel Nordre Aker og Ahus/bydel Stovner, samt Prosjekt X i Voss. Erfaringene er innhentet gjennom besøk, presentasjoner på Teams og gjennomgang av rapporter og dokumentasjon.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen beskriver at arbeidet har hatt en svært stram og presset tidslinje. Selv om utprøvingen vurderer at fremdriften i stor grad har vært som forventet, har knapp tid vært en utfordring. En viktig driver for fremdrift har vært at arbeidet skal presenteres for departementet og referansegruppe, samt et sterkt faglig engasjement for saken.

Utprøvingen peker også på at det har vært noe ulik problemforståelse mellom sykehus og kommune. I tillegg beskrives lange linjer internt i organisasjonene og diskrepans mellom vurderinger på toppnivå og erfaringer fra praksisfeltet. Dette har vært håndtert gjennom dialog med ulike instanser, presentasjoner, innspillsmøter og løpende dialog i prosjektmøtene.

Utprøvingen har foreløpig ikke besluttet pilot, og det er derfor begrenset grunnlag for å beskrive erfaringer fra utprøving eller implementering. I juni rapporterte utprøvingen at det var noe fremgang siden mars, men at videre arbeid var knyttet til utredning av modeller og avklaringer om finansiering og bemanning.

Læringspunkter

Utprøvingen oppgir at det ikke er i gang med pilot ennå, og har derfor ikke rapportert konkrete læringspunkter fra utprøving. Omtalen nedenfor oppsummerer derfor erfaringer fra utredningsfasen, slik utprøvingen har rapportert dem.

Læringspunkt 1: Bred involvering gir et bedre beslutningsgrunnlag

Utprøvingen viser at utredning av nye modeller for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet krever involvering av mange aktører. Deltakelse fra sykehus, kommune, fastlege, brukerrepresentant og fagorganisasjoner har bidratt til å belyse ulike deler av forløpet og gi et bredere grunnlag for videre beslutninger.

Læringspunkt 2: Likeverdighet mellom kommune og sykehus er viktig

Utprøvingen peker på likeverdighet mellom sykehus og kommune som en viktig faktor for samarbeidet. Dette har vært særlig viktig i en utredning der ansvar, oppgaver og mulige modeller berører både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Læringspunkt 3: Ulik problemforståelse må håndteres tidlig

Utprøvingen har erfart at sykehus og kommune kan ha noe ulik problemforståelse. Det er også vist til forskjeller mellom vurderinger på ledelsesnivå og erfaringer fra praksisfeltet. Erfaringen fra utredningsfasen er at slike forskjeller må håndteres gjennom bred dialog, innspillsmøter og tydelig involvering av aktører på ulike nivåer.

Læringspunkt 4: Erfaringer fra lignende modeller gir viktig kunnskap før pilot

Utprøvingen har hatt nytte av å se til lignende modeller og tiltak i Norge og Sverige. Dette har gitt kunnskap om mulige modeller, forutsetninger og utfordringer før beslutning om pilot. Erfaringen viser at utredningsarbeid kan styrkes ved å hente inn erfaringer fra eksisterende modeller før en ny modell utvikles lokalt.

Læringspunkt 5: Tid og kapasitet er en viktig rammebetingelse

Utprøvingen beskriver at den stramme tidslinjen har vært krevende. Erfaringen fra utredningsfasen er at komplekse samhandlingsmodeller, særlig modeller som berører både kommune, sykehus, fastleger, fagorganisasjoner og brukere, krever tilstrekkelig tid til forankring, problemforståelse og vurdering av gjennomførbarhet.

Måling og evaluering

Utpøvingen oppgir at det planlegges følgeevaluering med nødvendige indikatorer dersom det startes opp pilot. Siden pilot ikke er besluttet eller igangsatt, foreligger det ikke grunnlag for å omtale resultater eller effekter fra prosjektet på nåværende tidspunkt.

Hva ville utpøvingen gjort annerledes?

Utpøvingen oppgir at det ikke er i gang med pilot, og har derfor ikke rapportert konkrete erfaringer om hva det ville gjort annerledes ved oppstart av en utpøving.

Tromsø kommune/UNN: Eldreløftet – tjenester fra samme hus

Om utpøvingen

Utpøvingen utvikler en organisatorisk samhandlingsmodell der planlegging, drift og utvikling av helsetjenester samordnes i et felles "hus" med mål om å levere mer sammenhengende, bærekraftige og pasientsentrerte tjenester for skrøpelige eldre. Kjernen i utpøvingen er å utforske deling av ressurser, kompetanse og pasientoppfølging på tvers av tjenestenivåer uavhengig av hvor pasienten fysisk befinner seg.

Utpøvingen har arbeidet med tre parallelle piloteringer: Trygg utskrivelse, Sykepleierbilen og Forsterket legevaktsbil. I tillegg inngår en sidepilot med innføring av CFS og forløpstavle.

Ved rapporteringstidspunktet var utpøvingen i fase for innsamling av data og evaluering av første piloteringsrunde, samtidig som det planlegges videre pilotering.

Organisering og samarbeid

Utpøvingen er organisert med styringsgruppe og prosjektgruppe med deltakere fra både Tromsø kommune og UNN. Styringsgruppen har ansvar for overordnet styring og beslutninger, mens prosjektgruppen har ansvar for operativ drift og oppfølging av piloteringene. Prosjektleder er frikjøpt i 100 prosent stilling, og øvrige prosjektgruppemedlemmer er frikjøpt i inntil 40 prosent.

Utpøvingen vurderer at forankringen har vært svært tydelig og forpliktende. Det trekkes særlig fram at styrings- og prosjektgruppen har hatt tett tverrfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Frikjøpsmodellen har gitt prosjektleder og prosjektgruppe reell kapasitet til drift og oppfølging, og regelmessig statusrapportering til styringsgruppen har bidratt til oversikt over utviklingen i de ulike pilotene.

Utpøvingen beskriver at det ikke har vært vesentlige utfordringer knyttet til selve samarbeidet mellom tjenestene. De viktigste utfordringene har i hovedsak vært systemtekniske og driftsmessige.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utpøvingen fremhever særlig tverrfaglig bemanning på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste som en styrke. Sykepleierbilen bemannes av én sykepleier fra

legevakten/kommunen og én geriatrisk sykepleier fra UNN. Denne rulleringen har gitt personellet mulighet til å lære av, med og om hverandre.

Erfaringen er at kombinasjonen av avansert klinisk allmennsykepleier og geriatrisk sykepleier gir bredere og mer helhetlige vurderinger av pasienten i hjemmet. Utprøvingen beskriver også at dette har styrket faglig trygghet i beslutninger som tas utenfor sykehus, og bidratt til gjensidig kompetanseoverføring mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Regelmessige evalueringsmøter, om lag hver andre uke, har også fungert godt. Møtene har gjort det mulig å fange opp utfordringer og forbedringspunkter tidlig, og justere rutiner underveis i stedet for å vente til utprøvingen er avsluttet.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen beskriver flere tekniske og driftsmessige utfordringer i pilotperioden. For Trygg utskrivelse har det vært en utfordring at telefonfrasen ikke lot seg legge inn som mal i DIPS. Dette gjorde oppfølgingen mer tungvint og økte risikoen for at rutinen ikke ble fulgt konsekvent. Piloten er i evalueringsfase og vurderer alternative løsninger før neste piloteringsrunde.

For Sykepleierbilen har varierende oppdragsmengde og driftstider vært en utfordring. Utprøvingen vurderer derfor justerte driftstider og tydeligere rutiner for legevaktssentralen. Det utarbeides også opplæringshefter og rutiner for bruk av sykepleierbilen.

En sentral hindring for videre fremdrift har vært bemanning. Geriatrisk sengepost har hatt for få sykepleiere til å kunne avgi personell til Sykepleierbilen i neste piloteringsrunde. Prosjektet vurderer derfor alternative løsninger, blant annet digitale løsninger knyttet til geriatrisk sengepost og bruk av vakante vakter der sykepleiere kan ta enkeltvakter i bilen.

Utprøvingen peker også på behov for tydeligere varslingsveier mellom AMK, legevaktssentral, sykepleierbil og legevaktsbil. Dette er fulgt opp gjennom gjennomgang og tydeliggjøring av rutiner, samt vurdering av løsninger som egen konfereringslinje for hjemmetjenesten og bedre informasjonsflyt mellom aktørene.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Tverrfaglig bemanning på tvers gir kompetanseoverføring og faglig trygghet

Utprøvingen viser at felles bemanning fra kommune og spesialisthelsetjeneste kan styrke kvaliteten i vurderingene som gjøres hjemme hos pasienten. Når personell fra ulike nivåer arbeider sammen i konkrete situasjoner, utvikles både felles forståelse, gjensidig tillit og kompetanseoverføring. Dette kan bidra til tryggere beslutninger og bedre samhandling rundt pasienten.

Læringspunkt 2: Regelmessig evaluering gjør det mulig å justere tidlig

Erfaringen fra utprøvingen er at tett og regelmessig evaluering underveis har vært avgjørende for å kunne fange opp praktiske utfordringer tidlig. Evalueringsmøter annenhver uke har bidratt til at prosjektet har kunnet justere driftstider, rutiner og samarbeidsformer fortløpende. Dette viser betydningen av lærende implementering, der modellen utvikles og forbedres gjennom utprøvingen.

Læringspunkt 3: Bemanningskapasitet må avklares før pilotering

Utprøvingen viser at tilgang på nøkkelpersonell kan være en kritisk forutsetning for videreføring av en pilot. Bemanning fra geriatrisk sengepost har vært avgjørende for Sykepleierbilen, men begrenset kapasitet i ordinær drift har gjort det krevende å videreføre

modellen som planlagt. Erfaringen er at bemanningskapasitet bør avklares tydelig med involverte avdelinger før nye piloteringsrunder starter.

Læringspunkt 4: Tydelige varslingsveier er avgjørende for riktig bruk av nye tjenester

Når nye samhandlingstiltak etableres, må det være tydelig hvem som skal kontaktes, når og hvordan. Utprøvingen viser at uklare varslingsveier kan skape usikkerhet og hindre riktig bruk av tilbudet. Varslingsrutiner mellom AMK, legevaktssentral, sykepleierbil, legevaktsbil og hjemmetjeneste må derfor avklares tidlig.

Læringspunkt 5: Erfaringer fra andre prosjekter kan gi raskere oppstart

Utprøvingen har hentet modellen Trygg utskrivelse fra Kongsberg og hatt tett dialog med prosjektet der gjennom oppstarts- og piloteringsfasen. Erfaringene fra Kongsberg har vært brukt som grunnlag for Tromsøs egen 96-timers oppfølgingsmodell etter utskrivelse. Dette viser at læring fra andre prosjekter kan bidra til raskere utvikling, men at modellen må tilpasses lokale forhold.

Måling og evaluering

Ønskede effekter er mer helhetlige pasientforløp, bedre ressursutnyttelse, raskere vurdering av riktig behandlingsnivå, færre unødvendige innleggelser og redusert antall utskrivningsklare pasienter (overliggere).

I første piloteringsrunde har prosjektet gjennomført egne målinger i bilene, der personellet har registrert oppdragsmengde og erfaringer fra bruk. Til andre piloteringsrunde, som starter i september, har prosjektet koblet på forsker fra UiT for å utvikle en bedre metode for å følge effekter og evaluere prosjektet underveis.

Utprøvingen viser dermed betydningen av å etablere måling og evaluering som en integrert del av utprøvingen. Erfaringen er samtidig at forsknings- og evalueringsstøtte med fordel kunne vært koblet på tidligere.

Hva ville utprøvingen gjort annerledes?

Utprøvingen oppgir at det ville avklart bemanningskapasitet fra geriatrisk sengepost tidligere og tydeligere før oppstart av neste piloteringsrunde. Videre ville utprøvingen etablert tydeligere varslingsrutiner mellom AMK, legevaktssentral, sykepleierbil og legevaktsbil helt fra start, for å unngå tidlig usikkerhet om hvem som skulle kontaktes.

Utprøvingen ville også koblet på ekstern forskningsstøtte allerede fra første piloteringsrunde, for å få et bedre grunnlag for måling av effekter.

Trøndelag: Neste steg – et samskapende boligprosjekt for ROP-pasienter

Om utprøvingen

Neste Steg er et samskapende boligprosjekt for ROP-pasienter. Utprøvingen skal utvikle nye samarbeidsformer mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om sikkerhets- og overgangsboliger, samt tilknyttede ROP-boliger. Målet er å bidra til bedre og mer sammenhengende overganger til kommunal bolig etter opphold i sikkerhetsavdelinger.

Utprøvingen skal blant annet bidra til at kommunen får bedre grunnlag for å vurdere egnet bolig, og at spesialisthelsetjenesten får bedre grunnlag for voldsrisikovurderinger og planlegging av overganger. Utprøvingen berører både faglige, organisatoriske og juridiske problemstillinger, blant annet knyttet til målgruppe, ansvar, bolig, tvang, pasientrettigheter og håndtering av risiko.

I juni rapporterte utprøvingen at det var i konseptfase, og at det hadde vært betydelig fremgang siden mars. I læringspunkt kartleggingen beskriver prosjektet fasen som forprosjekt/pilot.

Organisering og samarbeid

Arbeidet er organisert med innleid prosjektleder og delt prosjekteierskap på kommunalsjef- og klinikk-sjefsnivå i kommune og sykehus. Utprøvingen har en tverrsektorielt sammensatt styringsgruppe og en faglig referansegruppe.

Utprøvingen er forankret i helsefellesskap, kommunal administrativ ledelse, samarbeid mellom flere kommuner, helseforetak, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten og tverrsektorielt samarbeid. Utprøvingen vurderer selv at forankringen i stor grad har vært tydelig og forpliktende.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen beskriver at organiseringen har fungert godt, og at arbeidet har bidratt til å etablere tydeligere rammer for prosjektet enn det som forelå ved oppstart. Delt prosjekteierskap mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, innleid prosjektleder og en tverrsektorielt sammensatt styringsgruppe har gitt prosjektet en struktur for å håndtere et komplekst utviklingsarbeid.

Utprøvingen fremhever også betydningen av forpliktende samarbeid, engasjert styringsgruppe og medarbeidere på alle nivåer. Et prosjektkontor som ikke sitter i ordinær drift til daglig, trekkes frem som viktig for å holde tempo i arbeidet.

Jevnlige «minikonferanser» har fungert som en arena der beslutninger og faglige spørsmål drøftes i prosjektet før de forberedes for beslutning i styringsgruppen. Dette har bidratt til å løfte problemstillinger i fellesskap og skape bedre grunnlag for videre avklaringer.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen peker på at koordinering har vært en utfordring, særlig knyttet til logistikk og samordning mellom mange aktører. Dette er håndtert blant annet gjennom deling av tilgang til digitale flater og gjennom vekt på langsiktig tidsplanlegging og forutsigbarhet.

Den mest sentrale utfordringen som løftes frem, er behovet for å få avklart endelig faglig modell og de juridiske rammene for denne. Utprøvingen har identifisert juridiske spørsmål knyttet til blant annet husleieloven, virkemidler ved utagering og vold, og pasientrettigheter. I juni rapporterte prosjektet at juridiske forhold, organisering, målgruppe, samarbeid og ansvarsdeling var blant de mest kritiske problemstillingene.

Utprøvingen har håndtert de juridiske problemstillingene gjennom å etablere kontakt mellom utprøvinges helsejurister, jurist i Helse- og omsorgsdepartementet og juridisk kompetanse i

akademia. Målet er å avklare handlingsrommet og sikre videre fremdrift i utviklingen av den faglige modellen.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Komplekse modeller krever tydelig faglig og juridisk avklaring

Utprøvingen viser at utvikling av nye bolig- og samhandlingsmodeller for ROP-pasienter berører flere regelverksområder og ansvarslinjer samtidig. Før prosjektet kan gå videre i full utprøving, må faglig modell og juridiske rammer avklares. Dette gjelder særlig spørsmål om ansvar, pasientrettigheter, boligrammer og virkemidler ved utagering og vold.

Læringspunkt 2: Delt eierskap mellom kommune og spesialisthelsetjeneste gir bedre forankring

Utprøvingen har delt prosjekteierskap på ledernivå i kommune og sykehus. Dette gir en struktur for felles ansvar og bidrar til at problemstillinger kan løstes på tvers av nivåene. Erfaringen viser at delt eierskap kan være viktig når prosjektet berører både kommunale bolig- og tjenesteansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling, risikovurdering og overganger.

Læringspunkt 3: Egen prosjektkapasitet kan bidra til fremdrift

Utprøvingen peker på at et prosjektkontor utenfor ordinær drift har vært viktig for å holde tempo i arbeidet. I komplekse prosjekter med mange aktører, juridiske avklaringer og behov for koordinering kan dedikert prosjektkapasitet være en viktig forutsetning for fremdrift.

Læringspunkt 4: Felles arenaer for faglige avklaringer styrker samarbeidet

Jevnlige minikonferanser har gitt utprøvingen en arena for å drøfte faglige spørsmål og forberede beslutninger. Dette har bidratt til å samle aktørene om problemstillinger som ellers kunne blitt håndtert hver for seg. Erfaringen viser at faste, felles arenaer kan være viktige i prosjekter der faglige, juridiske og organisatoriske spørsmål må utvikles parallelt.

Læringspunkt 5: Fremdrift krever beslutninger også under usikkerhet

Utprøvingen trekker frem at man må ta beslutninger og akseptere noe usikkerhet og risiko for å holde fremdrift. Dette er særlig relevant i utviklingsprosjekter der alle juridiske, faglige og organisatoriske spørsmål ikke kan avklares fullt ut før arbeidet går videre.

Måling og evaluering

Utprøvingen oppgir at det er etablert en egen forsknings- og utviklingsgruppe med deltakelse fra relevante forskningsmiljøer og NTNU. Det foreligger ikke informasjon om gjennomførte evalueringer eller dokumenterte effekter på nåværende tidspunkt.

Hva ville utprøvingen gjort annerledes?

Utprøvingen har ikke oppgitt konkrete forhold de ville gjort annerledes dersom de skulle startet på nytt. Det viktigste læringspunktet som trekkes frem, er at prosjektet må ta beslutninger og akseptere noe usikkerhet og risiko for å holde fremdrift.

Voss: Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde

Om utprøvingen

Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde skal utvikle og prøve ut en ny samhandlingsmodell mellom kommunene i lokalsjukehusområdet og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er i utprøvningsfase.

Modellen prøves ut innenfor to pasientforløp: Eldre med skrøpelighet og perinatal mental helse. Prosjektet bruker disse forløpene som utprøvningsarenaer for en mer generisk samhandlingsmodell, der målet er å utvikle felles prinsipper og arbeidsformer som kan ha overføringsverdi på tvers av pasientgrupper.

Utprøvingen har som ambisjon å bidra til mer samordnede tjenester, raskere tverrfaglige vurderinger og avklaringer, mer effektive pasientforløp og beslutninger nærmere pasienten.

Organisering og samarbeid

Arbeidet er organisert med delt prosjektledelse fra kommune og helseforetak. Styringsgruppen har representanter fra de fem kommunene, spesialisthelsetjenesten, samhandlingslege og brukerrepresentanter, og har ansvar for overordnet styring, prioriteringer og strategisk retning.

Prosjektledelsen og strategisk prosjektgruppe har ansvar for gjennomføring og operasjonalisering av prosjektet. Det er innhentet kompetanse innen jus, økonomi og digitale løsninger. Referansegruppe med arbeidstakerorganisasjoner og brukerrepresentanter skal sikre medvirkning, mens faglige ressursgrupper bidrar med kompetanse knyttet til de to utprøvningsområdene.

Utprøvingen er forankret i helsefelleskap, politisk og administrativ kommunal ledelse, samarbeid mellom flere kommuner, regionalt helsefelleskap, helseforetak, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten, fastlegetjenesten, tverrsektorielt samarbeid og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Utprøvingen vurderer selv at forankringen i svært stor grad har vært tydelig og forpliktende.

I utprøvingen arbeider tverrfaglige team på tvers av nivåer og virksomheter, med delegert ansvar og beslutningsmyndighet innenfor avtalte rammer. Dette skal gjøre det mulig å undersøke om en felles grunnmodell for samhandling kan fungere på tvers av pasientgrupper.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever særlig delt prosjektledelse mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, bred involvering og tett kobling mellom ledelse og fagmiljø som viktige grep i organiseringen. Utprøvingen peker også på at det har fungert godt å organisere utviklingsarbeidet rundt pasientforløp fremfor organisasjoner.

Bruk av konkrete pasientcaser har gjort utfordringer i overganger, ansvar og informasjonsflyt tydelige. Dette har bidratt til å flytte diskusjonen fra hvem som eier oppgaven, til hva pasienten trenger. Utprøvingen fremhever at denne tilnærmingen har styrket den pasientsentrerte retningen i arbeidet.

En sterk felles forståelse av utfordringsbildet har også vært viktig for samarbeidet. Utprøvingen beskriver at tillit, etablerte relasjoner, felles møteplasser, delt prosjektledelse og bred faglig involvering har bidratt til godt samarbeid. Aktørene i Voss lokalsjuehusområde kjenner hverandre godt fra før, og dette har gitt korte linjer og raske avklaringer.

Ekstern finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet trekkes frem som en viktig forutsetning for fremdrift, blant annet fordi den har gjort det mulig å frikjøpe ressurspersoner. Utprøvingen beskriver også oppfølgingen fra Helsedirektoratet som nyttig underveis.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen omfatter flere selvstendige virksomheter med ulike styringslinjer, digitale systemer, juridiske rammer og finansieringsordninger. Dette gjør det komplekst. Utprøvingen beskriver at de største utfordringene i samarbeidet i hovedsak har vært strukturelle, ikke relasjonelle. Aktørene kan være enige om hva som er en god løsning for pasienten, samtidig som ulike lovverk, styringslinjer, finansieringsordninger og digitale systemer gjør løsningen krevende å gjennomføre.

Ulike IKT-løsninger og begrenset digital samhandling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten har vært en hindring for fremdrift. Manglende tilgang til felles kalenderløsninger og utfordringer med bruk av Teams på tvers av organisasjoner har skapt merarbeid knyttet til koordinering, møteplanlegging og informasjonsdeling.

Utprøvingen har også hatt utfordringer med deling og samhandling i pasientplaner. Manglende felles tilgang til pasientplaner på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste har begrenset muligheten for samtidige oppdateringer og effektiv samhandling rundt pasientforløp.

Forankring i fastlegemiljøet har vært mer krevende enn forankring hos øvrige aktører. Utprøvingen peker på at fastlegene er en stor og desentralisert gruppe med begrenset tid til deltakelse i utviklingsarbeid. Dette har gitt risiko for ulik kjennskap til prosjektet og de planlagte endringene.

Utfordringene er håndtert gjennom åpen dialog, felles problemløsning og konkretisering gjennom pasientcaser. Problemstillinger som ikke kan løses operativt, løftes til riktig ledernivå. Digitale samhandlingsutfordringer er foreløpig håndtert gjennom bruk av e-post og telefon. For å styrke forankringen hos fastlegene har utprøvingen hatt tett dialog med kommuneoverlegene og samhandlingslegen. For deling og samhandling i pasientplaner skal prosjektet teste to ulike løsninger: tilgang til DIPS for alle aktører gjennom utlån av PC fra helseforetaket, og deling av planer via Kjernejournal.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Samhandling må bygges rundt pasientens behov

Utprøvingen peker på at bedre samhandling ikke først og fremst handler om flere møter eller nye samarbeidsarenaer. Dersom pasienten skal oppleve ett koordinert helsevesen, må samhandlingen bygges rundt pasientens behov. Det krever tydelige avklaringer av ansvar, beslutningsmyndighet, informasjonsdeling og arbeidsprosesser på tvers av nivåene.

Læringspunkt 2: Pasientforløp kan være en god inngang til å avdekke strukturelle barrierer

Utprøvingen har organisert utviklingsarbeidet rundt konkrete pasientforløp fremfor organisasjonsgrenser. Dette har gjort det mulig å synliggjøre utfordringer i overganger, ansvar og informasjonsflyt. Erfaringen er at konkrete pasientforløp og pasientcaser kan brukes som utprøvingsarenaer for å identifisere hva som må endres i arbeidsprosesser, ansvar og rammebetingelser.

Læringspunkt 3: Tverrfaglige team må ha reelt handlingsrom

Utprøvingen fremhever at tverrfaglige team har begrenset effekt dersom beslutningsmyndigheten fortsatt ligger i separate organisasjoner og styringslinjer. For å skape mer sammenhengende tjenester må ansvar, handlingsrom og beslutningsmyndighet i større grad flyttes nærmere pasienten.

Læringspunkt 4: Ledelsesforankring må kombineres med faglig handlingsrom

Utprøvingen viser betydningen av tydelig ledelsesforankring, samtidig som fagpersoner må ha handlingsrom til å utvikle og prøve ut løsninger i praksis. Bred faglig involvering, delt prosjektledelse og arbeid med konkrete pasientforløp har vært viktige drivere for fremdrift.

Læringspunkt 5: Småskala utprøving gir grunnlag for læring før bred implementering

Utprøvingen har valgt en stegvis tilnærming med utprøving i mindre skala. Dette har gjort det mulig å teste løsninger, identifisere barrierer og skille mellom utfordringer som kan løses lokalt, og strukturelle barrierer som krever regionale eller nasjonale avklaringer.

Læringspunkt 6: Flere samhandlingsprosjekter står i de samme barrierene

Utprøvingen har hentet erfaringer fra flere andre samhandlingsprosjekter, blant annet Prosjekt X ved Ahus, prosjekt innen føde- og barselområdet i Oslo, digital hjemmeoppfølging og prehospitalet vurderingsenhet i Bergensregionen. Erfaringsutvekslingen har synliggjort at flere av de samme barrierene knyttet til organisering, informasjonsdeling, finansiering og ansvarsforhold går igjen på tvers av utprøvinger.

Måling og evaluering

Utprøvingen planlegger en evaluering som skal omfatte pasient- og pårørendeperspektivet, tjenesteperspektivet, organisering og samhandling, samt ressurs- og økonomiperspektivet. Det skal blant annet samles inn kunnskap om overganger mellom tjenestenivå, innleggelser, tjenestebruk, funksjonsnivå, koordinering og opplevd kvalitet i tjenestene.

Utprøvingen vil undersøke om arbeidsformen bidrar til raskere tverrfaglige vurderinger og avklaringer, mer effektive pasientforløp og færre unødvendige organisatoriske behandlingsrunder. Pasienter og pårørendes erfaringer skal undersøkes gjennom spørreskjema og kvalitative intervjuer, med vekt på opplevelse av sammenheng, medvirkning, trygghet og kvalitet.

Evalueringen skal også omfatte erfaringer fra medarbeidere og ledere, og gi kunnskap om hvordan modellen påvirker samhandling, koordinering og tverrfaglig samarbeid. I tillegg skal implementeringen vurderes, med særlig vekt på organisatoriske, juridiske, digitale og økonomiske faktorer som kan fremme eller hemme måloppnåelse.

Et sentralt evalueringsspørsmål er om delegert beslutningsmyndighet til de tverrfaglige teamene fører til raskere avklaringer, bedre ressursutnyttelse, færre organisatoriske runder og mer sammenhengende tjenester for pasientene.

Hva ville utprøvingen gjort annerledes?

Utprøvingen oppgir at det i den tidlige fasen raskt gikk inn i arbeidet med de konkrete pasientforløpene. Dette var nyttig og ga innsikt i hvor utfordringene lå. Samtidig erfarte prosjektet at det ikke er tilstrekkelig å utvikle bedre pasientforløp innenfor dagens strukturer dersom pasienten skal oppleve ett koordinert helsevesen. Også de strukturelle og prosessuelle vilkårene rundt forløpene må utfordres og utvikles.

Dersom prosjektet skulle startet på nytt, ville det løftet det strukturelle og prosessuelle perspektivet enda tidligere. Utprøvingen ville også lagt bedre til rette for mer systematisk samarbeid og erfaringsutveksling med de andre Prosjekt X-utprøvingene fra starten av.

Utprøvingen peker også på behovet for å koble forskning og evaluering tettere til utviklingsarbeidet fra en tidlig fase. Dersom prosjektene skal gi kunnskap som kan brukes utover den lokale utprøvingen, trengs systematisk dokumentasjon av både effekt, implementering, mekanismer og rammevilkår.

Den viktigste læringen utprøvingen trekker frem, er ikke at prosjektet burde vært ferdig definert fra starten. Læring, justering og gradvise avklaringer har vært en nødvendig del av innovasjonsarbeidet. Dersom prosjektet skulle startet på nytt, ville det først og fremst lagt enda bedre til rette for denne læringen på tvers av pasientforløp, prosjekter og forskningsmiljø fra starten av.

Vedlegg 2

Prosjektvisse oppsummeringer – utprøvinger med erfaringer fra piloting, drift eller evaluering

Dette vedlegget inneholder prosjektvisse oppsummeringer av utprøvinger i Prosjekt X som har kommet så langt at de har erfaringer fra piloting, utvidet utprøving, drift eller pågående evaluering. For enkelte prosjekter foreligger det også sluttrapporter, følgeforskning, bruker- og ansatteerfaringer eller andre former for foreløpige resultater.

Formålet med vedlegget er å dokumentere erfaringer, læringspunkter og tilgjengelig kunnskap om foreløpige resultater fra de enkelte utprøvingene. Oppsummeringene bygger på innrapporteringer fra prosjektene, dialog med utprøvingene, tidligere løypemeldinger og eventuelle evalueringer eller sluttrapporter som prosjektene selv har utarbeidet. KI-verktøy er benyttet som støtte til å sammenstille og systematisere innspillene. De prosjektvisse oppsummeringene er kvalitetssikret og bearbeidet av Helsedirektoratet, og KI er ikke brukt til selvstendige faglige vurderinger eller konklusjoner.

Kunnskapsgrunnlaget varierer mellom prosjektene. Noen utprøvinger har vært i drift eller piloting over tid og kan vise til foreløpige resultater eller tidlige effekter. Andre er fortsatt i en fase der det først og fremst foreligger erfaringer fra etablering, gjennomføring og planlagt evaluering. Omtalen av resultater og effekter må derfor forstås som foreløpig og prosjektinnrapportert, ikke som Helsedirektoratets selvstendige evaluering av de enkelte modellene.

De tverrgående vurderingene av erfaringer, læringspunkter, barrierer og forutsetninger for videre spredning og skalering fremgår av hovedrapporten. Vedlegget er ment som dokumentasjon og utdyping av det prosjektvisse grunnlaget for disse vurderingene.

Innholdsfortegnelse

Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester (IHT).....	5
Om utprøvingen	5
Organisering og samarbeid.....	5
Erfaringer fra gjennomføringen	5
Hva har fungert godt?.....	5
Utfordringer og håndtering.....	6
Læringspunkter	6
Evaluerig, resultater og foreløpige effekter	7
Effekter for helsetjenesten.....	7
Effekter for pasient og pårørende.....	8
Finansiering	9
Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget	10
Prosjektets egne suksessfaktorer fra sluttrapporten	10
Vestfold: Én vei inn – felles psykisk helsemottak	11
Om utprøvingen	11
Organisering og samarbeid.....	11
Erfaringer fra gjennomføringen	11
Hva har fungert godt?.....	11
Utfordringer og håndtering.....	11
Læringspunkter	12
Evaluerig, resultater og foreløpige effekter	13
En tilgjengelig tjeneste med kort ventetid	13
Varierende tilbakemeldinger fra fastleger.....	13
Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget	14
Agder: Eldre Agder X.....	14
Om utprøvingen	14
Organisering og samarbeid.....	14
Erfaringer fra gjennomføringen	15
Hva har fungert godt?.....	15
Utfordringer og håndtering.....	15
Læringspunkter	15
Evaluerig, resultater og foreløpige effekter	16
Planer for måling og evaluering.....	16
Foreløpige effekter	17
Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget.....	17
Lillehammer: Bo trygt hjemme med integrerte tjenester	18

Om utprøvingen	18
Organisering og samarbeid	18
Erfaringer fra gjennomføringen	18
Hva har fungert godt?	18
Utfordringer og håndtering	19
Læringspunkter	19
Hva ville utprøvingen gjort annerledes?	20
Evaluerings, resultater og foreløpige effekter	20
Bedre samhandling om pasienter for helsepersonell	20
Økt trygghet for pasienter	21
Foreløpige indikasjoner på endret tjenestebruk	21
Behov for videreutvikling av organiseringen	21
Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget	22
Kongsberg: Samhandlingsarena Kongsberg	22
Om utprøvingen	22
Organisering og samarbeid	22
Erfaringer fra gjennomføringen	23
Hva har fungert godt?	23
Utfordringer og håndtering	23
Læringspunkter	24
Evaluerings, resultater og foreløpige effekter	25
Økt trygghet for kommunalt helsepersonell	25
Raskere avklaringer og dermed frigjort tid for kommunalt helsepersonell, ...	25
Færre unødvendige pasientforflytninger og færre reinnleggelser	26
Økt trygghet for pasienter og pårørende	26
Styrket relasjon og dialog mellom sykehus og kommune	26
Merbelastning for sykehuset	26
Foreløpige resultater fra utvidet utprøving	26
Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget	26
Østfold: Integrerte helsetjenester	27
Om utprøvingen	27
Organisering og samarbeid	27
Erfaringer fra gjennomføringen	28
Hva har fungert godt?	28
Utfordringer og håndtering	28
Læringspunkter	29
Evaluerings, resultater og foreløpige effekter	30

Foreløpige resultater	30
Helgeland: Interkommunalt innsats- og vurderingsteam	31
Om utprøvingen	31
Organisering og samarbeid	31
Erfaringer fra gjennomføringen	32
Hva har fungert godt?	32
Utfordringer og håndtering	32
Læringspunkter	32
Evaluerings, resultater og foreløpige effekter	33
Foreløpige resultater	33
Bedre beslutningsgrunnlag og tryggere overganger mellom sykehus og kommune	33
Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget	34
Litteratur	34

Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester (IHT)

Om utprøvingen

Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester (IHT) er et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus, Kongsvinger, Lillestrøm, Lørenskog, Nes, Nordre Follo og Ullensaker kommune. Prosjektet startet i januar 2020 og ble overført til drift 1. januar 2025.

Formålet med IHT er å bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. Modellen bygger på etablering av oppfølgingsteam på tvers av fag og tjenestenivå, kartlegging av pasientens behov, mål og risikoområder og opprettelse av individuell behandlingsplan.

I Integrerte helsetjenester (IHT) Ahus og kommuner er tjenesten IHT eldre i driftsfase, hvor målsetningen er å nå ut til alle de 21 kommunene i løpet av 2026. Det pågår for tiden utprøving av opplegget for andre pasientgrupper - "Forsterket hjemreise" og "IHT Multibruker".

Organisering og samarbeid

IHT er utviklet og innført som et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus og deltakende kommuner. Modellen bygger på tverrfaglige oppfølgingsteam, der aktører fra kommune, sykehus og fastlege samarbeider om identifisering, kartlegging, oppfølging og behandlingsplan for den enkelte pasient.

Utprøvingen har vært forankret i Helsefellesskapet Ahus og kommunene, og er beskrevet som et tiltak i helsefellesskapets strategi og handlingsplan. Prosjektet trekker frem denne forankringen som viktig for eierskap, legitimitet og spredningsarbeid til nye kommuner.

Fastlegerepresentasjon har vært en sentral problemstilling i prosjektet. Det var krevende å få med en fastlegerepresentant i prosjektgruppen. En løsning ble å involvere samhandlingslege fra sykehuset som også arbeidet som fastlege. Dette bidro til å bringe fastlegeperspektivet inn i utviklingen av modellen.

Helse Sør Øst har etablert et læringsnettverk om integrerte helsetjenester for kommuner og sykehus i helseregion sør-øst. Dette brukes blant annet til å dele erfaringer mellom kommuner, identifisere lokale variasjoner og drøfte hva som må til for å videreutvikle og spre modellen innenfor ulike rammebetingelser.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever særlig betydningen av å investere tid i felles forståelse og felles mål i den innledende fasen. Det har vært viktig at deltakerne utviklet en felles forståelse av målgruppen, utfordringsbildet og hva modellen skulle bidra til.

Et felles studiebesøk tidlig i prosjektfasen trekkes også frem som en suksessfaktor. Prosjektgruppen reiste sammen til Tromsø for å lære av Pasientsentrert helsetjenesteteam ved UNN. Dette ga inspirasjon, felles forståelse og fremdrift i oppstartsfasen.

Utprøvingen har benyttet forbedringsmetodikk og småskalautprøving. IHT har arbeidet i PDSA-sykluser, evaluert tjenestemodellen jevnlig og gjort forbedringer underveis. Dette har gjort det mulig å utvikle modellen gradvis, basert på erfaringer fra praksis.

God informasjonsflyt og synliggjøring av resultater underveis trekkes også frem som viktig. Utprøvingen har erfart at det å vise frem oppnådde resultater underveis har vært sentralt for å opprettholde engasjement, forankring og videre spredning.

Samarbeid med lignende initiativer har også hatt betydning. Prosjektet viser blant annet til samarbeid med IHT Vestfold og Pasientsentrert helsetjenesteteteam ved UNN som viktig for gjensidig innspill og inspirasjon.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen har støtt på flere utfordringer underveis. Fastlegerepresentasjon i prosjektet var krevende å få på plass, men ble delvis håndtert gjennom deltakelse fra samhandlingslege med fastlegeerfaring.

Utprøvingen erfarte også at det ville vært nyttig med en kommunal representant i lederteamet. Dette lyktes ikke utprøvingen med å etablere. Erfaringen peker på betydningen av tydelig kommunal deltakelse også i den operative ledelsen av samhandlingsmodeller som skal fungere på tvers av nivåene.

I begynnelsen av prosjektet ble det ikke utarbeidet en skriftlig samarbeidsavtale mellom prosjektpartene. Da en kommune trakk seg ut av prosjektet, ble behovet for å skriftliggjøre samarbeidet tydeligere. Dette viser betydningen av formelle avtaler som tydeliggjør roller, ansvar, forventninger og forpliktelser mellom partene.

Utprøvingen har også pekt på behov for gode data for både ledere og klinikere. Det er utviklet verktøy for kvalitetsstyring av tjenesten, blant annet for ressursstyring, prosessmålinger og resultatmålinger. Samtidig har Ahus og kommunene løftet behov for bedre tilgang til og kobling av styringsdata på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste, samt mer hensiktsmessig bruk av NPR- og KPR-data for å identifisere aktuelle pasienter, følge pasientforløp og måle effekter og gevinster.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Felles forståelse og felles mål må etableres tidlig

Utprøvingen viser betydningen av å investere tid og ressurser i oppstartsfasen for å sikre felles forståelse blant prosjektdeltakerne. Når kommune, sykehus og fastlege skal samarbeide om en felles pasientgruppe, må aktørene ha en felles forståelse av målgruppe, utfordringsbilde, arbeidsform og ønskede effekter.

Læringspunkt 2: Fastlegeperspektivet må sikres i utvikling av integrerte tjenester

Fastlegene har en sentral rolle i oppfølgingen av eldre med sammensatte behov. Utprøvingen erfarte at det var krevende å sikre fastlegerepresentasjon, men fant en løsning gjennom samhandlingslege med fastlegeerfaring. Erfaringen viser at fastlegeperspektivet må planlegges inn tidlig, både i utvikling, drift og videre spredning av modellen.

Læringspunkt 3: Småskalautprøving og løpende forbedring gir grunnlag for gradvis utvikling

Utprøvingen har benyttet forbedringsmetodikk og PDSA-sykluser. Dette har gjort det mulig å teste, evaluere og justere modellen underveis. Erfaringen viser at integrerte tjenester bør utvikles gjennom lærende implementering, der modellen forbedres gradvis gjennom praktisk utprøving og løpende evaluering.

Læringspunkt 4: Forankring i helsefellesskapet kan styrke eierskap og spredning

Utprøvingen har vært godt forankret i Helsefellesskapet Ahus og kommunene og inngått i helsefellesskapets strategi og handlingsplan. Dette har vært viktig for eierskap, legitimitet og spredning til nye kommuner. Erfaringen viser at helsefellesskap kan være en viktig arena for å forankre og spre integrerte tjenestemodeller, forutsatt at samarbeidet kobles til tydelige beslutninger og gjennomføring i de deltakende virksomhetene.

Læringspunkt 5: Samarbeidsavtaler bør etableres tidlig

Utprøvingen erfarte at manglende skriftlig samarbeidsavtale gjorde samarbeidet mer sårbart. Da en kommune trakk seg ut av prosjektet, ble behovet for en tydelig avtale mellom partene tydelig. Erfaringen viser at samarbeidsavtaler bør etableres tidlig og beskrive roller, ansvar, ressursbruk, beslutningslinjer og forventninger til deltakelse.

Læringspunkt 6: Gode data er nødvendig for både drift, styring og evaluering

Utprøvingen viser at gode data er viktig både for klinikere, ledere og videreutvikling av modellen. Utprøvingen har utviklet verktøy for ressursstyring, prosessmålinger og resultatmålinger, men peker samtidig på behov for bedre tilgang til sammenstilte data på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Dette er nødvendig for å identifisere aktuelle pasienter, følge pasientforløp og dokumentere effekter og gevinster av integrerte tjenester.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Utprøvingen har dokumentasjon av effekter og virkninger gjennom egne erfaringer brukerundersøkelser og et pågående forskningsprosjekt. Forskningsprosjektets hensikt er å dokumentere hvordan og i hvilken grad IHT-modellen bidrar til bedre livskvalitet og mer effektive helsetjenester til skrøpelige eldre med sammensatte behov og et høyt forbruk av helsetjenester.

Effekter for helsetjenesten

Reduksjon i reaktive og økning i forebyggende tjenester

En kopling av data som viser bruk av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester i 2023 gir grunnlag for å vurdere hvordan IHT påvirker tjenestebruk på et gitt tidspunkt. Tallene er hentet fra en resultatapplikasjon som viser forbruk av helsetjenester for IHT-pasientene før og etter inklusjon i IHT. Resultatene viser en betydelig nedgang i forbruk av korttidsopphold i kommunen, legevaktsbesøk, øyeblikkelig hjelp-innleggelser på sykehus og døgnopphold på kommunal akutt døgnenhet (KAD). Samtidig observeres en svak økning i forbruk av hjemmetjenester, antall tverrfaglige møter via fastlege og forbruk av forebyggende tjenester som fysio/ergo. Prosjektet ønsker å redusere reaktive, kostbare tjenester og vri utgiftene over på proaktive og forebyggende tjenester. Analyse fra resultatapplikasjonen viser en betydelig redusert kostnad for sykehuset i form av færre akutte innleggelser og reinnleggelser etter oppstart med IHT.

Tendensene med reduksjon i forbruk av tjenester som korttidsopphold i kommunen, legevaktsbesøk, ø-hjelps innleggelser på sykehus og KAD er ifølge informasjon fra prosjektet observert også i etterkant av 2023.

Helsedirektoratet har gjennomført en samtale med representanter for prosjektet. Informantene forteller at de opplever at tjenesten vris fra å være reaktiv til å bli mer forebyggende, og at prosjektet bremser ressursbruken knyttet til denne pasientgruppen.

En andel av pasientene med komplekse utføringer håndterer kommunen selv, mens en andel av pasienter med høyt forbruk av helsetjenester klarer de ikke å håndtere alene. Det å få på

plass en felles behandlingsplan på tvers av aktørene gir forbedret oppfølging av denne gruppen, opplever prosjektteamet.

Utprøvingen har per i dag ikke oversikt over samlede kostnader for IHT.

Bedre samhandling om pasienten mellom helsepersonell

Det er mye koordinering for helsepersonell rundt disse pasientene som har mange akuttinnleggelser. Representanter for IHT opplever at de bruker mye mindre ressurser på koordineringen som ikke registreres noe sted enn det man eventuelt ville brukt på innleggelser og andre reaktive tjenester som man unngår med IHT.

For helsepersonell er det også samlet inn erfaringer fra deltakerne i prosjektet. Helsepersonellet trekker frem det tette samarbeidet mellom sykehus og kommune og muligheten for å kunne konferere med geriater ved behov. Dette bidrar til at denne kompetansen blir mer tilgjengelig til pasientens beste. Fastleger som deltar i IHT trekker også særlig frem samarbeidet med geriater som en viktig gevinst, og at dette bidrar til å gi økt forståelse av pasientens utfordringsbilde. Det rutinemessige samarbeidet mellom aktørene og den felles behandlingsplanen oppleves som viktige tiltak for å skape helhet og sammenheng i pasientens helsetjeneste.

Utprøvingen får tilbakemeldinger fra helsepersonell i både prosjekt- og driftsfasen om at IHT bidrar til bedre samhandling og informasjonsdeling mellom sykehus, kommune og fastlege. Helsepersonell opplever at IHT legger til rette for tverrfaglig innsats for de pasientene som trenger det mest.

Som del av pågående forskning på IHT-modellen er det gjennomført intervjuer med 21 personer fra IHT-temaet for å få kunnskap om hvordan og i hvilken grad IHT-modellen bidrar til bedre livskvalitet og mer effektive helsetjenester for målgruppen. Resultatene viser at modellen skaper bedre samarbeid på tvers av helsetjenesten gjennom økt gjensidig tillit, særlig mellom leger og sykepleiere. Samtidig gir innføringen av IHT modellen også et behov for å avklare ansvarsområder særlig rundt medisinske ansvaret for pasienten, men også hvordan kommunesykepleiere balanserer arbeidsbelastningen mellom IHT og øvrige ansvarsområder i kommunen.

Forskningsprosjektet om IHT inkluderer også en kvalitativ studie med 21 intervjuer med sykepleiere, geriater og fastleger. Studien dreier seg om hvordan helsepersonell erfarer integrasjonsprosessen mellom profesjoner og tjenester i IHT.

Foreløpige funn tilser at det etableres tette relasjoner på tvers av tjenestenivåene ved hjelp av gjentatte fysiske møter. At alle kjenner til den samme pasienten, og at den enkelte pasient ble tema for kommunikasjonen var også i seg selv noe som var integrerende. Ved å etablere tette relasjoner på tvers, og fysiske møter hvor helsepersonell også får innblikk hverandres arbeidshverdag, legger IHT til rette for at det etableres en gjensidig systemforståelse og at helsepersonell får tillit til hverandre på tvers.

Effekter for pasient og pårørende

Økt medvirkning, trygghet og forutsigbarhet

Utprøvingen har selv samlet informasjon om effekter av IHT for pasienter i både brukerundersøkelser, intervjuer med pasienter og i samtaler mellom helsepersonell og pasienter.

Resultatene fra satsingen på IHT eldre er gode med tanke på pasientrapportert tilfredshet og samarbeid mellom helsepersonell.

Pasient og pårørende forteller at IHT gjør at de føler seg sett og hørt, at de får medvirke og at tjenesten gir økt trygghet og forutsigbarhet. Pasient og pårørende føler seg sett og hørt, og oppgir at IHT har bidratt til at de får medvirke i utforming av helsetjenestene. IHT gir økt opplevelse av trygghet og forutsigbarhet. De forteller at viktig informasjon om dem flyter bedre mellom helsepersonellet på tvers av fag og nivå i tjenesten, og at ivaretagelsen oppleves mer helhetlig. En god behandlingsplan som involverer alle aktørene trekkes også frem. For pasienten skaper den motivasjon og innsikt til å jobbe med egen situasjon.

På brukerundersøkelsen fra 2022 som kartla pasienter og pårørendes erfaringer, svarte totalt 38 prosent av pasientene at deres fysiske helse var noe forbedret eller forbedret sammenliknet med før de deltok i IHT Ahus. Til sammen 54 prosent svarte at deres livsglede var bedre eller noe bedre eller enn før. 69 prosent svarte at de følte seg tryggere eller noe tryggere enn før.

77 prosent svarte at integrerte helsetjenester hadde gitt bedre forståelse av hva vedkommende selv kunne gjøre for å forbedre sin situasjon. 54 prosent svarte at kvaliteten på helsetjenestene de mottar er forbedret, mens 46 svarte at de ikke opplevde noen endring i kvaliteten. Spørreundersøkelsen fra 2021 viser de samme tendensene som i 2022. Brukerundersøkelsen fra 2021 fikk 10 svar, mens den fra 2022 fikk 13 svar.

Pasienter når fastsatte mål

IHT-modellen inkluderer en individuell behandlingsplan som tar utgangspunkt i de personlige målene som er utarbeidet under det innledende hjemmebesøk i samarbeid mellom den eldre personen og et tverrfaglig team. Pasientene satte seg mellom en til fire mål, og disse kunne ha ulik vanskelighetsgrad. Generelt er måloppnåelse mer sannsynlig for mål knyttet til aktiviteter, og mindre sannsynlig for mål knyttet til sosial deltakelse. Målene følges opp over tid. Foreløpige resultater fra forskningsprosjektet bedre integrerte helsetjenester for eldre med sammensatte behov viser at 45 prosent av deltakerne oppnådde sitt første mål. Justert for vanskelighetsgrad var det en moderat forbedring i måloppnåelse fra baseline til seks måneder. Over tid kan forbedringen sammen med stabil eller forbedret fysisk funksjon for pasientene.

Redusert omsorgsbelastning for pårørende

Foreløpige resultater fra forskningsprosjektet bedre integrerte helsetjenester for eldre med sammensatte behov viser at subjektiv omsorgsbelastning hos uformelle omsorgsgivere reduseres det året pasienten mottok tjenester gjennom IHT. I utvalget for forskningen var det 135 pasienter med en gjennomsnittlig alder på ca. 81 år. Pasientene hadde en gjennomsnittlig skrøpelighetsscore på ca. 5 på en skala som gikk fra 1 til 9 (Clinical Frailty Scale (CFS)).

Finansiering

IHT ble startet prosjektet uten ekstern finansiering, og sykehus og kommunehelsetjeneste gikk inn i prosjektet med egne ressurser. Samhandlingsmidler fra helseforetaket har vært brukt til å arrangere workshops og frikjøpe fastleger for å være med i samhandlingsaktiviteter. Prosjektmidler har vært benyttet til opplæringsverktøy og tjenesteorganisering i rigging av prosjektet. Eksisterende driftsressurser har vært benyttet for ikke å gjøre overgangen fra prosjekt til driftsfase for stor. Tjenestene inn har vært det samme som når IHT nå er i drift. Per i dag finansieres IHT hovedsakelig av basisinntekter (2/3 av kostnadene per nå) og midler fra systemet med innsatsstyrt finansiering.

IHT Ahus har planer for ressursbruk ut ifra behovet for roller og kompetanse i prosjektet ved oppstart og opptrapping av IHT.

Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget

Vurderingene av effekter bygger på flere kilder, blant annet brukerundersøkelser, erfaringer fra prosjektet, samtaler med representanter for prosjektet og pågående forskning. Samlet gir dette et viktig grunnlag for å vurdere utviklingstrekk og erfarte virkninger av IHT.

Samtidig bør resultatene tolkes med noe varsomhet. Brukerundersøkelsene har få respondenter, og det foreligger ikke et samlet bilde av kostnader for IHT. Prosjektet har heller ikke per i dag full oversikt over samlede kostnader på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Dette gjør det krevende å vurdere prosjektets kostnadseffektivitet.

Det pågår videre arbeid med forskning og datagrunnlag, og dette vil kunne gi et bedre grunnlag for å vurdere effekter for både pasienter, pårørende, helsepersonell og tjenestene samlet.

Prosjektets egne suksessfaktorer fra sluttrapporten

I sluttrapporten fra Integreerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester, er det oppsummert en rekke suksessfaktorer fra prosjektet (Helsefellesskapet Ahus og kommunene (2025)). Det vises i den sammenheng til flere utfordringer som prosjektet har støtt på og jobbet seg gjennom, og følgende suksessfaktorer trekkes frem:

- Felles forståelse og felles mål
 - Investere tid og ressurser i innledende fase for å sikre felles forståelse blant prosjektdeltakerne
- Fastlegerepresentasjon i prosjektet
 - Det var utfordrende å få med en representant for fastlegene i prosjektgruppa. En god løsning ble å ha med samhandlingslege fra sykehuset som også jobbet som fastlege
- Et felles studiebesøk tidlig i prosjektfasen
 - Prosjektgruppen reiste sammen på studiebesøk til Tromsø (UNN) og Pasientsentrert helsetjeneste team (PSHT) allerede 2 måneder etter oppstart. Dette ga inspirasjon, felles forståelse og fart i oppstartsfasen
- Kort planleggingsfase og småskalautprøving
 - IHT har benyttet forbedringsmetodikk og jobbet i PDSA-sykluser/småskalautprøving. Prosjektet har med jevne mellomrom evaluert tjenestemodellen og gjort forbedringer.
- Forankring i Helsefellesskapet
 - IHT har vært godt forankret i Helsefellesskapet og beskrevet som et tiltak i Helsefellesskapets strategi og handlingsplan. Dette har vært viktig for å lykkes med eierskap, forankring og spredningsarbeidet til nye kommuner.
- Informasjonsflyt og fremme resultater underveis
 - God informasjonsflyt og vise til oppnådde resultater underveis i prosjektet har vært viktig.
- Samarbeid med liknende initiativer
 - Samarbeidet med blant annet IHT Vestfold og PSHT på UNN har vært viktig for gjensidig innspill og inspirasjon.
- Kommunal representant i lederteamet
 - Å ha med en kommunal part i lederteamet ville vært nyttig. IHT lykkes ikke med å få til dette.
- Samarbeidsavtale
 - I begynnelsen av prosjektet ble det ikke utarbeidet en skriftlig samarbeidsavtale mellom prosjektpartene. Da en kommune trakk seg ut av

prosjektet, ble det tydelig at det var behov for å skriftliggjøre samarbeidet i form av en samarbeidsavtale.

- Viktig å ha gode data for leder og klinikere
 - Det er utviklet verktøy for å kvalitetsstyre tjenesten i form av verktøy for ressursstyring, prosess- og resultatmålinger.

Vestfold: Én vei inn – felles psykisk helsemottak

Om utprøvingen

Utprøvingen skal etablere felles psykisk helsemottak i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og DPS slik at pasienter som søker hjelp og/eller henvises til DPS eller kommunal psykisk helsehjelp avklares der med tanke på videre helsehjelp.

Effektmålene for prosjektet er rask og kvalitetssikret tilgang til hjelp som virker, attraktiv arbeidsplass med mer tid til pasienter, effektiv ressursutnyttelse med sammenhengende pasientforløp, og nasjonal spredning gjennom utprøving, forbedring og erfaringsdeling.

Utprøvingen oppgir at det er i utvidet utprøving. Det vurderes at fremdriften i stor grad har vært som forventet. Viktige drivere for fremdrift har vært nær kobling mellom drift og utvikling, samt nasjonalt fokus og forankring lokalt, regionalt og nasjonalt.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen oppgir at arbeidet er organisert med prosjekteier og prosjektleder både i kommune og sykehus. Prosjektet er forankret i handlingsplanen for helsefellesskapet.

Prosjektet oppgir videre at det er forankret i helsefellesskap, én kommune, samarbeid mellom flere kommuner, helseforetak og klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten. Forankringen vurderes i stor grad som tydelig og forpliktende.

Realisering forutsetter ifølge prosjektet et tett og forpliktende samarbeid mellom kommune og DPS, tydelig prosjektledelse på begge nivåer og involvering av motiverte medarbeidere med høy endringsvilje. Prosjektet peker også på betydningen av bredt eierskap, felles forståelse av et langsiktig målbilde og tilstrekkelig tid til planlegging, kalibrering og kontinuerlig forbedring.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen har gitt en kort tilbakemelding om at organiseringen har fungert godt. Utover dette utdypes det særlig at samarbeidet er styrket av tett og forpliktende samarbeid mellom kommune og DPS, tydelig prosjektledelse på begge nivåer, motiverte medarbeidere med høy endringsvilje og bredt eierskap.

Utprøvingen peker også på at trinnvis innføring har vært viktig. Erfaringen er at det øker sannsynligheten for å lykkes når man starter i liten skala, prøver ut løsninger tilpasset lokale rammebetingelser og justerer underveis.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen beskriver at det har vært utfordrende, men også givende, å ha et lokalt innovasjonsprosjekt som har blitt del av en nasjonal prosjektportefølje. Dette har særlig hatt betydning for fremdrift, forankring og utvikling.

Utprøvingen peker på at det er svært mange interessenter og aktører involvert, og at utprøvingen er avhengig av andre aktører for å løse utfordringer og håndtere barrierer. Særlig løftes regulatoriske, teknologiske og økonomiske utfordringer.

De regulatoriske utfordringene gjelder blant annet poliklinikkforskriften og krav til henvisning. Utprøvingen har bedt om vurdering av om forsøksloven kan brukes til å gjøre unntak, eller om forskriftsendring er et riktigere virkemiddel. Dette gjelder særlig spørsmål om refusjon etter poliklinikkforskriften § 2 når pasienter vurderes og rutes videre til DPS gjennom felles psykisk helsemottak uten ordinær henvisning fra lege eller psykolog utenfor sykehuset.

De teknologiske utfordringene gjelder særlig direkte kontakt og timebestilling. Utprøvingen peker på mangelfull teknologisk løsning for direktebooking, som krever utviklingsarbeid både hos Norsk helsenett, helseforetak og/eller kommune og leverandør. Dette har forsinket driftssetting, og direkte kontakt er brukt som mellomløsning fra september 2026.

De økonomiske utfordringene gjelder egenandeler og refusjoner. Utprøvingen peker også på at fremdriftsplanen for full implementering er krevende når den er avhengig av teknologiske løsninger og regelverksendringer.

Utfordringene er håndtert gjennom lokalt forbedringsarbeid, workarounds, dialog med sentrale aktører og trinnvis utvikling og justering av aktuelle løsninger.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Integrerte mottaksmodeller krever tett og forpliktende samarbeid mellom kommune og DPS

Utprøvingen peker på at realisering av Én vei inn forutsetter tett og forpliktende samarbeid mellom kommune og DPS. Det krever tydelig prosjektledelse på begge nivåer, bredt eierskap og motiverte medarbeidere med høy endringsvilje.

Læringspunkt 2: Trinnvis innføring og lokal tilpasning øker muligheten for å lykkes

Utprøvingen fremhever betydningen av å starte i liten skala, prøve ut løsninger tilpasset lokale rammebetingelser og justere underveis. Dette peker på at modellen bør utvikles trinnvis, med rom for kalibrering og kontinuerlig forbedring.

Læringspunkt 3: Direkte kontakt og timebestilling er avhengig av teknologisk utvikling

Utprøvingen peker på mangelfull teknologisk løsning for direktebooking som en sentral utfordring. Løsningen krever utviklingsarbeid hos flere aktører og har forsinket driftssetting. Utprøvingen har derfor arbeidet med direkte kontakt som mellomløsning.

Læringspunkt 4: Juridiske og økonomiske rammer må avklares tidlig

Utprøvingen peker på regulatoriske utfordringer knyttet til poliklinikkforskriften og krav til henvisning, samt økonomiske utfordringer knyttet til egenandeler og refusjoner. Dette viser at integrerte modeller som åpner for direkte kontakt eller annen pasientflyt enn ordinær henvisning, må avklare juridiske og økonomiske rammer tidlig.

Læringspunkt 5: Implementering krever kapasitet parallelt med ordinær drift

Utprøvingen peker på at det må settes av ressurser og kapasitet til implementering parallelt med ordinær drift for å sikre varige gevinster. Dette er særlig viktig når prosjektet samtidig skal håndtere teknologiutvikling, regelverksavklaringer, mange interessenter og nasjonal oppmerksomhet.

Læringspunkt 6: Nullpunktsmålinger og dataauthenting må planlegges tidlig

Utprøvingen oppgir at det har vært krevende å få til nullpunktsmålinger på tvers av nivåer og utfordrende å få til automatisert dataauthenting. Det er derfor behov for både kvalitative undersøkelser og robuste indikatorer som også kan registreres manuelt.

Læringspunkt 7: Skalering bør forberedes gjennom referansegruppe og tidlig læring fra andre

Utprøvingen oppgir at det ville brukt mer tid på nullpunktsmålinger og etablert referansegruppe fra andre kommuner og sykehus med tanke på mulig skalering og bredding. Utprøvingen oppgir også at det i stor grad har dratt nytte av erfaringer fra andre prosjekter, særlig gjennom å skille mellom absolutte og relative hindre.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Helsedirektoratet har mottatt dokumentasjon fra utprøvingen med noen foreløpige resultater som baserer seg på generelle erfaringer i prosjektet, brukerundersøkelser og intervjuer i et begrenset omfang blant deltakende pasienter og helsepersonell. I tillegg bygger omtalen av effekter på samtaler Helsedirektoratet har gjennomført med representanter for utprøvingen.

En tilgjengelig tjeneste med kort ventetid

Pasienter som blir henvist fra fastlege eller tar kontakt med ønske om behandling får en avklaringssamtale hvor det vurderes hvilket behov vedkommende har. Utfallet kan da bli at pasienten får behandling med inntil seks samtaler/behandlinger, eller videre henvisning til distriktpsikiatrisk senter. Noen har ikke behov for videre oppfølging. Pasientene kan ha ulike utfordringer, eksempler er samlivsbrudd, økonomiske vansker og mer konkrete diagnoser. Pasientene har i stor grad mottatt behandling tidligere.

Blant pasientene som har deltatt er det gjennomført et begrenset utvalg brukerintervjuer og det er hentet inn informasjon fra brukerrapportering. Pasientene opplever tjenesten som tilgjengelig og med kort ventetid. De opplever å bli møtt på en god måte, og møter med behandler oppleves som gode og trygge. Opplevd kvalitet på avklaringssamtalen er varierende. De som har fått videre oppfølging gjennom En vei inn og gjennomført inntil seks samtaler, synes kvaliteten på oppfølgingen er god, mens blant de som ikke har fått helsehjelp er tilbakemeldingene varierende. Brukerne har behov for mer informasjon, bedre forutsigbarhet, reelt samvalg¹ og mer oppfølging etter avslutning. De er positive til digitale kontaktpunkter, behandling og oppfølging. Mange har behov for oppfølging etter avslutning i En vei inn. Brukerne mener at de ansatte ikke kjenner godt nok til historikken til pasientene for å gjøre en god vurdering av deres hjelpebehov.

Tall fra utprøvingen viser at det per august 2026 var en gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til møte i felles psykisk helsemottak på 12 dager for pasientene. Gjennomsnittlig tid til oppstart av behandling for pasienter som fikk videre oppfølging var 21,4 dager.

Varierende tilbakemeldinger fra fastleger

Utprøvingen har avdekket at mange pasienter som har søkt seg inn eller blitt henvist har fått dobbelthenvvisning til både kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste fra sin fastlege. Dette kan være et uttrykk for at fastlegene har et sterkt ønske om at pasientene skal få hjelp. Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant fastleger, og blant disse er

¹ På Helsenorge.no defineres samvalg som en prosess der du som pasient og helsepersonell samarbeider for å ta beslutninger om undersøkelse, behandling eller oppfølging. Målet er å finne den løsningen som passer best for deg, basert på både faglig medisin og dine egne personlige verdier og livssituasjon

tilbakemeldingene varierende. Noen har gode erfaringer med En vei inn, mens andre er mindre fornøyd.

Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget

De foreløpige vurderingene fra utprøvingen må tolkes med varsomhet. Det foreligger foreløpig ikke et samlet bilde for nytte og kostnader for tjenestene som inngår i modellen. Det er derfor for tidlig å konkludere om samlet nytte og kostnadseffektivitet.

Kunnskapsgrunnlaget omfatter kort innrapportering fra læringspunkt kartleggingen, tidligere rapportering om status og barrierer, tidligere henvendelser til Helsedirektoratet og foreløpige erfaringer/resultater som fremgår av rapportens effekttale.

Agder: Eldre Agder X

Om utprøvingen

Eldre Agder X består av tre delprosjekter hvorav et om felles helsedata på tvers av kommuner og sykehus, et om å videreutvikle, implementere og evaluere bruk av WHO's rammeverk Integrated Care for Older People (ICOPE) i kommuner, ved legekontor og i spesialisthelsetjenesten og det tredje dreier seg om å predikere fremtidig behov for helsetjenester og identifisere kommende storforbrukere for riktig innsats til rett tid.

På rapporteringstidspunktet oppgir utprøvingen at de tre delprosjektene befinner seg i ulike faser. Prosjekt 0 er i forprosjekt-/piloteringsfase, prosjekt 1 er i gjennomføringsfase og prosjekt 2 er i gjennomføringsfase.

Utprøvingen vurderer at fremdriften i stor grad har vært som forventet. De viktigste driverne for fremdrift har vært avklaring av økonomi og frikjøp av personell. Samtidig peker utprøvingen på at langsiktighet har vært en utfordring, fordi noen av delprosjektene er avhengige av utprøving over flere år for å kunne vurdere effekt.

Delprosjektet om ICOPE er det eneste som per nå har høstet erfaringer og foreløpig kunnskap om effekter blant annet gjennom pågående forskning i samarbeid med Universitetet i Agder om hvordan ICOPE kan anvendes for systematisk kartlegging og tidlig intervensjon hos eldre som henvender seg til kommunen.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen er organisert med styringsgruppe, overordnet prosjektgruppe og delprosjektgrupper. Representanter fra kommuner, sykehus og universitet deltar i styringsgruppen sammen med brukere. Utprøvingen oppgir også at det alltid deltar med én representant fra kommune og én representant fra sykehus i presentasjoner og lignende.

Utprøvingen er forankret i Helsefellesskapet Agder, kommunal administrativ ledelse, helseforetak og fastlege. Forankringen vurderes av utprøvingen som tydelig og forpliktende i svært stor grad.

Utprøvingen bygger på en allerede utviklet samarbeidsrelasjon med utgangspunkt i Helsefellesskapet Agder. Den tette koblingen til Eldre Agder-programmet trekkes også frem som viktig. Utprøvingen oppgir at dette har gitt en felles strategisk retning og en arena for koordinering mellom kommuner, sykehus, forskningsmiljøer og utviklingsaktører.

Samarbeidet er videre styrket gjennom involvering av Kommunenes samarbeidsarena for forskning, Senter for omsorgsforskning Sør, NORCE og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Agder øst og vest. Disse aktørene har bidratt med forskningskompetanse, implementeringsstøtte og kunnskapsutvikling.

Utprøvingen bygger på WHO's ICOPE-rammeverk, og utprøvingen oppgir at samarbeidet med WHO har styrket det faglige fundamentet og bidratt til nasjonal forankring av arbeidet.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever at organiseringen har fungert godt fordi den bygger på etablerte samarbeidsstrukturer i Helsefelleskapet Agder og på den tette koblingen til Eldre Agder-programmet. Dette har gitt utprøvingen et etablert organisatorisk utgangspunkt og en felles strategisk retning.

Inklusjon av Universitetet i Agder og Senter for omsorgsforskning Sør trekkes frem som særlig viktig. Utprøvingen vurderer at dette har styrket både gjennomføringskraften og følgeforskningen i prosjektet.

Den tverrfaglige sammensetningen av prosjektorganisasjonen, med representanter fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, academia og brukerrepresentanter, har vært viktig for å utvikle løsninger som både er faglig forankret og praktisk gjennomførbare.

Utprøvingen peker også på at Delphi-panelet allerede har bidratt til å styrke samarbeidet og forankre ICOPE både regionalt og nasjonalt.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen oppgir at det ikke er identifisert særskilte utfordringer i samarbeidet. De utfordringene som beskrives i kartleggingen gjelder først og fremst finansiering, langsiktighet, teknologi/digitale løsninger og juridiske eller regulatoriske rammer.

En sentral utfordring er manglende klarhet i finansiering frem i tid. Utprøvingen beskriver at delprosjektene innebærer langsiktig innovasjon, og at manglende oversikt over tilførte midler fremover gjør det krevende å sikre god og forsvarlig prosjektstyring.

Utprøvingen peker også på manglende lovmessige rammer for deling og høsting av data. Dette har medført et større juridisk arbeid i delprosjekt 0, som omhandler datasjø.

Utfordringene er håndtert ved å dele opp prosjektene i mindre sprinter for å sikre at mest mulig kan gjennomføres innenfor nåværende finansiering. Utprøvingen søker også om ekstra midler der det er mulig. Videre oppgir utprøvingen at det skal sendes inn søknad om dispensasjon fra taushetsplikt for å gjennomføre prosjekt 0.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Etablerte samarbeidsstrukturer gir gjennomføringskraft

Eldre Agder X viser betydningen av å bygge på etablerte samarbeidsstrukturer. Utprøvingen peker på Helsefelleskapet Agder og koblingen til Eldre Agder-programmet som viktige forutsetninger for samarbeid, koordinering og felles strategisk retning.

Læringspunkt 2: Kobling til forskning styrker både utvikling og evaluering

Utprøvingen fremhever at involvering av Universitetet i Agder, Senter for omsorgsforskning Sør og andre forsknings- og utviklingsaktører har styrket gjennomføringskraft og

følgeforskning. Erfaringen viser at prosjekter som skal utvikle nye modeller over tid, bør koble forskning og evaluering tett på utviklingsarbeidet fra start.

Læringspunkt 3: Langsiktig innovasjon krever forutsigbar finansiering

Utprøvingen beskriver at manglende oversikt over finansiering fremover i tid gjør prosjektstyringen krevende. Dette er særlig utfordrende fordi enkelte delprosjekter krever utprøving over flere år for å kunne vurdere effekt. Erfaringen viser at langsiktige innovasjonsprosjekter trenger finansieringsrammer som står i forhold til tidshorisonten for utvikling, utprøving og evaluering.

Læringspunkt 4: Felles tilgang til data er en kritisk forutsetning

Utprøvingen peker på at utvikling av datasjø og felles tilgang til digitale data er viktig. Arbeidet har tydeliggjort at kommuner og sykehus har ulik digital modenhet, noe som kan gjøre prosjektarbeidet mer krevende og kreve betydelig informasjons- og koordineringsarbeid.

Læringspunkt 5: Juridiske avklaringer må komme tidlig i datadrevne prosjekter

Delprosjekt 0 har avdekket behov for juridisk arbeid knyttet til deling og høsting av data. Prosjektet planlegger søknad om dispensasjon fra taushetsplikt for å kunne gjennomføre arbeidet. Erfaringen viser at datadrevne samhandlingsprosjekter må avklare juridiske rammer tidlig, særlig der prosjektet forutsetter tilgang til data på tvers av kommuner og sykehus.

Læringspunkt 6: Små sprinter kan bidra til fremdrift under usikre rammer

Utprøvingen har håndtert usikker finansiering ved å dele opp arbeidet i mindre sprinter. Dette kan bidra til fremdrift selv når langsiktige rammer ikke er fullt avklart. Samtidig viser erfaringen at en slik arbeidsform ikke fullt ut kompenserer for behovet for langsiktighet i prosjekter som skal utvikle, teste og evaluere nye modeller over tid.

Læringspunkt 7: Navn og begrepsbruk kan påvirke tydelighet og forankring

Utprøvingen oppgir at det ville vurdert et annet prosjektnavn dersom arbeidet skulle startet på nytt. Bakgrunnen er at Eldre Agder X kan skape usikkerhet fordi det allerede finnes et Eldre Agder-program. Erfaringen viser at tydelig begrepsbruk og avgrensning mot eksisterende programmer og initiativer kan være viktig for kommunikasjon, forankring og forståelse.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Det er satt i gang et forskningsprosjekt som vurderer har sett nærmere på hvordan ICOPE kan anvendes for systematisk kartlegging og tidlig intervensjon hos eldre over 65 år som kontakter kommunen for første gang, og omtalen er basert på resultater herfra.

Planer for måling og evaluering

Evalueringen av de helsefremmende teamene er ferdigstilt og har gitt kunnskap om gjennomføring, organisering og effekter av den tverrfaglige arbeidsmodellen. Resultatene brukes aktivt i videreutviklingen av de pågående delprosjektene.

For å få innsikt i erfaringer, opplevd nytte og implementeringsprosesser er det planlagt kvalitative intervjuer med sentrale interessenter, inkludert helsepersonell og ledere involvert i arbeidet med helsefremmende team. Intervjuene skal belyse både faktorer som fremmer implementering og utfordringer som må håndteres for å oppnå bærekraftig tjenesteutvikling.

I delprosjekt 1 pågår det en Delphi-prosess med deltakere fra ulike fagmiljøer, tjenestenivåer og sektorer. Formålet er å oppnå konsensus om en norsk oversettelse og tilpasning av

ICOPE-veilederen. Delphi-panelet skal også vurdere Norges beredskap for implementering av ICOPE ved bruk av WHO's Readiness Scorecard.

Som del av delprosjekt 1 utvikles det også et digitalt ICOPE-screeningverktøy. Verktøyet skal piloteres i samarbeid med kommunale partnere og evalueres med hensyn til brukervennlighet, gjennomførbarhet, aksept blant helsepersonell og brukere, samt evnen til å identifisere risiko for funksjonssvikt og skrøpeligheit på et tidlig tidspunkt.

I delprosjekt 2 forberedes pilotering av en AI-modell og gjennomføring av en undersøkelse av et utvalg personer med dette verktøyet. Det er utarbeidet en detaljert protokoll for måling og oppfølging.

Delprosjekt 0 har som et sentralt målbart mål å opprette en primitiv datasjø rundt overgangen 2026/2027.

Foreløpige effekter

Et egnet screeningverktøy gir noe forbedret iboende kapasitet for målgruppen

Resultater fra utviklingsprosjektet Helsefremmende team i Østre Agder og utprøvingen i Gjerstad og Arendal, viser at tverrfaglige helsefremmende team, kombinert med ICOPE, er en gjennomførbar og faglig relevant tilnærming for strukturert kartlegging av eldres iboende kapasitet. Metodikken fungerer godt som screeningsverktøy, og gir sammen med kunnskap om pasientens sykehistorie og tverrfaglige vurderinger et godt grunnlag for personsentrerte tiltak. Målgruppen nås relativt sent i forløpet, da mange allerede har utviklet preskrøpeligheit og sammensatte funksjonsutfordringer. Prosjektet viser et sammensatt utviklingsbilde, der den gjennomsnittlige iboende kapasiteten forbedres moderat over seks måneder, med forbedring i enkelte områder, særlig psykisk helse og bevegelighet, men også stabilitet og forverring i andre. Metodikken har et begrenset potensial for påvirkning gjennom målrettede tiltak. Systematisk og tidlig oppfølging gjennom ICOPE kan bidra til å stabilisere eller forbedre funksjon før mer ressurskrevende tjenester blir nødvendige.

Metoden er egnet for strukturert kartlegging av iboende kapasitet hos eldre ved førstegangskontakt med kommunen, og fungerer som en ramme for tidlig prioritering, tverrfaglig vurdering og koordinert oppfølging. Helhetlig tilnærming til og tverrfaglig samarbeid om pasientene er viktig, i tillegg til god tilgang til lavterskeltilbud for øvrig, eksempelvis frisklivssentraler. Studien er basert på et lite utvalg uten kontrollgruppe, og funnene bør dermed tolkes mer varsomhet.

Forskerne anbefaler at modellen utredes ved en kost-nyttestudie for å finne ut av om modellen er bærekraftig. Det er behov for mer kunnskap om målgruppe, timing, effekt og organisering av ICOPE-baserte tiltak. De ser også for seg at modeller som prøver å finne ut av hvilke eldre som kan være i risikozonen tidlig kan legge grunnlag for mer målrettet innsats. Forskerne mener også at det kan ha noe for seg å utvikle ICOPE-n som verktøy for selvscreening og egenintervensjon. Videre forskning på modellen kan bidra til å dokumentere effekt sammenlignet med dagens praksis, og om tidlig intervensjon kan optimalisere iboende kapasitet og dermed utsette skrøpeligheit (Jeppestøl et al. (2026)).

Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget

De foreløpige vurderingene fra prosjektet må tolkes med varsomhet. Delprosjektene befinner seg i ulike faser, og det er foreløpig særlig delprosjektet om helsefremmende team og ICOPE som har gitt kunnskap om effekter. For de øvrige delprosjektene foreligger det i hovedsak planer, protokoller og beskrivelser av pågående eller kommende arbeid.

Det er også usikkerhet knyttet til finansiering fremover i tid og juridiske rammer for deling og høsting av data. Dette påvirker både fremdrift, gjennomføring og muligheten til å dokumentere effekter på tvers av kommuner og sykehus.

Lillehammer: Bo trygt hjemme med integrerte tjenester

Om utprøvingen

Utprøvingen skal utvikle og prøve ut integrerte og sammenhengende tjenester for hjemmeboende eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Utprøvingen har særlig vekt på samhandling mellom hjemmetjeneste, legetjeneste, ambulanse, helsehus og sykehus.

Utprøvingen er organisert i flere arbeidspakker: trygghetspatrulje, legevaktbil, VIP-pasienter, digitalisering, akuttkjede, kompetanse/samtaling og beredskap. Ved rapporteringstidspunktet var utprøvingen i utvidet utprøving, samtidig som deler av utprøvingen var i ordinær drift. Det er igangsatt utvidet utprøving for arbeidspakken VIP, som omfatter syv kommuner i Helseregionen Sør-Gudbrandsdal. Arbeidspakken helseberedskap er under etablering, og det vurderes etablering av en arbeidspakke innen psykiatri.

Målene er at hjemmeboende eldre og funksjonshemmede skal oppleve trygghet ved å kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker, med integrerte og sammenhengende tjenester fra hjemmetjeneste, legetjeneste (legevakt og fastlege), ambulanse, helsehus og sykehus. Videre er målsetninger at flere pasienter/brukere får hjelp i eget hjem og unngår unødvendig transport og unødvendige innleggelser i sykehus.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen er organisert med styringsgruppe og prosjektgruppe sammensatt av representanter fra sykehus og kommuner. Arbeidet er delt inn i arbeidspakker som har felles grenseflater og samordnes gjennom prosjektgruppen og styringsgruppen. Helseregion Sør-Gudbrandsdal er referansegruppe, og utprøvingen inngår som en sentral del av prosjektporteføljen til Helsefelleskap Innlandet. Utprøvingen har felles prosjektledelse mellom sykehus og kommuner.

Utprøvingen vurderer at forankringen i stor grad har vært tydelig og forpliktende. Det er forankret både i helsefelleskap, kommunal politisk og administrativ ledelse, helseforetak, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten, fastlege, tverrsektorielt samarbeid, forskning/akademia og regionalt helsefelleskap.

Utprøvingen fremhever at organiseringen har bidratt til at sykehus og kommuner opptre som likeverdige parter i samhandlingen. Dette gjelder både på overordnet nivå gjennom styringsgruppen og på mer praksisnært nivå gjennom prosjektgruppe og arbeidspakker.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever at organiseringen har gitt et godt grunnlag for likeverdig samarbeid mellom sykehus og kommuner. Felles prosjektledelse og bred representasjon i

styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidspakker har bidratt til felles retning, bedre samordning og tydeligere eierskap på tvers av tjenestenivåene.

Arbeidspakkene har gjort det mulig å utvikle flere deler av modellen parallelt, samtidig som felles grenseflater mellom arbeidspakkene har gitt synergier og bidratt til bedre samhandling. Prosjektet beskrives som dynamisk og behovsdrevet, der nye tiltak og justeringer utvikles på bakgrunn av erfaringer fra praksis.

Utprøvingen peker også på at samarbeidet er styrket gjennom gjensidig respekt, relasjonsbygging og lav terskel for uformell kontakt mellom aktørene. Dette har bidratt til bedre forståelse av hverandres roller, ansvar og rammer. Prosjektlederrollen trekkes frem som viktig for å holde oppmerksomheten på samarbeid, framdrift og samordning mellom aktørene.

Samlet viser erfaringene at likeverdig organisering, tydelig prosjektledelse og praksisnært samarbeid har vært viktige forutsetninger for fremdrift i prosjektet.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen peker samtidig på flere forhold som har vært krevende i gjennomføringen. Kapasitet og ressurser har vært en utfordring i enkelte arbeidspakker, særlig der fremdriften har vært avhengig av personellressurser fra ordinær drift. Arbeidspakker med tydelig ansvar, finansiering og dedikerte ressurser har hatt best fremdrift, mens mer uavklarte rammer har gjort utviklingsarbeidet mer sårbart.

Utprøvingen har også erfart at det kan oppstå ulike forventninger til ambisjon, tempo og innretning når nye arbeidspakker etableres eller videreutvikles. Dette har gjort det nødvendig med løpende avklaringer i prosjektledelsen og i styringsstrukturen, slik at mål, ansvar og prioriteringer tydeliggjøres underveis.

I tillegg har utprøvingen måttet forholde seg til ulike styrings- og rapporteringsstrukturer i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjøre samordning mer krevende, særlig når tiltakene berører flere virksomheter, nivåer og beslutningslinjer samtidig.

Følgeforskningen har også pekt på behov for at prosjektgruppen i større grad fungerer som en lærings- og utviklingsarena. Utprøvingen har fulgt opp dette gjennom 2026, blant annet ved å styrke dialogen mellom arbeidspakkene og legge mer vekt på felles refleksjon, erfaringsdeling og videreutvikling av modellen.

Utfordringene er i hovedsak håndtert gjennom dialog, tett samarbeid i prosjektledelsen, avstemming av ambisjonsnivå og involvering av relevante fagressurser. Erfaringen viser at fleksibilitet og rom for utvikling er viktig, men at dette må kombineres med tydelige mandater, avklart kapasitet og strukturer for læring underveis.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Likeverdig organisering mellom kommuner og sykehus er en styrke

Utprøvingen viser at felles organisering mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kan bidra til likeverdighet i samhandlingen. Når begge nivåer er representert i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidspakker, styrkes muligheten for felles retning, felles eierskap og samordnet gjennomføring.

Læringspunkt 2: God forankring i helsefellesskap og helseregion gir gjennomføringskraft

Utprøvingen er forankret i Helsefellesskap Innlandet og i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Utprøvingen peker på at denne forankringen har vært viktig for utvikling og fremdrift.

Erfaringen viser at helsefellesskap og regionale samarbeidsstrukturer kan være viktige arenaer for å forankre, samordne og videreutvikle integrerte tjenestemodeller.

Læringspunkt 3: Tydelig ansvar i arbeidspakker fremmer fremdrift

Utprøvingen viser at arbeidspakker med definert ansvar, dedikerte arbeidspakkeledere og tilstrekkelige ressurser har hatt god fremdrift. Samtidig viser erfaringene at uklare mandater og manglende prioritering kan hemme utviklingen. Tydelig formål, mål og mandat bør derfor etableres tidlig for hver arbeidspakke.

Læringspunkt 4: Prosjektet som laboratorium gir rom for prøving og feiling

Utprøvingen beskriver seg som et laboratorium for felles tjenesteutvikling. Dette innebærer at aktørene har hatt rom for å prøve ut løsninger, lære underveis og justere arbeidet basert på erfaring. Erfaringen viser at slik fleksibilitet kan være viktig i komplekse samhandlingsprosjekter der løsningene må utvikles i praksis.

Læringspunkt 5: Felles styringsdata er nødvendig for å synliggjøre resultater

Utprøvingen peker på at det har vært krevende å synliggjøre felles resultater fra arbeidet i arbeidspakkene. En viktig årsak er mangel på felles styringsdata. Dette viser at integrerte tjenester også krever datagrunnlag som kan følge resultater på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Uten slike data blir det vanskeligere å dokumentere effekter, vurdere videreføring og prioritere mellom tiltak.

Læringspunkt 6: Digitalisering krever tydelig behovskartlegging og samordning

På digitaliseringsområdet beskriver utprøvingen at mange aktører, både innenfor og utenfor prosjektet, påvirker fremdriften. Manglende kartlegging av behov har vært en utfordring. Erfaringen viser at digitale løsninger må utvikles i tett sammenheng med arbeidsprosessene de skal støtte, og at behovene må konkretiseres tidlig.

Hva ville utprøvingen gjort annerledes?

Utprøvingen oppgir at det ville hatt tydeligere formål og mandat i starten av enkelte arbeidspakker. Dette peker på betydningen av å avklare mål, ansvar, retning og prioritering tidlig, særlig i prosjekter med mange delaktiviteter og aktører.

Erfaringen er at fleksibilitet og rom for utvikling er viktig, men at dette må kombineres med tydelige rammer for hva de enkelte arbeidspakkene skal oppnå.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Forskningsinstituttet Østlandsforskning ved Universitetet i Innlandet gjennomfører for tiden følgeforskning av Bo trygt hjemme med integrerte helsetjenester for å i første omgang bidra til å videreutvikle og justere prosjektet underveis, og Helsedirektoratet har fått tilgang på foreløpige resultater.²

I tillegg bygger omtalen av effekter på samtaler Helsedirektoratet har gjennomført med representanter for prosjektet.

Bedre samhandling om pasienter for helsepersonell

De involverte aktørene i Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester uttrykker bred anerkjennelse av at det er positivt at Lillehammer kommune har satset på en utprøving som utvikler nye former for samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

² Helhetlige analyser av mål, samarbeid og opplevde effekter av Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester vil bli presentert i sluttrapporten i november 2026.

Bo trygt hjemme består av mange samhandlingspunkter og oppleves som en nyttig plattform for samhandling og utvikling av tjenestene. Avstandene kan til dels være store i regionen, og representantene mener denne modellen for samhandling virker fornuftig gitt geografien i området.

Samarbeidet og samhandlingen rundt pasienter med sammensatte sykdomsbilder har blitt betydelig styrket etter etableringen av utprøvingen. Flere aktører opplever at utprøvingen har bidratt til bedre dialog, raskere avklaringer og økt forståelse for hverandres roller og ansvar.

Særlig trekkes det frem at samhandlingen mellom aktørene og de ulike nivåene i helsetjenesten for å følge opp skrøpelige eldre med sammensatte helseutfordringer er forbedret. En viktig nøkkel for å få til god samhandling, har vært oppstartsamtaler mellom pasienten selv, representanter for sykehus, fastlege og hjemmetjeneste i forbindelse med at pasienten har blitt tatt opp i Bo trygt hjemme med integrerte tjenester. Representantene peker på at møtet representerer noe nytt, og at man vanligvis ikke har slike arenaer for samhandling. Hjemme hos pasienten møtes representanter for kommune og sykehus som likeverdige tjenester. Det er nyttig for alle, særlig representanter for sykehus ser nytten av å komme seg utenfor sykehusets vegger, og møte de man skal samarbeide med. Det at man møtes fysisk og blir kjent skaper en helt annen dynamikk, og gjør det lettere å ta kontakt hvis det skulle være noe. Møtene gjennomføres hybrid med enkelte fysisk og andre digitalt, noe som er positivt både med tanke på tidsbruk og eventuell reisevei for helsepersonellet, men også for opplevelsen for pasienten slik at det ikke blir for mange som møter opp.

Økt trygghet for pasienter

Representanter for utprøvingen opplever at pasientene har meldt om at de opplever økt trygghet i sin hverdag. Utprøvingen bidrar til å redusere mye uro og angst rundt underliggende diagnoser, siden de opplever tettere oppfølging fra helsetjenesten.

Ordinært innsatsteam fra kommunen er tilgjengelig på dagtid på hverdager, mens pasienter kan skrives ut fra sykehus når som helst på døgnet. Trygghetspatruljen fyller et tomrom, og oppleves som et viktig bidrag for å skape trygghet for de som blir skrevet ut på andre tider av døgnet.

Foreløpige indikasjoner på endret tjenestebruk

Representantene fra utprøvingen viser også til at prosjektet har bidratt til å redusere både antallet innleggelser og antallet liggedøgn på sykehus. Også antallet uttrykninger for ambulanse for pasientgruppen er redusert. Tjenesten vises fra å være reaktive til å bli mer planlagt og forbyggende siden de får anledning til å jobbe mer med pasientene og forhindre innleggelser, og håndtere dem løpende. Utprøvingen har foreløpig ikke data på kostnader som prosjektet har gitt for trygghetspatrulje, legevakt og andre kommunale tjenester.

Behov for videreutvikling av organiseringen

Følgeforskningsprosjektet har vurdert selve organiseringen av Bo trygt hjemme med integrerte tjenester, og peker på behov for videreutvikling av enkelte arbeidspakker og prosjektets organisering. Det løftes blant annet fram:

- forslag om sammenslåing eller tettere samorganisering av enkelte arbeidspakker, som for eksempel trygghetspatruljen og legevaktsbil
- et tydelig ønske om mer samhandling med arbeidspakken Kompetanse og samtrening, som flere beskriver som preget av uforløst potensial
- behov for å koble hjemmetjenesten og fastlege-tjenesten tettere på utprøvingen

- et generelt ønske om mer samhandling mellom arbeidspakkene for å styrke det faglige samarbeidet og en mer helhetlig videreutvikling av prosjektet

Begrensninger i kunnskapsgrunnlaget

De foreløpige resultatene må tolkes med varsomhet. Følgforskningen er ikke ferdigstilt, og det foreligger foreløpig ikke et samlet bilde for nytte og kostnader for tjenestene som inngår i modellen. Det er derfor for tidlig å konkludere om samlet nytte og kostnadseffektivitet.

Kongsberg: Samhandlingsarena Kongsberg

Om utprøvingen

Samhandlingsarena Kongsberg ble etablert i 2024 som en arena for mer forpliktende samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og innbyggere, med mål om å utvikle framtidens helsetjenester gjennom likeverdig partnerskap. Arenaen bygger på prinsippet om å gå fra å være «parter» til å være reelle «partnere», der aktørene har felles mål, felles ansvar og gjensidig avhengighet i tjenesteutviklingen. Arenaen har resultert i en rekke delprosjekt-/tiltak, og det varierer hvor langt de ulike delprosjektene er kommet.

Samhandlingsarena Kongsberg er ikke ett enkelt prosjekt, men en utviklingsportefølje med flere tiltak i ulike faser. Porteføljen omfatter tiltak i ordinær drift, tiltak under utprøving og utvikling, samt konsepter i tidlig modningsfase. Arenaen samlet er derfor i en kombinert utviklings-, gjennomførings- og skaleringsfase.

Tiltaket som har kommet lengst med tanke på utprøving og resultater, er «72-timers utvidet behandlingsansvar etter utskrivelse». Pilotering av dette tiltaket startet 26. januar 2026 og omfattet i første fase medisinske pasienter som ble skrevet ut fra sengepost på Kongsberg sykehus til kommunal oppfølging. Fra 1. juni er ordningen utvidet til alle fagområder ved sykehuset og alle fem kommuner i lokalsykehusområdet.

Andre tiltak i Samhandlingsarenaen befinner seg i ulike faser, blant annet visningsarena og innbyggerinvolvering, stillinger på tvers, samordnet etikkarbeid, video som avklaringsverktøy, CFS/pasientflyt, mulig nytt hoftebruddforløp og konseptet «Én vei inn» / integrert akuttfront.

Organisering og samarbeid

Samhandlingsarena Kongsberg er organisert som et utviklingspartnerskap mellom Kongsberg kommune og Vestre Viken HF, med Universitetet i Sørøst-Norge og andre aktører knyttet til relevante deler av arbeidet. Arenaen forvalter en samlet portefølje av tiltak i ulike faser, fra konseptutvikling og utprøving til ordinær drift og skalering.

Arbeidet samordnes gjennom en felles kjernegruppe. Strategisk retning og nødvendige beslutninger forankres hos prosjekteierne og i ordinære styrings- og ansvarslinjer hos partene. Det enkelte tiltaket gjennomføres i den organisasjonen som har ansvar for tjenesten. Arenaen overtar dermed ikke linjeansvaret, men gir en felles struktur for å identifisere utfordringer, utvikle løsninger, samordne beslutningsgrunnlag og følge læring og resultater på tvers.

Utprøvingen oppgir at arbeidet er forankret i kommunal administrativ ledelse, helsefellesskap, kommunestyre/politisk nivå i kommune, samarbeid mellom flere kommuner, helseforetak, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten, én kommune, tverrsektorielt samarbeid og fastlege. Forankringen vurderes i stor grad som tydelig og forpliktende.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utp prøvingen fremhever at det har fungert godt å utvikle løsninger i et likeverdig partnerskap mellom kommune og sykehus, tett på ordinær drift. For 72-timersmodellen gjorde dette det mulig å gå fra pilot til ordinær drift og bredde ordningen til alle fem kommunene i lokalsykehusområdet på fem måneder.

Likeverdighet, tillit og tett dialog mellom kommune og sykehus trekkes frem som avgjørende faktorer for samarbeidet. Partene har samlet seg om felles utfordringer og utviklet løsningene sammen, tett på ansatte og ordinær drift. Tydelig støtte fra ledelsen og vilje til å handle raskt har gitt samarbeidet gjennomføringskraft.

Utp prøvingen peker også på at det har vært viktig å holde 72-timersmodellen enkel, uten nye teknologiske løsninger, og etablere en standardisert og prosedyrestyrt arbeidsform som var godt forankret helt ut i tjenestene.

Utfordringer og håndtering

Utp prøvingen beskriver at det har vært utfordrende at Samhandlingsarena Kongsberg ofte blir møtt som et tidsavgrenset prosjekt, mens arenaen er et bredt og varig utviklingspartnerskap med flere initiativer i ulike faser. Dette utfordrer forventninger om tradisjonell prosjektmetodikk med fast avgrensning, lineær fremdrift og én felles fase.

Arbeidsformen utfordrer også tradisjonell rolleforståelse, fordi utviklingen skjer i et likeverdig partnerskap på tvers av etablerte virksomhetsgrenser og ansvarslinjer. Prosjektet har håndtert dette gjennom åpen dialog om hva Samhandlingsarenaen er, og ved å utvikle arbeidsformen underveis. Likeverdighet, tillit og reell innflytelse har vært viktigere enn å presse partnerskapet inn i en tradisjonell prosjektmodell.

Utp prøvingen peker på tre særlig viktige utfordringer: tilgang til juridisk kapasitet, økonomiske rammer for utviklingsarbeidet og tilgang til teknologisk kompetanse. Verken kommunen eller helseforetaket har lett tilgjengelig juridisk kapasitet til målrettet arbeid med avtalene som enkelte initiativer krever. Juristene har stor belastning fra ordinære oppgaver, og utp prøvingen oppgir at det hittil ikke har prioritert begrensede utviklingsmidler til kjøp av slike tjenester.

Når det gjelder økonomiske rammer, viser utp prøvingen til at utviklingsarbeidet krever kapasitet. Et estimat utarbeidet med støtte fra næringslivet viste behov for i gjennomsnitt om lag 20 timer utviklingsarbeid per ansatt per år i tre år for å skape raske og varige endringer på ønsket ambisjonsnivå. Dagens finansiering gjør ikke en slik mobilisering mulig. Utp prøvingen har derfor prioritert enkle tiltak med lave utviklingskostnader. Dette har gitt raske resultater, men begrenser samtidig muligheten til å arbeide systematisk med større endringer.

Utp prøvingen peker også på at kliniske kjernesystemer i begrenset grad kommuniserer på tvers av forvaltningsnivåene, og at sektoren har for liten tilgang til teknologisk kompetanse i selve utviklingsarbeidet. Dette forsøkes håndtert gjennom samarbeid med universitetet og næringslivet, blant annet ved å koble bachelor- og masterstudenter innen teknologiske fag inn i arbeidet. Dette gir tilgang til relevant kompetanse og utviklingskapasitet til lav kostnad, samtidig som samarbeidet mellom helsetjenesten, universitetet og næringslivet styrkes.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Varig utviklingspartnerskap kan gi større gjennomføringskraft enn enkeltstående prosjekt

Samhandlingsarena Kongsberg viser at et varig utviklingspartnerskap kan gi en struktur for å identifisere utfordringer, utvikle løsninger, samordne beslutningsgrunnlag og følge læring og resultater på tvers. Erfaringen er samtidig at en slik arbeidsform må forklares tydelig, fordi den ikke følger en tradisjonell prosjektlogikk med én fase, én leveranse og én avslutning.

Læringspunkt 2: Enkle løsninger kan gi rask overgang fra pilot til ordinær drift

Utprøvingen peker på at 72-timersmodellen kunne gå raskt fra pilot til ordinær drift fordi løsningen var enkel, standardisert og prosedyrestyrt, og fordi den ikke var avhengig av nye teknologiske løsninger. Dette viser at rask gjennomføring kan være mulig når modellen bygger på eksisterende strukturer, tydelige rutiner og forankring helt ut i tjenestene.

Læringspunkt 3: Likeverdighet, tillit og ledelsesstøtte er avgjørende

Utprøvingen fremhever likeverdighet, tillit og tett dialog mellom kommune og sykehus som avgjørende for samarbeidet. Tydelig støtte fra ledelsen og vilje til å handle raskt har gitt samarbeidet gjennomføringskraft. Erfaringen viser at partnerskap på tvers av nivåer må bygge på både relasjoner og beslutningskraft.

Læringspunkt 4: Roller og ansvar må avklares i hvert enkelt initiativ

Samhandlingsarenaen overtar ikke linjeansvaret. Beslutninger og gjennomføring ligger i partenes ordinære ansvarslinjer, mens roller og ansvar avklares i det enkelte initiativet. Erfaringen viser at en porteføljetilnærming kan gi fleksibilitet, men også krever tydelige avklaringer av ansvar, beslutninger og gjennomføring for hvert tiltak.

Læringspunkt 5: Juridisk, teknologisk og økonomisk kapasitet må sikres tidlig

Utprøvingen peker på tilgang til juridisk kapasitet, teknologisk kompetanse og økonomiske rammer for utviklingsarbeidet som de tre største utfordringene. Erfaringen viser at utviklingspartnerskap som skal skape nye modeller på tvers av nivåer, må ha tilgang til nødvendig støttekompetanse tidlig, ikke først når konkrete barrierer oppstår.

Læringspunkt 6: Læring fra andre bør brukes til tilpasning, ikke konkurrerende lokale modeller

Utprøvingen oppgir at det i stor grad har hentet erfaringer fra andre prosjekter og vurdert hva som kan tilpasses lokale forhold. Erfaringer med integrerte helsetjenesteteteam for eldre med skrøpeligheit viste at flere allerede arbeider godt med dette, og utprøvingen valgte derfor å ikke bruke ressurser på å utvikle en konkurrerende «Kongsberg-modell». Utprøvingen har også hentet læring fra «En vei inn» i Vestfold, og 72-timersmodellen er hentet fra Danmark og tilpasset lokale forhold.

Læringspunkt 7: Måling og evaluering må tilpasses tiltak i ulike faser

Samhandlingsarena Kongsberg består av flere tiltak i ulike faser. Utprøvingen oppgir derfor at måling og evaluering må tilpasses det enkelte initiativet. For 72-timersmodellen følges blant annet omfang og innhold i henvendelser, tidsbruk og belastning, erfaringer fra kommunale sykepleiere, unngåtte pasientforflytninger og utviklingen i reinnleggelser. Målingene brukes fortløpende til læring, justering og vurdering av videre skalering.

Læringspunkt 8: Skalering krever tydelige kjernekomponenter og strukturert videreføring

Utprøvingen peker på at vellykkede tiltak ikke bør spres som løse ideer eller mange lokale varianter, men som modeller med tydelige kjernekomponenter, felles måleparametere,

avtaleverk, datagrunnlag, evaluering og plan for overgang til ordinær drift. Dette gjelder særlig når lokale løsninger skal bidra til nasjonal læring og reell omstilling.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Tiltaket som har kommet lengst med tanke på fase og observerte effekter, er «72-timers utvidet behandlingsansvar etter utskrivelse». Dette er det eneste tiltaket utprøvingen har levert informasjon om observerte effekter for, og dette delkapittelet omhandler derfor effekter av kun dette ene tiltaket.

Tiltaket er inspirert av en lignende ordning som nå er etablert som et nasjonalt tilbud i Danmark. Ordningen gir kommunale sykepleiere direkte tilgang til lege ved utskrivende sykehusavdeling de første 72 timene etter utskrivelse. dersom det oppstår behov for avklaringer knyttet til pasientens behandling, medisiner, funksjonsnivå eller kliniske utvikling. I praksis får sykepleiere i hjemmetjeneste, omsorgsbolig eller institusjon tilgang til et direkte nummer til lege ved utskrivende avdeling på sykehuset. Formålet med tiltaket er tryggere overganger, raskere avklaringer og færre unødvendige pasientforflytninger.

Utprøvingen har, og fortsetter å gjennomføre, en rekke løpende målinger med hensikt å kartlegge effekt av ordningen på tvers av sykehus og kommune, herunder antall pasienter/utskrivelser som omfattes av tilbudet, antall reinnleggelser og merbelastningen sykehus har ved å svare på en ny type telefonhenvendelser utenfra. Erfaringer blant sykepleiere i kommunen er samlet inn ved bruk av spørreskjema ved at sykepleiere er blitt oppfordret til å besvare spørreskjema etter hver telefon de har tatt til sykehuset. Det er totalt mottatt 23 svar på spørreskjema. I tillegg er det gjennomført flere erfaringsmøter og løpende dialog med ansatte og ledere i kommunen for å få frem positive og negative erfaringer med ordningen.

Erfaringene beskrevet under baserer seg på data og erfaringer fra fire måneders pilotering, og kun for pasienter skrevet ut fra medisinsk sengepost. I alt omfatter det 190 pasienter. I denne perioden er det estimert totalt 60 telefonhenvendelser fra Kongsberg kommune til medisinsk avdeling på sykehuset, fordelt på 58 unike pasienter.

De foreløpige erfaringene tyder på at tiltaket bidrar til:

- Økt trygghet for kommunalt helsepersonell
- Raskere avklaringer og dermed frigjort tid for kommunalt helsepersonell
- Færre unødvendige pasientforflytninger og færre reinnleggelser
- Økt trygghet for pasienter og pårørende
- Styrket relasjon og dialog mellom sykehus og kommune
- Merbelastning for sykehuset i form av håndtering av telefonhenvendelser, men denne er beskrevet som begrenset og håndterbar

Økt trygghet for kommunalt helsepersonell

Kommunale sykepleiere opplyser om at de opplever økt trygghet i oppfølgingen av pasienter etter utskrivelse, og flere beskriver at de i mindre grad føler at de står alene med ansvaret i den sårbare perioden etter utskrivelse.

Raskere avklaringer og dermed frigjort tid for kommunalt helsepersonell,

Tilgangen til lege ved utskrivende sykehusavdeling gjør det mulig å få raske avklaringer om behandling, legemidler og endringer i pasientens tilstand. Det opplyses om at

problemstillinger som tidligere kunne ta flere timer å avklare, nå ofte løses på under ti minutter, ofte uten behov for å flytte pasienten. Dette frigjør tid, som helsepersonell har brukt til bedre oppfølging av både den enkelte pasient og andre brukere av tjenestene.

Færre unødvendige pasientforflytninger og færre reinnleggelser

I pilotperioden har man sett et betydelig fall i antall reinnleggelser. I pasientgruppen der ordningen er innført, har reinnleggingsraten blant eldre falt fra 21 i perioden januar-desember 2025 til 12 prosent i pilotperioden februar-mai 2026. Denne endringen er nær grensen til statistisk signifikant, og mistanken om at det foreligger en reell effekt av kausal årsak understøttes av at man ikke ser tilsvarende utvikling hos andre pasientgrupper og heller ikke ved nærliggende sykehus i samme periode.

Utpøvingen påpeker imidlertid at datagrunnlaget foreløpig er begrenset. Selv om man her får en indikasjon på 72-timersmodellen kan gi færre reinnleggelser, er videre skalering og lengre observasjonstid nødvendig for å vurdere effekter på reinnleggelser mer sikkert.

Økt trygghet for pasienter og pårørende

Det er foreløpig ikke gjennomført systematisk innhenting av erfaringer fra pasienter og pårørende. Man kan imidlertid anta at økt støtte til helsepersonell *vil kunne* gi økt trygghet for pasientene. Videre meldes det om at tidsbesparelsen *som oppstår når helsepersonell raskere får svar på eventuelle spørsmål etter utskriving*, har blitt brukt på bedre oppfølging av både den enkelte pasient og andre brukere av tjenestene. Dette kan også antas å bidra til økt trygghet for pasienter og pårørende. *I det videre arbeidet med utpøvingen, bør man se nærmere på hvilke effekter ordningen har for pasienter og pårørende.*

Styrket relasjon og dialog mellom sykehus og kommune

Utpøvingen trekker frem at ordningen bidrar til kulturbygging, lagfølelse på tvers av tjenestenivåene og økt forståelse for hverandres jobbhverdag og de utfordringene man står i på det andre tjenestenivået.

Merbelastning for sykehuset

Det å skulle besvare telefoner fra helsepersonell i kommunen er en merbelastning for sykehuset i form av tidsbruk. Dette er tid som tidligere ble brukt på annet arbeid. Utpøvingen er tydelige på at dette kan oppleves som en ny oppgave for ansatte i spesialisthelsetjenesten, og at dette må tas hensyn til i videre innføring. Medisinsk avdeling ved Kongsberg sykehus beskriver imidlertid belastningen så langt som akseptabel (60 samtaler i løpet av fire måneder, hvorav 83 prosent varte under ti minutter), og oppgaven har blitt løst uten tilførsel av ekstra ressurser.

Foreløpige resultater fra utvidet utpøving

Utpøvingen av 72-timersmodellen ble 1. juni utvidet til alle avdelinger ved Kongsberg sykehus og alle fem kommuner i sykehusområdet. De foreløpige erfaringene fra utpøvingen viser noen av de samme effektene: utvidelsen har praktisk latt seg gjennomføre med tilsynelatende samme kvalitet og uten behov for tilførsel av ressurser. Merbelastningen for sykehuset rapporteres fremdeles som håndterbar, og det rapporteres om opplevd nytte både fra kommunene og sykehuset. Effekten på reinnleggelser er foreløpig ikke analysert på nytt.

Begrensinger i kunnskapsgrunnlaget

De foreløpige resultatene fra utpøving av 72-timersmodellen, særlig med tanke på reinnleggelser, er svært positive, men må tolkes med forsiktighet på grunn av begrenset observasjonstid og datagrunnlag. Resultatene bygger på data og erfaringer fra en første

pilotfase, og omfatter fire måneders pilotering for pasienter skrevet ut fra medisinsk sengepost, samt noen høyst foreløpige erfaringer fra utvidelsen 1. juni. Erfaringene gir et viktig grunnlag for videre utvikling, men bør tolkes som foreløpige. Helsedirektoratet anbefaler at utprøvningsprosjektet i Kongsberg fortsetter å følge med på effektene når den utvidede utprøvingen nå fortsetter.

Samhandlingsarena Kongsberg består samtidig av flere tiltak i ulike faser. Det betyr at kunnskapsgrunnlaget varierer mellom tiltakene. 72-timersmodellen har kommet lengst og har data og erfaringer som kan omtales som foreløpige resultater, mens andre initiativer fortsatt er i konsept-, utviklings- eller tidlig innføringsfase.

Det arbeides med å utvikle en mer samlet modell for å vurdere effektene av utviklingspartnerskapet på tvers av kommuner og sykehus.

Østfold: Integrerte helsetjenester

Om utprøvingen

Utprøvingen skal innføre en modell for integrerte helsetjenester for eldre med skrøpelighet og sammensatte behov. Dette skal gjøres gjennom tverrfaglig oppfølgingsteam, strukturert kartlegging, felles behandlings- og oppfølgingsplaner og nytt digitalt støtteverktøy. Prosjektet bygger på modellen fra Ahus og kommuner og tilpasses lokale forhold.

Målsetninger for pasientene er å sikre mer helhetlige og koordinerte helsetjenester for eldre med skrøpelighet og sammensatte behov; med én samlet oppfølging, faste kontaktpersoner, bedre involvering av pasient og pårørende, økt trygghet/forutsigbarhet gjennom færre akuttinnleggelser og reinnleggelser.

For helsetjenesten er målsetningene bedre samhandling mellom sykehus, kommuner og fastleger, færre akuttinnleggelser, mer effektiv ressursbruk og enklere koordinering og resultatoppfølging på tvers av tjenestenivåer.

Utprøvingen oppgir at det befinner seg i piloteringsfase, på vei mot skalering i flere kommuner i helsefellesskapet. Dette omfatter da pilotering av IHT-modellen i Sarpsborg og Fredrikstad. En del av prosjektet er samtidig i etableringsfase, blant annet knyttet til resultat-/forløpsapplikasjon og utrulling til andre kommuner i helsefellesskapet. Inkludering av pasienter har tatt lengre tid enn forventet, og teamet har brukt betydelige ressurser på å identifisere riktig målgruppe for å sikre at pasientene har forventet utbytte av tjenesten.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen er forankret i helsefellesskap, kommunal administrativ ledelse, samarbeid mellom flere kommuner og klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten. Utprøvingen vurderer selv at forankringen i noen grad har vært tydelig og forpliktende.

Arbeidet er organisert med styringsgruppe, prosjektleder, prosjektgruppe, undergruppe for digital løsning og undergruppe for forskning.

Styringsgruppen har overordnet ansvar for prosjektets strategiske retning, prioriteringer og beslutninger. Gruppen består av representanter fra Sykehuset Østfold, kommunene, brukerrepresentant, tillitsvalgt, verneombud, prosjektstøtte og prosjektleder. Prosjekteier leder styringsgruppen.

Prosjektleder har ansvar for den daglige ledelsen av prosjektet, koordinering av aktiviteter, rapportering til styringsgruppen og oppfølging av prosjektets mål, leveranser, fremdrift og gevinster. Prosjektleder er også ansvarlig for forskning og utvikling av digitale løsninger i IHT, og fungerer som leder for IHT-teamet og den daglige driften av tjenesten.

Prosjektgruppen består av fagpersoner fra Sykehuset Østfold, Fredrikstad kommune og Sarpsborg kommune, inkludert ledere, klinikere, rådgivere, brukerrepresentant, IHT-koordinator og geriater. Gruppen har ansvar for planlegging, utvikling og gjennomføring av tiltakene i prosjektet.

Det er opprettet en egen undergruppe for utvikling og implementering av digital løsning. Gruppen ledes av rådgiver fra analyseavdelingen, og har ansvar for digitalt støtteverktøy og resultatoppfølging på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Det er også etablert en undergruppe for forskning. Forskningen skal bidra med evaluering, kunnskapsutvikling og dokumentasjon av effekter og erfaringer.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen fremhever at organiseringen har fungert godt gjennom tydelige styringslinjer, bred tverrfaglig representasjon og forankring hos både sykehus- og kommuneledelse.

Det trekkes frem som positivt at prosjektet er organisert tverrfaglig på tvers av kommune og sykehus, der aktørene arbeider som ett felles team rundt pasienten fremfor som separate tjenester. Dette har bidratt til bedre samordning og mer helhetlige pasientforløp.

Stabile relasjoner og faste kontaktpersoner har gjort samarbeidet mer effektivt. Når de samme personene samarbeider over tid, bygges tillit, felles forståelse og raske kommunikasjonslinjer.

Utprøvingen peker også på at ansatte har hatt en positiv innstilling til prosjektet og vært motiverte for å prøve ut nye arbeidsformer. Det har vært stor forståelse for og anerkjennelse av nytten av å jobbe på tvers av tjenestenivåer og profesjoner.

Utprøvingen vurderer at arbeidet har bidratt til et felles eierskap til pasienten, der kommune, sykehus og øvrige samarbeidspartnere arbeider mot felles mål for pasientforløpet. Samarbeidet beskrives som preget av likeverd mellom partene, respekt for hverandres kompetanse og høy grad av tillit.

Utfordringer og håndtering

Den største organisatoriske utfordringen har vært at IHT fungerer på tvers av etablerte organisatoriske grenser mellom kommune, sykehus og fastleger, uten at det finnes en fullt utviklet felles styringsstruktur. Samarbeidet har derfor vært avhengig av sterke relasjoner, tydelige koordinatroller og høy grad av personlig engasjement.

Utprøvingen peker også på ulik organisering, varierende deltakelse fra fastleger og begrensede ressurser i enkelte kommuner som utfordringer. Dette er i stor grad håndtert gjennom faste kontaktpersoner, regelmessige møteplasser, aktiv relasjonsbygging, tydelig rolleavklaring og ledelsesforankring.

En annen utfordring har vært usikkerhet om permanent organisering etter prosjektperioden. Utprøvingen peker på uklare styrings- og beslutningslinjer, finansiering, begrenset kapasitet i

kombinasjonsstillinger og små stillingsprosenter. Dette har tidvis påvirket tilgjengelighet, robusthet og kontinuitet.

Utprøvingen beskriver at kommunale IHT-koordinatorer tidvis har hatt en for passiv og observerende rolle, med uklare forventninger til mandat og myndighet. Dette har påvirket muligheten til å arbeide proaktivt og ta en tydelig koordinerende rolle. Erfaringene peker på behov for klarere mandat, økt beslutningsmyndighet, lederforankring og rammevilkår som gir koordinatorene større handlingsrom til å lede og koordinere pasientforløp på vegne av kommunen.

Manglende felles journalsystemer er en sentral utfordring. Kommune, sykehus og fastleger arbeider i ulike journalsystemer, og behandlingsplaner må sendes mellom systemer og oppdateres manuelt. Dette fører til merarbeid, risiko for manglende informasjonsflyt og forsinkelser i oppfølgingen.

Utfordringene er håndtert gjennom tett kontakt, relasjonell koordinering, sterke koordinatorroller, lokale løsninger på systemmangler og arenaer for felles beslutninger. Utprøvingen vurderer at modellen i stor grad lykkes fordi menneskene samarbeider tett, selv om systemene rundt dem fortsatt er fragmenterte.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Start i liten skala og bygg robuste samarbeidsrelasjoner før skalering

Utprøvingen peker på betydningen av å starte i det små og bygge robuste samarbeidsrelasjoner før tjenesten skaleres opp. Det har vært en fordel å begynne med et begrenset antall kommuner, slik at aktørene får tid til å bli kjent med hverandre, utvikle tillit og etablere gode arbeidsformer på tvers av organisasjonene.

Læringspunkt 2: Prosjektgruppen må ha god kjennskap til både sykehus og kommuner

Utprøvingen viser at det er viktig å ha en prosjektgruppe med god kjennskap til både sykehus og kommunehelsetjenesten. Kunnskap om egen organisasjon, beslutningsveier, arbeidsprosesser og lokale forhold har vært avgjørende for å kunne identifisere utfordringer, finne løsninger og skape forankring hos ledere og ansatte.

Læringspunkt 3: Relasjoner er en like viktig suksessfaktor som struktur og metodikk

Erfaringene viser at tett samarbeid, faste møteplasser og gjensidig forståelse mellom kommune, sykehus og fastleger har vært avgjørende for å lykkes med samordningen. Utprøvingen peker på at andre som skal etablere tilsvarende tjenester bør investere tid i relasjonsbygging og felles kulturutvikling tidlig i prosjektfasen.

Læringspunkt 4: Innovasjon på tvers av nivåer krever tålmodighet

Utprøvingen viser at det tar tid å etablere nye arbeidsformer, bygge tillit og identifisere riktig målgruppe. Når fundamentet er på plass, blir det lettere å spre modellen til flere kommuner og sikre mer varige resultater. Erfaringen peker på at fremdrift i slike modeller må forstås i lys av kompleksiteten i samarbeidet og behovet for gradvis utvikling.

Læringspunkt 5: Tilstrekkelig kapasitet og kontinuitet er nødvendig for å lykkes

Utprøvingen peker på at kombinasjonsstillinger, begrenset tilgjengelighet og manglende digitale samhandlingsløsninger gjør tjenesten mer sårbar og kan redusere effekten av modellen. Integrerte helsetjenester krever dedikerte ressurser, tydelige roller og robuste strukturer som støtter samhandlingen.

Læringspunkt 6: Pasient- og pårørendeinvolvering må være en del av modellen

Utprøvingen peker på at pasient- og pårørendeinvolvering ikke bør ses som et tillegg til tjenesten, men som en forutsetning for gode og sammenhengende pasientforløp. Hjemmebesøk, felles behandlingsplan og oppmerksomhet på «hva er viktig for deg?» har bidratt til økt trygghet, bedre måloppnåelse og større grad av eierskap hos pasientene.

Læringspunkt 7: Digitale samhandlingsløsninger og informasjonsdeling må avklares tidlig

Utprøvingen har erfart at deling av pasientinformasjon og etablering av gode digitale samhandlingsløsninger er mer tidkrevende og komplekst enn forventet. Fragmenterte journalsystemer og manuelle arbeidsprosesser påvirker både arbeidsflyt, effektivitet og risiko for informasjonsbrudd. Dette bør derfor prioriteres tidlig i tilsvarende prosjekter.

Læringspunkt 8: Tjenesten må gjøres kjent tidlig hos sykehus, kommuner og fastleger

Utprøvingen ville hatt en tydeligere strategi for å gjøre tjenesten kjent i sykehus, kommuner og blant fastleger allerede fra oppstart. Kjennskap til tjenesten, forståelse for målgruppen og eierskap hos samarbeidspartnerne er viktige forutsetninger for god pasientrekruttering, samhandling og videre utvikling av tilbudet.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Evalueringen av IHT består av tre komplementære deler: følgeforskning gjennomført av Høgskolen i Østfold, analyse av helsetjenestebruk basert på data fra DIPS Arena, Gerica og CGM, samt spørreskjemaer til pasienter og pårørende.

Målet med evalueringen er å belyse hvordan IHT fungerer i praksis, hvilke erfaringer ansatte, pasienter og pårørende har med tjenesten, og om modellen påvirker bruk av helsetjenester som innleggelser, polikliniske kontakter og kommunale tjenester.

Ved å kombinere kvalitative og kvantitative data har utprøvingen lagt til rette for en helhetlig evaluering av både prosess, samhandling og resultater.

Foreløpige resultater

I det følgende presenteres foreløpige resultater fra evalueringen av Integrerte helsetjenester (IHT) Østfold. Per 1. september 2026 omfatter de foreløpige analysene spørreskjemadata fra 19 pasienter og 10 pårørende, samt aktivitetsdata fra 10 pasienter i én av de deltakende kommunene. Datainnsamling pågår fortsatt, og resultatene vil kunne endre seg. Funnene må anses som svært tidlige tendenser.

Pasienter har positive erfaringer med helsehjelpen

Pasientene rapporterer om positive erfaringer med helsehjelpen, og de opplever å bli tatt på alvor, få dekket sine behov og trygghet ved å bo hjemme før inkludering i IHT. Eksempelvis er trygghetsfølelse, god oppfølging fra hjemmesykepleien og støtte til å kunne bo hjemme sentrale positive erfaringer blant pasienter i det begrensede utvalget. Blant de åtte pasientene som svarte på spørsmål flere ganger etter oppstart av IHT, var mange svar uendret, mens enkelte lå i en høyere eller lavere kategori ved oppfølging.

Pårørende med varierte erfaringer

Pårørende beskriver mer varierte erfaringer med helsetjenestene personen de er pårørende til mottar. Mange rapporterte at de opplever bekymring eller er bekymret ved før oppstart av IHT, men opplever samtidig at de er til nytte for pasienten. De tre pårørende som har svart på spørreskjema flere ganger etter oppstart av IHT ga gjennomgående like eller mer positive svar på spørsmålene om trygghet, samordning, medvirkning og det å bli lyttet til ved oppfølgingstidspunktet.

Aktivitetsdataene er foreløpig begrensede

Foreløpige aktivitetsdata viser 26 registrerte KAD- og korttidsopphold hos 10 pasienter. Av disse fant 16 opphold sted i de seks månedene før oppstart av IHT og 10 etter oppstart.

Antall korttidsopphold var lavere etter oppstart av IHT, mens antall KAD-opphold var høyere. Oppholdene etter oppstart var imidlertid konsentrert hos få pasienter.

Datagrunnlaget inkluderer ennå ikke data om henvendelser til legevakt, eller aktivitetsdata fra sykehuset.

Oppsummert rapporterte mange pasienter positive erfaringer med helsehjelpen, mens de pårørendes erfaringer var mer varierte, før oppstarten av IHT. Datagrunnlaget er imidlertid fortsatt for begrenset til å trekke konklusjoner om effekt av IHT-modellen. Prosjektet selv understreker at videre datainnsamling og analyser er nødvendig.

Helgeland: Interkommunalt innsats- og vurderingsteam

Om utprøvingen

Utprøvingen skal etablere to interkommunale kartleggingsteam; ett ved sykehuset i Rana og ett ved sykehuset i Sandnessjøen. Teamene er bemannet med kommunalt ansatte og skal bidra til tidlig kartlegging av pasienter som forventes å ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Pilotering startet medio mai 2026.

Målene i utprøvingen er å sikre trygge og helhetlige pasientforløp fra innleggelse til hjemreise og redusere antall overliggerdøgn i sykehus, øke andel pasienter som kan skrives ut direkte til hjemmet, forebygge unødvendige reinnleggelser og bidra til likeverdige tjenester på tvers av kommuner på Helgeland og legge grunnlag for mer bærekraftig ressursbruk.

Organisering og samarbeid

Utprøvingen er organisert gjennom Helsefelleskap Helgeland, med SSU Helsefelleskap Helgeland som styringsgruppe. Utprøvingen er forankret i helsefelleskap, kommunestyre/politisk nivå i kommune, kommunal administrativ ledelse, samarbeid mellom flere kommuner, helseforetak, klinikk/avdeling i spesialisthelsetjenesten, fastlegetjenesten, tverrsektorielt samarbeid og bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Utprøvingen vurderer selv at forankringen i stor grad har vært tydelig og forpliktende.

Organiseringen bygger på samarbeid mellom kommuner og sykehus, der kommunalt ansatte deltar i kartleggingsteam lokalisert ved sykehusene. Modellen skal bidra til tidligere avklaring av pasientenes behov, bedre planlegging av utskrivning og mer sammenhengende overgang fra sykehus til kommunale tjenester.

Erfaringer fra gjennomføringen

Hva har fungert godt?

Utprøvingen beskriver at det har vært et svært godt samarbeid og stort engasjement på tvers av kommuner og sykehus. Det trekkes frem at samarbeidet har vært preget av felles målforståelse, gode relasjoner og tillit mellom deltakerne.

Gode relasjoner og tillit mellom deltakerne har vært en viktig faktor for samarbeidet. Utprøvingen peker også på betydningen av tydelig felles mål, engasjerte deltakere og en felles forståelse av behovet for bedre samhandling i utskrivningsprosessen.

Utprøvingen oppgir at organiseringen så langt har fungert godt, og at det ikke har vært store utfordringer knyttet til organiseringen. Samarbeidsklimaet beskrives som godt.

Utfordringer og håndtering

Utprøvingen oppgir at det så langt har vært få større utfordringer i samarbeidet. Samtidig peker utprøvingen på at enkelte uenigheter og avklaringsbehov har oppstått underveis.

Utfordringer og uenigheter er håndtert gjennom åpen dialog og ved å gi rom for ulike perspektiver. Prosjektet beskriver at utfordringene i hovedsak er håndtert fortløpende og i tett samarbeid mellom involverte parter.

De viktigste utfordringstypene så langt har vært teknologi/digitale løsninger og juridiske eller regulatoriske rammer. men at aktuelle problemstillinger er håndtert løpende.

Læringspunkter

Læringspunkt 1: Tydelig felles mål gir retning og fremdrift

Et av de viktigste læringspunktene fra utprøvingen er betydningen av å ha et tydelig felles mål. Når kommuner og sykehus deler forståelsen av hva prosjektet skal oppnå, blir det lettere å prioritere, samarbeide og håndtere praktiske utfordringer underveis.

Læringspunkt 2: Tillit og gode relasjoner er en sentral forutsetning

Utprøvingen peker på at gode relasjoner og tillit mellom deltakerne har vært en viktig faktor for samarbeidet. Erfaringen viser at interkommunale og tverrnivåbaserte modeller ikke bare trenger formell organisering, men også relasjoner som gjør det mulig å avklare spørsmål raskt og løse uenigheter gjennom dialog.

Læringspunkt 3: Forankring i helsefellesskapet kan gi felles ramme for gjennomføring

Utprøvingen er organisert gjennom Helsefellesskap Helgeland, med SSU Helsefellesskap Helgeland som styringsgruppe. Erfaringen viser at helsefellesskapet kan gi en viktig ramme for forankring, styring og samordning når flere kommuner og sykehus skal utvikle en felles modell.

Læringspunkt 4: Kommunalt ansatte kartleggingsteam i sykehus kan være en nyttig modell for tidligere avklaring

Modellen med kommunalt ansatte kartleggingsteam lokalisert ved sykehusene skal bidra til tidligere kartlegging og bedre planlegging av pasientens overgang til kommunale tjenester. Erfaringen så langt peker på at dette kan være en hensiktsmessig måte å styrke samhandlingen i utskrivningsprosessen på, men det er foreløpig for tidlig å vurdere effekter av modellen.

Læringspunkt 5: Digitale og juridiske avklaringer må håndteres underveis i piloteringen

Utprøvingen peker på teknologi/digitale løsninger og juridiske eller regulatoriske rammer som aktuelle utfordringsområder. Selv om prosjektet ikke beskriver store hindringer, viser erfaringen at slike avklaringer må håndteres løpende når nye samhandlingsformer etableres mellom kommuner og sykehus.

Læringspunkt 6: Åpen dialog er viktig for å håndtere uenighet

Utprøvingen beskriver at uenigheter i prosjektarbeidet er håndtert gjennom åpen dialog og ved å gi rom for ulike perspektiver. Dette peker på betydningen av en samarbeidsform der uenighet brukes til avklaring og forbedring, heller enn å bli en barriere for fremdrift.

Læringspunkt 7: Erfaringer fra andre prosjekter bør brukes mer systematisk

Utprøvingen oppgir at det så langt i begrenset grad har tatt i bruk konkrete løsninger eller erfaringer fra andre prosjekter. Dette kan være et læringspunkt for videre arbeid: Når modellen skal videreutvikles, kan det være nyttig å sammenligne erfaringer med andre prosjekter som arbeider med utskrivningsprosesser, interkommunale team, tidlig kartlegging og overgang mellom sykehus og kommune.

Evaluering, resultater og foreløpige effekter

Utprøvingen har oppsummert foreløpige erfaringer i et eget notat.

Foreløpige resultater

Bedre grunnlag for overgangen hjem for aktørene

Kommunene erfarer at kartleggingene gir mer relevant informasjon om pasientens funksjon og behov, og et bedre grunnlag for å vurdere omsorgsnivå, tjenestebehov og nødvendige tiltak før hjemreise, noe som gir økt trygghet i planleggingen av overgangen fra sykehus til kommune for aktørene.

Foreløpige tilbakemeldinger antyder også at det oppleves som tryggere for pasienter og pårørende. Det oppleves som positivt at kommunal kompetanse er tilgjengelig allerede på sykehuset og kan bidra til å avklare hva som skjer etter hjemkomst.

Utprøvingen erfarer også at det er viktig å identifisere og varsle tidlig om at pasienten skal skrives ut. Gis denne beskjeden sent, blir det mindre tid til kartlegging og planlegging. Det er viktig at kommune og kartleggingsteam involveres tidlig i pasientforløpet.

Bedre forståelse for rammebetingelser og utfordringer for aktørene

Ved at Trygt hjem har samlet kommunene og Helgelandssykehuset om utvikling av felles arbeidsprosesser, rolle- og ansvarsavklaringer, informasjonsflyt og utskrivningsforløp har aktørene fått økt kjennskap til hverandres rammebetingelser og utfordringer, tettere dialog og økt forståelse for pasientforløpet.

Reduksjon i overliggerdøgn

Foreløpige tall for 2026 viser en reduksjon i overliggerdøgn. Det er for tidlig å knytte utviklingen direkte til prosjektet Trygt hjem, og flere forhold kan ha påvirket resultatene. Utprøvingen ønsker å undersøke årsakene til dette videre.

Bedre beslutningsgrunnlag og tryggere overganger mellom sykehus og kommune

Utprøvingen konkluderer med at modellen gir kommunene et bedre beslutningsgrunnlag før utskrivning, og kan bidra til tryggere og mer koordinerte overgang mellom sykehus og kommune.

Begrensinger i kunnskapsgrunnlaget

Omtalen av foreløpige resultater baserer seg på prosjektets egne erfaringer, og må tolkes med varsomhet.

Litteratur

Helsefelleskapet Ahus og kommunene (2025): Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. Sluttrapport. Evaluering og videre arbeid

Kristin Jeppestøl, Merethe Andreassen Land, Malene Bjørkli Nordvik, Camilla Berg Utby, Marte Lund, Karen Terese Johansen og Brooke Hollister (2026): Helsefremmende team i Østre Agder. Østre Agder-samarbeidet. Interkommunalt politisk råd

Vedlegg 3

Beskrivelse av prosjektene i Digital samhandling

Tabellen nedenfor oppsummerer status for samhandlingstiltakene innenfor digital samhandling. Tjenestene utvikles av Norsk helsenett og eies av Helsedirektoratet.

Tabell: Prosjekter innenfor digital samhandling

* Det bemerkes at mandater for Digital samhandling for 2027 er under utarbeidelse per september 2026. De konkrete ambisjonene gjengitt nedenfor er derfor tentative, men gir likevel en pekepinn på utbredelsen de neste årene.

Løsning	Status på innføring*	Barrierer og avhengigheter	Relevans for Prosjekt X
Pasientens legemiddelliste (PLL) Én felles og oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbehandling	Nasjonal utprøving og innføring er påstartet, og planlagt ut 2029. Per 2026 har fastleger og sykehus kommet lengst i utprøving og innføring i alle regioner. • Det er ambisjoner om at nødvendig PLL-funksjonalitet er etablert i journalsystemene for nær sagt alle relevante aktørgrupper i løpet av 2027. • For både region Vestlandet og Nord er ambisjon for 2027 at 100 % av sykehus, fastleger og legevakt har prøvd ut og startet innføring av PLL, samt 80 % av avtalespesialister og 40 % av ØHD/KAD, sykehjem og hjemmetjeneste – med gradvis bredding ut 2029. • I region Sør-Øst er ambisjon for 2027 at 100 % av sykehus har prøvd ut og startet innføring av PLL, samt 50 % av avtalespesialister, 80 % av fastleger og legevakt og 20 % av sykehjem, ØHD/KAD og hjemmetjeneste – med gradvis bredding ut 2029.	I 2026 mangler det foreløpig støtte for PLL i journalsystemer til kommunal sektor. Forsinkelser knyttet til elektronisk multidose påvirker fremdriften.	Adresserer utfordringer knyttet til manglende tilgang til oppdatert legemiddelinformasjon på tvers av tjenestenivåer. Når PLL er bredt innført, forventes behovet for manuell avklaring og dobbeltføring av legemiddelinformasjon å reduseres.

Løsning	Status på innføring*	Barrierer og avhengigheter	Relevans for Prosjekt X
	- I region Midt-Norge er ambisjon for 2027 at 100 % av sykehus har prøvd ut og startet innføring av PLL, samt 50 % av fastleger, legevakt, sykehjem, ØHD/KAD og hjemmetjenesten, og 10 % av avtalespesialister – med gradvis bredding ut 2029. - I 2027 er det ambisjon om at 20 % av innbyggere med behov for en PLL har fått det – med gradvis bredding ut 2029.		
Pasientens prøvesvar (PPS) Tilgjengeliggjør lab- og radiologisvar på tvers av virksomheter og behandlingsnivåer	Utpøving med formål helsehjelp startet i 2025, og innføring pågår etter planen ut 2029. - I pågående utpøving har private og offentlige laboratorier blitt prøvd ut i rollen som produsent/kilde av prøvesvar. - Tilpasning og utpøving av spesialisthelsetjenesten som produsent/kilde av sykehusrekvirerte prøvesvar ble påstartet i region Midt-Norge medio 2026, og plan om resterende regioner i 2026 og 2027. Ambisjon i 2027 om bredding til 40 % av sykehus i Helse Sør-Øst og Midt-Norge, 60 % i Helse Nord og 80 % hos Helse Vest. - Fastleger har deltatt som rekvirenter i utpøving siden 2025. Ambisjon om at 40 % av fastleger kan lese prøvesvar i 2026, og 80 % i 2027. Per 2026 har EPJ-løftet gjennomført en anskaffelse ut mot leverandørene for integrasjon mot PPS-API. - Ambisjon om at 60 % av spesialisthelsetjenesten kan	Tilpasninger i EPJ-løsninger gjenstår. Tilpasninger i teknisk løsning pågår. Begrenset utbredelse blant konsumenter, blant annet knyttet til behov for signering av medlemsvilkår.	Kan redusere utfordringer knyttet til manglende tilgang til prøvesvar på tvers av virksomheter og bidra til raskere tilgang til diagnostisk informasjon, færre manuelle henvendelser og mindre dobbelt prøvetaking.

Løsning	Status på innføring*	Barrierer og avhengigheter	Relevans for Prosjekt X
	lese prøvesvar i 2026 og 90 % i 2027. Det er ambisjon om at 95 % av innbyggere skal ha tilgang til prøvesvarene som deles i løpet av 2026. Det pågår samarbeid med KS i 2026 for å få med kommunale tjenester (sykehjem og legevakt) i videre utprøving.		
Pasientens måldata (PMD) Samle og tilgjengeliggjør e medisinske måldata for pasienter i behandling/ digital hjemmeoppfølging på tvers av helse- og omsorgssektoren	Utvikling og begrenset utprøving pågår i 2026. Utprøvingen startet med deling av reelle pasientdata i 2025, og fortsetter i 2026 i enkelte helsefellesskap og kommuner i region Sør-Øst (Drammen og Asker med Vestre Viken HF, Oslo kommune med OUS HF og Fredrikstad med Sykehuset Østfold HF). Det er et stadig økende antall pasienter som har fått sine data delt i løsningen (106 pasienter per uke 37 2026) - fra kommune til spesialisthelsetjenesten. I Midt-Norge har aktørene som har tatt i bruk felles pasientjournalløsning mulighet for å dele og motta pasientens måldata. Dette er imidlertid ikke en del av den nasjonale utprøvingen per nå. Det pågår arbeid med videre konsept og organisering av PMD, herunder hvordan arbeidet kan inngå som en integrert del av arbeidet med digital hjemmeoppfølging, å flytte tjenester hjem, nye tjenestereformer og velferdsteknologi. Dette forventes avklart ultimo 2026.	Innføring av Pasientens måldata forutsetter at kommuner tar i bruk DHO.	Relevant for prosjekter som bygger på digital hjemmeoppfølging og deling av observasjoner og målinger mellom tjenestene. Kan på sikt støtte nye arbeidsformer og mer helhetlig oppfølging av pasienter utenfor sykehus.

Løsning	Status på innføring*	Barrierer og avhengigheter	Relevans for Prosjekt X
Pasientens kritiske informasjon (PKI) Deling av pasientens kritiske informasjon mellom fagsystem og Kjernejournal	Utprøving og innføring pågår. Nasjonal innføring planlagt ferdigstilt ut 2029. - Kritisk informasjon er innført hos Helse Vest og Helse Sør-Øst, mens Helse Nord planlegger å ta i bruk tjenesten i løpet av 2026 - alle med planer om gradvis bredding frem mot 2028-29 - Helse Midt-Norge planlegger å ta i bruk tjenesten innen mars 2029 for å imøtekomme krav fra EHDS om Pasientoppsummering. - Ambisjon i 2027 om at legevakter blir teknisk tilrettelagt for å lese kritisk info - Ambisjon for 2027 om at 40 % av fastleger og avtalespesialister har tatt i bruk kritisk informasjon, og registrerer og deler kritisk informasjon i kjernejournal. Per 2026 har kun 2 av 5 EPJ-systemer støtte for PKI-API. Alle leverandørene har tilgang til kritisk informasjon gjennom kjernejournal portal. Det pågår arbeid i regi av KS for å innføre tjenesten til kommunene.	Behov for at flere EPJ-leverandører utvikler støtte for blant annet fastleger og legevakter. Manglende innføring og bruk av HelseID.	Bidrar til at kritiske helseopplysninger blir tilgjengelige på tvers av virksomheter. Dette kan styrke pasientsikkerheten i samhandlingsforløp der flere aktører følger opp samme pasient.
Pasientens journaldokumenter (PJD) Automatisk deling av journaldokumenter mellom virksomheter	Utprøving pågår per 2026, med ambisjon om gradvis innføring ut 2029 med 80 % dekningsgrad hos relevante aktører. <i>Kilde (deling):</i> Helseforetak i Vest, Nord og Sør-Øst, samt Oslo kommune (legevakt og KAD) deler allerede sine journaldokumenter gjennom tjenesten.	<i>Kilde (deling)</i> Tekniske barrierer i journalsystemer for avtalespesialister og kommuner knyttet til standardisert deling av dokumenter (forhåndskonfigurasjon).	Adresserer utfordring med manglende tilgang til journaldokumentasjon på tvers av virksomheter. Løsningen kan redusere

Løsning	Status på innføring*	Barrierer og avhengigheter	Relevans for Prosjekt X
	- Ambisjon for 2027 er at Midt Norge RHF deler sine journaldokumenter til resten av landet, samt at utprøving blant avtalespesialister er påstartet med gradvis bredding ut 2028-29 - Forberedelser til utprøving for kommuner pågår i 2026-27 (legevakt, sykehjem/ØHD/KAD), med ambisjon om gradvis bredding ut 2029 Det er vurdert at fastlegers journaldokumenter ikke skal inngå som kilde <i>Konsument (lese):</i> - Per 2026 har helsepersonell i helseforetak i region Vest, Nord og Sør-Øst, Lovisenberg og Diakonhjemmet, samt flere fastleger lesetilgang. - For fastleger er ambisjon for 2026 er at 50 % har lesetilgang, og 80 % i 2027. - For legevakter er ambisjon for 2026 at 40 % har lesetilgang, og 80 % i 2027 - For avtalespesialister er ambisjon for 2026 at 20 % har lesetilgang, og 50 % i 2027 - For PLO er ambisjon for 2026 at 10 % har lesetilgang, og 50 % i 2027.	<i>Konsument (lese)</i> Manglende signering av bruksvilkår blant fastleger stagnerer bruken. Lav innføringstakt i PLO. Innføringstakten vil kunne økes med anskaffelse og innføring av nye journalsystemer.	behovet for manuell innhenting av informasjon og bidra til mer sammenhengende pasientforløp.
Digitalt helsekort for gravide (DHG) Digital deling av informasjon mellom den gravide og helsepersonell	Utprøving pågår i 2026. Nasjonal innføring planlagt fra 2027 og ut 2028. Arbeid pågår i 2026 med teknisk tilrettelegging i fagsystemer, med ambisjon om full støtte i	Leverandøravhengigheter, behov for videre utvikling i teknisk løsning, og enkelte regelverksavklaringer og justering/revidering av	

Løsning	Status på innføring*	Barrierer og avhengigheter	Relevans for Prosjekt X
gjennom svangerskap, fødsel og barseltid	2027 for fastleger, kommunal jordmortjeneste og sykehus. - Ambisjon for 2026 er at 50 % av kommunale jordmortjenester/helsestasjoner og fastleger har tatt i bruk tjenesten. - Ambisjon om at de regionale helseforetakene skal ha startet utprøving og innføring innen utgangen av 2026. - Ambisjon om at 80 % av alle helsevirksomheter (kommunal jordmortjeneste/helsestasjoner, fastleger og regionale helseforetak) som samhandler om den gravide har tatt i bruk tjenesten innen utgangen av 2027.	nasjonal faglig retningslinje.	