

Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre

Dokument 3:10 (2025-2026)

Til Stortinget

Riksrevisjonen skal bidra til forbetringar i forvaltninga, mellom anna ved å undersøkje om det Stortinget har bestemt, blir gjennomført på ein effektiv måte.

Riksrevisjonen legg med dette fram Dokument 3:10 (2025–2025) Riksrevisjonens si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre.

Dokumentet er delt inn slik:

- Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar
- Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag
- Del 3: Revisjonskriterium og metodisk tilnærming

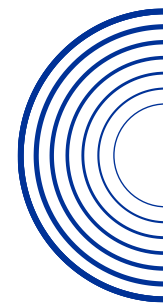
Riksrevisjonen, 5. mai 2026

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Revisjonen er gjennomført som ein forvaltningsrevisjon i samsvar med

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI-standarden for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- dei faglege retningslinjene for forvaltningsrevisjon frå Riksrevisjonen



Om undersøkinga

Kort oppsummert

Bakgrunn

I åra framover vil ein stadig større del av innbyggjarane i Noreg vere eldre med behov for tenester frå både kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta. Allereie om sju år, i 2033, vil talet på eldre over 80 år ha auka med 50 prosent samanlikna med 2024.

Det er godt kjent at det har vore vedvarande svakheiter i samhandlinga mellom tenestenivåa. For å sikre berekraftige helse- og omsorgstenester framover er vi avhengige av betre samhandling og at fleire tenester blir gitt på eit lågast mogleg tenestenivå.

Formål

Målet med undersøkinga er å kaste lys over samhandlinga om eldre pasientar mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta, årsaker til svakheiter i samhandlinga mellom nivåa og eventuelle konsekvensar av svakheiter i samhandlinga.

Konklusjonar

- Spesialisthelsetenesta behandlar i dag i mange tilfelle pasientar som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane.
- Sjukehusa vil framover bli overbelasta dersom ikkje helsetenestene i større grad enn i dag utføres på lågast moglege omsorgsnivå.

- Eldre i sjukehusa sine vertskommunar brukar spesialisthelsetenestar meir enn eldre i andre kommunar
- Svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samanhengande tenester.
- Leiinga i helsetenestane er for lite merksam på kjende svakheiter i samhandlinga.
- Styringa til departementet sikrar ikkje god samhandling eller tilstrekkeleg informasjon om verkemidla for samhandling har fungert.

Overordna vurdering

Kritikkverdig.

Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå. Denne undersøkinga viser at mange kommunar ikkje i stor nok grad følgjer opp ansvaret sitt for å gi innbyggjarane nødvendig helsehjelp. Mange pasientar som kunne vore behandla i kommunane blir lagde inn på sjukehus, og utskrivingsklare pasientar blir ikkje alltid tekne imot av kommunane. Dette har store konsekvensar for pasientane, dei tilsette og for drifta av sjukehusa.

Dersom bruken av sjukehusa held fram som i dag, truar det berekrafta til spesialisthelsetenestene. For å handtere dei demografiske utfordringane er det avgjerande at sjukehusa og kommunane i større grad samarbeider om å planlegge dei samla helsetenestene på lengre sikt. Gode

pasientforløp føreset at kapasiteten i dei kommunale og statlege tenestene er tilpassa kvarandre.

Undersøkinga viser vidare at det er store skilnader i bruken av sjukehus mellom kommunane i same opptaksområde, men styret og leiinga i føretaka har lite merksemd på å følgje opp desse skilnadane.

Dei statlege verkemidla som Helse- og omsorgsdepartementet forvaltar, og som skal bidra til at behandlinga skjer på rett nivå, har ikkje fungert godt nok.

Tilrådingar

Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet sørgjer for:

- at statlege verkemiddel blir innretta på ein slik måte at dei fremjar pasientforløp på lågaste effektive omsorgsnivå. Dette inneber at kommunane må ha ein riktig bruk av kommunalt akutt døgntilbod (KAD) og legevakt, ei god oppfølging av fastlegane sin tilvisingspraksis og at samhandlinga om utskrivingsklare pasientar må bli betre. Det inneber òg at departementet vurderar insentiva for at kommunane tar imot utskrivingsklare pasientar.
- betre styringsdata om samhandling som kan bidra til forbetringar av pasientforløpa i tenestene. Dette inkluderer styringsdata som leiarar i kommunane og sjukehusa kan bruke til å utvikle gode pasientforløp og vurdere om pasientane blir behandla på rett nivå, som for eksempel styringsdata om tilvisingspraksis.
- at dei regionale helseføretaka ivaretek sitt ansvar for å leggje til rette for nødvendig samarbeid med kommunane om å tilby tenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be Helsedirektoratet om å:

- undersøkje kvifor innbyggjarar i mange vertskommunar oftare blir behandla i sjukehus enn innbyggjarar i andre kommunar.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be dei regionale helseføretaka om å:

- følgje opp skilnader i innbyggjarane sin bruk av sjukehusa i dei ulike kommunane i opptaksområdet til helseføretaka og sjukehusa,
- ha større merksemd i den langsiktige planlegginga på korleis kjenneteikn ved kommunane sine helse -og omsorgstenester, som kapasitet og organisering, påverkar bruken av spesialisthelsetenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i samarbeid med KS:

- medverke til at spesialisthelsetenestene og kommunane i større grad bruker helsefelleskapa til å samarbeide om å planleggje og utvikle tenestene i eit meir langsiktig perspektiv.



Innhald

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar	11
1 Bakgrunn	12
1.1 Aktørar i helsetenestene	13
2 Mål og problemstillingar	15
2.1 Metodisk tilnærming	16
2.2 Avgrensingar	16
3 Konklusjonar	17
4 Overordna vurdering – kritikkverdig.....	18
5 Utdjuping av konklusjonar	18
5.1 Sjukehusa vil framover bli overbelasta dersom ikkje helsetenestene større grad enn i dag utføres på lågast moglege omsorgsnivå	18
5.2 Specialisthelsetenesta behandlar i mange tilfelle pasientar som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane	23
5.3 Eldre i sjukehusa sine vertskommunar brukar specialisthelsetenestene meir enn eldre i andre kommunar	27
5.4 Svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samhengande tenester.....	28
5.5 Leiinga i helsetenestene er for lite merksam på kjende svakheiter i samhandlinga	35
5.6 Departementet si styring sikrar ikkje god samhandling eller tilstrekkeleg informasjon om verkemidla for samhandling har fungert.	39
6 Tilrådingar.....	47
7 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden	48
Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag.....	49
8 Har meir av behandlinga blitt overført frå staten til kommunane?.....	50
8.1 Kapasiteten har auka meir i den kommunale helse- og omsorgstenesta enn i den somatiske specialisthelsetenesta.....	50
8.2 Blant eldre over 80 år har bruken av specialisthelsetenester auka og bruken av kommunale helsetenester minka	53
8.3 Bruken av specialisthelsetenester vil auke mykje dersom bruken held fram som i dag.....	54
8.4 Det er store skilnader mellom kommunane i eldre sin bruk av specialisthelsetenester.....	58
8.5 Kapasiteten i helse- og omsorgstenesta i kommunen, og organiseringa av ho, har noko å seie for bruken av sjukehusstenester.....	66
8.6 Ein del av kapasiteten til sjukehusa kunne blitt frigjord dersom bruken blei redusert i kommunar med høg bruk	71
9 Samhandlar tenestenivåa om å overføre og ta imot pasientar?.....	72
9.1 Ventetida for eldre er framleis langt unna målet på 50 dagar	72

9.2 Mange leiarar på sjukehusa meiner at fleire eldre pasientar som blir lagde inn akutt, burde vore handterte av kommunane	78
9.3 Kommunalt akutt døgntilbod fungerer ikkje etter hensikta i ein del kommunar	82
9.4 Nokre få kommunar står for ein stor del av overliggjardøgna på sjukehusa.....	87
9.5 Mange leiarar i kommunane og helseføretaka bruker ikkje data om geografiske skilnader i planlegginga av drifta	97
10 Samhandlar tenestenivåa på ein gjensidig og forpliktande måte for å utnytte dei samla ressursane best mogleg?	108
10.1 Alle dei 19 helsefellesskapa er etablerte og i gang med å utvikle felles tenester.....	108
10.2 Helsefellesskapa har til ein viss grad bidrege til samhandling mellom helseføretak og kommunar	110
11 Bidreg statlege verkemiddel til samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta?	121
11.1 Regjeringa har intensivert arbeidet med å få ned ventetidene gjennom Ventetidsløftet.....	122
11.2 Rekrutteringa av fastlegar har auka	123
11.3 Helse- og omsorgsdepartementet har hatt lite informasjon om kvaliteten i KAD-ane og om KAD har erstatta sjukehusinnleggingar.....	125
11.4 Sjukehusa har langt høgare kostnader i samband med liggjedøgn enn det kommunane betaler for overliggjardøgn.....	126
11.5 Nasjonale styringsdata gir informasjon om ein del sider ved samhandlinga	128
11.6 Ulike styringslinjer og ulik finansiering og organisering av tenester hindrar samhandling.	131
11.7 Det er behov for meir kunnskap om korleis helsefellesskapa fungerer.....	133
11.8 Samhandlingstilskotet har bidrege til mange samhandlingsprosjekt.....	135
11.9 Auka rammefinansiering skal gi større handlingsrom for samhandling	139
11.10 Dei regionale helseføretaka har avgrensa verkemiddel for å leggje til rette for samhandling	139
Del 3: Revisjonskriterium og metodisk tilnærming	142
12 Revisjonskriterium.....	143
12.1 Mål og krav til samhandling	143
12.2 Statleg styring av helse- og omsorgstenestene	146
12.3 Krav til styring av verksemder som tilbyr helse- og omsorgstenester.....	149
13 Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	150
13.1 I kva grad har ein større del av pasientbehandlinga blitt overført frå spesialisthelsetenesta til dei kommunale helse- og omsorgstenestene?.....	150

13.2 Problemstilling 2: I kva grad samhandlar tenestenivåa ved å overføre pasientar mellom seg?.....	155
13.3 Problemstilling 3: I kva grad samhandlar tenestenivåa på ein gjensidig og forpliktande måte for å utnytte dei samla ressursane best mogleg?.....	156
13.4 Problemstilling 4: I kva grad bidreg statlege verkemiddel til samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta til å sikre heilskapelege pasientforløp og ei berekraftig utvikling av tenestene?.....	160
14 Referanseliste	162
Vedlegg 1: Brev frå Riksrevisjonen til statsråden	171
Vedlegg 2: Svar frå statsråden.....	174
Vedlegg 3: Liste over variablar brukte i regresjon	178
Vedlegg 4: Litteraturgjennomgang av forskning på kva som forklarar variasjon i sjukehusforbruk.....	185

Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt over datakjelder for deskriptive indikatorar	150
--	-----

Figuroversikt

Figur 1 Organisering av spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene	14
Figur 2 Endring i bruken av ulike helsetenester frå 2015 til 2024, fordelt på kommunar og sjukehus. Pasientgruppa 80 år og eldre.....	20
Figur 3 Utvikling i faktisk bruk av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper frå 2015 til 2024, og forventa bruk fram mot 2050 dersom bruken av spesialisthelsetenester held fram som i dag.....	22
Figur 4 Talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.....	25
Figur 5 Andelen av alle liggjedøgn som er overliggjardøgn, fordelt på sjukehus, og kor stor del av desse som er frå vertskommunen. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.....	31
Figur 6 Leiarar for medisinske avdelingar si vurdering av påstandar om kva konsekvensar pasientar med overliggjardøgn har for avdelinga deira. 2025. N = 121	32
Figur 7 Samhandlingstrappa	41
Figur 8 Svar på spørsmål som gjeld dei ulike trinna i samhandlingstrappa. N = 270 blant leiarar av helse- og omsorgstenestene i kommunane, og N = 60 blant leiarar av medisinske avdelingar ved sjukehusa. 2025.	42
Figur 9 Utvikling i kapasitet og aktivitet i primær- og spesialisthelsetenesta frå 2015 til 2024, fordelt på utvalde nøkkelindikatorar (kostnader er ikkje prisjusterte).	51
Figur 10 Endring i ulike nøkkelindikatorar frå 2015 til 2024, fordelt på kommunar og sjukehus. Pasientgruppa 80 år og eldre. Indikatorer i sjukehusa gjeld ikkje-kirurgiske kontaktar, med unntak av polikliniske konsultasjonar.....	53

Figur 11 Folketalsutvikling 2024–2050, fordelt på ulike aldersgrupper.....	55
Figur 12 Folketalsutvikling 2024–2050, fordelt på ulike aldersgrupper og kommunestorleikar	56
Figur 13 Utvikling i faktisk bruk av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper frå 2015 til 2024, og forventna bruk fram mot 2050 føresett at bruken av spesialisthelsetenester held fram som i dag.....	57
Figur 14 Talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024	59
Figur 15 Talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024. N angir talet på kommunar i opptaksområdet til sjukehuset.	60
Figur 16 Talet på akutte, ikkje-kirurgiske korttidsliggjedøgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024	62
Figur 17 Talet på akutte, ikkje-kirurgiske korttidsliggjedøgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024. N angir talet på kommunar i opptaksområdet til sjukehuset.	63
Figur 18 Talet på planlagde polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.	64
Figur 19 Talet på planlagde polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024. N angir talet på kommunar i opptaksområdet til sjukehuset.	65
Figur 20 Regresjonsresultat: Kva heng bruk av sjukehusstenester saman med?.....	68
Figur 21 Potensiell innsparing i bruk av sjukehusstenester for pasientgruppa 80 år og eldre, dersom den firedelen av kommunane som har flest ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar, reduserer bruken til same nivå som i den kommunen som ligg høgast blant dei andre kommunane.	71
Figur 22 Gjennomsnittleg ventetid for pasientforløp med påbyrja helsehjelp innanfor somatiske fagområde, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80-89 år. 2024.....	74
Figur 23 Andel pasientforløp med fristbrot, etter helseføretak. Pasientgruppa 80-89 år med påbyrja helsehjelp innanfor somatiske fagområde. 2024.....	75
Figur 24 Leiarane for akuttmottaka si vurdering av kor viktige eller uviktige ulike grunnar er for at terskelen for å tilvise eldre pasientar til akuttinnleggingar varierer mellom kommunane i opptaksområdet. 2025. N = 43	79
Figur 25 Leiarane for akuttmottaka si vurdering av ulike påstandar om KAD. 2025. N = 28	85
Figur 26 Andelen liggjedøgn blant utskrivingsklare pasientar som er overliggjardøgn, fordelt på helseføretak og sjukehus. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.....	88
Figur 27 Andelen av utskrivingsklare pasientopphald med minst eitt overliggjardøgn, fordelt på regionale helseføretak, sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.....	89
Figur 28 Andelen av alle liggjedøgn som er overliggjardøgn, fordelt på sjukehus, og kor stor del av desse som er frå vertskommunen. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024	91
Figur 29 Andelen av alle liggjedøgn som er overliggjardøgn (x-akse), sett opp mot talet på overliggjardøgn (y-aksen) per kommune. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.....	92

Figur 30 Leiarar for medisinske avdelingar si vurdering av påstandar om kva konsekvensar pasientar med overliggjardøgn har for avdelinga deira. 2025. N = 73	94
Figur 31 Helse- og omsorgssjefane si vurdering av kva som er viktige eller uviktige grunnar til at kommunane har overliggjardøgn. Kommunar der meir enn 15 prosent av dei utskrivingsklare pasientane har minst eitt overliggjardøgn. 2025. N = 110	96
Figur 32 Helse- og omsorgsleiarar si vurdering av påstandar om kva oversikt kommunane har over innbyggjarane sin bruk av sjukehusa. 2025. N = 277.	98
Figur 33 Andelen leiarar som bruker utvalde data på kommunenivå i planlegginga av drifta. 2025. N = 48 for overliggjardøgn, N = 60 for akuttinnleggingar, N = 46 for reinnleggingar.....	101
Figur 34 Samhandlingstrappa	110
Figur 35 Leiarane si vurdering av påstandar om samhandling mellom tenestenivåa. Andel som meiner at påstandane om partane gjennom helsefelleskapet har oppnådd ei felles forståing på ulike område stemmer godt eller svært godt. 2025. N kommunar = 271, N medisinske leiarar = 121, N akuttmedisinske leiarar = 61	112
Figur 36 Svar på spørsmål som gjeld dei ulike trinna i samhandlingstrappa. 2025. N = 270 blant leiarar i kommunane, og N = 60 blant leiarar på sjukehusa.	118

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Akutte kontaktar, akutte korttidsliggjedøgn og polikliniske konsultasjonar...	21
Faktaboks 2 Leserettleiing til Figur 4 med sjukehuset i Tromsø som døme.....	24
Faktaboks 3 Kommunalt akutt døgntilbod (KAD)	29
Faktaboks 4 Planlagde polikliniske konsultasjonar: nytilvisingar og kontrollar.....	34
Faktaboks 5 Døme på andre grunnar til at nokre fastlegar tilviser fleire pasientar enn andre	77
Faktaboks 6 Døme på andre viktige grunnar til at terskelen for akuttinnleggingar er ulik mellom kommunane i opptaksområdet til sjukehuset	82
Faktaboks 7 Aktiviteten ved KAD-ane i 2022.....	83
Faktaboks 8 Utskrivingsklare pasientar	87
Faktaboks 9 Døme på konsekvensar av pasientar med overliggjardøgn for pasientane, dei tilsette og drifta	95
Faktaboks 10 Døme på andre viktige grunnar til at kommunane har utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar.....	97
Faktaboks 11 «Ta tiden tilbake» ved Sørlandet sjukehus.....	100
Faktaboks 12 Arbeidet til helsefelleskapet i Østfold med å dele informasjon om planar og endringar	111
Faktaboks 13 Samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak	119
Faktaboks 14 Ventetidsløftet	122
Faktaboks 15 Basistilskotet i finansieringsmodellen for fastlegeordninga	124
Faktaboks 16 Kommunal betalingsplikt	127
Faktaboks 17 Rekrutterings- og samhandlingstilskotet og Prosjekt X.....	136

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter desse tre alvorsgradane:

Ikkje tilfredsstillande



Når vi finn svakheiter, feil og manglar som i mindre grad får direkte konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

Kritikkverdig



Når vi finn betydelege svakheiter, feil og manglar som ofte vil kunne få moderate til store konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

Sterkt kritikkverdig



Når vi finn alvorlege svakheiter, feil og manglar. Desse vil ofte kunne få svært store konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

Del 1:

Riksrevisjonen sine vurderingar

1 Bakgrunn

I åra framover vil ein stadig større del av innbyggjarane i Noreg vere eldre.¹ Mange pasientar, særleg eldre, kronikarar og psykisk sjuke, har og vil få behov for tenester frå både kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta. Desse pasientgruppene har ofte store og samansette behov.²

Stortinget har i mange år streka under behovet for god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dette skal bidra til at alle pasientar får eit godt og likeverdig tilbod, og at ressursane blir utnyttta effektivt.

Stortinget har vidare lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på det lågaste effektive omsorgsnivået, i tråd med det såkalla LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det betyr at pasientane berre skal få behandling på sjukehus når ikkje kommunane kan gi eit forsvarleg tilbod. For å sikre berekraftige helse- og omsorgstenester framover er vi avhengige av at fleire tenester blir gitt på eit lågast mogleg tenestenivå, innanfor rammene av det som er forsvarleg og lokale tilpassingar.³

I 2012 blei samhandlingsreforma innført. Reforma la vekt på at oppgåver skulle flyttast frå spesialisthelsetenesta til kommunane.⁴ Eit av hovudgrepa i reforma var òg at kommunane skulle få nye oppgåver. Kommunane skulle utvikle nye tenestetilbod og dessutan ta over oppgåver frå spesialisthelsetenesta.⁵

Det er godt kjent og dokumentert at det har vore vedvarande svakheiter i samhandlinga om pasientar som treng tenester frå både kommunen og spesialisthelsetenesta, etter at reforma blei innført.⁶ Resultatet er at pasientar blir «kasteballar i systemet» og i mange tilfelle ikkje får eit heilskapleg og samanhengande pasientforløp.⁷ I mange tilfelle er ressursbruken lite effektiv òg, fordi pasienten blir behandla på feil nivå.

Framskrivingsmodellane til SSB viser at talet på eldre over 80 år vil doble seg frå 2024 til 2045. Allereie i 2033 vil talet på eldre over 80 år ha auka med 50 prosent samanlikna med 2024.⁸ Mange i denne aldersgruppa får helsetenester frå både sjukehusa og kommunen. For å sikre ei berekraftig helseteneste blir det derfor avgjerande at kommunane og sjukehusa samarbeider godt om pasientforløpa til desse pasientane.

¹ Ifølgje Statistisk sentralbyrå vil befolkninga bestå av fleire eldre personar (65+ år) enn barn og unge (0–19 år) i løpet av det neste tiåret. Befolkninga over 80 år er forventa å meir enn doble seg innan 2050. Kjelde: Statistisk sentralbyrå, 2024

² 63 prosent av dei økonomiske ressursane i norske sjukehus blei i 2017 brukt på ti prosent av pasientane. Kjelde: Helsedirektoratet, 2017

³ Meld. St. 23 (2024–2025)

⁴ Meld. St. 47 (2008–2009)

⁵ Innst. 112 S (2009–2010)

⁶ Til dømes NOU 2023: 8; Riksrevisjonen, 2024; Riksrevisjonen, 2025a; Riksrevisjonen, 2025b; Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c

⁸ Statistisk sentralbyrå, 2024.

1.1 Aktørar i helsetenestene

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordna ansvaret for helsetilbodet i både spesialist- og kommunehelsetenesta. Departementet har ansvaret for at innbyggjarane får gode og likeverdige helse- og omsorgstenester, uavhengig av mellom anna bustad og økonomi. HOD styrer gjennom lovverk og forskrift og årlege løyvingar og ved hjelp av statlege verksemder og føretak.

Helsedirektoratet har mellom anna ansvar for å lage rettleiarar og retningslinjer, forvalte enkelte tilskotsordningar og register, utarbeide statistikk, utvikle kvalitetsindikatorar, lage kunnskapsoppsummeringar og sørge for evalueringar. Helsedirektoratet skal vidare støtte helsefellesskapa med mellom anna styringsinformasjon. Direktoratet skal òg bidra til at pasientar og brukarar møter ei samordna og samanhengande teneste.

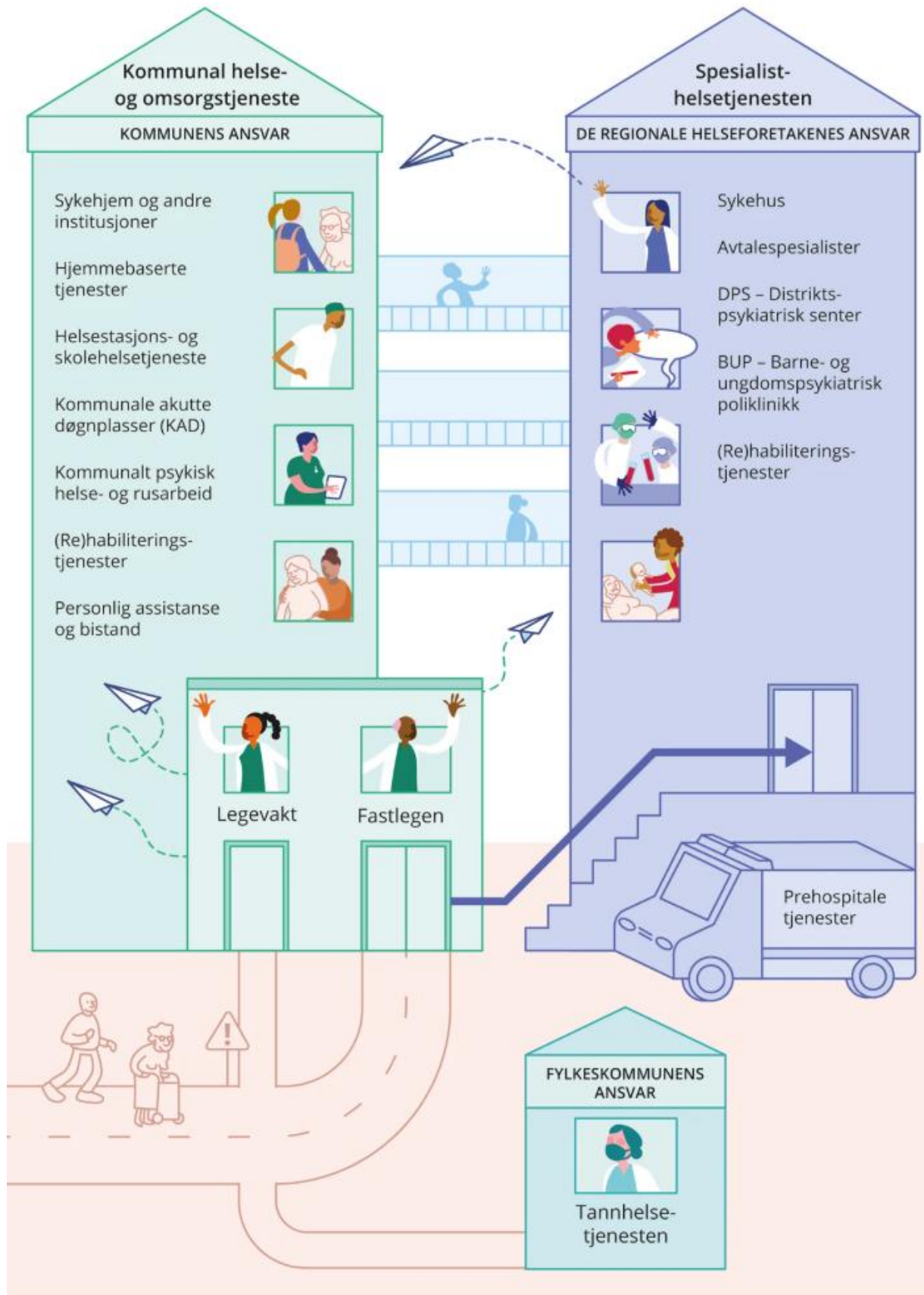
Folkehelseinstituttet (FHI) har ei sentral rolle i den nasjonale og globale helseberedskapen og som kunnskapsprodusent i helsesystemet. FHI produserer og formidlar kunnskap som skal fremje godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstenester. Frå januar 2023 har FHI hatt ansvaret for arbeidet med helseregistera, inkludert Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR).

Dei fire regionale helseføretaka skal sørge for at innbyggjarane får tenester i spesialisthelsetenesta i samsvar med behova sine. Dei regionale helseføretaka skal sørge for at verksemder som yter spesialisthelsetenester, samarbeider med andre tenesteytarar dersom det er nødvendig for å gi pasienten eit heilskapleg og samordna tenestetilbod.

Dei regionale helseføretaka eig **helseføretaka**. Det er 20 helseføretak som behandlar pasientar. Formålet med helseføretaka er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn. Eit helseføretak består av fleire **sjukehus**, som tilbyr tenester innanfor somatikk, psykisk helse og rusbehandling. I tillegg har dei regionale helseføretaka avtalar med private, ideelle sjukehus og private avtalespesialistar som tilbyr helsetenester innanfor ulike område. Aktivitetsdata frå desse inngår i datagrunnlaget og analysane i kapittel 8 og 9.

Kommunen skal sørge for at personar som oppheld seg i kommunen, får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester, inkludert allmennlegetenester. Kommunen skal samarbeide med andre tenesteytarar dersom det er nødvendig for å gi pasienten eller brukaren eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Kommunen må inngå avtalar med fastlegar for å sikre innbyggjarane forsvarleg helsehjelp. Kommunen skal leggje til rette for samarbeid mellom fastlegane og dei andre kommunale helse- og omsorgstenestene og mellom fastlegane, dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta. Aktørbiletet er illustrert i figur 1.

Figur 1 Organisering av spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene



Kjelde: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c

2 Mål og problemstillingar

Målet med undersøkinga er å kaste lys over samhandlinga om eldre pasientar mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta, årsaker til svakheiter i samhandlinga mellom nivåa og eventuelle konsekvensar av svakheiter i samhandlinga.

1. I kva grad har ein større del av behandlinga av eldre pasientar blitt overført frå spesialisthelsetenesta til dei kommunale helse- og omsorgstenestene?

For å svare på denne problemstillinga beskriv vi utviklinga i kapasitet og aktivitet i dei kommunale helse- og omsorgstenestene og i spesialisthelsetenesta. Vi undersøker om utviklinga er berekraftig ved å berekne den forventa bruken av spesialisthelsetenester fram mot 2040 dersom bruken held fram som i dag. Vidare beskriv vi skilnader i bruken av spesialisthelsetenester mellom kommunane i same opptaksområde, og i kva grad kapasiteten og organiseringa i kommunane kan forklare skilnadene.

2. I kva grad samhandlar tenestenivåa ved å overføre og ta imot eldre pasientar mellom seg?

Vi svarer på problemstillinga ved å beskrive og vurdere overføringa og mottaket av eldre pasientar mellom sjukehusa og kommunane, inkludert kommunane si evne til å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa. Vi ser òg nærmare på kva konsekvensar svak samhandling har for sjukehuspasientane, dei tilsette og drifta av sjukehusa. Vidare undersøker vi kva styringsinformasjon om samhandling leiinga i kommunane og sjukehusa bruker for å planleggje tenestene.

3. I kva grad samhandlar tenestenivåa om eldre pasientar på ein gjensidig og forpliktande måte for å utnytte dei samla ressursane best mogleg?

Denne problemstillinga svarer vi i hovudsak på ved å sjå nærmare på samhandlinga mellom helseføretaka og kommunane gjennom arbeidet i helsefelleskapa.

4. I kva grad bidreg statlege verkemiddel til samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta, heilskaplege pasientforløp og ei berekraftig utvikling av tenestene?

For å svare på problemstillinga undersøker vi sentrale statlege verkemiddel som skal bidra til at helseføretaka og dei kommunale helse- og omsorgstenestene samhandlar betre på overordna nivå / systemnivå.

Revisjonskriteria som ligg til grunn for undersøkinga, er utleidde frå mellom anna

- *lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstenestelova)*
- *lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetenestelova)*
- *Innst. 424 L (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), jf. Prop. 91 L (2010–2011)*

- *Innst. O. nr. 65 (1998-99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Revisjonskriteria er nærmare omtalte i del 3, kapittel 12.

2.1 Metodisk tilnærming

Undersøkinga byggjer på ein kombinasjon av kvalitative og kvantitative metodar og kjelder: registerdata, spørjeundersøkingar, dokument og intervju.

Undersøkinga bruker registerdata for perioden frå 2015 til 2024 og inkluderer dei 20 helseføretaka som driv med pasientbehandling, private avtalespesialistar og alle dei private, ideelle sjukehusa som har driftsavtale med dei regionale helseføretaka. Spørjeundersøkinga blei gjennomført i 2025. Dokumentanalysane og intervjuane blei i hovudsak gjennomført i 2025.

I analysane av registerdata har vi brukt aggregert statistikk frå Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet (Norsk Pasientregister og Kommunalt pasientregister). Vi sende spørjeundersøkingar til leiarane for helse- og omsorgstenestene i alle kommunane i landet, samhandlingssjefane i alle helseføretaka, leiarane for akuttmottaka og eit utval leiarar for medisinske avdelingar ved alle sjukehusa i landet.

Vidare har vi analysert relevante dokument i helsefelleskapa, helseføretaka og kommunane, som samarbeidsavtalar, handlingsplanar, økonomiplanar, utviklingsplanar, styresaker og tertialrapportar.

Vi har intervjuar representantar for Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og dei fire regionale helseføretaka. I tillegg har vi intervjuar leiarar i to helsefelleskap, sekretariatet i desse to helsefelleskapa, leiarar på ulike nivå i to helseføretak og fire leiarar for helse- og omsorgstenestene i kommunane.

Vi har beskrive nærmare metodane vi har brukt, i del 3, kapittel 13.

2.2 Avgrensingar

- Spesialisthelsetenesta blir delt inn i somatikk og psykisk helse/tverrfagleg spesialisert rusbehandling. I undersøkinga ser vi på samhandling innanfor somatikk mellom spesialisthelsetenesta (helseføretaka) og dei kommunale helse- og omsorgstenestene på systemnivå.
- Vi har størst merksemd på eldre over 80 år. Denne aldersgruppa utgjer ein stadig større del av folketalet og står for eit stort volum av bruken av helsetenester både i kommunane og på sjukehusa. Å få til god samhandling for denne gruppa og sørge for at ho i størst mogleg grad blir behandla på lågaste effektive omsorgsnivå, vil derfor vere svært viktig. Vi inkluderer òg pasientar over 67 år der det er relevant.
- I organiseringa av den somatiske delen av helseføretaka skil ein vanlegvis mellom kirurgiske og medisinske avdelingar. I undersøkinga tek vi i hovudsak føre oss

samhandlinga mellom dei medisinske avdelingane på sjukehusa, akuttmottaka og kommunane. Pasientar over 80 år utgjer ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet om lag 20 prosent av alle liggjedøgn i helseføretaka. Ein stor del av desse liggjedøgna gjeld akutte medisinske liggjedøgn (ikkje-kirurgiske).

- Riksrevisjonen har ei eiga undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre som blir publisert i 2026. Denne har større merksemd på kapasiteten i desse tenestene.

3 Konklusjonar

- Spesialisthelsetenesta behandlar i dag i mange tilfelle pasientar som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane.
- Sjukehusa vil framover bli overbelasta dersom ikkje helsetenestene i større grad enn i dag utføres på lågast moglege omsorgsnivå.
- Eldre i sjukehusa sine vertskommunar brukar spesialisthelsetenestar meir enn eldre i andre kommunar
- Svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samanhengande tenester.
- Leiinga i helsetenestane er for lite merksam på kjende svakheiter i samhandlinga.
- Styringa til departementet sikrar ikkje god samhandling eller tilstrekkeleg informasjon om verkemidla for samhandling har fungert.

4 Overordna vurdering – kritikkverdig



Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå. Denne undersøkinga viser at mange kommunar ikkje i stor nok grad følgjer opp ansvaret sitt for å gi innbyggjarane nødvendig helsehjelp. Mange pasientar som kunne vore behandla i kommunane blir lagde inn på sjukehus, og utskrivingsklare pasientar blir ikkje alltid tekne imot av kommunane. Dette har store konsekvensar for pasientane, dei tilsette og for drifta av sjukehusa.

Dersom bruken av sjukehusa held fram som i dag, truar det berekrafta til spesialisthelsetenestene. For å handtere dei demografiske utfordringane er det avgjerande at sjukehusa og kommunane i større grad samarbeider om å planlegge dei samla helsetenestene på lengre sikt. Gode pasientforløp føreset at kapasiteten i dei kommunale og statlege tenestene er tilpassa kvarandre.

Undersøkinga viser vidare at det er store skilnader i bruken av sjukehus mellom kommunane i same opptaksområde, men styret og leiinga i føretaka har lite merksemd på å følgje opp desse skilnadane.

Dei statlege verkemidla som Helse- og omsorgsdepartementet forvaltar, og som skal bidra til at behandlinga skjer på rett nivå, har ikkje fungert godt nok.

Dette er kritikkverdig.

5 Utdjuping av konklusjonar

5.1 Sjukehusa vil framover bli overbelasta dersom ikkje helsetenestene større grad enn i dag utføres på lågast moglege omsorgsnivå

Både kommune- og spesialisthelsetenestene skal ytast på ein måte som bidreg til at ressursane samla sett blir utnytta best mogleg.⁹ Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på det lågaste effektive omsorgsnivået, i tråd med det såkalla LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det vil seie at ein pasient ikkje skal bli tilvist til spesialisthelsetenesta dersom kommunale helse- og omsorgstenester kan gi nødvendig helsehjelp.

⁹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 1-1 og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1

Bakgrunnen for samhandlingsreforma var mellom anna å sikre betre og meir berekraftig ressursutnytting og å overføre oppgåver frå sjukehusa til kommunane. I samband med behandlinga av helse- og omsorgstenestelova sa helse- og omsorgskomiteen seg samd i at ein større del av pasientforløpa skal overførast frå spesialisthelsetenesta til helse- og omsorgstenestene i kommunane.¹⁰

5.1.1 Det har vore sterk vekst i helsetenestene, både i kommunane og på sjukehusa

I perioden frå 2015 til 2024 var det ein sterk prosentvis vekst i årsverk både i kommunale helse- og omsorgstenester og i somatikken i spesialisthelsetenesta. Undersøkinga viser at

- veksten i årsverk blant sjukepleiarar og helsefagarbeidarar var større i dei kommunale helse- og omsorgstenestene enn i spesialisthelsetenesta
- veksten i legeårsverk var like sterk i spesialisthelsetenesta og i kommunane, og legane var den gruppa helsepersonell som hadde sterkast vekst på begge nivåa

Vidare viser undersøkinga at kapasiteten på døgnplassar i sjukehusa blei redusert med 10 prosent i same perioden, samtidig som døgnkapasiteten i dei kommunale helse- og omsorgstenestene ikkje auka. Talet på sjukeheimplassar var det same i 2024 som i 2015.

På desse ti åra auka aktiviteten i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dette gjaldt både talet på fastlegekonsultasjonar (22 prosent), talet på brukarar av helsetenester i heimen (12 prosent) og talet på brukarar av korttids plass i institusjon (10 prosent). I same tidsrommet var det ein reduksjon i talet på brukarar av omsorgsbustader (3 prosent) og talet på brukarar med langtidsopphald i institusjon (4 prosent).

I spesialisthelsetenesta auka talet på planlagde polikliniske konsultasjonar med 22 prosent frå 2015 til 2024. Samtidig blei talet på sengedøgn redusert med 10 prosent.

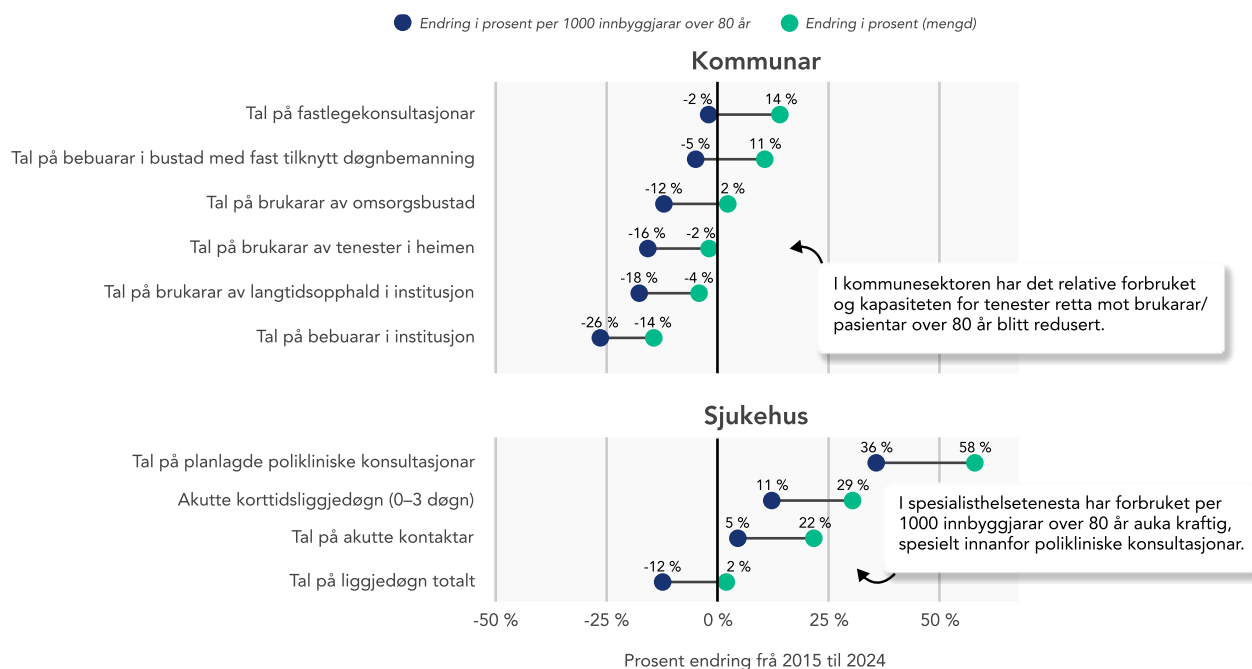
Undersøkinga viser at det var ein sterkare vekst i talet på årsverk i dei kommunale helse- og omsorgstenestene enn i spesialisthelsetenesta. Det var òg ei vriding frå døgnaktivitet (liggjedøgn) til dagaktivitet på sjukehusa (poliklinikk) og frå institusjonsopphald til heimetenester i kommunane. Dette er etter Riksrevisjonen si vurdering i tråd med samhandlingsreforma og med intensjonen om at tenestene skal bli gitt på det lågaste omsorgsnivået.

5.1.2 Eldre brukte sjukehusa betydeleg meir i 2024 enn i 2015

I undersøkinga har vi sett nærmare på eldre sin bruk av helsetenester i perioden frå 2015 til 2024. Det blei 16 prosent fleire eldre over 80 år i løpet av denne perioden. Figur 2 illustrerer korleis eldre sin bruk av helsetenester endra seg frå 2015 til 2024. Figuren viser prosentvis endring i aktivitet i absolutte tal (i grønt) og prosentvis endring i aktivitet per 1 000 innbyggjarar (i blått) blant eldre over 80 år for utvalde indikatorar.

¹⁰ Innst. 424 L (2010-2011).

Figur 2 Endring i bruken av ulike helsetenester frå 2015 til 2024, fordelt på kommunar og sjukehus.¹¹ Pasientgruppa 80 år og eldre.



Kjelde: Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister

Sjølv om det var vekst i *talet på årsverk* i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, viser figuren at det blant eldre over 80 år var *færre brukarar* av fleire former for kommunale helse- og omsorgstenester i 2024 enn det var i 2015. Dette gjeld bruken av både kommunale institusjonsplassar og helsetenester i heimen, der den prosentmessige endringa (grønt punkt) er negativ.

Ser ein på endringa *per innbyggjar* over 80 år (blått punkt), var det ein reduksjon i aktiviteten for alle kommunale helsetenester.

Figur 2 viser vidare at det i same periode var ein sterk vekst i bruken av *sjukehusstenester* blant personar som var 80 år og eldre. For denne gruppa er det langt fleire polikliniske konsultasjonar per innbyggjar i 2024 enn i 2015. Auken er på 36 prosent når ein tek omsyn til veksten i talet på eldre. Talet på akutte, ikkje-kirurgiske kontaktar per innbyggjar auka òg litt (5 prosent) for denne aldersgruppa (heretter kalla akutte kontaktar). Om vi ser på *akutte korttidsliggjedøgn* (heretter kalla korttidsliggjedøgn), var veksten større (11 prosent).

Undersøkinga viser alt i alt at det er færre eldre over 80 år enn før som bruker dei kommunale helse- og omsorgstenestene, medan det er større bruk av spesialisthelsetenester blant eldre.

Vi går ikkje i djupna på kva som ligg bak den minka bruken av kommunale helse- og omsorgstenester blant eldre, men auka bruk blant yngre brukarar er ein del av biletet. I vår spørjeundersøking til leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene er

¹¹ Aktivitetsdata for sjukehus gjeld ikkje-kirurgiske kontaktar, med unntak av planlagde polikliniske konsultasjonar, som inkluderer både kirurgi og medisin.

halvparten samde i påstanden om at ein auke i andelen yngre brukarar gjer det vanskelegare enn før å prioritere eldre brukarar.

Faktaboks 1 Akutte kontaktar, akutte korttidsliggjedøgn og polikliniske konsultasjonar

Akutte kontaktar: Dette er alle akutte kontaktar der pasientane har ein tilstand som krev rask vurdering og behandling, og inkluderer både polikliniske kontaktar, døgn- og dagopphald. Undersøkinga omfattar ikkje kontaktar som krev akutt kirurgi. Aktivitet ved dei private, ideelle sjukehusa med avtale er inkludert.

Akutte korttidsliggjedøgn: Dette inkluderer akutte døgnopphald som har ei liggjetid på tre dagar eller kortare, utanom kirurgi. Ifølgje Samhandlingsbarometeret er det blant desse pasientopphalda det er størst moglegheiter for at kommunane kan handtere pasientane sjølv, i staden for at pasientane blir innlagde på sjukehus. Aktivitet ved dei private, ideelle sjukehusa med avtale er inkludert.

Polikliniske konsultasjonar: Dette inkluderer planlagde polikliniske konsultasjonar i dei offentlege sjukehusa, i dei private, ideelle sjukehusa med avtale og hos dei private avtalespesialistane. Både kirurgiske og medisinske polikliniske konsultasjonar tel med i berekningane.

Kjelde: Samhandlingsbarometeret, u.å.; Riksrevisjonen

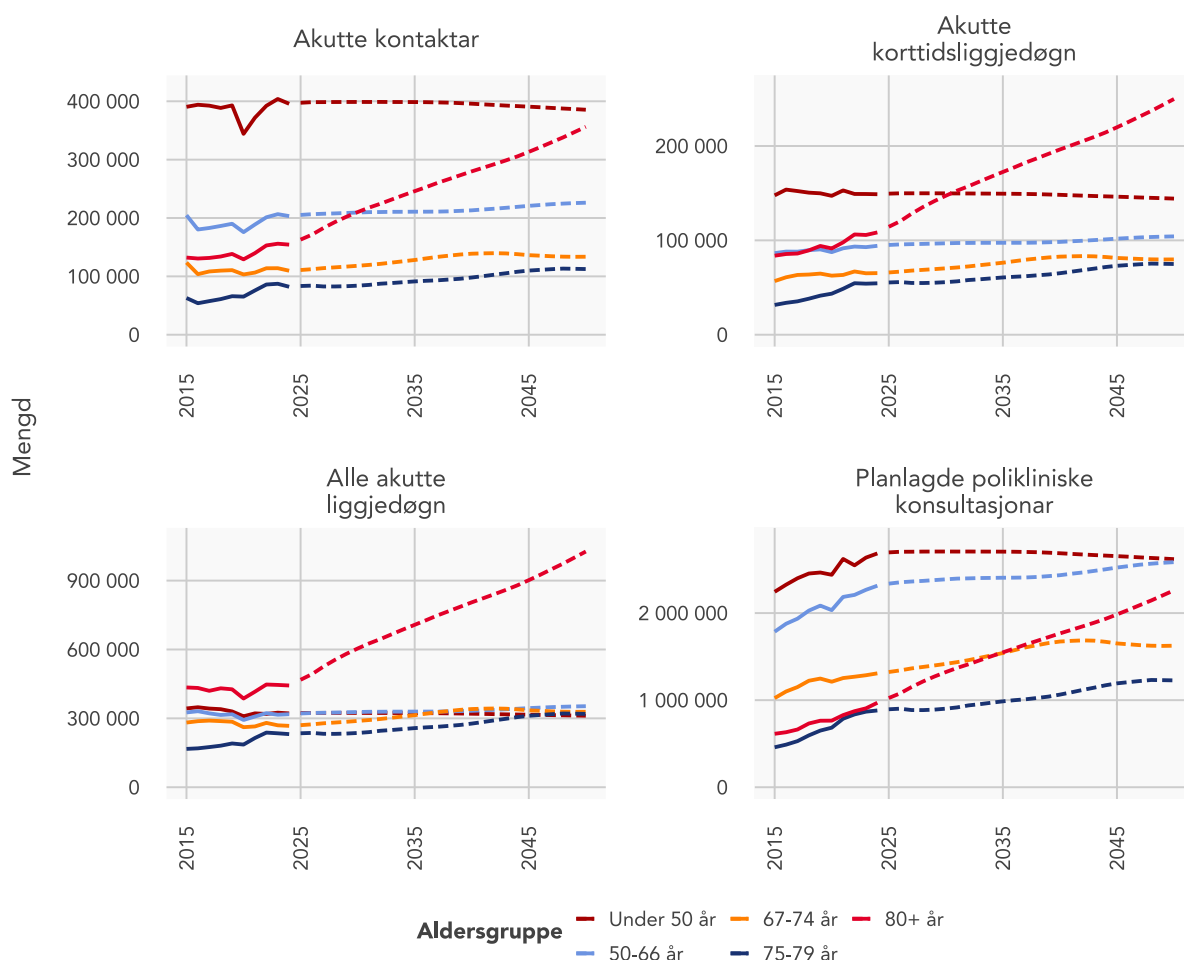
5.1.3 Dagens bruk av spesialisthelsetenester truar berekrafta til sjukehusa

Ifølgje framskrivingsmodellane til Statistisk sentralbyrå (SSB) vil talet på eldre over 80 år doble seg frå 2024 til 2045. Allereie i 2033 vil talet på eldre over 80 år ha auka med 50 prosent samanlikna med 2024. Dette vil auke behova for helsetenester blant eldre både i sjukehusa og kommunane. Sjølv om andelen eldre vil vere større i små enn i store kommunar, vil den prosentvise veksten blant eldre blir sterkare i dei store kommunane enn i dei små.

Vi har berekna behovet innanfor utvalde spesialisthelsetenester for ulike aldersgrupper fram mot år 2050 ved å bruke SSBs estimat av forventa folketalsutvikling. Berekningane tek utgangspunkt i bruken av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper i kvar enkelt kommune i 2024 og den forventa folketalsutviklinga i dei same aldersgruppene i kommunen.

Berekningane viser at det blir 26 prosent fleire polikliniske konsultasjonar og 29 prosent fleire akutte kontaktar i 2050 enn i 2024 dersom innbyggjarane sin bruk av sjukehusa held fram som i dag. Ein viktig grunn til dette er veksten i talet på eldre.

Figur 3 Utvikling i faktisk bruk av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper frå 2015 til 2024, og forventa bruk fram mot 2050 dersom bruken av spesialisthelsetenester held fram som i dag



Kjelde: Norsk pasientregister

Berekningane viser at dersom bruken av spesialisthelsetenester held fram som i 2024, vil talet på både polikliniske konsultasjonar, akutte kontaktar og akutte korttidsliggjedøgn for personar som er 80 år og eldre, auke mykje i perioden frå 2024 til 2050. Det vil vere meir enn dobbelt så mykje bruk av sjukehusa i 2050 som i 2024 dersom bruken av sjukehusa held fram som no. For aldersgruppene under 80 år reknar ein med ein auke i polikliniske konsultasjonar, og ein viss nedgang eller ei stabil utvikling når det gjeld akutte kontaktar, liggjedøgn samla og korttidsliggjedøgn.

Dei regionale helseføretaka har utvikla ein felles nasjonal framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetenester. Modellen estimerer eit lågare auka behov for spesialisthelsetenester enn våre berekningar. Dette skuldast at deira modell mellom anna legg til grunn:

- auka forventa levealder med fleire friske leveår
- færre liggjedøgn blant kreftpasientar
- at utskrivingsklare pasientar er ei kommunal oppgåve
- at helseføretaka gjennomfører tiltak som skal redusere behovet.

Sjølv om desse forholda kan bidra til å dempe det auka behovet for sjukehusenester i framtida, viser den nasjonale framskrivingsmodellen likevel at det kan bli 21 prosent fleire liggjedøgn og 26 prosent fleire polikliniske konsultasjonar i 2040 enn i 2022.

I brev av 22. februar 2026 viser Helse- og omsorgsdepartementet til at betre samhandling berre er eitt av fleire verkemiddel som kan bidra til å møte utfordringane i helse- og omsorgstenestene. Departementet viser mellom anna til at kapasitetsutfordringar og høgt press på ressursane i tenestene i seg sjølv kan skape samhandlingsutfordringar. Samtidig blir kapasiteten og andre belastningar i tenestene påverka av forhold som demografisk utvikling, rekrutteringssituasjon, tilgang på kompetanse og endringar i sjukdomsbilde. Departementet viser til at desse utfordringane òg førutset andre tiltak enn samarbeidstiltak.

Til orientering gjennomfører no Riksrevisjonen ei undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre. Formålet med den undersøkinga er å vurdere om kommunane sørgjer for berekraftige helse- og omsorgstenester, og om statlege myndigheiter legg til rette for dette.

Etter Riksrevisjonen si vurdering, vil ikkje utviklinga vere berekraftig for sjukehusa. I tillegg til at kapasiteten innan kommunale helse- og omsorgstenester er av betydning, er det avgjerande at dei regionale helseføretaka og helseføretaka samarbeider med kommunane i større grad enn i dag for å handtere dei demografiske utfordringane.

Med auka grad av samarbeid meiner Riksrevisjonen her både tiltak som på kort sikt kan bidra til betre pasientforløp, men òg andre tiltak som får effekt på lengre sikt. Meir samarbeid om langsiktig planlegging av tenestetilbodet blir derfor avgjerande for å handtere dei demografiske utfordringane. Gode pasientforløp føreset at kapasiteten i dei kommunale og statlege tenestene er tilpassa kvarandre. Dette blir nærmare utdjupa i dei neste hovudkonklusjonane.

5.2 Spesialisthelsetenesta behandlar i mange tilfelle pasientar som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane

Både spesialisthelsetenestelova og helse- og omsorgstenestelova har som formål å bidra til at ressursane blir utnytta best mogleg.¹²

5.2.1 Det er store skilnader i eldres bruk av sjukehusa mellom kommunar i same opptaksområde

Det er nokre skilnader mellom de fire regionale helseføretaka når det gjeld talet på både ikkje-kirurgiske akutte kontaktar og planlagde polikliniske konsultasjonar blant innbyggjarar som er 80 år og eldre (heretter kalla akutte kontaktar og polikliniske konsultasjonar). Skilnadene er større *mellom helseføretaka* i dei einskilde regionane enn

¹² Spesialisthelsetenestelova § 1-1 og helse- og omsorgstenestelova § 1-1.

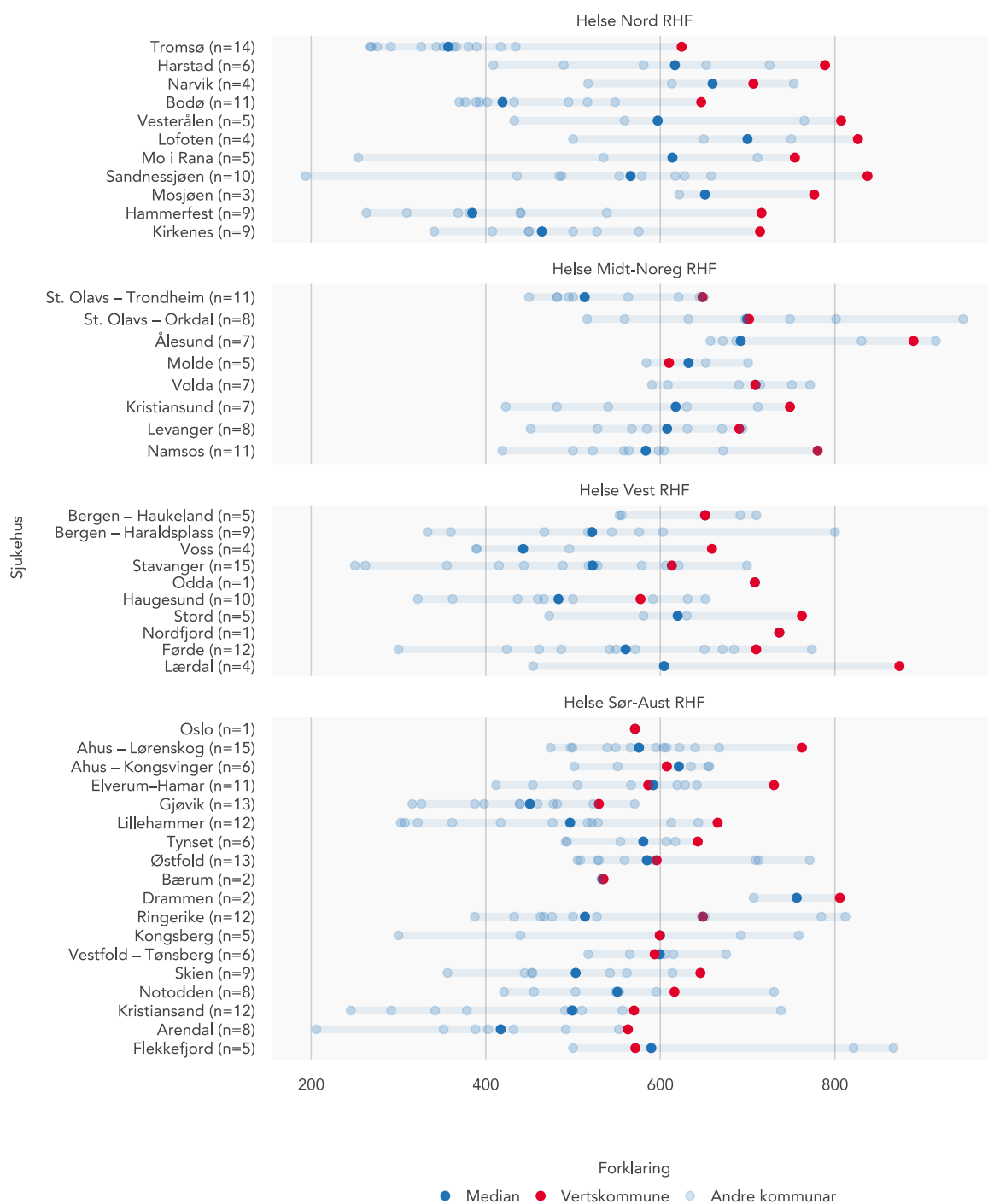
mellom regionane. Undersøkinga viser vidare at tal på helseføretaksnivå kan skjule store skilnader på endå lågare nivå, det vil seie på sjukehus- og kommunenivå.

Eit helseføretak består av fleire somatiske sjukehus. Figur 4 viser at det er store skilnader mellom kommunar i same opptaksområde i talet på akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar blant eldre over 80 år. Faktaboks 2 gir leserettleiing til figuren.

Faktaboks 2 Leserettleiing til Figur 4 med sjukehuset i Tromsø som døme

- Kvar linje representerer eit somatisk sjukehus. Eit helseføretak har fleire somatiske sjukehus.
- Alle dei akutte kontaktane av innbyggjarar i kommunane i opptaksområdet til sjukehuset blir registrerte på denne linja, sjølv om pasienten kan ha blitt behandla på andre sjukehus. Dette betyr at ein pasient som til dømes bur i Tromsø men får behandling ved Oslo universitetssjukehus (OUS), er inkludert i Tromsø sine tal.
- For sjukehuset i Tromsø, til dømes, omfattar opptaksområdet 14 kommunar.
- Yttergrensa for kvart sjukehus/kvar linje viser høvesvis kommunen i opptaksområdet med færrest akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar og kommunen med flest akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar.
- Den mørkeblå prikken på linjene viser medianen (observasjonen som ligg i midten når ein sorterer alle tala frå minst til størst). For sjukehuset i Tromsø betyr dette at halvparten av kommunane i opptaksområdet til sjukehuset har fleire enn 357 akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar blant eldre over 80 år.
- Den raude prikken viser talet på akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar i vertskommunen til sjukehuset, altså kommunen der sjukehuset er lokalisert. I dette tilfellet Tromsø kommune. Talet på akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar er 624 i Tromsø kommune.

Figur 4 Talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024



Kjelde: Norsk pasientregister

Figur 4 viser at innanfor det same opptaksområdet er det nokre kommunar som har mange akutte kontaktar blant eldre over 80 år, medan andre kommunar har få. Dette gjeld alle sjukehusa.

Det er òg store skilnader mellom kommunar i same opptaksområde i talet på polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar (inkludert konsultasjonar hos avtalespesialistar). I

same sjukehus er det nokre kommunar som har langt fleire polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar over 80 år enn andre.

5.2.2 Det er meir enn ulikskapar i sjukelegheit som påverkar bruken av spesialisthelsetenester

Vi har gjennomført ein regresjonsanalyse for å finne forhold som kan forklare skilnadene i kommunane sin bruk av spesialisthelsetenester for eldre over 80 år.¹³

Regresjonsanalysen viser at ulikskapar i sjukdomsbyrde er den viktigaste grunnen til dei store skilnadene mellom kommunane når det gjeld eldre sin bruk av spesialisthelsetenester.

Analysen viser at følgjande andre forhold enn sjukdomsbyrde heng saman med *auka* bruk av sjukehusa, i form av fleire akutte kontaktar og/eller fleire planlagde polikliniske konsultasjonar:

- I vertskommunane til sjukehuset har innbyggjarane både fleire akutte kontaktar og fleire polikliniske konsultasjonar enn innbyggjarane i kommunar som ikkje er vertskommunar, sjølv om det er kontrollert for reisetid til sjukehuset.
- Når legevakta er lokalisert i same bygg som sjukehuset, aukar bruken av sjukehuset.
- I kommunar med mange brukarar av helsetenester i heimen, aukar talet på akutte kontaktar.
- Fleire tidsavgrensa plassar i institusjon (korttidsplassar) er assosiert med ein liten auke i talet på akutte opphald.

Følgjande forhold heng saman med *redusert* bruk av sjukehusa:

- Lang reisetid til sjukehuset bidreg til å redusere talet på både akutte kontaktar og polikliniske konsultasjonar.
- Fleire legar på legevakta bidreg til å redusere talet på akutte kontaktar og polikliniske konsultasjonar. Dette gjeld spesielt i helgane.
- Fleire sjukeheimplassar heng saman med ein svak nedgang i talet på akutte kontaktar.

I kvar tredje vertskommune er **sjukehuset og legevakta samlokaliserte** i same bygg. Samlokalisering av legevakt og sjukehus kan bidra til gode og saumlause pasientforløp, men regresjonsanalysen viser at slik organisering er knytt til fleire akutte kontaktar og planlagde polikliniske konsultasjonar. Dette indikerer at legevakter som er samlokaliserte med sjukehus, har lågare terskel for å tilvise pasienten vidare til sjukehus enn legevakter som ikkje er samlokaliserte.

Stortinget har lagt til grunn at pasienten skal behandlast i kommunen sin dersom pasienten kan få tilstrekkeleg og forsvarleg helsehjelp. Samtidig viser undersøkinga at

¹³ Sjå kapittel 13 for meir om metodiske val som er gjort i samband med regresjonsanalysen og vedlegg 3 for ei liste over variablar brukt i regresjonen.

lang reisetid til sjukehus bidreg til å redusere bruken av desse. Riksrevisjonen viser til at det er behovet til pasienten for helsehjelp og ikkje **reiseavstanden til sjukehuset** som skal avgjere om det er behov for spesialisthelsetenester. Riksrevisjonen legg til grunn at dersom ei oppgåve kan bli utført hos fastlegen eller i andre delar av helse- og omsorgstenestene i ein kommune langt frå sjukehuset, så kan ho òg det i kommunar med kortare reisetid til sjukehuset.

Allereie i 2033 vil landet ha 50 prosent fleire innbyggjarar over 80 år enn i 2024. Mange fleire eldre vil då få **helsetenester i heimen**. Undersøkinga vår tyder på at talet på akutte kontaktar då vil auke. Etter Riksrevisjonen si vurdering understrekar dette betydninga av at kommunane må ha tilstrekkeleg kapasitet til sjølv å kunne handtere fleire situasjonar der pasientar som bur heime, i periodar får behov for akutt medisinsk behandling som ikkje krev spesialisthelsetenester.

Undersøkinga tyder òg på at helsetenestene til pasientar som bur på **sjukeheimar** eller har anna **langtidsopphald i institusjon**, til ein viss grad førebyggjer behovet for spesialisthelsetenester. I så fall betyr det at innbyggjarane i kommunar med dårleg sjukeheimsplasdekning vil belaste spesialisthelsetenesta meir enn i kommunar med god dekning.

Undersøkinga viser at det er store skilnader mellom kommunane når det gjeld eldre sin bruk av spesialisthelsetenester, og at det òg er andre forhold enn sjukdomsbyrde som kan forklare desse skilnadene. Etter Riksrevisjonen si vurdering reiser dette spørsmål om delar av pasientbehandlinga ikkje skjer på rett nivå. Undersøkinga tyder på at spesialisthelsetenesta behandlar pasientar som betre og meir effektivt kunne fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane. Dette er eit brot på prinsippet om at helsehjelpa skal utførast på det lågaste effektive omsorgsnivået, som gjer at dei samla ressursane ikkje blir utnytta best mogleg.

5.3 Eldre i sjukehusa sine vertskommunar brukar spesialisthelsetenestene meir enn eldre i andre kommunar

Figur 4 viser at vertskommunane til sjukehusa har mange akutte kontaktar blant eldre over 80 år per 1 000 innbyggjarar samanlikna med dei andre kommunane i opptaksområdet. I heile landet er det berre 12 prosent av kommunane som har fleire akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar enn vertskommunen til sitt lokalsjukehus.

Desse skilnadene gjeld og om ein berre ser på akutte *innleggingar*.

Vertskommunane har òg fleire akutte *kortidsliggjedøgn* blant eldre over 80 år enn dei andre kommunane. Dette inkluderer akutte døgnopphald som har ei liggjetid på tre dagar eller kortare. Det er blant desse pasientopphalda det er størst moglegheiter for at kommunane kan handtere pasientane sjølv, i staden for at pasientane blir innlagde på sjukehus.

Ein utskrivingsklar pasient er ein pasient som er medisinsk ferdigbehandla på sjukehuset, men som treng oppfølging eller pleie frå kommunale helse- og omsorgstenester. Kommunane skal betale for utskrivingsklare pasientar som blir liggjande på sjukehuset medan dei ventar på eit tilbod i kommunen. Dei fleste vertskommunane har ein mykje høgare andel eldre pasientar med minst eitt overliggjardøgn enn andre kommunar.

Vidare er dei fleste vertskommunane blant dei kommunane som har flest planlagde polikliniske konsultasjonar i opptaksområdet sitt. I heile landet er det berre 14 prosent av kommunane som har fleire polikliniske konsultasjonar enn vertskommunen til sitt lokalsjukehus.

Det er altså få kommunar der eldre over 80 år har eit høgare bruk av spesialisthelsetenester enn vertskommunen til sjukehuset. Etter Riksrevisjonen si vurdering er det ikkje rimeleg eller ønskjeleg at vertskommunar skal ha ein høgare bruk av spesialisthelsetenester enn andre kommunar. Dersom fleire eldre i desse kommunane får dekt ein større del av behovet sitt for helsetenester på det lågaste omsorgsnivået, kan dette frigjere kapasitet i sjukehusa som kan brukast på pasientar med større behov for spesialisert behandling. Dette er særst viktig ettersom den prosentvise veksten i talet på eldre over 80 år fram mot 2040 er like sterk i vertskommunane som i dei andre kommunane. Dei aller fleste vertskommunane har fleire innbyggjarar enn dei andre kommunane i opptaksområdet.

5.4 Svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samanhengande tenester

Stortinget har i mange år understreka behovet for at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene må vere god. Dette skal bidra til at alle pasientar får eit godt og likeverdig tilbod, og at ressursane blir utnyttat effektivt.

5.4.1 Mange eldre pasientar som blir lagde inn akutt, kunne vore behandla av kommunane

Resultata frå regresjonsanalysen som er omtalt ovanfor, viser at mange eldre som blir lagde inn akutt, kunne vore handterte av kommunane. Òg leiarar ved dei medisinske avdelingane og for akuttmottaka meiner at terskelen for å tilvise til sjukehus er ulik i kommunane. I spørjeundersøkinga peikar leiarane på dette som viktige grunnar til at kommunane har ulik terskel:

- Flest leiarar peikar på dårleg kapasitet i helse- og omsorgstenestene.
- Eit fleirtal av leiarane meiner at mindre erfarne sjukeheimslegar, legevaktlegar og sjukepleiarar i heimetenestene minskar terskelen for å tilvise pasientar til sjukehuset.
- Halvparten av leiarane meiner at reiseavstanden til sjukehuset er ein viktig grunn til at terskelen for å tilvise pasientar akutt til sjukehuset varierer mellom kommunane.

Vidare meiner eit stort fleirtal av leiarane på sjukehusa at fleire eldre pasientar som blir lagde inn akutt, burde vore handterte av døgntilboda i kommunane for akutt hjelp (KAD) eller andre tenestetilbod i kommunen (sjå faktaboks 3). Leiarane meiner at fastlegane og legevaktene burde tilvist fleire eldre pasientar til KAD i staden for til akuttavdelinga i sjukehuset.

Faktaboks 3 Kommunalt akutt døgntilbod (KAD)

Sidan 1. januar 2016 har det vore eit krav at alle kommunar skal ha eit tilbod om døgnplassar for akutt hjelp, såkalla KAD-plassar. Målgruppa er pasientar som ikkje treng å bli lagde inn på sjukehus, men som har behov for observasjon, behandling og tilsyn. KAD-plassane skulle vere eit alternativ til innlegging på sjukehus.

Kjelde: Norsk forening for allmennmedisin, 2014; Samhandlingsbarometeret, u.å.

Eit stort fleirtal av leiarane ved akuttmottaka meiner at KAD-tilbodet ikkje er godt nok. Halvparten opplever òg at KAD ofte ikkje har plass når dei prøver å tilvise pasientar dit.

Norsk forening for allmenmedisin tilrår i den medisinfaglege rettleiaren for kommunale akutte døgnplassar at den gjennomsnittlege opphaldstida ikkje bør overstige tre døgn. Dette skal sikre at dei rette pasientane blir lagde inn og hindre at KAD «blir en sykehjemsavdeling».¹⁴

Data frå Helsedirektoratet viser at om lag 40 prosent av pasientane ligg meir enn tre dagar på KAD, noko som indikerer at mange pasientar som blir lagde inn på KAD, burde hatt eit anna tilbod i kommunen. Når feil målgruppe tek opp plassar på KAD, kan ein konsekvens vere at pasientar som burde vore handterte på KAD, men som ikkje får plass, i staden blir lagde inn akutt på sjukehuset.

I kvar fjerde kommune ligg fleire enn 50 prosent av pasientane meir enn tre dagar på KAD. Undersøkinga vår tyder på at det særleg er i vertskommunane for sjukehusa at pasientane ligg lenge på KAD.

Berre kvar fjerde leiar for dei kommunale helse- og omsorgstenestene meiner at tilbodet på KAD ofte blir brukt av pasientar som i utgangspunktet burde hatt eit anna tilbod i helse- og omsorgstenestene i kommunen. Blant vertskommunane til sjukehusa er det omtrent 40 prosent av dei kommunale helse- og omsorgsleiarane som meiner dette. Dette indikerer at det er særleg i vertskommunane for sjukehus at KAD-plassane blir brukte av pasientar som burde hatt eit anna tilbod i kommunane.

Etter Riksrevisjonen si vurdering samarbeider ikkje kommunar og sjukehus godt nok for å få ei felles forståing av når pasientane skal leggjast inn på sjukehus, og når kommunane bør handtere pasientane sjølv gjennom legevakt, KAD eller andre kommunale tilbod.

¹⁴ Norsk forening for allmennmedisin, 2014

Helsefellesskapa, som vi omtaler nærmare i kapittel 5.6.3, kan vere ein arena for å få ei større grad av felles forståing.

5.4.2 Utskrivingsklare pasientar med overliggjardøgn får store konsekvensar for drifta, dei tilsette og pasientane

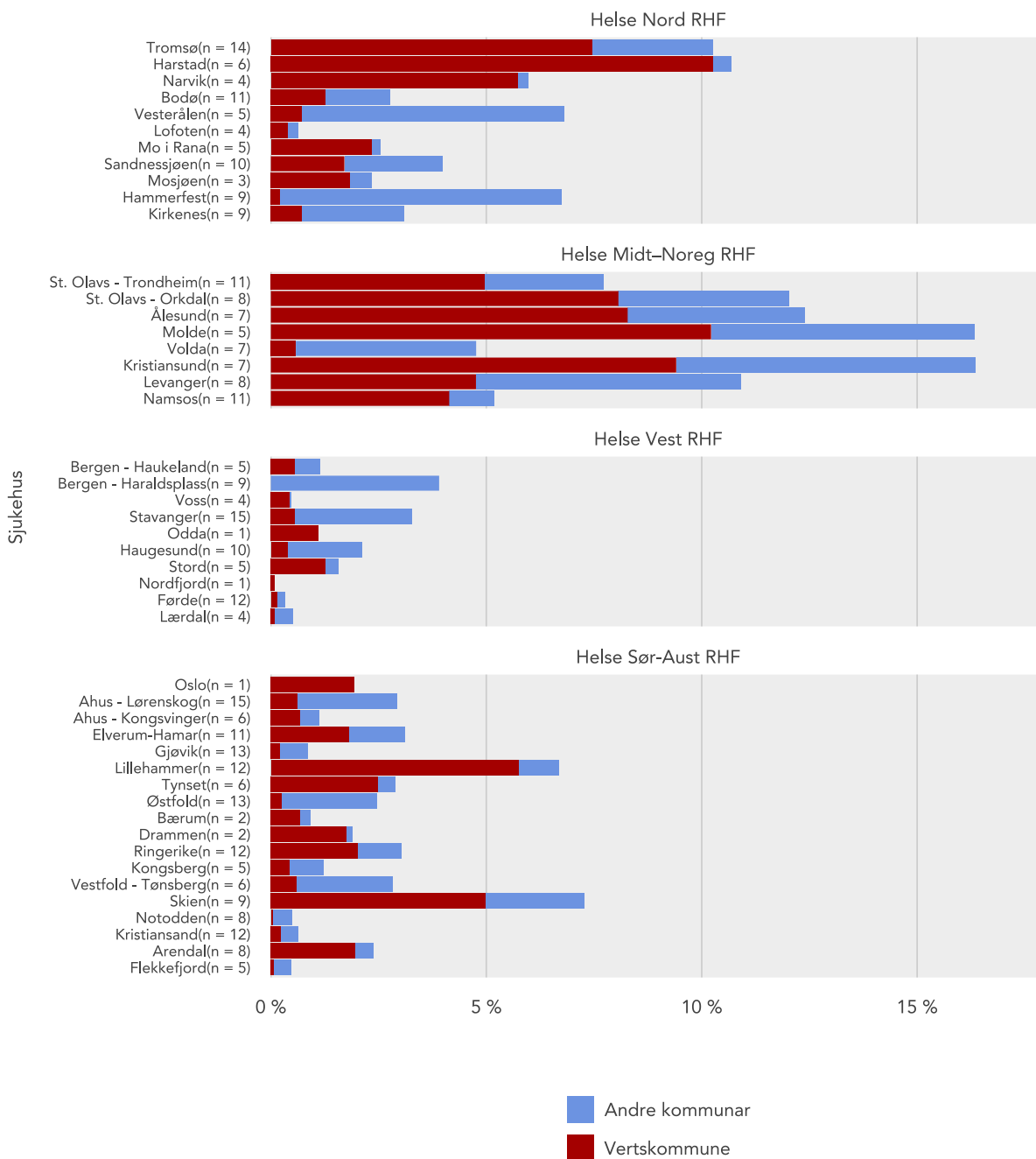
Ein «utskrivingsklar pasient» er ein pasient som er ferdigbehandla på sjukehuset, men som treng oppfølging eller pleie frå kommunale helse- og omsorgstenester. Kommunane skal betale for utskrivingsklare pasientar som blir liggjande på sjukehuset medan dei ventar på eit kommunalt tilbod. Døgna slike pasientane blir liggjande på sjukehuset, blir kalla «overliggjardøgn».

Halvparten av dei utskrivingsklare pasientane i 2024 var 80 år eller eldre. Undersøkinga viser at det i dei fleste av opptaksområda til sjukehusa er store skilnader mellom kommunane når det gjeld kor stor del av dei utskrivingsklare pasientane over 80 år som har minst eitt overliggjardøgn. I same opptaksområdet er det nokre kommunar som har store utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar, medan andre kommunar har få pasientar med overliggjardøgn.

Vidare viser undersøkinga at nokre sjukehus i helseføretaka har større utfordringar med overliggjardøgn enn andre sjukehus, jf. Figur 5.¹⁵

¹⁵ Alle overliggjardøgna i kommunane i opptaksområdet til sjukehuset blir registrerte på denne linja. For sjukehuset i Tromsø, til dømes, omfattar opptaksområdet 14 kommunar. Alle overliggjardøgna til innbyggjarane i desse kommunane blir registrerte på dette sjukehuset sjølv om dei har vore innlagde på andre sjukehus.

Figur 5 Andelen av alle liggjedøgn som er overliggjardøgn, fordelt på sjukehus, og kor stor del av desse som er frå vertskommunen. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024



Kjelde: Norsk pasientregister

Figur 5 viser at det er store skilnader mellom sjukehusa i kor stor del overliggjardøgn utgjør av alle liggjedøgn blant dei som er 80 år og eldre:

- I 7 av dei 47 sjukehusa utgjør overliggjardøgn meir enn 10 prosent av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år.
- I 7 av sjukehusa utgjør overliggjardøgn mellom 5 og 10 prosent av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år.

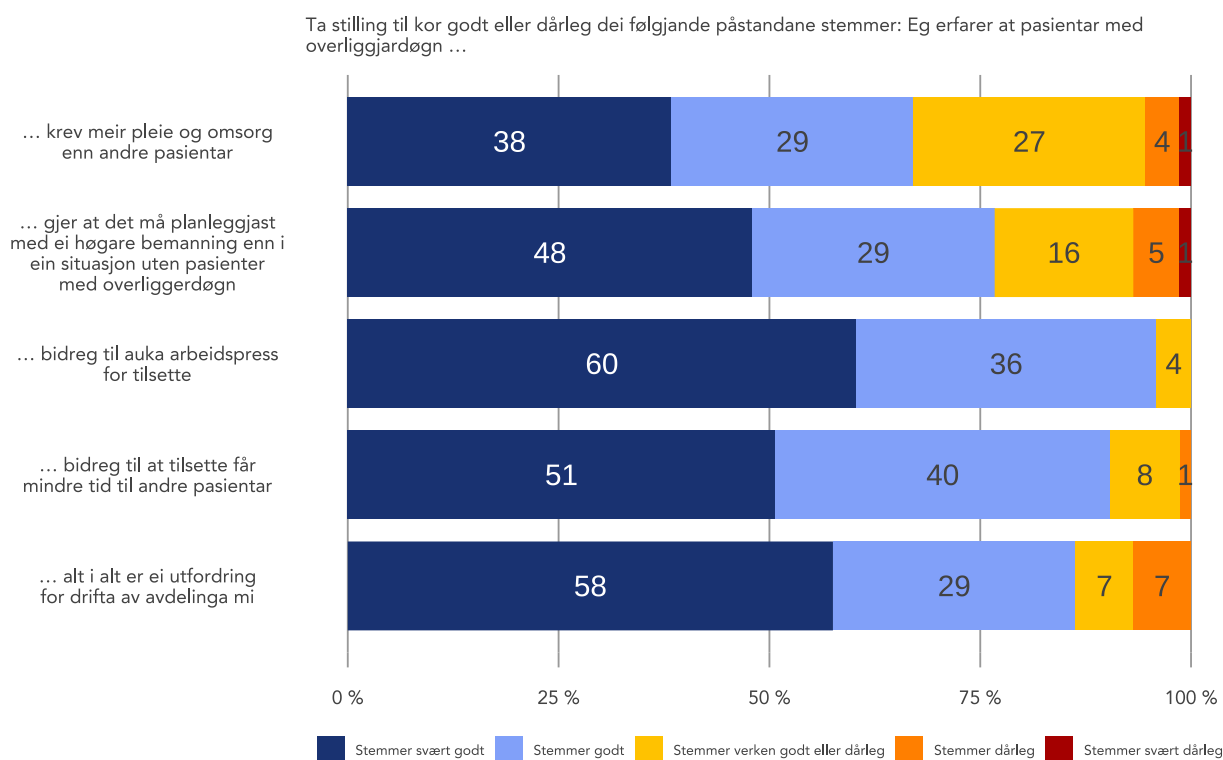
Figuren viser at det er betydelege regionale skilnader òg. Det er særleg store utfordringar med overliggjardøgn i Helse Midt-Noreg samanlikna med dei andre regionane. Ikkje i nokre av sjukehusa i Helse Vest og i berre to av sjukehusa i Helse Sør-Aust utgjer overliggjardøgn meir enn fem prosent av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år. I Helse Nord gjeld dette 5 av 11 sjukehus, medan i Helse Midt-Noreg gjeld dette 7 av 8 sjukehus.

Vidare viser figuren at ein stor del av overliggjardøgn ved mange av sjukehusa gjeld pasientar frå vertskommunen til sjukehuset. Ein grunn til dette er at det bur fleire eldre i vertskommunane enn i mange av dei andre kommunane i opptaksområdet. Men nærmare analysar viser at i eit fleirtal av vertskommunane utgjer overliggjardøgn ein større del av liggjedøgn blant eldre enn dei gjer i dei andre kommunane i opptaksområdet.

Delar av sengekapasiteten ved mange sjukehus kan frigjerast til pasientar med større behov dersom talet på overliggjardøgn blant innbyggjarane til vertskommunen blir redusert til same nivået som i resten av kommunane i opptaksområdet.

Figur 6 viser at eit stort fleirtal av leiarane for medisinske avdelingar meiner at pasientar med overliggjardøgn skapar ei utfordring for drifta av avdelinga dei leier.

Figur 6 Leiarar for medisinske avdelingar si vurdering av påstandar om kva konsekvensar pasientar med overliggjardøgn har for avdelinga deira. 2025. N = 121



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar på sjukehus

Figuren viser at leiarane opplever at pasientar med overliggjardøgn fører til auka arbeidspress for dei tilsette, og at dei tilsette får mindre tid til andre pasientar. Dette blir forsterka av at mange av dei utskrivingsklare pasientane krev meir pleie og omsorg enn andre pasientar. I tillegg er det ein risiko for at eldre pasientar som blir liggjande

utskrivingsklare, ikkje får den heilskaplege behandlinga dei treng, og i verste fall får forverra tilstanden sin.

I spørjeundersøkinga svarte leiarar for medisinske avdelingar som opplever utfordringar med pasientar med overliggjardøgn, at dei må planleggje med høgare bemanning. Det gjer òg at dei ofte må kalle inn tilsette som ikkje er på vakt. Pasientar med overliggjardøgn fører dessutan til at pasientar må liggje på korridor eller i senger på andre avdelingar. Pasientar med overliggjardøgn påverkar med andre ord drifta og bemanningsplanlegginga på sjukehusa.

Det er relativt få kommunar i kvart opptaksområde som står for mange overliggjardøgn. Spørjeundersøkinga viser at i kommunane med dei største utfordringane med å ta imot utskrivingsklare pasientar, meiner flest leiarar av dei kommunale helse- og omsorgstenestene at tilgang på korttids plassar (84 prosent), langtids plassar (69 prosent) og heildøgns omsorgsplassar (64 prosent) er ei viktig årsak til desse utfordringane. Mangel på heildøgns plassar blir oppfatta som viktigare enn mangel på personell.

Mange kommunar har ikkje tilstrekkeleg kapasitet innanfor helse- og omsorgstenestene i dag, noko som kan bidra til å forklare at dei har problem med å ta imot utskrivingsklare pasientar. Etter Riksrevisjonen si vurdering krev dette både tiltak som betrar kapasiteten i desse kommunane og god samhandling om utskrivingsklare pasientar mellom kommunane og sjukehusa. Dette vil kunne frigjere mange senger på sjukehuset til andre pasientar og forenkle drifta av sjukehuset. Svak samhandling om utskriving av pasientane fører dessutan til at mange eldre pasientar ikkje får eit heilskapleg og samanhengande pasientforløp.

5.4.3 Framleis eit stykke unna målet om ei ventetid på 50 dagar

Helse- og omsorgsdepartementet har lenge hatt mål om å redusere ventetida. Gjennom behandlinga av ulike statsbudsjett har Stortinget sidan 2018 slutta seg til målet om at ventetida innanfor somatikken skal reduserast til 50 dagar. I proposisjonane for 2018 og 2019 var målet å redusere ventetida til 50 dagar innan 2021, medan det i proposisjonane for 2023, 2024 og 2025 står at målet om 50 dagar skal nåast på sikt.

Ventetidsmåla er vidareførte til dei regionale helseføretaka gjennom oppdragsdokumenta. Her har dei regionale helseføretaka fått mål som skal nåast inneverande år òg. I oppdragsdokumentet for 2025 var målet 61 dagar innanfor somatikken.

Tal frå desember 2025 viser at ventetida var redusert til 59 dagar innanfor somatikken. Målet for 2025 (61 dagar) blei derfor nådd, men ein er framleis eit stykke unna det langsiktige målet om 50 dagar.¹⁶

¹⁶ Regjeringa, 2025a

I alle helseføretaka venta eldre lenger enn 50 dagar på behandling i 2024

Ventetida og talet på fristbrot blant eldre mellom 80 og 89 år auka frå 2015 til 2024, men var i heile perioden lågare enn for yngre pasientar. I alle helseføretaka venta eldre i gjennomsnitt lenger enn 50 dagar på behandling i 2024.

Undersøkinga viser òg at mange eldre opplever fristbrot. Det vil seie at dei ikkje får behandling innan den fristen helseføretaket har oppgitt for når behandlinga seinast skal starte. I 15 av 19 helseføretak opplevde minst kvar tiande eldre pasient fristbrot i 2024.

Meir enn halvparten av dei eldre over 80 år fekk kommunale helse- og omsorgstenester i 2024. Når eldre må vente lenge på behandling, kan helsetilstanden deira bli forverra, noko som kan resultere i behov for meir omfattande og kostbar behandling seinare. I tillegg kan dei lange ventetidene til polikliniske konsultasjonar føre til auka kostnader for dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Betre samarbeid mellom sjukehusa og kommunane kunne redusert ventetida

Dei fleste pasientane som ventar på behandling, ventar på time på poliklinikk. Planlagde polikliniske konsultasjonar omfattar både konsultasjonar som gjeld nytilviste pasientar, og konsultasjonar som gjeld pasientar som er i behandling. Pasientar blir tekne ut av ventelista når dei møter første gong på poliklinikken (nytilvisingar).

Faktaboks 4 Planlagde polikliniske konsultasjonar: nytilvisingar og kontrollar

Nytilvising er den første konsultasjonen på poliklinikk, der ein vurderer tilstanden til pasienten, stiller diagnose og planlegg eventuell vidare behandling. Alle seinare konsultasjonar i pasientforløpet blir i denne undersøkinga definerte som «kontrollar». Dette omfattar både vidare utgreiingar, behandlingar og kontrollar.

For den firedelen av kommunane som har flest polikliniske konsultasjonar blant eldre over 80 år, utgjer nytilvisingar en større del av konsultasjonane enn dei andre kommunane. Dei har også fleire kontrollar per innbyggjar. Når det gjelder vertskommunane har desse 13 prosent fleire nytilvisingar per innbyggjar og 22 prosent fleire kontrollar enn dei andre kommunane,.

I ei spørjeundersøking har vi spurt leiarar på dei medisinske avdelingane ved sjukehusa kva desse skilnadene i bruken av poliklinikk kan komme av. Om lag 40 prosent meinte at poliklinikkane utfører ein del oppgåver for innbyggjarane i enkelte kommunar som i andre kommunar blir utførte av fastlege eller andre delar av den kommunale helse- og omsorgstenesta. Vidare meinte 80 prosent av leiarane at det er skilnader i tilvisingspraksis mellom fastlegane. Begge desse forholda bidreg til å forklare skilnader mellom kommunane i bruken av poliklinikkane blant eldre.

Etter Riksrevisjonen si vurdering er det rom for betre samarbeid mellom sjukehusa på den eine sida og fastlegane og dei andre kommunale helsetenestene på den andre sida. Dette

kan frigjere kapasitet på poliklinikkane slik at ventetida blir redusert for pasientar med større behov for spesialisthelsetenester.

5.5 Leiinga i helsetenestene er for lite merksam på kjende svakheiter i samhandlinga

Dei regionale helseføretaka skal sørge for at innbyggjarane får spesialisthelsetenester i samsvar med behova sine i tråd med spesialisthelsetenestelova.¹⁷ Helseføretaka skal bidra til å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn.¹⁸

Kommunane og dei regionale helseføretaka har ansvar for å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at omfanget av og innhaldet i helse- og omsorgstenestene samsvarer med krava i lov og forskrift.¹⁹ Plikta til å planleggje aktivitetane til verksemda inneber mellom anna å innhente tilstrekkeleg informasjon og kunnskap til å kunne planleggje og gjennomføre oppgåvene.²⁰

5.5.1 Mange kommunar manglar oversikt over tilvisingspraksisen til fastlegane og innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester

Fastlegeforskrifta gir kommunen ansvar for å sørge for at kvaliteten på tilvisingspraksisen til fastlegane er god. Ifølgje fastlegeforskrifta § 7 skal kommunen sørge for at kvalitets- og funksjonskrava i fastlegeordninga blir overhaldne.²¹ Desse krava inneber mellom anna at tilvisingane som fastlegane gjer til spesialisthelsetenesta, skal støtte fagleg rett oppgåvefordeling og god samhandling mellom behandlingnivåa, i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtalar (§ 24).

I merknadene til fastlegeforskrifta presiserer Helse- og omsorgsdepartementet at sørge-for-ansvaret til kommunane inneber at den enkelte kommunen skal leggje til rette for å sikre at fastlegane i kommunen overheld desse krava.

Dokument 3:4 (2017–2018) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten* viste at verken kommunane eller sjukehusa hadde nødvendig kunnskap om tilvisingspraksisen til fastlegane. Undersøkinga vår viser at mange kommunar framleis har avgrensa oversikt over tilvisingspraksisen. Berre 16 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene meiner det stemmer godt at dei har oversikt over talet på tilvisingar som kvar enkelt fastlege sender til spesialisthelsetenesta.

¹⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

¹⁸ Lov om helseforetak § 1.

¹⁹ Spesialisthelsetenestelova § 2-1a tredje ledd; helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.

²⁰ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav b.

²¹ Referansane til fastlegeforskrifta i denne rapporten gjeld forskrifta som gjaldt inntil ny forskrift tredde i kraft 01.01.2026

Mange eldre pasientar blir lagde inn akutt på sjukehuset. Berre kvar tredje av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene meiner at kommunen har god oversikt over talet på akuttinnleggingar i helseføretaka blant innbyggjarane.

Manglande styringsdata om talet på akuttinnleggingar og tilvisingspraksisen til fastlegane fører til at leiinga av dei kommunale helse- og omsorgstenestane i halvparten av kommunane manglar oversikt over innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester.²² Etter Riksrevisjonen si vurdering reduserer manglande oversikt moglegheitene leiinga har til å oppdage ei negativ utvikling i bruken av spesialisthelsetenester tidleg, til å finne årsaker til den negative utviklinga og til å identifisere tiltak som kan bidra til å dempe behovet for sjukehusenester.

5.5.2 Fleirtalet av helseføretaka bruker ikkje styringsdata som viser skilnader mellom kommunane i bruken av spesialisthelsetenester blant innbyggjarane

Spørjeundersøkinga viser at leiarar for dei medisinske avdelingane i sjukehusa bruker fleire indikatorar i planlegginga av drifta på poliklinikken, til dømes ventetid til behandling og omfang av fristbrot.

Talet på pasientar som ventar på spesialisthelsetenester heng saman med omfanget av tilvisingar frå fastlegane. Svært få av leiarane bruker data som gir informasjon om talet på tilvisingar per fastlege (ca. 10 prosent). Etter Riksrevisjonen si vurdering er slik informasjon nødvendig for å kunne identifisere og rettleie fastlegar som har ein avvikande tilvisingspraksis.

Tre av fire leiarar på sjukehusa bruker informasjon om utviklinga i talet på akuttinnleggingar i planlegginga av drifta. Berre eit mindretal av desse leiarane bruker styringsdata brote ned på kommunenivå i planlegginga. Dette reduserer moglegheita til å identifisere om ei negativ utvikling er ein generell trend eller berre gjeld enkelte kommunar. Slik informasjon kan vere viktig for å treffe avgjerder om eiga drift og i samhandling med enkeltkommunar.

Helseføretaka har analyseiningar som kan gjennomføre utgreiingar og analysar av skilnader mellom kommunane i bruk av spesialisthelsetenester. Sørlandet sjukehus HF er eit døme på eit helseføretak som analyserer bruksratar mellom kommunane. Analysane viser mellom anna at for poliklinisk bruk er det større variasjon mellom kommunane som høyrer til Sørlandet sjukehus HF, enn mellom helseføretaket og andre helseføretak.²³

Undersøkinga viser at mange leiarar på sjukehus manglar oversikt over omfanget av sentrale delar av aktiviteten som inngår i samhandlinga med kommunane om pasientar. Kapittel 5.5.1 viste at dette gjaldt mange av kommunane òg. Dette er etter Riksrevisjonen

²² 40 prosent av leiarane svarer at dei har dårleg oversikt. Medan 27 prosent svarer at dei ikkje veit. Berre 14 prosent av leiarane meiner dei har god oversikt,

²³ Sørlandet sykehus, 2022

si vurdering eit dårleg utgangspunkt når ein skal sikre samanhengande og heilskaplege pasientforløp og berekraftig bruk av helsetenestene.

5.5.3 Føretaka har mest merksemd på styringskrava i oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet når dei rapporterer til styret

Helseforetakslova § 28 omfattar styrets oppgåver. Styra i føretaka må sørgje for å få informasjon om helse- og omsorgslovgivinga blir overhalden. I verksemdsrapportane får styra i både dei regionale helseføretaka og helseføretaka informasjon om fristbrot, pasientar som ventar på planlagd behandling og ventetider. Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav om rapportering på dette, seinast i oppdragsdokumentet til dei regionale helseføretaka i 2025.

Det er ingen av dei fire regionale helseføretaka som rapporterer på indikatorar som handlar om akutte innleggingar, i verksemdsrapporteringa til styret. Dette var òg tilfellet i fire av dei fem verksemdsrapportane til styra i helseføretaka som vi undersøkte. Leiarar i dei regionale helseføretaka opplyser i intervju at krava til rapportering frå departementet styrer krava deira til rapportering frå helseføretaka.

Det er nødvendig at leiinga og styret i føretaka har merksemd på styringskrava som blir gitt frå eigar i dei årlege oppdragsdokumenta. Rapporteringa som går til styret, vil derfor vere påverka av oppdraga, måla og krava frå departementet, som måla i Ventetidsløftet. Til dømes har det vore eit klart politisk krav at ventetidene skal ned, og det skal månadleg rapporterast ventetidstal til departementet.

Men etter Riksrevisjonen si vurdering har òg leiarar og styret i føretaka eit ansvar for sjølv å regelmessig innhente styringsdata som gir svar på om drifta oppnår formålet med spesialisthelsetenestelova – det vil seie om sørgje-for-ansvaret deira er vareteke.

Undersøkinga viser at dei fire regionale helseføretaka i ulik grad rapporterer *skilnader mellom helseføretaka dei eig*, for indikatorane som inngår i verksemdsrapporteringa til styret. Tilsvarande viser undersøkinga at helseføretaka i ulik grad rapporterer *skilnader mellom sjukehusa i helseføretaket* for indikatorane i verksemdsrapporteringa til styret.

Vi er samde med departementet i at det ikkje kan forventast at skilnader mellom kommunane i bruken av spesialisthelsetenester inngår som ein del av verksemdsrapporteringa til styret kvar månad. Det kan vere gode grunnar til at det er variasjonar mellom kommunar i enkeltperiodar, som gjer at månadleg rapportering ikkje gir den beste styringsinformasjonen på dette området.

Denne undersøkinga viser at for fleire styringsindikatorar skjuler aggregerte data på helseføretaksnivå store skilnader mellom sjukehusa i helseføretaket og mellom kommunane sin bruk av sjukehusa. Sørgje-for-ansvaret til styret tilseier derfor at ein med jamne mellomrom bør innhente informasjon for å undersøkje om innbyggjarane har tilgang på gode og likeverdige spesialisthelsetenester i heile opptaksområdet til helseføretaket.

Undersøkinga viser at rundt halvparten av helseføretaka (10 av 19) har kartlagt skilnader mellom kommunane i talet på «overliggjardøgn», medan færre har greidd ut skilnader i bruken av spesialisthelsetenestene. Etter Riksrevisjonen si vurdering vil dermed leiarar av dei medisinske avdelingane og leiinga og styra i helseføretaka gå glipp av informasjon og kunnskap som kan vere viktig for å planleggje drifta på kort og lang sikt. Dette svekkjer grunnlaget for å sørge for at innbyggjarane i heile regionen får tilgang til likeverdige helsetenester av god kvalitet. Kunnskap om skilnader mellom kommunane i innbyggjarane sin bruk av sjukehuset vil òg vere viktig for å forbetre føresetnadene for god samhandling mellom nivåa, og på den måten bidra til å sikre gode og samhengande tenester for pasientane.

Etter Riksrevisjonen si vurdering, er helsefellesskapa, som omtalast nærmare i kapittel 5.6.3, òg eit eigna forum for å drøfte slike skilnader. Undersøkinga viser at i helsefellesskapa er tema som skilnader i akuttinnleggingar mellom kommunar og ulik tilvisingspraksis mellom fastlegar sjeldan på dagsorden.

5.5.4 Dei regionale helseføretaka har ei tilbaketrekt rolle i samhandlinga med kommunane

Dei regionale helseføretaka har det overordna ansvaret for at den nasjonale helsepolitikken blir sett i verk i helseregionen. Spesialisthelsetenestelova gir vidare dei regionale helseføretaka ei plikt til å leggje til rette for nødvendig samarbeid mellom helseføretak og kommunar om å tilby tenester.

Alle dei fire regionale helseføretaka uttrykkjer i intervju at god samhandling mellom helseføretaka og kommunane er viktig for at dei regionale helseføretaka skal vareta ansvaret sitt for å sørge for at innbyggjarane i regionen får spesialisthelsetenester i tråd med spesialisthelsetenestelova (sørge-for-ansvaret). Undersøkinga viser at kapasiteten i kommunale helse- og omsorgstenester og organiseringa av tenestene har noko å seie for bruken av sjukehusstenester og dermed for sørge-for-ansvaret til dei regionale helseføretaka. Til dømes har ein del kommunar over tid hatt utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar, noko som går utover drifta ved nokre av sjukehusa.

Moglegheitene dei regionale helseføretaka har til å leggje til rette for samhandling og løyse samhandlingsproblem, er avgrensa av at dei regionale helseføretaka har styringslinjer mot helseføretaka, men ikkje mot kommunane. Dei regionale helseføretaka kan gi oppdrag og bestillingar til helseføretaka, mellom anna om at helseføretaka skal ta initiativ til å setje i verk tiltak saman med kommunar i helsefellesskapa.

Skipinga av helsefellesskapa var eit av hovudgrepa til regjeringa for å betre den praktiske samhandlinga mellom kommunar og helseføretak, og blei lansert i 2019 som ein del av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. I utvala til helsefellesskapa møttest kommunar og helseføretak. Felles planlegging skal gå føre seg i helsefellesskapa. I avtalane om helsefellesskapa er det regjeringa og KS som er avtalepartar. Dei regionale helseføretaka er ikkje gitt ei formell rolle i helsefellesskapa som part, og fekk først i 2024 ei rolle i å støtte opp under helsefellesskapa. Då blei det avtalefesta at partane kan invitere dei regionale

helseføretaka inn som observatør i møte, og dei kunne og støtte helsefellesskapa med kompetanse, styringsinformasjon og analysar.

Dei regionale helseføretaka pliktar å leggje til rette for nødvendig samarbeid mellom helseføretak og kommunar. Undersøkinga viser at godt samarbeid er viktig for kapasiteten og tilbodet til sjukehusa. Dei regionale helseføretaka har ikkje noka formell rolle i helsefellesskapa, som mellom anna disponerer rekrutterings- og samhandlingstilskotet, og dei regionale helseføretaka har berre styringslinjer til helseføretaka. Undersøkinga viser alt i alt at dei regionale helseføretaka har ei tilbaketrekt rolle i samhandlinga mellom kommunar og helseføretak. Sjølv om dei regionale helseføretaka ikkje er ein formell del av helsefellesskapa, har dei høve til å involvere kommunesida gjennom KS i regionale prosessar, til dømes i arbeid med oppdrag frå departementet som omhandlar samhandling.

5.6 Departementet si styring sikrar ikkje god samhandling eller tilstrekkeleg informasjon om verkemidla for samhandling har fungert.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordna ansvaret for at innbyggjarane får gode og likeverdige helse- og omsorgstenester.

Departementet har formulert tydelege mål om at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunale helse- og omsorgstenester må vere god. Behovet for betre samhandling er bakgrunnen for at regjeringa lanserte ein nasjonal *samhandlingsplan* heller enn ein nasjonal *sjukehusplan* i 2024.²⁴

Departementet legg særleg vekt på at pasientar med store og samansette behov, som skrøpelege eldre, skal få samanhengande tenester med trygge overgangar til den kommunale helse- og omsorgstenesta.²⁵ For å få til samanhengande tenester må kommunane og helseføretaka samhandle.

HOD har styringslinjer til spesialisthelsetenesta, men ikkje til kommunane. Departementet har derfor ikkje det same verkemiddelapparatet når det gjeld kommunale helse- og omsorgstenester. Samtidig erkjenner departementet at kapasiteten til og kvaliteten på desse tenestene har konsekvensar for spesialisthelsetenestene.

5.6.1 Ordningane med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar fungerer ikkje godt nok

Ordninga med betalingsplikt blei innført i 2012 og var eit hovudgrep i samhandlingsreforma. Ordninga inneber at når ein pasient er ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta og blir vurdert som utskrivingsklar, utan at kommunen har eit tilbod klart til pasienten, må kommunen betale sjukehuset for dei såkalla overliggjardøgna.

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c

²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025d

Betalingsplikta skal gi kommunane eit økonomisk insentiv til å etablere tilbod som kan ta imot utskrivingsklare pasientar. Ordninga skal bidra til betre arbeidsdeling mellom tenestenivåa og skape gode forløp og kostnadseffektive løysingar.

I 2024 var døgnseten som kommunane måtte betale om dei ikkje klarte å ta imot utskrivingsklare pasientar, 5 745 kroner.²⁶ Dette svarte til dei gjennomsnittlege kostnadene for eit døgn på institusjon i kommunane.²⁷ Dei gjennomsnittlege kostnadene per liggjedøgn på sjukehusa var berekna å vere rundt 26 000 kroner i 2024.²⁸ Det betyr at det samfunnsøkonomisk er lite rasjonelt at utskrivingsklare pasientar blir liggjande på sjukehus i staden for å bli overførte til heimkommunen. Satsen er òg så låg at det gir avgrensa økonomiske insentiv til å byggje ut institusjonsplassar.

Etter Riksrevisjonen si vurdering har ikkje betalingsplikta fungert godt for å sikre at alle kommunane tek imot utskrivingsklare pasientar. Dette har store konsekvensar for drifta ved mange av sjukehusa, i tillegg til at det går ut over både tilsette og pasientar, som omtalt i kapittel 5.4.2.

5.6.2 Kravet om at kommunane skal ha eit akutt døgntilbod har ikkje hatt ønskt effekt

Undersøkinga viser at mange eldre pasientar som blir lagde inn akutt på sjukehus, kunne vore handterte av helse- og omsorgstenestene i kommunane, og at *kommunalt akutt døgntilbod (KAD)* ikkje bidreg godt nok til at pasientar blir behandla på rett nivå, jf. kapittel 5.4.1.

Som vist blir det ein sterk vekst i talet på eldre framover. Kommunane må handtere denne veksten og behovet for helsetenester som følgjer med. Etter Riksrevisjonen si vurdering tyder denne undersøkinga på at mange kommunar ikkje har tilstrekkeleg kapasitet til å gi eit tilbod til eldre som har behov for observasjon, behandling og tilsyn på kommunalt nivå, noko som var formålet med kravet om at alle kommunane skulle ha KAD-tilbod. Riksrevisjonen meiner derfor at det lovfesta kravet om kommunale KAD-plasser ikkje har hatt ønskt effekt.

5.6.3 Helsefellesskapa har til ein viss grad bidrege til samhandling mellom helseføretak og kommunar

Eit helsefellesskap er ein arena for samhandling mellom sjukehusa og kommunane. Dei 19 helsefellesskapa består av eitt helseføretak og alle kommunane som inngår i opptaksområdet til helseføretaket.²⁹

Samhandlingstrappa er eit analytisk rammeverk som angir god praksis for samhandling. Vi har lagt samhandlingstrappa til grunn i undersøkinga for å vurdere i kva grad tenestenivåa samhandlar, særleg innanfor rammene av helsefellesskapa. I samhandlingstrappa

²⁶ Helsedirektoratet, 2019b

²⁷ Statistisk sentralbyrå, 2025a

²⁸ Helsedirektoratet, 2024a

²⁹ På [nettsida til KS](#) er det ei oversikt over alle helsefellesskapa.

representerer trinna aktivitetar som krev aukande grad av samhandling, som illustrert i Figur 7.

Figur 7 Samhandlingstrappa

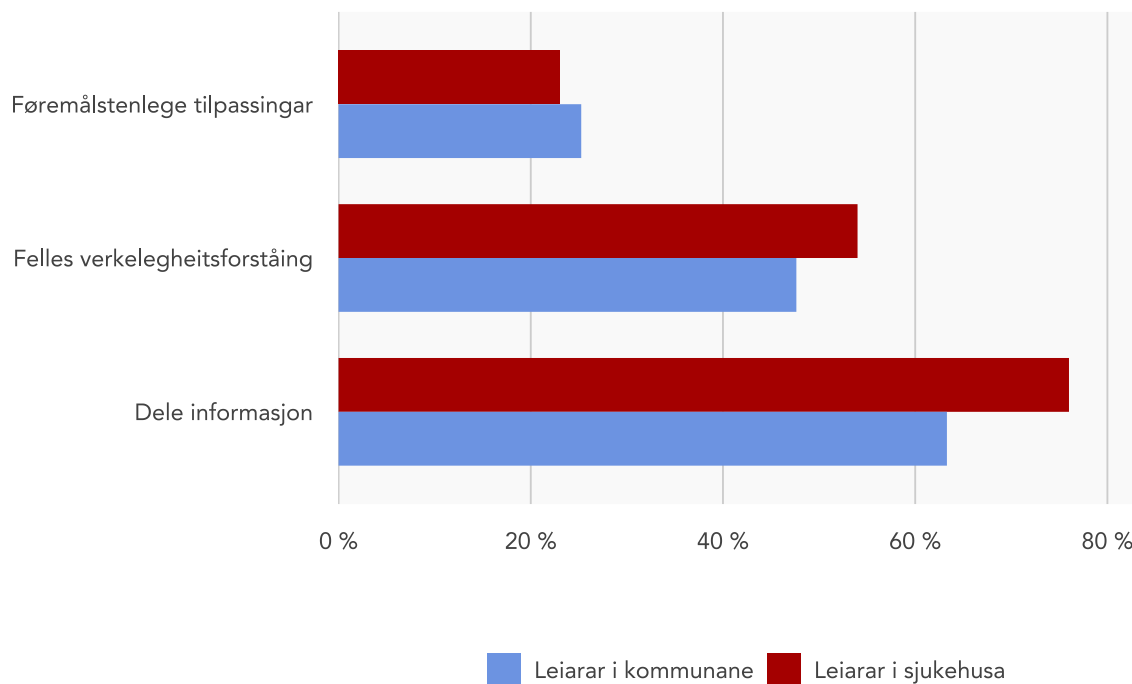


Kjelde: Direktoratet for økonomiforvaltning

Helsefellesskapa har bidrege til at partane deler informasjon

Vi har stilt leiarar i helseføretak og kommunar fleire spørsmål som gjeld dei fire nivåa av samhandling i samhandlingstrappa. Figur 8 viser kor stor del av leiarane som er samde i at helsefellesskapet har bidrege til ulike gradar av samarbeid på dei tre første trinna i trappa.

Figur 8 Svar på spørsmål som gjeld dei ulike trinna i samhandlingstrappa. N = 270 blant leiarar av helse- og omsorgstenestene i kommunane, og N = 60 blant leiarar av medisinske avdelingar ved sjukehusa. 2025.



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar på sjukehusa og til leiarar av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Figur 8 viser at mange av svarea frå leiarane både i kommunane og på sjukehusa tilseier at dei opplever at ein har oppnådd trinn 1 i samhandlingstrappa, dvs. at dei meiner at helsefellesskapa er ein arena der ein mellom anna deler informasjon.

Færre leiarar meiner at trinn 2 er oppnådd. Halvparten av leiarane meiner likevel at ein har oppnådd ei felles forståing av kva ein skal samarbeide om, og korleis ein skal samarbeide.

Færrast leiarar, både i kommunane og på sjukehusa, meiner at partane har oppnådd trinn 3 i trappa. Det dreier seg mellom anna om helsefellesskapet har bidrege til at partane i større grad vurderer konsekvensar for den andre parten før det blir teke avgjerder om endringar i tenestetilbodet.

Helseføretak og kommunar planlegg prosjekt saman, men det er lite felles, langsiktig planlegging

Kommunane og helseføretaka skal inngå forpliktande samarbeidsavtalar.³⁰ Etter helse- og omsorgstenestelova skal samarbeidsavtalane beskrive korleis kommunane og helseføretaka skal utvikle og planleggje tenestene i fellesskap.³¹ Dette svarer til trinn 4 i samhandlingstrappa.

³⁰ Innst. 424 L (2010-2011), jf. Prop. 91 L (2010-2011)

³¹ Prop. 102 L (2020-2021) punkt 8

For å støtte opp under gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og tenesteutvikling mellom nivåa innførte regjeringa i juli 2024 eit *rekrutterings- og samhandlingstilskot*. Det er eit krav at helseføretaket og dei aktuelle kommunane søker om midlar saman og er samde om korleis midlane skal brukast.³²

Totalt har 130 prosjekt fått støtte gjennom tilskotet per juni 2025.³³ Det var for tidleg å evaluere effekten av dette nyoppretta tilskotet då denne undersøkinga blei gjennomført, men Helse- og omsorgsdepartementet har planar om å gjere det. Fleire regionale helseføretak peikar på at tilskotet har lagt til rette for dialog og samhandling på tvers i søknadsprosessen og i førebuinga av prosjekt. Etter Riksrevisjonen si vurdering er det positivt at rekrutterings- og samhandlingstilskotet har bidrege til fleire samhandlingsprosjekt der helseføretak og kommunar planlegg pasientforløp og tenester saman.

Den nasjonale rettleiaren til lov om samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak, tilrår at helsefellesskapet utviklar ein felles handlingsplan for å få til felles planlegging og utvikling av tenestene.³⁴ Undersøkinga viser at dei fleste helsefellesskapa har slike handlingsplanar, men dei viser ikkje korleis partane i fellesskap skal planleggje langsiktig for å handtere utfordringane fram mot 2040 og 2050.

I avtalen frå 2019 mellom regjeringa og KS om innføring av helsefellesskapa blei eit *felles framskrivingsverktøy* nemnt som ein føresetnad for å få til ei felles verkelegheitsforståing. Helsedirektoratet greidde ut eit felles framskrivingsverktøy i 2021³⁵, men Helse- og omsorgsdepartementet har ikkje bede direktoratet gjere noko meir etter det.

Det at helsefellesskapa ikkje har eit felles framskrivingsverktøy, betyr at dei manglar ein grunnleggjande føresetnad for å etablere ei felles verkelegheitsforståing og få til felles langsiktig planlegging mellom helseføretak og kommunar.

Helsefellesskapa blei lansert i 2019 og har brukt nokre år på å etablere seg. Det er altså framleis ein relativt ny samhandlingsarena. Helsefellesskapa er eit av dei viktigaste verkemidla for å betre samhandlinga mellom kommunar og helseføretak. Samtidig er det lagt få verkemiddel til helsefellesskapa, noko som etter Riksrevisjonen si vurdering gjer denne arenaen for samhandling relativt svak. I helsefellesskapa skal partane planleggje langsiktig saman. Etter vår vurdering har helsefellesskapa bidrege til dette i avgrensa grad så langt.

5.6.4 Ventetidene har gått ned etter at regjeringa innførte Ventetidsløftet

Heilt sidan føretaksreforma blei innført i 2002, har det å redusere ventetidene i spesialisthelsetenesta vore eit hovudmål på området for skiftande regjeringar.

³² Helse- og omsorgsdepartementet, 2024e

³³ Dette går fram av ein oversikt sendt Riksrevisjonen frå Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁴ Helsedirektoratet, 2022c.

³⁵ Helsedirektoratet, 2021a.

I mai 2024 lanserte regjeringa Ventetidsløftet. Dette er eit partssamarbeid mellom regjeringa, dei regionale helseføretaka, organisasjonane til dei tilsette og arbeidsgivarorganisasjonar i offentleg og privat sektor. Partane er samde om mål og aktuelle tiltak for å redusere ventetidene. Dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å bidra til Ventetidsløftet.

Samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstenesta for å utnytte den samla kapasiteten i helse- og omsorgstenesta er ikkje ein del av Ventetidsløftet, sjølv om regjeringa anerkjenner at dette er viktig. Regjeringa viser til at ei tilgjengeleg allmennlegeteneste med tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet har betydning for ventetidene i spesialisthelsetenesta òg. Dette er tiltak regjeringa jobbar med utanfor rammene av Ventetidsløftet.³⁶

Riksrevisjonen registrerer at målet for 2025 blei nådd, men at ventetidene framleis er eit stykke unna det langsiktige målet om 50 dagar (jfr kapittel 5.4.3).

5.6.5 Helse- og omsorgsdepartementet har ikkje hatt tilstrekkeleg kunnskap om sentrale verkemiddel bidreg til at måla for samhandling blir nådde

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre seg informasjon om nasjonale mål blir oppnådde, og om korleis dei statlege verkemidla bidreg til oppnåing av måla.³⁷ Dette gjeld både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske verkemiddel. Eit viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlege midlar blir brukte effektivt. Departementet må sørge for at det blir gjennomført evalueringar for å skaffe kunnskap om effektivitet, oppnåing av mål og resultat.³⁸ Frekvensen og omfanget av evalueringane skal bestemmast ut frå eigenarten, risikoen og vesentlegheit for verksemda.

Departementet har ikkje hatt god nok kunnskap om KAD og betalingsplikta

Ordninga med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar blei innført i 2012 og var ein sentral del av samhandlingsreforma. Kravet om at alle kommunar skulle ha eit døgntilbod for akutthjelp (KAD), blei innført 1. januar 2016. Effektar av desse verkemidla var ein del av den forskingsbaserte følgjeevalueringa av samhandlingsreforma som blei publisert i 2016.³⁹

Undersøkinga til Riksrevisjonen viser at styresmaktene ikkje har god nok oversikt over bruken og effekten av KAD i dag. Helsedirektoratet har gitt ut statistikk, men informasjonen om KAD har vore mangelfull over tid, og dei nyaste analysane er frå 2022–2023. Helse- og omsorgsdepartementet har ikkje informasjon om kvaliteten på KAD.

³⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024d

³⁷ Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og føresegnar om økonomistyring i staten (økonomiføresegnene).

³⁸ jamfør føresegnar om økonomistyring i staten og reglement for økonomistyring i staten § 16.

³⁹ Forskningsrådet, 2016

I 2025 gav Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag til Helsedirektoratet å *evaluere* ordninga med betalingsplikt og *greie ut* KAD.

Etter Riksrevisjonen si vurdering er det positivt at departementet får betre kunnskap om korleis desse verkemidla fungerer. Samtidig meiner vi departementet burde hatt meir og betre kunnskap i perioden 2017–2024 for å vurdere om det var nødvendig med justeringar. Med tanke på den sterke veksten vi vil få i talet på eldre om kort tid, meiner Riksrevisjonen det er svært viktig at to så sentrale statlege verkemiddel fungerer etter formålet.

Det manglar styringsdata for allmennlegetenesta

Fastlegeforskrifta gir kommunen ansvar for å sørge for at kvaliteten på tilvisingspraksisen til fastlegane er god. Ifølgje fastlegeforskrifta § 7 skal kommunen sørge for at kvalitets- og funksjonskrava i fastlegeordninga blir overhaldne. Desse krava inneber mellom anna at tilvisingane som fastlegane gjer til spesialisthelsetenesta, skal støtte fagleg rett oppgåvefordeling og god samhandling mellom behandlingnivåa, i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtalar (fastlegeforskrifta § 24).

I kapittel 5.5 viser vi til at verken kommunane eller helseføretaka bruker data om tilvisingspraksisen til fastlegane i planlegginga av drifta. Undersøkinga viser òg at mange leiarar av kommunale helse- og omsorgstenester ikkje kjenner til ansvaret for å sikre ein god tilvisingspraksis blant fastlegane. Det finst heller ingen *system* for regelmessige tilbakemeldingar til fastlegen om verken fastlegen sin praksis eller andre sin. Dette er noko helse- og omsorgskomiteen peika på at ein burde innføre i 2009.⁴⁰

I samband med Riksrevisjonen si oppfølgingsundersøking i 2023 om arbeidet til styresmaktene med å sikre god tilvisingspraksis frå fastlegane til spesialisthelsetenesta viste departementet til at det ville halde fram arbeidet med å gjere data om allmennlegetenesta tilgjengeleg.⁴¹ I *Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* står det at kommunane opplever at styring og leiing er utfordrande på grunn av manglande styringsdata for allmennlegetenestene. Styresmaktene har heller ikkje gjort slike data tilgjengelege, som kvalitetsindikatorar eller liknande.

Departementet viser til at styringsdata om pasientforløp og samhandling på tvers av og mellom tenestenivåa ikkje er tilgjengelege per i dag, heller ikkje styringsdata om tilvisingspraksisen til fastlegar. Departementet viser til at FHI arbeider med å modernisere og vidareutvikle Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR). Tilvisingspraksisen til fastlegar er relevant i dette arbeidet. Departementet viser òg til at informasjon om tilvisingspraksis krev kopling mellom Fastlegeregisteret og KPR, noko som ikkje er gjennomført. Det er uklart når arbeidet blir ferdig.

⁴⁰ Innst. 212 S (2009–2010), jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009)

⁴¹ Riksrevisjonen, 2023

Etter Riksrevisjonen si vurdering er det òg viktig at leiinga i både kommunane og helseføretaka har tilgang til denne typen styringsdata for å kunne følgje opp og rettleie fastlegar.

Det er ikkje god nok informasjon om dei samla effektane av samhandling

Statlege styresmakter har gjort tilgjengeleg styringsdata som kastar lys over nokre sider ved samhandlinga, til dømes dei nasjonale kvalitetsindikatorane. I tillegg finst det styringsdata som nasjonale styresmakter ikkje har ansvar for, men som er offentleg tilgjengelege, til dømes Samhandlingsbarometeret.

Dette betyr at leiarar i helsesektoren og andre har tilgang til ein god del informasjon om kvaliteten på samhandlinga, som kor lenge pasientar må vente før dei får behandling, eller kor mange som blir liggjande ferdig behandla på sjukehus i påvente av eit kommunalt tilbod.

Kvalitetsindikatorane seier noko om enkelte element, men gir ikkje eit heilskapleg bilete av aktivitetane som inngår i samhandlinga om pasientforløpa. For å få eit heilskapleg bilete og for å måle samla effektar når nivåa samhandlar om pasientforløp, må data om dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenestene koplust. Slike data finst i høvesvis KPR og NPR.

Løyve til å kople NPR- og KPR-data, blir gitt med avgrensa varigheit. Noko anna krev endringar i helseregisterlova § 19.⁴² Undersøkinga omtaler døme på at analysar av data frå dei to datakildene har vore avgjerande for å få kunnskap om effektar når kommunar og sjukehus samhandlar om pasientar.

Riksrevisjonen meiner at utfordringane med å følgje forløpa til pasientane som får helsetenester på begge nivåa, gir avgrensa høve til å vurdere om sårbare pasientar får samanhengande tenester. Det reduserer òg departementet si innsikt i om dei samla ressursane i helse- og omsorgstenesta blir utnytta best mogleg.

Data om pasientforløp og samhandling på tvers ville gitt informasjon som ikkje blir dekt av kvalitetsindikatorane, som per i dag gir indirekte data om samhandling, ifølgje departementet. Etter Riksrevisjonen si vurdering ville dette gjort det mogleg å analysere bruken av både spesialisthelsetenester og kommunale helse- og omsorgstenester i pasientforløp òg, og å sjå heile pasientforløp.

5.6.6 Samla sett har statlege verkemiddel hatt avgrensa verknad på samhandlinga mellom sjukehus og kommunar

Etter Riksrevisjonen si vurdering har sentrale statlege verkemiddel som skal bidra til god samhandling og til at pasientar blir behandla på rett nivå, hatt liten eller avgrensa verknad samla sett.

⁴² Riksrevisjonen, 2025a

Det er framleis utfordringar knytte til ventetider, fristbrot, heilskaplege pasientforløp, kommunalt akutt døgntilbod og utskrivingsklare pasientar.

Trass i ei rekkje enkeltståande felles samhandlingsprosjekt i helsefellesskapa er det framleis svakheiter i samhandlinga og få spor av felles langsiktig planlegging.

Konsekvensane av manglande samhandling er at ein del pasientar blir behandla på feil nivå, og at dei samla ressursane dermed ikkje blir utnytta effektivt.

6 Tilrådingar

Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet sørgjer for:

- at statlege verkemiddel blir innretta på ein slik måte at dei fremjar pasientforløp på lågaste effektive omsorgsnivå. Dette inneber at kommunane må ha ein riktig bruk av kommunalt akutt døgntilbod (KAD) og legevakt, ei god oppfølging av fastlegane sin tilvisingspraksis og at samhandlinga om utskrivingsklare pasientar må bli betre. Det inneber òg at departementet vurderar insentiva for at kommunane tar imot utskrivingsklare pasientar.
- betre styringsdata om samhandling som kan bidra til forbetringar av pasientforløpa i tenestene. Dette inkluderer styringsdata som leiarar i kommunane og sjukehusa kan bruke til å utvikle gode pasientforløp og vurdere om pasientane blir behandla på rett nivå, som for eksempel styringsdata om tilvisingspraksis.
- at dei regionale helseføretaka ivaretek sitt ansvar for å leggje til rette for nødvendig samarbeid med kommunane om å tilby tenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be Helsedirektoratet om å:

- undersøkje kvifor innbyggjarar i mange vertskommunar oftare blir behandla i sjukehus enn innbyggjarar i andre kommunar.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be dei regionale helseføretaka om å:

- følgje opp skilnader i innbyggjarane sin bruk av sjukehusa i dei ulike kommunane i opptaksområdet til helseføretaka og sjukehusa,
- ha større merksemd i den langsiktige planlegginga på korleis kjenneteikn ved kommunane sine helse -og omsorgstenester, som kapasitet og organisering, påverkar bruken av spesialisthelsetenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i samarbeid med KS:

- medverke til at spesialisthelsetenestene og kommunane i større grad bruker helsefellesskapa til å samarbeide om å planleggje og utvikle tenestene i eit meir langsiktig perspektiv.

7 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden

Riksrevisjonen har ingen fleire merknader i saka.

Saka blir send til Stortinget.

Vedteke i Riksrevisjonen sitt møte 22. april 2026

Karl Eirik Scjøtt-Pedersen

Solveig Horne

Rigmor Aasrud*

Nils T. Bjørke

Maren Njøs Kurdøl

Jens A. Gunvaldsen

* Riksrevisor Rigmor Aasrud har vore inhabil til å delta ved kollegiets behandling av Dok. 3:10 (2025–2026) *Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre*, jf. riksrevisjonsloven § 3-2 første og andre ledd. Ho har derfor ikkje delteke i behandlingen av undersøkinga.

Del 2:

Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag

8 Har meir av behandlinga blitt overført frå staten til kommunane?

I dette kapitlet beskriv vi først utviklinga i kapasitet og aktivitet i den kommunale helse- og omsorgstenesta og i den somatiske spesialisthelsetenesta. Utviklinga i bruken av helsetenester blant eldre blir vist særskilt. Basert på demografiske endringar bereknar vi deretter forventa bruk av spesialisthelsetenester fram mot 2040 dersom bruken av spesialisthelsetenester held fram som i 2024. Vidare beskriv vi dei store skilnadene mellom kommunane i eldre sin bruk av sjukehusa. Deretter går vi gjennom resultatane frå ein regresjonsanalyse som undersøker om kapasiteten og organiseringa i kommunane kan forklare skilnader i eldre sin bruk av sjukehusa.

8.1 Kapasiteten har auka meir i den kommunale helse- og omsorgstenesta enn i den somatiske spesialisthelsetenesta

Både spesialisthelsetenestelova og helse- og omsorgstenestelova har som formål å bidra til at ressursane blir utnytta best mogleg.⁴³ Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpa skal utførast på det lågaste effektive omsorgsnivået (LEON-prinsippet).⁴⁴ Dersom kommunale helse- og omsorgstenester kan yte tilstrekkeleg og forsvarleg helsehjelp til ein pasient, skal ikkje fastlegen tilvise vedkommande til spesialisthelsetenesta. Helsehjelp som ikkje krev tilgang til kompetansen til spesialisthelsetenesta, bør bli gitt av den kommunale helsetenesta.⁴⁵ I samband med behandlinga av helse- og omsorgstenestelova i 2011 sa helse- og omsorgskomiteen seg samd i at ein større del av pasientforløpa skal overførast frå spesialisthelsetenesta til helse- og omsorgstenesta i kommunane.⁴⁶

Figur 9 viser utviklinga i kapasitet og aktivitet i helsetenestene frå 2015 til 2024. Med *kapasitet* meiner ein her ressursinnsatsen som blir brukt for å gi tenester. Vi deler kapasiteten inn i kategoriane tal på årsverk, plassar og driftskostnader.

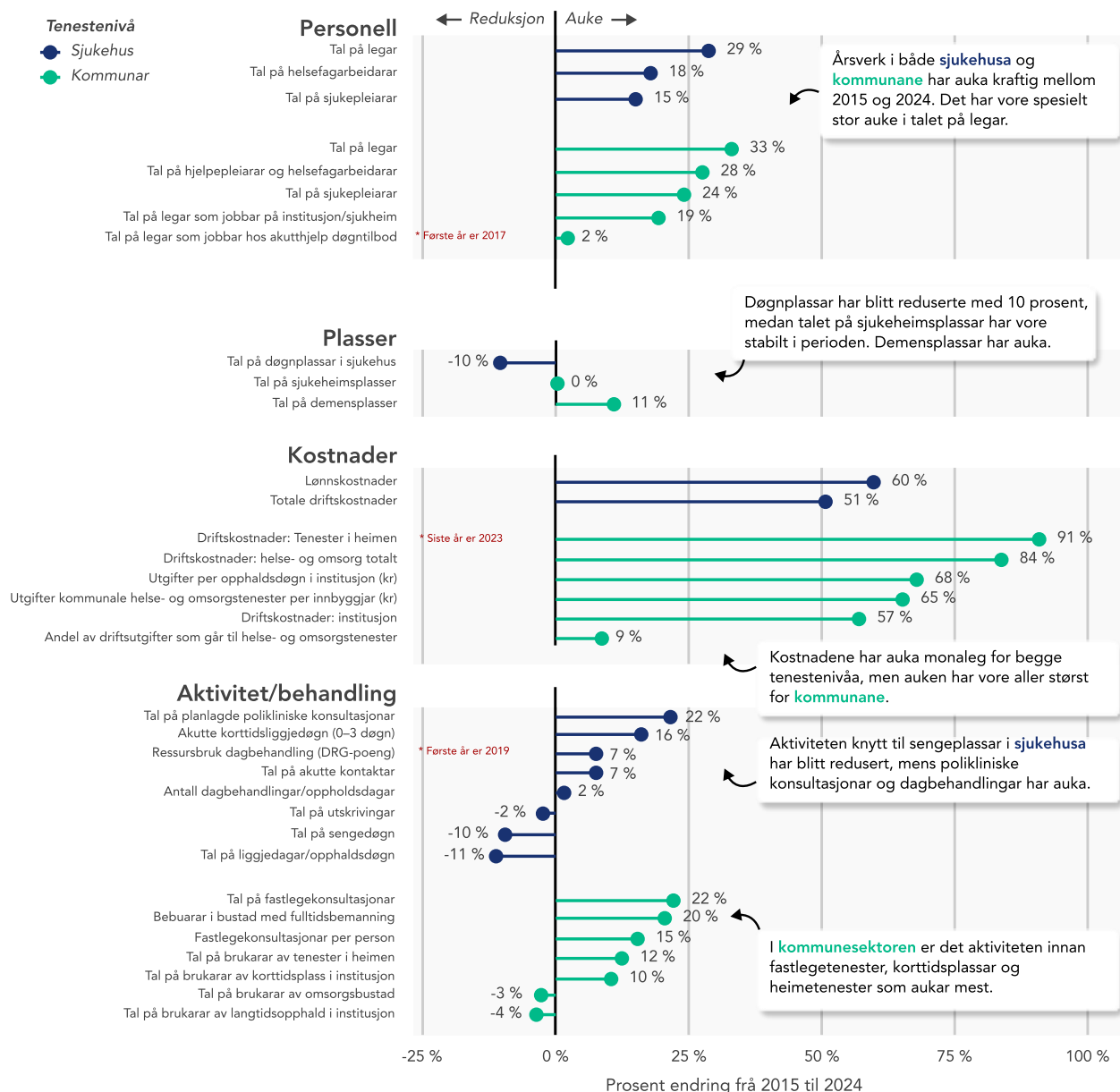
⁴³ Spesialisthelsetenestelova § 1-1 og helse- og omsorgstenestelova § 1-1.

⁴⁴ Innst. 424 L (2010–2011)

⁴⁵ Prop. 91 L (2010–2011), s. 43

⁴⁶ Prop. 91 L (2010–2011)

Figur 9 Utvikling i kapasitet og aktivitet i primær- og spesialisthelsetenesta frå 2015 til 2024, fordelt på utvalde nøkkelindikatorar (kostnader er ikkje prisjusterte).⁴⁷



Kjelde: Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister, Helsedirektoratet. I kapittel 13.1.1 står det om kjeldene til dei ulike nøkkelindikatorane og innhaldet i indikatorane.

Figur 9 viser at det samla sett har vore vekst i kapasiteten både på sjukehusa og i kommunane i perioden frå 2015 til 2024. Veksten har vore størst i kommunane.

Det har vore ein sterk vekst i talet på årsverk både i kommunale helse- og omsorgstenester og i somatikken i spesialisthelsetenesta i perioden frå 2015 til 2024. På begge nivåa har veksten i talet på legeårsverk vore sterkare enn veksten i talet på årsverk i andre fagprofesjonar. Medan den prosentvise veksten i legeårsverk har vore like sterk på

⁴⁷ Kostnadene er ikkje prisjusterte fordi formålet med figuren primært er å samanlikne utviklinga i spesialisthelsetenesta og i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Aktivitetsdata for sjukehus gjeld ikkje-kirurgiske kontaktar, med unntak av planlagde polikliniske konsultasjonar, som inkluderer både kirurgi og medisin.

begge nivå, har veksten i årsverk blant sjukepleiarar og helsefagarbeidarar vore større i dei kommunale helse- og omsorgstenestene enn i spesialisthelsetenesta.

Driftskostnadene i same perioden har auka meir i dei kommunale helse- og omsorgstenestene (84 prosent) enn i spesialisthelsetenesta (51 prosent).

Den prosentvise veksten i driftskostnader er lågare når vi tek omsyn til utviklinga i talet på innbyggjarar i perioden frå 2015 til 2024. For kommunane har driftskostnadene per innbyggjar auka med 65 prosent i perioden. Driftskostnadene er ikkje prisjusterte. Ifølgje SSB steig konsumprisindeksen med 34 prosent frå 2015 til 2024, og månadslønna innanfor helsetenester i kommuneforvaltninga steig med 39 prosent.⁴⁸ Driftskostnadene har med andre ord auka meir enn prisar og lønningar.

Figur 9 viser òg at delen av dei samla driftsutgiftene til kommunane som blir brukt på helse- og omsorgstenester, har auka med 9 prosent frå 2015 til 2024. Andelen av driftsutgiftene som blir brukte på helse- og omsorgstenester, auka frå 30 prosent til 33 prosent.

Driftskostnadene til heimetenestene i kommunane auka meir (91 prosent) enn driftskostnadene til institusjon (57 prosent). Målet om at eldre skal kunne bu lengre heime, er truleg ei forklaring på dette.

Tal får SSB viser vidare at kapasiteten på døgnplassar i sjukehusa blei redusert med 10 prosent i perioden frå 2015 til 2024. Talet på sjukeheimplassar er omtrent det same i 2024 som i 2015.⁴⁹

Figur 9 viser at auka kapasitet i helsetenestene har bidrege til auka aktivitet. Talet på fastlegekonsultasjonar auka med 22 prosent i perioden frå 2015 til 2024. Noko lågare vekst var det i talet på brukarar av helsetenester i heimen (12 prosent) og talet på brukarar i korttidsplass i institusjon (10 prosent). I same perioden har det vore ein reduksjon i talet på brukarar av omsorgsbustader (3 prosent) og talet på brukarar med langtidsopphald i institusjon (4 prosent).

I spesialisthelsetenesta auka talet på planlagde polikliniske konsultasjonar med 22 prosent frå 2015 til 2024 (heretter kalla polikliniske konsultasjonar), samtidig som talet på sengedøgn blei redusert med 10 prosent.

⁴⁸ [11419: Månadslønn, etter statistikk mål, sektor, næring \(SN2007\), kjønn, avtalt/vanleg arbeidstid per veke, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken.](#)

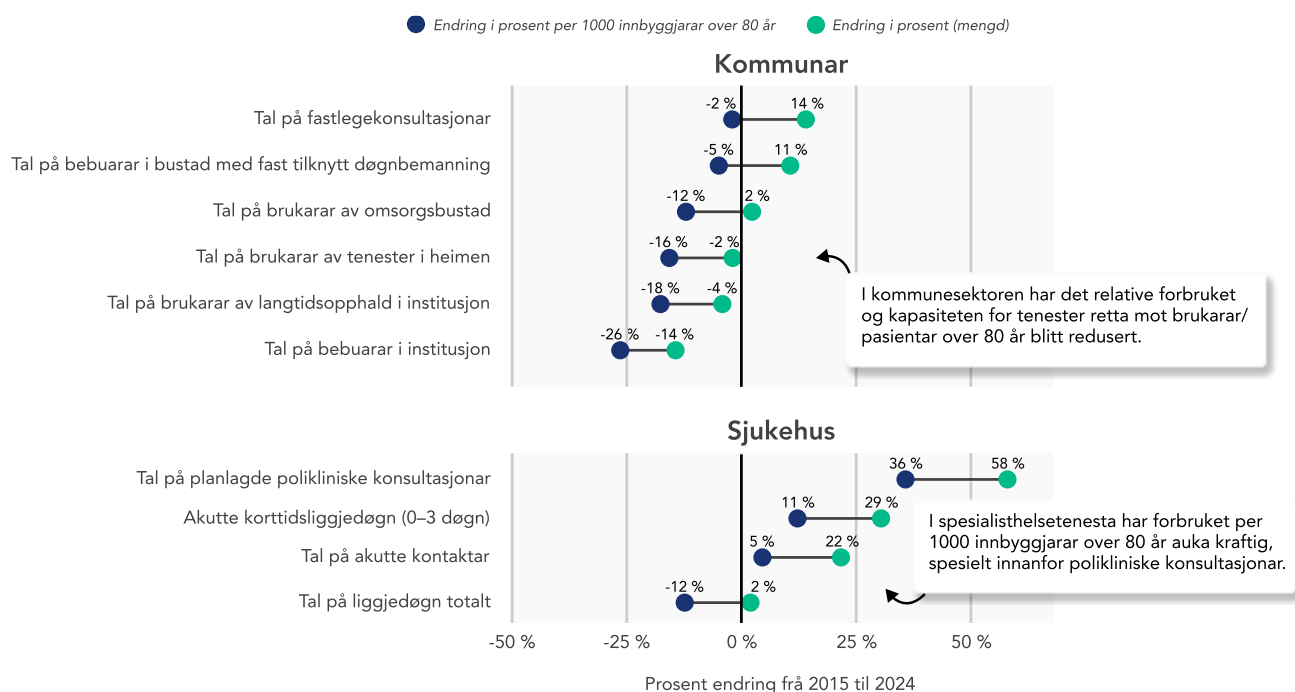
⁴⁹ Talet på sjukeheimplassar var 39 723 i 2024 og 39 595 i 2014. Kjelde: Tal frå SSBs statistikkbanktabell, SSB-tabell 11875, tilarbeidde av Riksrevisjonen. Sjukeheimplassane til Haram kommune er utelaten fordi kommunesamanslåingar gjer det umogleg å lage tidsseriar utan avbrot.

8.2 Blant eldre over 80 år har bruken av spesialisthelsetenester auka og bruken av kommunale helsetenester minka

Hittil har vi sett på utviklinga i kapasiteten i helsetenestene i kommunar og sjukehus i perioden 2015–2024 og på utviklinga i bruken av tenester for *alle* aldersgrupper. No ser vi nærmare på utviklinga i bruken av helsetenester blant eldre over 80 år. Figur 10 illustrerer denne utviklinga.

Figuren viser skilnader mellom prosentvis endring i aktivitet i absolutte tal (i grønt) og prosentvis endring i aktivitet per 1 000 innbyggjarar (i blått) blant eldre over 80 år for utvalde indikatorar. Det har i denne perioden blitt 16 prosent fleire eldre over 80 år.

Figur 10 Endring i ulike nøkkelindikatorar frå 2015 til 2024, fordelt på kommunar og sjukehus. Pasientgruppa 80 år og eldre. Indikatorer i sjukehusa gjeld ikkje-kirurgiske kontaktar, med unntak av polikliniske konsultasjonar.



Kjelde: Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister

Sjølv om det har vore vekst i talet på årsverk i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, viser figuren at det blant eldre over 80 år er færre brukarar av fleire former for helse- og omsorgstenester i 2024 enn i 2015. Dette gjeld bruken av både kommunale institusjonsplassar og helsetenester i heimen, der både den prosentmessige endringa (grønt punkt) og endringa per innbyggjar over 80 år (blått punkt) er negativ. Figuren viser vidare at det for alle kommunale helse- og omsorgstenester har vore ein reduksjon i aktiviteten for eldre over 80 år når aktiviteten blir målt mot talet på innbyggjarar i same aldersgruppe.

Sjølv om det som nemnt ovanfor har vore ein sterk vekst i bruken av kommunale helse- og omsorgstenester, gjeld dette altså ikkje dei eldste innbyggjarane. I spørjeundersøkinga

skulle leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene vurdere påstanden om at *ein auke i andelen yngre brukarar gjer det vanskelegare enn før å prioritere eldre brukarar*. Halvparten av leiarane meinte at påstanden stemte godt (30 prosent) eller svært godt (21 prosent). I vertskommunane til sjukehusa meinte tre av fire leiarar at påstanden stemte godt (33 prosent) eller svært godt (44 prosent).

I Noreg, som i andre land, står ei lita gruppe tenestemottakarar for ein stor del av dei totale kostnadene i helsetenestene. Ein studie frå 2024 viser at ei lita gruppe yngre, heimebuande og funksjonshemma tenestemottakarar står for ein stor del av dei samla kostnadene for pleie- og omsorgsteneste i Noreg.⁵⁰ Det har i denne perioden blitt 16 prosent fleire eldre over 80 år.

Figur 10 viser at det i perioden frå 2015 til 2024 har vore ein sterk vekst i bruken av *sjukehustenester* blant personar som er 80 år og eldre. For denne gruppa er det langt fleire polikliniske konsultasjonar per innbyggjar i 2024 enn i 2015. Auken er på 36 prosent når han blir målt mot alle innbyggjarar over 80 år. Talet på akutte kontaktar per innbyggjar auka òg litt (5 prosent) for denne aldersgruppa. Veksten er større (11 prosent) når vi ser på akutte *korttidsliggjedøgn*.

Det totale talet på akutte liggjedøgn per innbyggjar blant eldre over 80 år har derimot blitt redusert i perioden. Denne utviklinga kan nok forklarast med at pasientar ligg kortare tid på sjukehus enn før.⁵¹

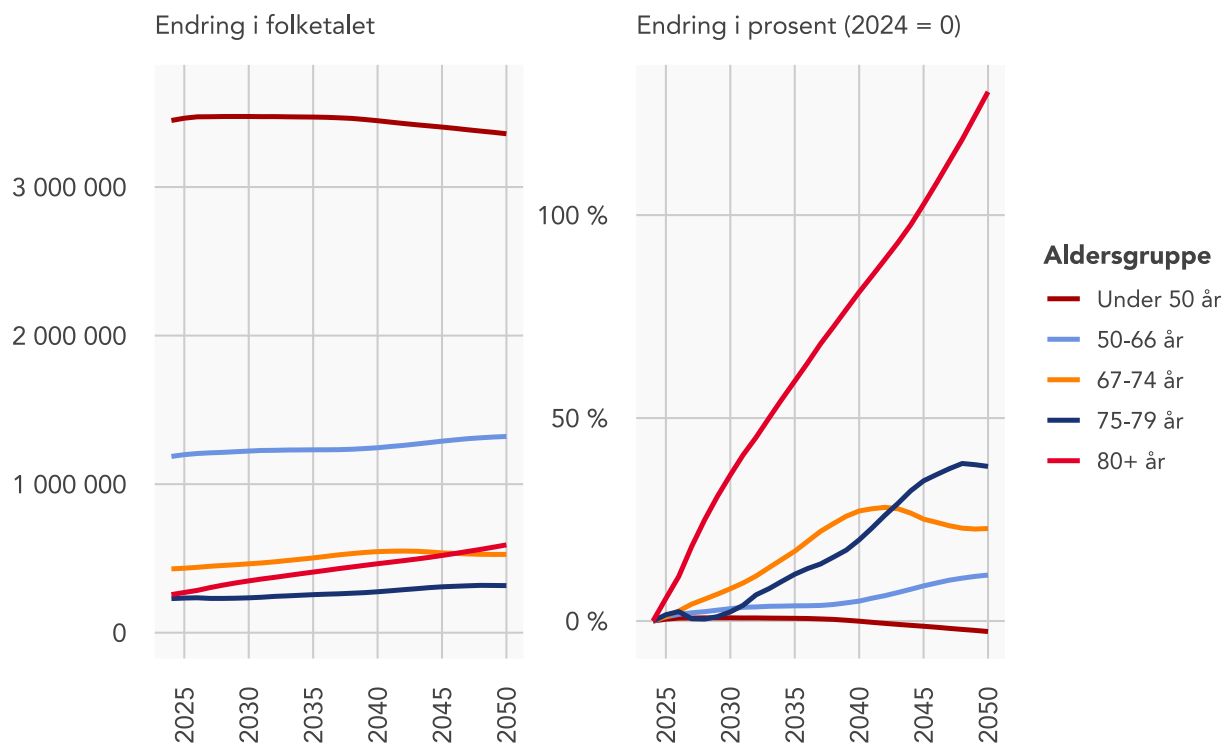
8.3 Bruken av spesialisthelsetenester vil auke mykje dersom bruken held fram som i dag

Ifølgje SSBs framskrivingsmodellar er det forventa ein liten reduksjon i talet på innbyggjarar i aldersgruppa under 50 år i perioden frå 2024 til 2050, medan det er forventa vekst i talet på innbyggjarar over 50 år i same perioden.

⁵⁰ Holte med fleire, 2023

⁵¹ Statistisk sentralbyrå, 2025b

Figur 11 Folketalsutvikling 2024-2050, fordelt på ulike aldersgrupper



Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at talet på eldre over 80 år blir dobla frå 2024 til 2045. Allereie i 2033 vil talet på eldre over 80 år ha auka med 50 prosent samanlikna med 2024.⁵²

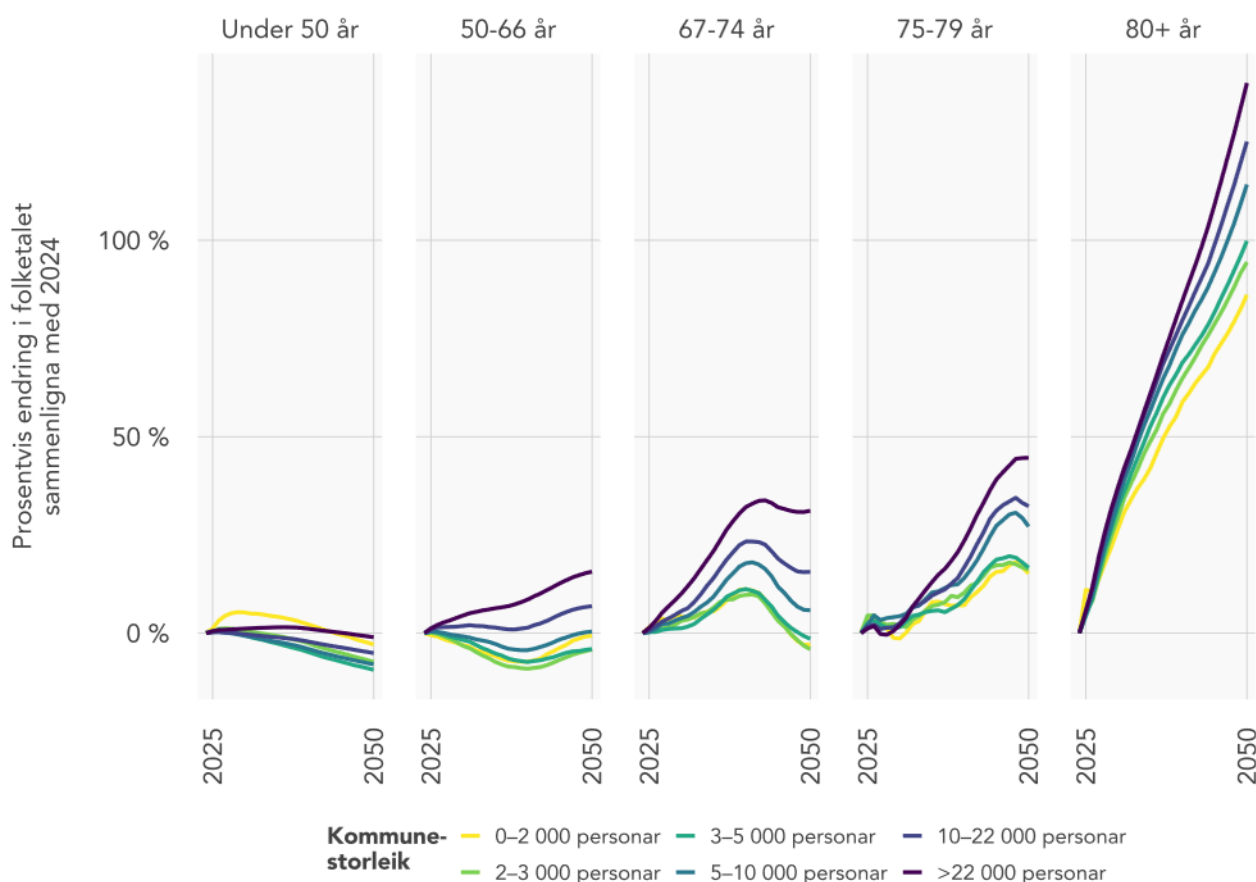
I 2025 utgjorde dei aller eldste ein langt større del av folketalet i dei minste kommunane enn i dei største. I kommunar med færre enn 2 000 innbyggjarar utgjorde dei over 80 år 7,2 prosent av folketalet, mot 4,4 prosent i kommunar med fleire enn 20 000 innbyggjarar.⁵³

Figur 12 viser at det fram til 2050 er venta å bli ein betydeleg vekst i talet på eldre over 80 år i kommunar av alle storleikar. Sjølv om andelen eldre vil vere større i små enn i store kommunar, vil den prosentvise veksten blant eldre blir sterkare i dei store kommunane enn i dei små.

⁵² Statistisk sentralbyrå, 2024.

⁵³ [07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommunar, fylke og befolkninga i heile landet \(K\) 1986-2025. Statistikkbanken.](#)

Figur 12 Folketalsutvikling 2024–2050, fordelt på ulike aldersgrupper og kommunestorleikar



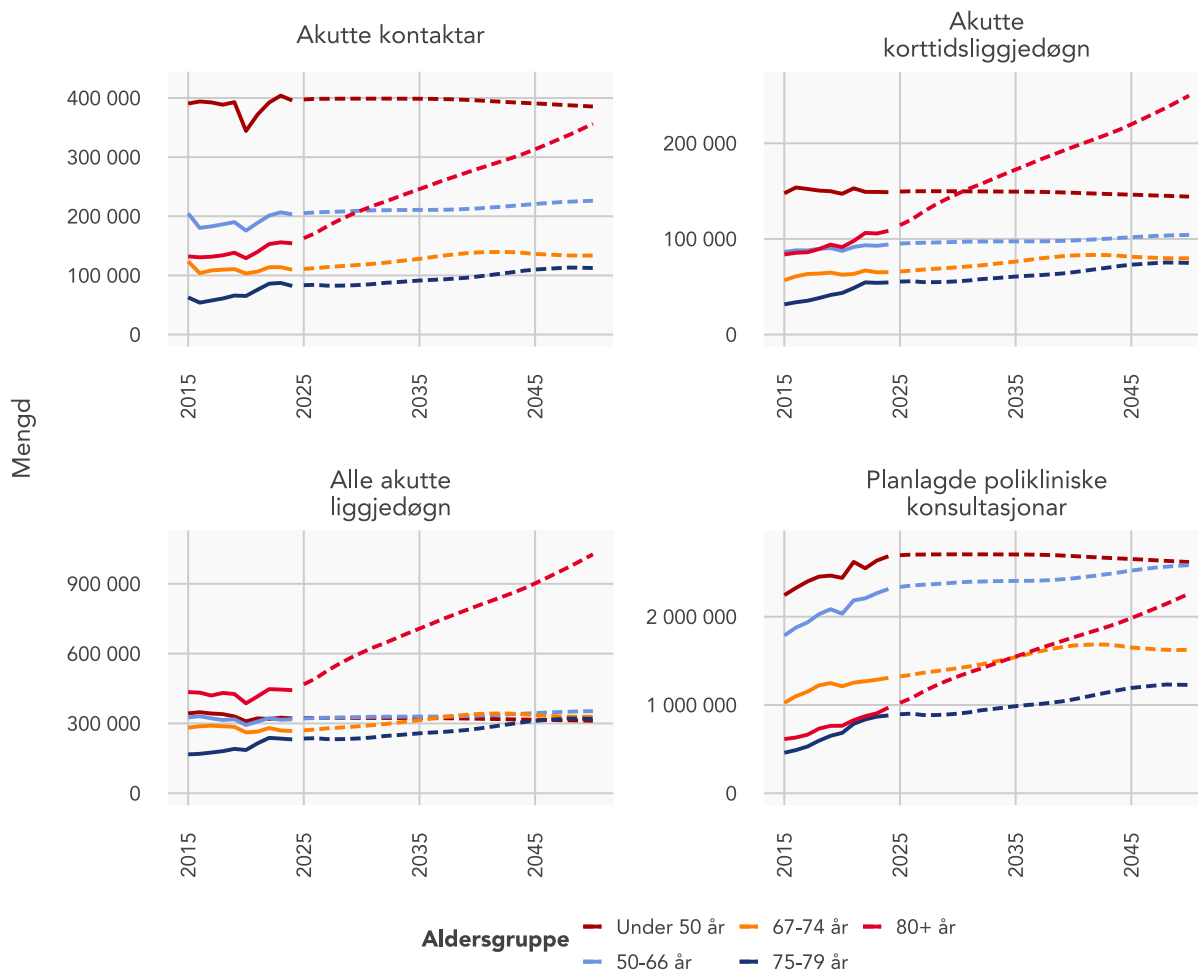
Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Vi har berekna behovet innanfor utvalde spesialisthelsetenester for ulike aldersgrupper fram mot år 2050 ved å bruke SSBs estimat av forventa folketalsutvikling. Berekningane tek utgangspunkt i bruken av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper i kvar enkelt kommune i 2024 og den forventa folketalsutviklinga i dei same aldersgruppene i kommunen.

Det samla talet på *akutte kontaktar*, *liggjedøgn*, *korttidsliggjedøgn* og *polikliniske konsultasjonar* det er behov for, vil bli påverka både av bruken til innbyggjarane i kvar enkelt kommune i dag, og i kva kommunar folketalsveksten blir sterkast i dei ulike aldersgruppene.

Berekningane viser at dersom innbyggjarane bruker sjukehusa som i dag, blir det mellom anna 29 prosent fleire ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar (heretter kalla akutte kontaktar) og 26 prosent fleire planlagde polikliniske konsultasjonar (heretter kalla polikliniske konsultasjonar) i 2050 enn i 2024. Ein viktig grunn til dette er veksten i talet på eldre, jf. Figur 13.

Figur 13 Utvikling i faktisk bruk av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper frå 2015 til 2024, og forventa bruk fram mot 2050 føresett at bruken av spesialisthelsetenester held fram som i dag



Kjelde: Norsk pasientregister

Berekningane viser at dersom bruken av spesialisthelsetenester held fram som i 2024, vil talet på både akutte kontaktar, polikliniske konsultasjonar og akutte korttidsliggjedøgn for personar som er 80 år og eldre, auke mykje i perioden frå 2024 til 2050. Berekningane viser at det vil vere meir enn dobbelt så mange opphald i 2050 som i 2024 dersom bruken av sjukehusa held fram som no. For dei andre aldersgruppene er det venta ein auke i polikliniske konsultasjonar og ein viss nedgang eller ei stabil utvikling for dei andre tre tenestene. Helseføretaka vil ha store utfordringar med å levere tilstrekkelege helsetenester dersom bruken av sjukehusa held fram som i 2024.

Dei regionale helseføretaka har utvikla ein felles nasjonal framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetenester. Modellen estimerer eit lågare auka behov for spesialisthelsetenester enn våre berekningar. Dette skuldast at modellen mellom anna legg til grunn:

- auka forventa levealder med fleire friske leveår
- færre liggjedøgn blant kreftpasientar

- at utskrivingsklare pasientar er ei kommunal oppgåve
- at helseføretaka gjennomfører tiltak som skal redusere behovet.

Sjølv om desse forholda kan bidra til å dempe det auka behovet for sjukehusstenester i framtida, viser den nasjonale framskrivingsmodellen likevel at det kan bli 21 prosent fleire liggjedøgn og 26 prosent fleire polikliniske konsultasjonar i 2040 enn i 2022 (sjå kapittel 9.5.3 for) for nærmare omtale.⁵⁴

8.4 Det er store skilnader mellom kommunane i eldre sin bruk av spesialisthelsetenester

Vi har undersøkt om det er skilnader mellom kommunane i eldre sin bruk av polikliniske konsultasjonar. Vidare har vi undersøkt om fleire eldre oftare blir innlagde akutt på sjukehuset i nokre kommunar enn i andre.

Vi har teke særskilt for oss skilnader i talet på korttidsinnleggingar blant dei akutte kontaktane. Ifølgje Samhandlingsbarometeret er det blant desse pasientopphalda ein særleg finn pasientar kommunane kan handtere sjølv, i staden for at dei blir innlagde på sjukehus.⁵⁵ Korttidsinnleggingane omfattar i undersøkinga innleggingar med ei varigheit på tre dagar eller mindre.

8.4.1 Talet på akutte kontaktar blant eldre varierer mellom helseføretaka

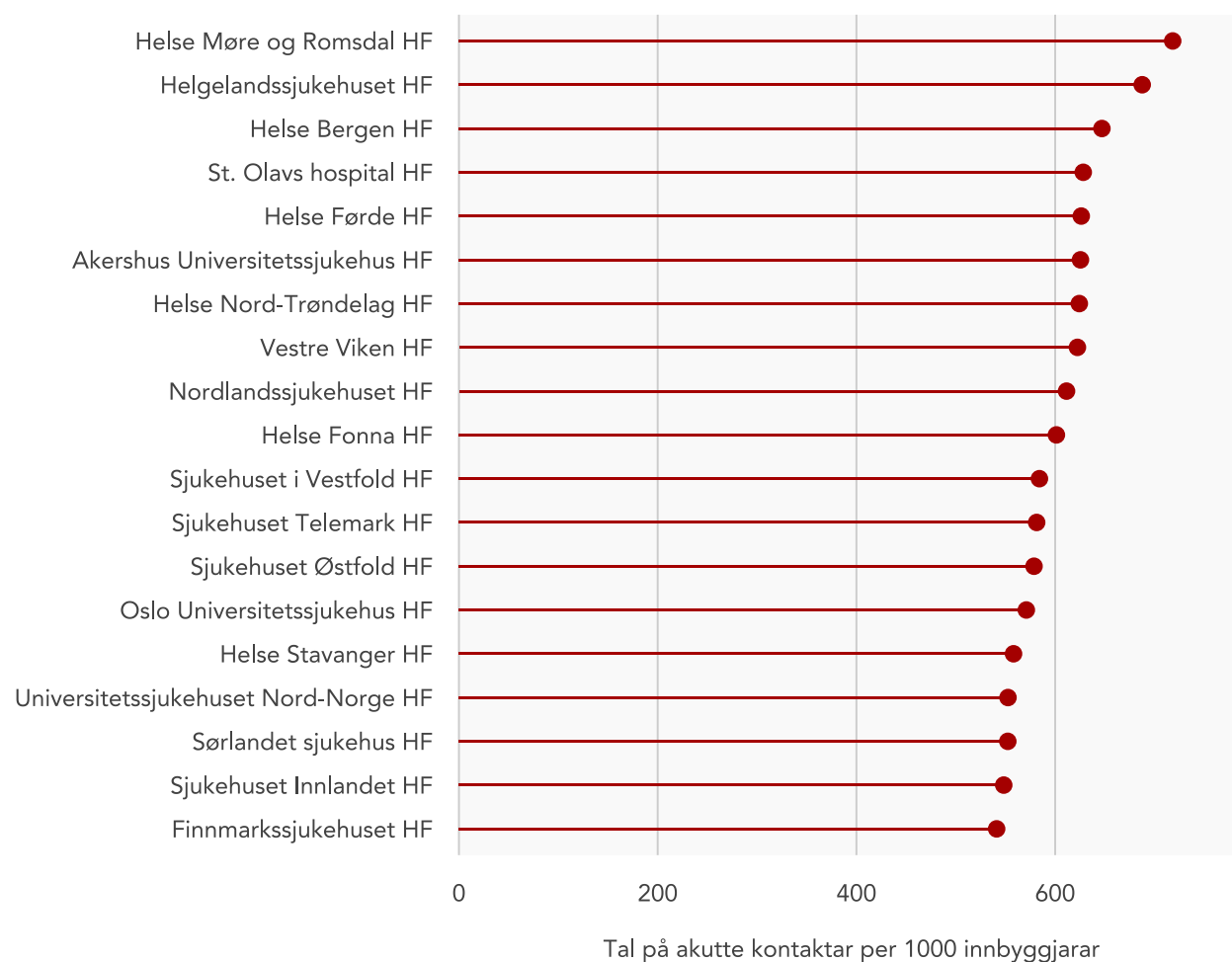
Det er nokre skilnader mellom de fire regionale helseføretaka når det gjeld talet på både ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar blant innbyggjarar som er 80 år og eldre. Skilnadene er større mellom helseføretaka i dei einskilde regionane enn mellom regionane. Figur 14 illustrerer variasjonane mellom helseføretaka.⁵⁶

⁵⁴ Helse Nord med fleire, 2023

⁵⁵ Samhandlingsbarometeret, u.å.

⁵⁶ Sjå omtala i kapittel 13 av kva akutte kontaktar inkluderer. Talet på kontaktar tar utgangspunkt i pasientens bustadkommune, uavhengig av kva for eit helseføretak som behandlar pasienten.

Figur 14 Talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024



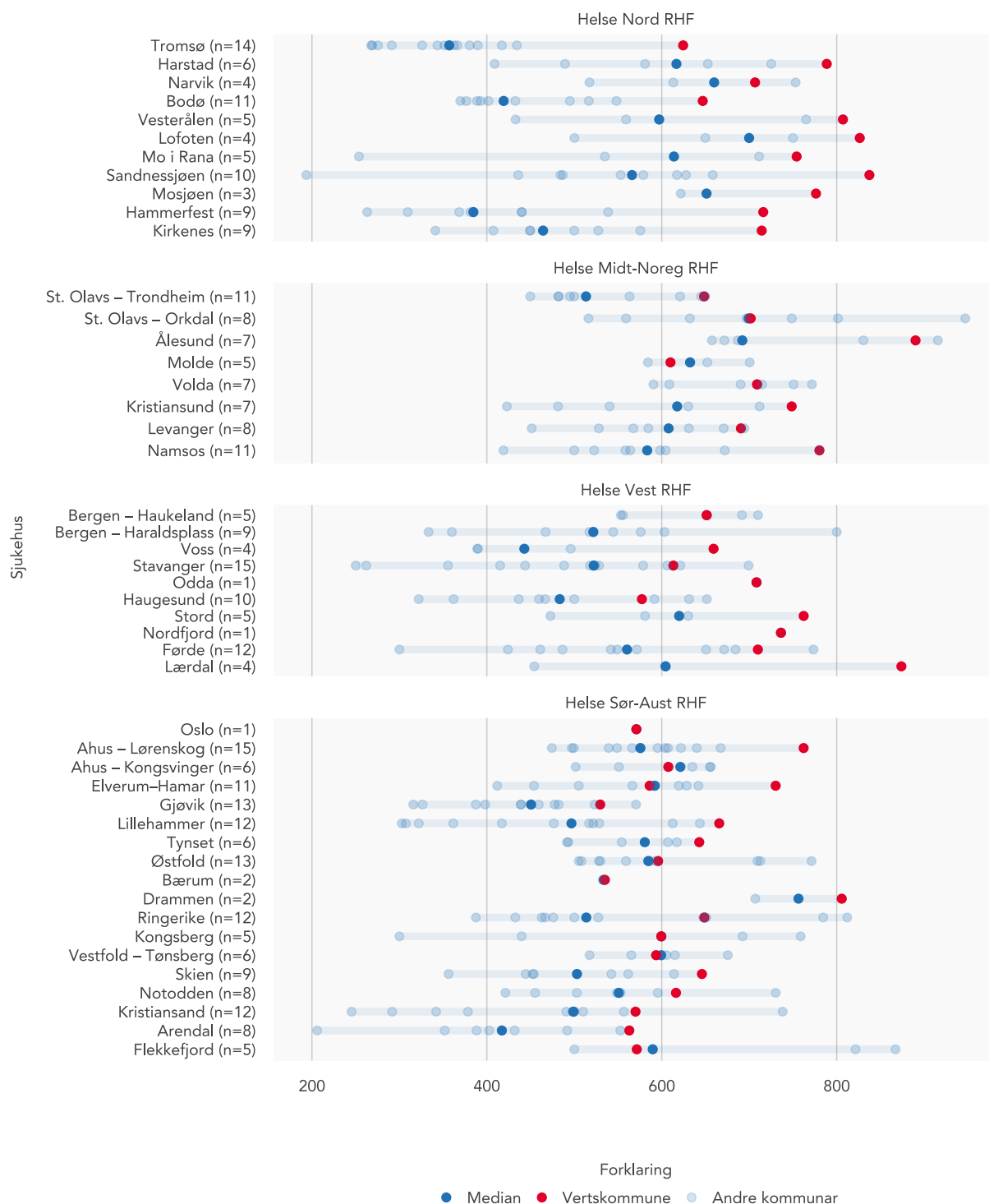
Kjelde: Norsk pasientregister

Eitt helseføretak kan bestå av fleire sjukehus, som igjen har fleire kommunar i sitt opptaksområde. Til dømes består Universitetssjukehuset Nord-Norge (UNN) av tre somatiske sjukehus som har ulikt tal på kommunar i sitt opptaksområde:

- sjukehuset i Tromsø: 14 kommunar
- sjukehuset i Harstad: 6 kommunar
- sjukehuset i Narvik: 4 kommunar

Talet på akutte kontaktar blant eldre varierer mykje mellom kommunane i same opptaksområde. Figur 15 viser kor stor spreining det er mellom kommunane i opptaksområdet til sjukehusa når det gjeld talet på akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar blant eldre over 80 år. Faktaboks 2 i kapittel 5.2 gir leserttleiing til figuren.

Figur 15 Talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024. N angir talet på kommunar i opptaksområdet til sjukehuset.



Kjelde: Norsk pasientregister

Figur 15 viser at på dei fleste sjukehusa er det store skilnader i talet på akutte kontaktar per 1 000 innbyggjarar mellom kommunar i same opptaksområde. I same opptaksområde er det altså nokre kommunar som har mange akutte kontaktar blant eldre over 80 år, medan andre kommunar har få.

Figuren viser òg at eit stort fleirtal av vertskommunane til sjukehuset (raud prikk) har relativt mange akutte kontaktar samanlikna med dei andre kommunane i same opptaksområde. Svært få vertskommunar har færre akutte kontaktar enn medianen til kommunane i opptaksområdet. Det er berre 12 prosent av kommunane som har fleire akutte kontaktar enn vertskommunen til sitt lokalsjukehus.

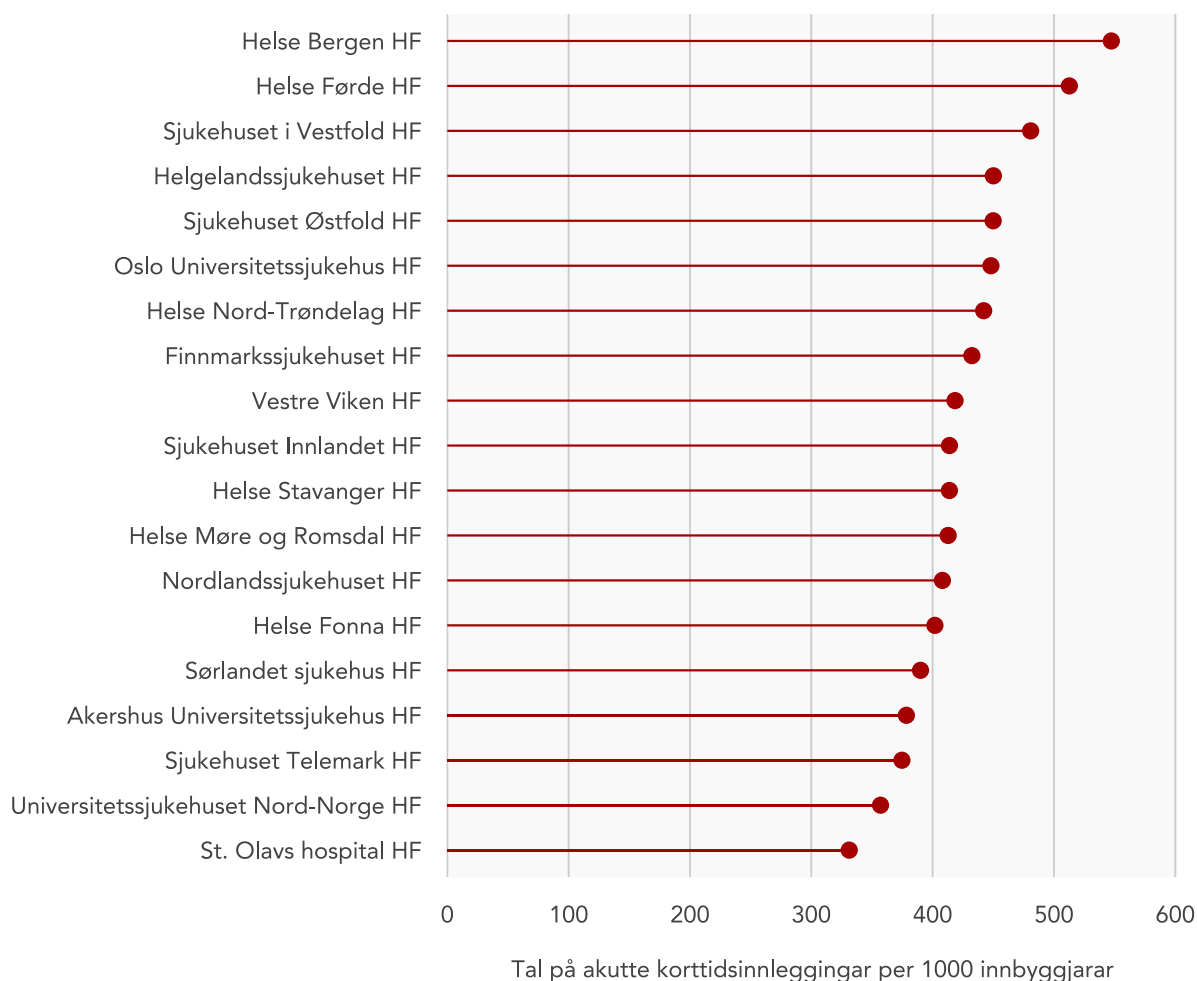
Òg samhandlingsbarometeret, som ikkje inkluderer akutte polikliniske kontaktar i talet på medisinske akuttinnleggingar per innbyggjar over 80 år, viser at eit stort fleirtal av kommunane har færre akutte innleggingar enn vertskommunen til sitt lokalsjukehus. Tal frå samhandlingsbarometeret viser at det er svært få vertskommunar for sjukehus som har færre akutte innleggingar enn medianen blant kommunane i opptaksområdet.

8.4.2 Talet på akutte korttidsliggjedøgn blant eldre varierer mellom helseføretaka

Med akutte korttidsinnleggingar meiner ein her akutte innleggingar med ei varigheit på mindre enn fire dagar. Talet på korttidsliggjedøgn er summen av liggjedøgn blant desse korttidsinnleggingane.

Som når det gjeld alle akutte kontaktar, er det òg nokre skilnader mellom de fire regionale helseføretaka når det gjeld talet på akutte korttidsliggjedøgn, men skilnadene er større *mellom helseføretaka* i dei einssilde regionane enn *mellom regionane*. Figur 16 illustrerer variasjonane mellom helseføretaka i talet på akutte, ikkje-kirurgiske korttidsliggjedøgn blant eldre over 80 år. Figuren viser at i alle helseregionane er det både helseføretak som har mange akutte korttidsliggjedøgn og helseføretak som har få.

Figur 16 Talet på akutte, ikkje-kirurgiske korttidsliggjedøgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024

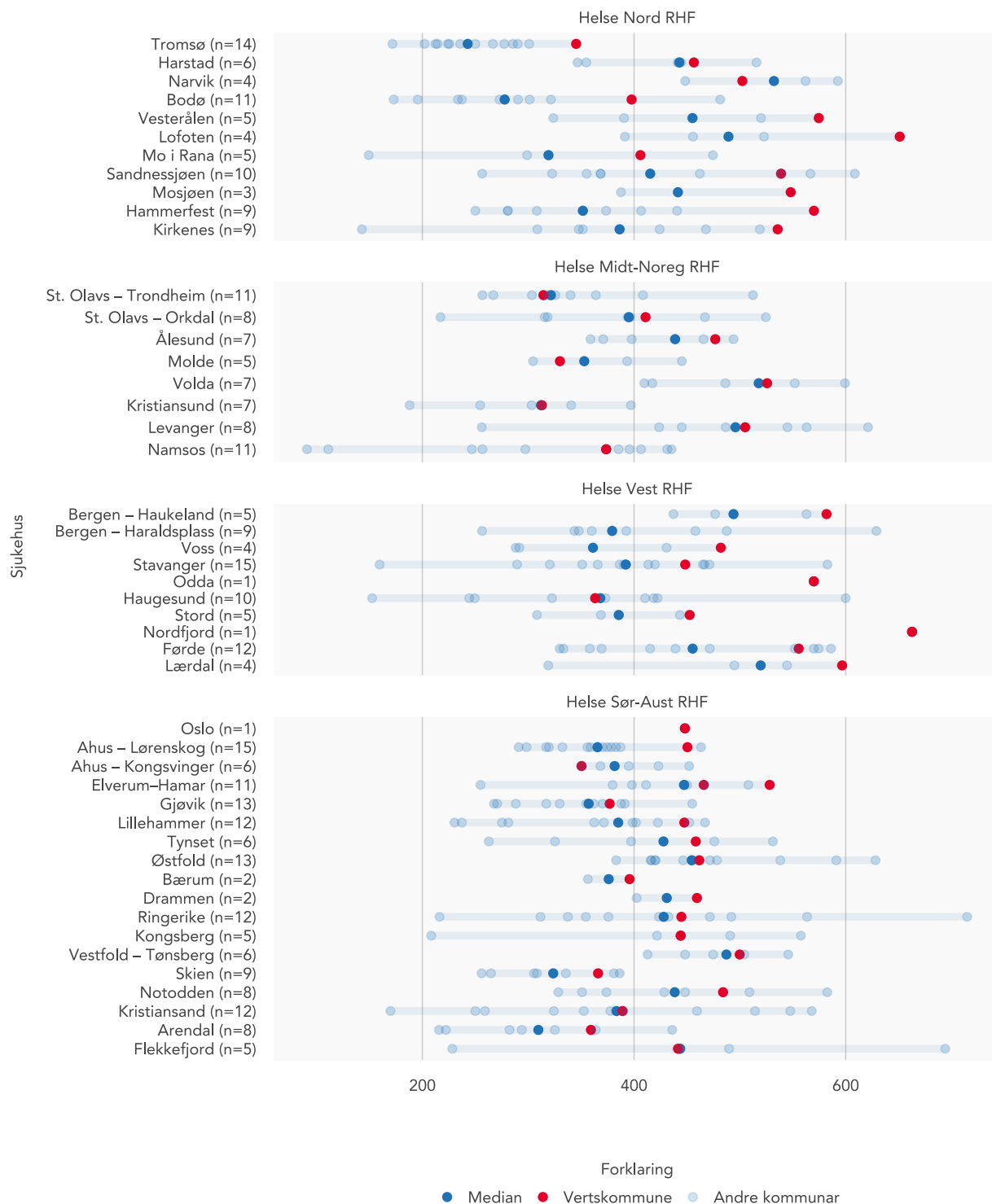


Kjelde: Norsk pasientregister

Talet på akutte korttidsliggjedøgn blant eldre varierer mykje mellom kommunane i same opptaksområde. Figur 17⁵⁷ viser kor stor spreining det er mellom kommunane i opptaksområdet til sjukehusa i talet på korttidsliggjedøgn per 1 000 innbyggjarar blant eldre over 80 år.

⁵⁷ Faktaboks 2 i kapittel 5.2 gir leserettleiing til figuren.

Figur 17 Talet på akutte, ikkje-kirurgiske korttidsliggjedøgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024. N angir talet på kommunar i opptaksområdet til sjukehuset.



Kjelde: Norsk pasientregister

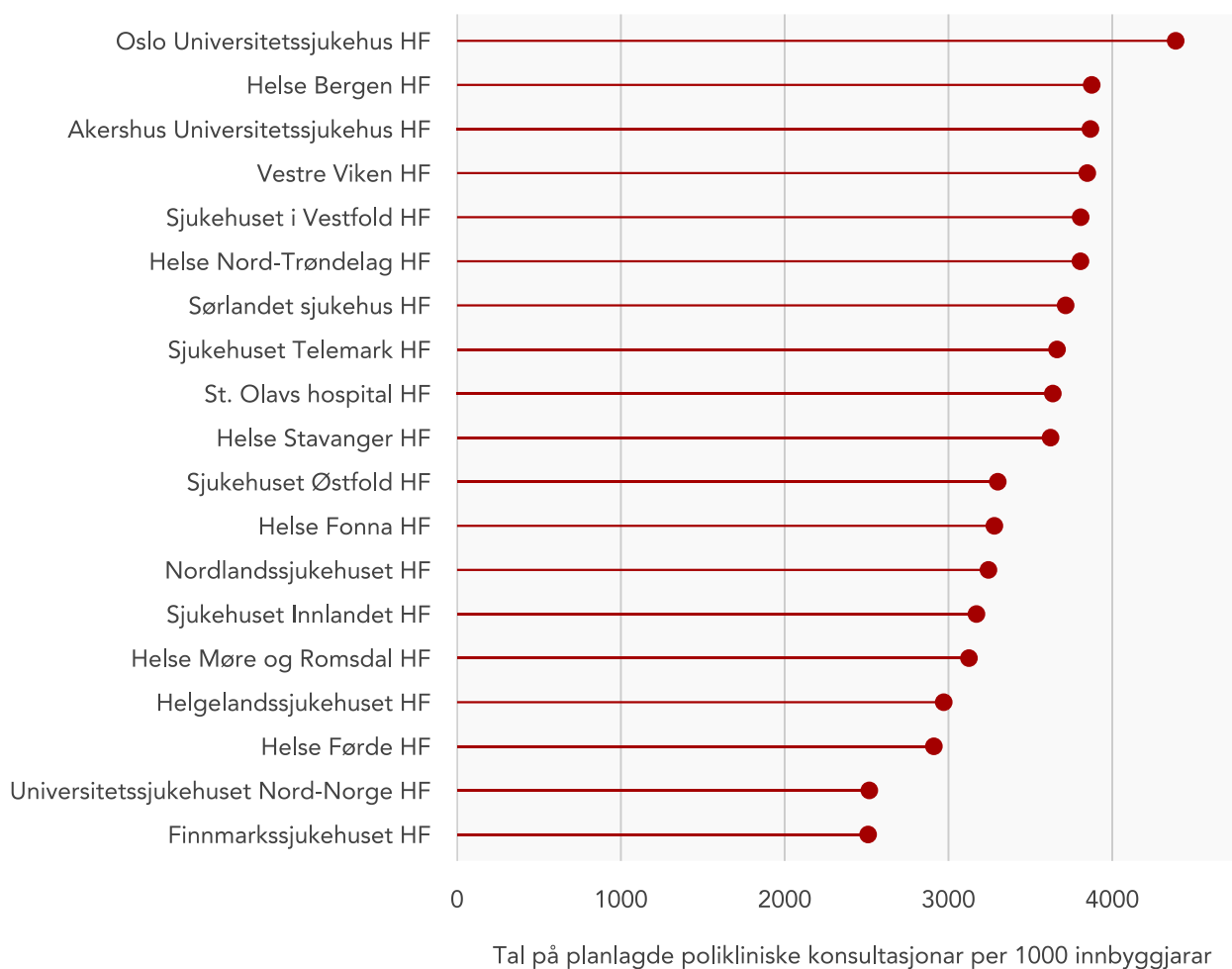
Figur 17 viser at det på dei fleste sjukehusa er store skilnader mellom kommunane i opptaksområdet i talet på akutte korttidsliggjedøgn blant eldre over 80 år. Det betyr at i det same opptaksområdet er det nokre kommunar som har mange akutte korttidsliggjedøgn, medan andre kommunar har få.

Figur 17 viser vidare at eit stort fleirtal av vertskommunane til sjukehusa (raud prikk) har relativt mange korttidsliggjedøgn samanlikna med dei andre kommunane i same opptaksområde. Svært få av vertskommunane har færre akutte korttidsliggjedøgn enn medianen i opptaksområdet.

8.4.3 Talet på polikliniske konsultasjonar blant eldre varierer mellom helseføretaka

Figur 18 viser at det er store variasjonar mellom helseføretaka i talet på planlagde polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar over 80 år. Både kirurgiske og medisinske polikliniske konsultasjonar i både offentlege sjukehus, ideelle sjukehus og private avtalespesialistar er inkludert. Vidare viser figuren at i tre av helseregionane er det både helseføretak som har mange polikliniske konsultasjonar og helseføretak som har få. I Helse Nord har alle helseføretaka relativt få polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar.

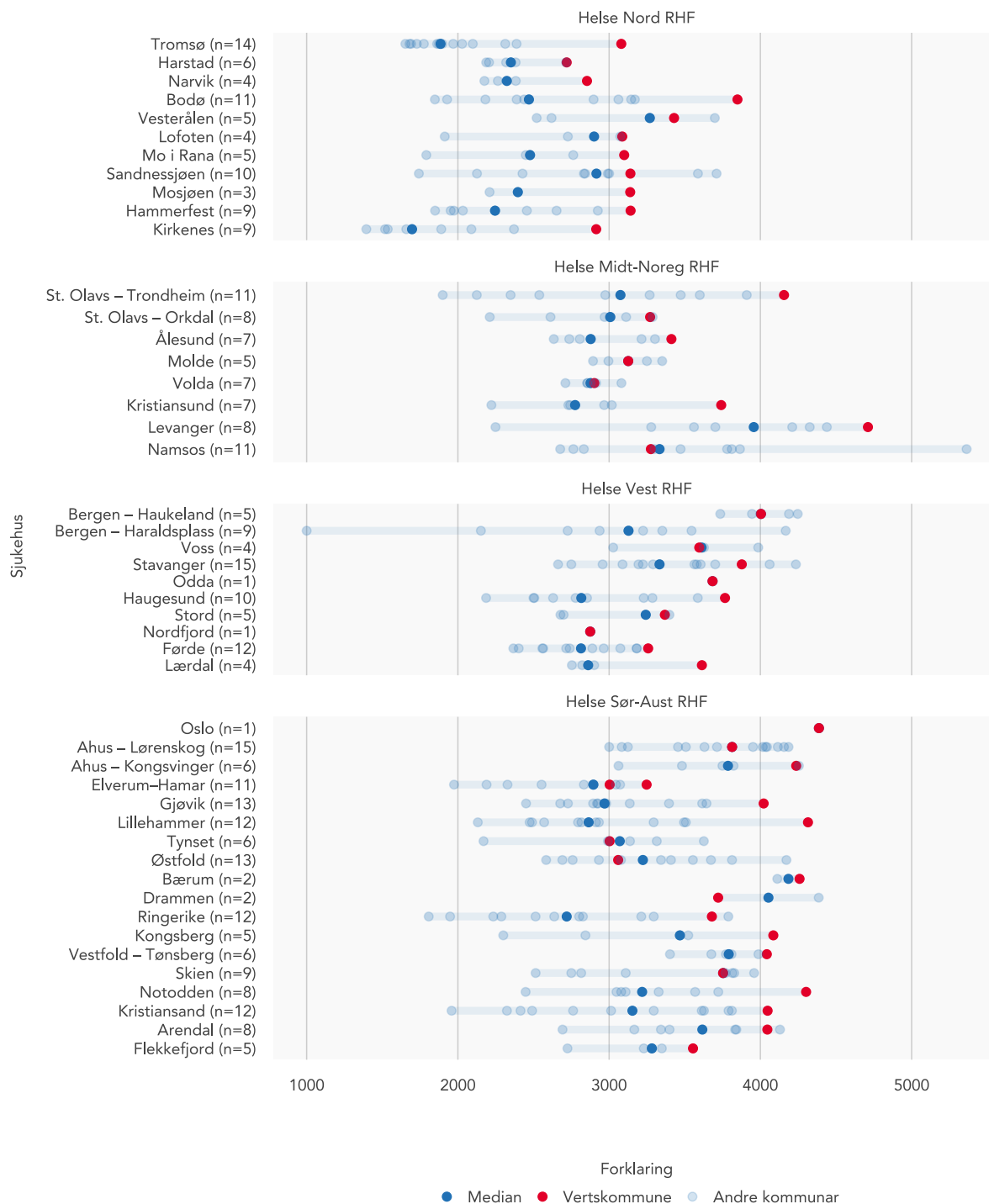
Figur 18 Talet på planlagde polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.



Kjelde: Norsk pasientregister

Figur 19⁵⁸ viser kor stor spreing det er mellom kommunane i opptaksområdet til sjukehusa når det gjeld talet på planlagde polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar blant eldre over 80 år.

Figur 19 Talet på planlagde polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024. N angir talet på kommunar i opptaksområdet til sjukehuset.



Kjelde: Norsk pasientregister

⁵⁸ Faktaboks 2 i kapittel 5.2 gir leseretleing til figuren.

Figur 19 viser at talet på polikliniske konsultasjonar blant eldre over 80 år varierer mykje mellom sjukehusa. Vidare viser figuren at det er store skilnader i talet på polikliniske konsultasjonar mellom kommunar i same opptaksområde. Det betyr at i det same opptaksområdet er det nokre kommunar som har mange polikliniske konsultasjonar, medan andre kommunar har få.

Figuren viser at eit stort fleirtal av vertskommunane (raud prikk) til sjukehusa har relativt mange polikliniske konsultasjonar når dei blir samanlikna med kommunar i same opptaksområde. Svært få vertskommunar har færre polikliniske konsultasjonar enn medianen for kommunane i same opptaksområde.

Berekningar viser at det berre er 14 prosent av kommunane som har fleire polikliniske konsultasjonar enn vertskommunen til sitt lokalsjukehus. Nærmare analysar viser at berre ni kommunar i heile landet (tre prosent av kommunane) har både fleire akutte kontaktar og polikliniske konsultasjonar enn vertskommunen til sitt sjukehus,

Kommunar med mange polikliniske konsultasjonar har både mange nytilvisingar og mange kontrollar

Polikliniske konsultasjonar omfattar både konsultasjonar som gjeld nytilviste pasientar, og konsultasjonar som gjeld pasientar som er i behandling. Nytilvising er den første konsultasjonen på poliklinikk, der ein vurderer tilstanden til pasienten, stiller diagnose og planlegg eventuell vidare behandling. Alle seinare konsultasjonar i pasientforløpet blir definerte i denne undersøkinga som «kontrollar». Dette omfattar både vidare utgreiingar, behandlingar og kontrollar.

For den firedelen av kommunane som har flest polikliniske konsultasjonar blant eldre over 80 år, utgjør nytilvisingar en større del av konsultasjonane enn dei andre kommunane. Dei har også fleire kontrollar per innbyggjar. Kommunane med flest polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar har 65 prosent fleire kontrollar enn den firedelen av kommunane som har færrest polikliniske konsultasjonar.

Vertskommunane til sjukehusa har 13 prosent fleire nytilvisingar og 22 prosent fleire kontrollar per 1 000 innbyggjarar blant eldre over 80 år enn dei andre kommunane.

8.5 Kapasiteten i helse- og omsorgstenesta i kommunen, og organiseringa av ho, har noko å seie for bruken av sjukehusstenester

Delkapitla ovanfor viser at det er variasjon mellom kommunane i bruken av sjukehusstenester. Det kan vere mange og komplekse årsaker til denne variasjonen. I dette delkapittelet tek vi føre oss forhold som heng saman med samhandling. Vi vil sjå nærmare på om tenestnivåa påverkar kvarandre, og om kommunehelsetenesta avlastar spesialisthelsetenesta. For å undersøkje dette har vi gjennomført ei rekkje lineære regresjonsanalysar, der ulike mål på sjukehusbruk har fungert som avhengige variablar:

- Ikkje-kirurgiske akutte kontaktar
- Ikkje-kirurgiske akutte korttidsliggjedøgn
- polikliniske konsultasjonar (både kirurgi og medisin)

Dei uavhengige variablane er knytte til eigenskapar ved kommunane og til kapasitet og organisering i kommunane, og til kjende kontrollvariablar som ifølgje forskning påverkar bruken av sjukehusenester, som demografi og sjukelegheit. Ein av dei viktigaste kontrollvariablane er omfanget av alvorlege diagnosar og komorbiditetar (som òg blir omtalte som sjukdomsbyrde eller sjukelegheit) i befolkninga. I metodekapittelet i vedlegg 3 er det ei komplett liste over variablar og korleis dei er operasjonaliserte, og i vedlegg 4 er forskinga som analysen er basert på, beskriven.

Det er viktig å presisere at årsakssamanhengane på dette området er kompliserte. Ein påvist positiv samanheng betyr ikkje nødvendigvis at det er ein kausal samanheng, og det er mange relevante variablar som det ikkje nødvendigvis er lett å måle. Koeffisientane må derfor tolkast med varsemd.

Figur 20 Regresjonsresultat: Kva heng bruk av sjukehusenester saman med?

Tala viser storleiken på regresjonskoeffisientane, fargane viser signifikansnivået og retninga. Koeffisientane som blir viste, er frå regresjonsmodellar der den uavhengige variabelen er køyrd åleine, saman med alle kontrollvariablane. Kontrollvariablane har blitt køyrd i same modell. Alle variablane er rekna per 1000 innbyggjarar i kommunen.

Korleis tolke koeffisientane?

Koeffisientane viser korleis ein uavhengig variabel blir påverka dersom ein aukar den uavhengige variabelen med éi skalaeining. Til dømes:

→ Tal på sjukeheims plassar **-0,2** → betyr at en auke på éin sjukeheims plass (per 1000 innbyggjarar) er forbunde med ein **reduksjon** på 0,2 akutte kontaktar

Avhengig variabel: Tre mål på sjukehusforbruk

Forklaringsvariablar:	Avhengig variabel: Tre mål på sjukehusforbruk					
	1 Akutte kontaktar		2 Korttidsliggjedøgn		3 Polikliniske konsultasjonar	
	67 år og over	80 år og over	67 år og over	80 år og over	67 år og over	80 år og over
Kommunal kapasitet og organisering	← Pasientgruppe					
Tal på brukarar av heimeteenester	0,22	0,23	0,13	0,14		
Tal på brukarar av langtidsopphald i institusjon					-0,72	
Tal på sjukeheims plassar	-0,55	-0,2				
Tal på brukarar av omsorgsbustad						
Tal på brukarar av tidsavgrensa opphald						
Tal på tidsavgrensa plassar i institusjon		0,11		0,12		
Tal på legar på legevakt (hele uka)		-0,76		-0,65		-2,4
Tal på legar på legevakt (dagvakt helg)	-7,77	-4,7		-3,86		-19,3
Legevakt samlokalisert med sjukehus	22,1	46,9	18,5	43,3	148,5	159,7
Tal på pasientar på kommunalt akutt døgntilbud						
Tal på fastlegar						
Kontrollvariablar:						
Sjukdomsbyrde, demografi og geografi						
Sjukdomsbyrde: CCI (tal på innbyggjarar med 1 poeng)	0,45	0,74	0,44	0,63	3,66	2,42
Sjukdomsbyrde: CCI (tal på innbyggjarar med 2 poeng)	0,47	0,72	0,37	0,59	5,71	3,71
Sjukdomsbyrde: CCI (tal på innbyggjarar >=3 poeng)	0,96	1,31	0,84	1,1	7,12	4,17
Tal på døde	0,6	0,41	0,33	0,24	-2,44	-1,84
Tal på kvinner						
Tal på innbyggjarar som er eldre						-72,7
Medianmånadslønn blant innbyggjarar over 55 år						
Medianreisetid til sjukehus (minutt)	-0,33	-0,61			-1,86	-2,26
Vertskommune for sjukehus (0/1)	46,7	72,4	20,3	33,9	247,8	256,4
Tal på ikkje-vestlige innvandrarar						
Tal på åleinebuande eldre						-9,2

Fargekodar

- Ikke signifikant koeffisient
- Signifikant negativ (under 5 %)
- Signifikant positiv (under 5 %)

Desse koeffisientane er estimerte med faste effektar på helseføretak-nivå, og ikkje kommunenivå som dei andre. Dette er fordi desse variablane ikkje varierer over tid.

Desse koeffisientane er også estimerte med faste effektar på helseføretak-nivå.

Regresjonsanalysen indikerer nokre forhold som heng saman med bruken av spesialisthelsetenesta. I avsnitta nedanfor trekkjer vi fram nokre av desse forholda. For at teksten skal vere enklare å lese, omtaler vi stort sett hovudtrekk, og viser til figuren for konkrete talstorleikar. Korleis ein skal forstå talstorleiken, står forklart i figuren.

8.5.1 Sjukdomsbyrde gir høgare bruk av sjukehus

Sjukdomsbyrde, målt ved Charlsons komorbiditetsindeks (CCI),⁵⁹ heng, som forventa, saman med alle dei tre utfallsvariablane (akutte kontaktar, korttidsliggjedøgn og polikliniske konsultasjonar). Høgare **dødelegheit** er positivt assosiert med både akutte kontaktar og korttidsliggjedøgn, men negativt assosiert med polikliniske konsultasjonar. Dette kan tyde på at pasientar med dårleg prognose oftare blir lagde inn på sjukehus, men at dei har mindre behov for polikliniske konsultasjonar.

8.5.2 Kommunar med mange mottakarar av helsetenester i heimen har fleire akutte kontaktar og korttidsliggjedøgn

Allereie i 2033 vil landet ha 50 prosent fleire innbyggjarar over 80 år enn i 2024.⁶⁰ Mange fleire eldre vil då få helsetenester i heimen. Regresjonsanalysen tyder på at talet på akutte kontaktar på sjukehuset då vil auke, sidan fleire brukarar av helsetenester i heimen heng saman med fleire akutte kontaktar og korttidsliggjedøgn.

Dette igjen kan henge saman med at dei som yter helsetenestene, oppdagar tilstandar hos pasienten som bør behandlast på sjukehus. Det kan heller ikkje utelukkast at heimetenestebukarar har komplekse behov og tilstandar, som fører til meir bruk av sjukehus samanlikna med dei som ikkje får helsetenester i heimen. Vi korrigerer til ein viss grad for dette med kontrollvariablane våre for sjukelegheit, men berre for pasientane som har dei mest alvorlege diagnosane.

8.5.3 Fleire sjukeheims plassar heng saman med lågare behov for sjukehus tenester

Talet på sjukeheims plassar heng omvendt saman med ein svak nedgang i talet på akutte kontaktar. Der det er fleire sjukeheims plassar, ser vi ein svak nedgang i talet på akutte kontaktar. Dette kan tyde på at helsetenestene til pasientar som bur på sjukeheimar, til ein viss grad førebyggjer behovet for spesialisthelsetenester. I så fall betyr det at innbyggjarane i kommunar med dårleg sjukeheims plassdekning kan belaste spesialisthelsetenesta meir enn i kommunar med god dekning.

Vidare viser analysen at **talet på tidsavgrensa plassar i institusjon (korttidsplassar)** er knytt til ein liten auke i talet på akutte opphald og korttidsliggjedøgn for pasientgruppa 80 år og eldre. **Talet på brukarar av langtidsopphald i institusjon** er knytt til ein reduksjon i talet på polikliniske konsultasjonar for aldersgruppa 67 år og eldre.

⁵⁹ I vedlegg 3 er det ei forklaring av denne variabelen.

⁶⁰ Statistisk sentralbyrå, 2024

8.5.4 Kor stor kapasitet legevakta har, og korleis ho er organisert, har mykje å seie for bruken av sjukehus

I kvar tredje av vertskommunane er **sjukehuset og legevakta samlokaliserte** i same bygg. Samlokalisering av legevakt og sjukehus kan bidra til gode og saumlause pasientforløp. Men regresjonsanalysen viser at ei slik organisering er forbunde med fleire akutte kontaktar, korttidsliggjedøgn og polikliniske konsultasjonar. Dette indikerer at legevakter som er samlokaliserte med sjukehus, har lågare terskel for å tilvise pasienten vidare til sjukehus enn legevakter som ikkje er samlokaliserte.

Fleire legar på legevakta heng saman med mindre bruk av sjukehusa, til både akutte kontaktar, korttidsliggjedøgn og polikliniske konsultasjonar. Samanhengen er spesielt sterk for legevaktbemanninga i helgane, og særleg for aldersgruppa 80 år og eldre.

Med andre ord har bemanninga mest å seie for bruken av sjukehuset når alternative behandlingstilbod, slik som fastlegekontora, er stengde. Éi mogleg tolking er at lågt bemanna legevakter har lågare terskel for å tilvise vidare, eventuelt at godt bemanna legevakter er betre i stand til å behandle pasienten utan at det blir behov for behandling på sjukehus.

8.5.5 Kommunar som har sjukehus, har ein betydeleg høgare bruk enn andre kommunar, sjølv når ein kontrollerer for reisetid

Å bu i ein kommune som er **vertskommune** for sjukehus, er sterkt positivt assosiert med høgare bruk på alle dei tre utfallsvariablane. Sidan reisetid er ein kontrollvariabel, er vertskommuneeffekten truleg ikkje relatert til geografisk avstand. Koeffisienten er aller sterkast for polikliniske konsultasjonar. Kommunar med sjukehus har i gjennomsnitt om lag 256 fleire polikliniske konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar enn kommunar som ikkje har det, kontrollert for andre forhold. Den prosentvise veksten i talet på eldre over 80 år fram mot 2040 er like sterk i vertskommunane som i dei andre kommunane.

8.5.6 Geografisk avstand og reisetid heng saman med sjukehusbruk

Lengre **reisetid til sjukehus**, målt i median reisetid for innbyggjarane i kommunen, er negativt assosiert med både akutte kontaktar og polikliniske konsultasjonar. For eldre pasientar heng lengre reisetid saman med færre akutte kontaktar og polikliniske konsultasjonar.

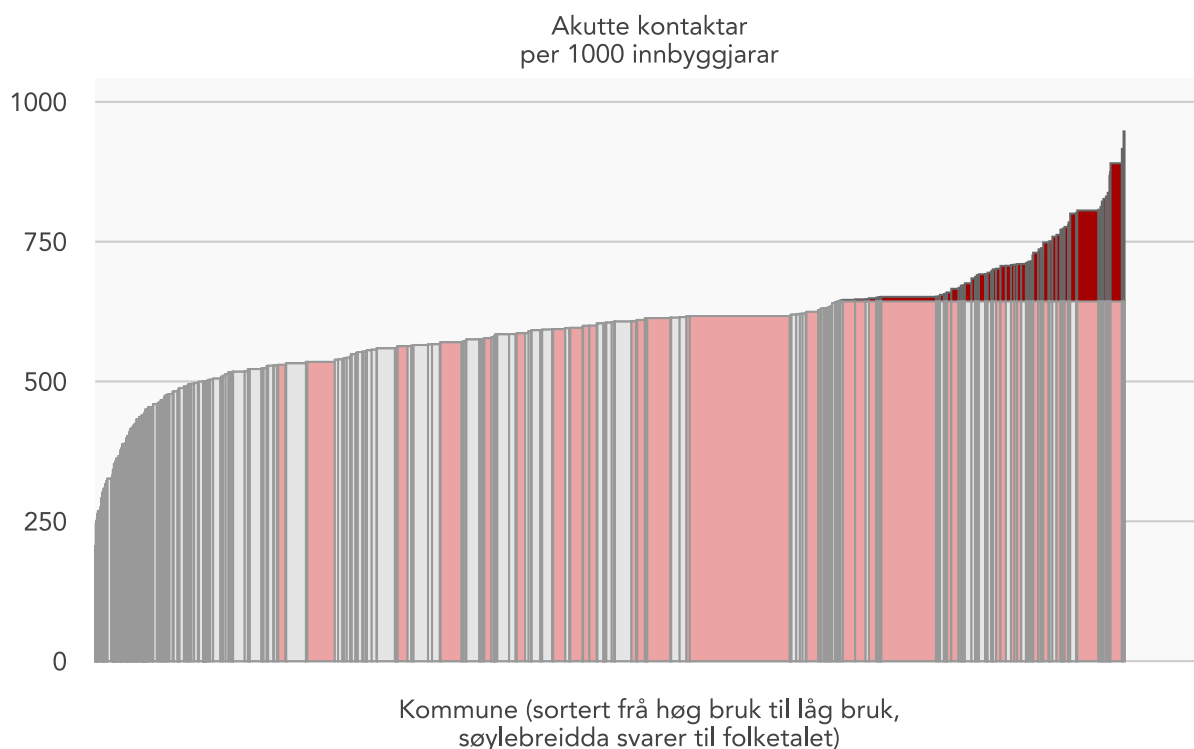
Ei tolking av dette er at pasientar som bur langt frå sjukehus, har høgare terskel for å oppsøkje helsehjelp enn dei som bur nær sjukehus, eller at dei som har behov for hyppig oppfølging frå spesialisthelsetenesta, buset seg nærmare sjukehus. Ei alternativ tolking er at fastlegar i kommunane som ligg langt unna sjukehus, har høgare terskel for å tilvise pasientar. Dette kan til dømes vere fordi legane legg vekt på reisevegen til sjukehusa, i kombinasjon med tilstanden til pasienten. Det er òg mogleg at kommunale helse- og omsorgstenester i slike kommunar har større kapasitet og evne til å behandle pasientar, slik at pasientane skal sleppe å reise.

8.6 Ein del av kapasiteten til sjukehusa kunne blitt frigjort dersom bruken blei redusert i kommunar med høg bruk

Det er store variasjonar mellom kommunane i eldre sin bruk av spesialisthelsetenester, jf. kapittel 8.4. Regresjonsanalysen viser at det er fleire faktorar enn sjukelegheit som kan forklare variasjonen, jf. kapittel 8.5.

Figur 21 viser kor mykje talet på ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar blant eldre kunne blitt redusert dersom den firedelen av kommunane som har høgast bruk, reduserte bruken slik at han låg på same nivå som i den kommunen som ligg høgast blant resten av kommunane. Breidda på kolonnane i figuren speglar talet på innbyggjarar i kommunen som er 80 år eller eldre. Jo breiare kolonne, jo fleire eldre innbyggjarar over 80 år bur i kommunen. Verts kommunane til sjukehusa er merka rosa i figuren.

Figur 21 Potensiell innsparing i bruk av sjukehus tenester for pasientgruppa 80 år og eldre, dersom den firedelen av kommunane som har flest ikkje-kirurgiske, akutte kontaktar, reduserer bruken til same nivå som i den kommunen som ligg høgast blant dei andre kommunane.



Kjelde: Norsk pasientregister

Figur 21 viser at talet på tenester per 1 000 innbyggjarar varierer mykje for akutte kontaktar. Talet på akutte kontaktar blant eldre over 80 år varierer frå færre enn 250 per 1 000 innbyggjarar i nokre kommunar til fleire enn 750 per 1 000 innbyggjarar i andre kommunar.

Dersom den firedelen av kommunane som har høgast bruk, reduserte bruken til same nivå som i den kommunen som ligg høgast blant resten av kommunane, kunne ein frigjere kapasitet til å handtere pasientar med større behov.

9 Samhandlar tenestenivåa om å overføre og ta imot pasientar?

I dette kapittelet undersøker vi kva evne sjukehusa og kommunane har til å overføre og ta imot pasientar frå kvarandre. Vi ser først på sjukehusa si evne til å ta imot innbyggjarar som har behov for spesialisthelsetenester. Her skil vi mellom planlagde polikliniske konsultasjonar og ikkje-kirurgiske akutte sjukehuskontaktar.

Vi ser òg nærmare på korleis kapasiteten og organiseringa i kommunane kan påverke bruken av sjukehusa. KAD som verkemiddel blir omtalt særskilt. Til slutt tek vi føre oss kommunane si evne til å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa.

9.1 Ventetida for eldre er framleis langt unna målet på 50 dagar

Ventetider er relevant for samhandlinga mellom sjukehusa og kommunane sidan utfordringar med å handtere pasientar hos ein part kan få konsekvensar for den andre parten. Pasientar som ventar lenge på behandling i sjukehusa, kan føre til auka kostnader for dei kommunale helse- og omsorgstenestene gjennom større behov for meir omfattande og kostbar oppfølging og pleie.

Å vente på helsehjelp kan og vere ei belastning for kvar enkelt pasient, som ønskjer å få hjelpa så raskt som mogleg. Det er eit mål å ha korte ventetider fordi lang ventetid kan føre til at helsetilstanden og prognosen til pasienten blir forverra.⁶¹

Helse- og omsorgsdepartementet har over mange år hatt eit styringskrav i oppdragsdokumenta til dei regionale helseføretaka om å redusere ventetida til pasientane til under 50 dagar⁶²:

- I oppdragsdokumenta til dei regionale helseføretaka for 2015 var det eit mål å redusere ventetida til under 65 dagar. Dette året var ventetida for påbyrja behandling over 65 dagar i alle dei fire regionale helseføretaka.
- I oppdragsdokumenta for 2018–2021 var det eit mål om å redusere ventetida for spesialisthelsetenesta samla til under 50 dagar innan utgangen av 2021. (I oppdragsdokumentet for 2021 skulle målet nåast innan 2022.)

⁶¹ Helsedirektoratet, 2018

⁶² Dette går fram av oppdragsdokumenta til dei regionale helseføretaka tilbake til 2010, som er tilgjengelege her: [Oppdragsdokument - regjeringa.no](https://www.regjeringen.no).

- I oppdragsdokumenta for 2022–2025 går det fram at målet «på sikt» er å redusere ventetida til under 50 dagar. (Frå 2023 gjaldt dette for somatikken – for psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling var det eigne mål.)

Ventetida blei redusert i dei første åra etter 2015, før ho gradvis auka til nesten 80 dagar i 2024. Årsaka til auka i ventetidene var samansette, men pandemien hadde ein betydeleg innverknad.⁶³ Ventetida har hatt tilnærma same utvikling for alle aldersgruppene i denne perioden. Pasientar som er 80 år eller eldre, har i heile perioden hatt kortare ventetid enn dei yngre aldersgruppene.

Ventetida for eldre i aldersgruppa 80–89 år varierte med omtrent 10 dagar mellom dei fire helseregionane i 2015. Ventetida for denne aldersgruppa er i 2024, som i 2015, lengst i Helse Midt-Noreg, med 79 dagar. Ventetida i 2024 er omtrent 10 dagar kortare i dei tre andre helseregionane. Berre to helseføretak hadde ein nedgang i ventetida frå 2015 til 2024.⁶⁴

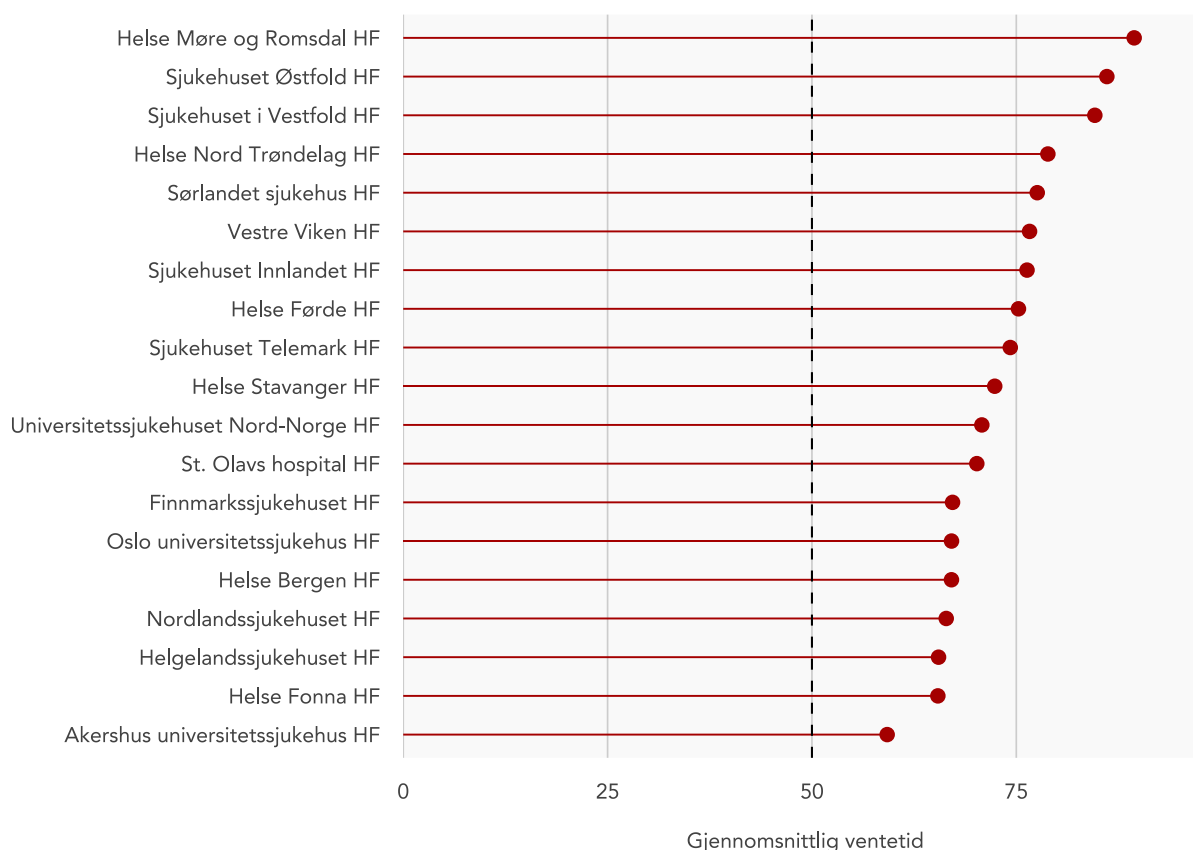
9.1.1 I alle helseføretaka venta eldre lenger enn 50 dagar på behandling i 2024

Det langsiktige målet om å redusere ventetida i somatikken som er omtalt ovanfor, gjeld heile pasientgruppa, uavhengig av alder. Figur 22 viser korleis gjennomsnittleg ventetid for *eldre* pasientar varierte i 2024.

⁶³ Helse og omsorgsdepartementet, 2024b

⁶⁴ Finnmarkssjukehuset HF og Nordlandssjukehuset HF.

Figur 22 Gjennomsnittleg ventetid for pasientforløp med påbyrja helsehjelp innanfor somatiske fagområde, fordelt på helseføretak. Pasientgruppa 80–89 år. 2024.



Kjelde: Folkehelseinstituttet, basert på Norsk pasientregister

Figuren viser at når det gjeld eldre, nådde ingen av helseføretaka det langsiktige målet om ei gjennomsnittleg ventetid på 50 dagar i 2024. Ventetida varierer frå 59 dagar ved Akershus universitetssjukehus til meir enn 80 dagar i tre helseføretak for eldre pasientar.

9.1.2 Ventetida blei redusert i 2025

I oppdragsdokumentet for 2025 var målet at den gjennomsnittlege ventetida i somatikken i 2025 skulle vere lik eller mindre enn 61 dagar.⁶⁵ I desember 2025 var den gjennomsnittlege ventetida for påbyrja behandling i somatikken på 59 dagar, det vil seie at målet for 2025 var nådd.⁶⁶ Framleis var ventetida eit stykke unna det langsiktige målet på 50 dagar.

Folkehelseinstituttet publiserer ikkje tal avgrensa til eldre. Vi kjenner derfor ikkje ventetida per november 2025 for denne aldersgruppa.

9.1.3 I alle helseføretaka opplever mange eldre fristbrot

Fristbrot oppstår når ein pasient ikkje får nødvendig helsehjelp innan ein fastsett frist frå spesialisthelsetenesta.⁶⁷

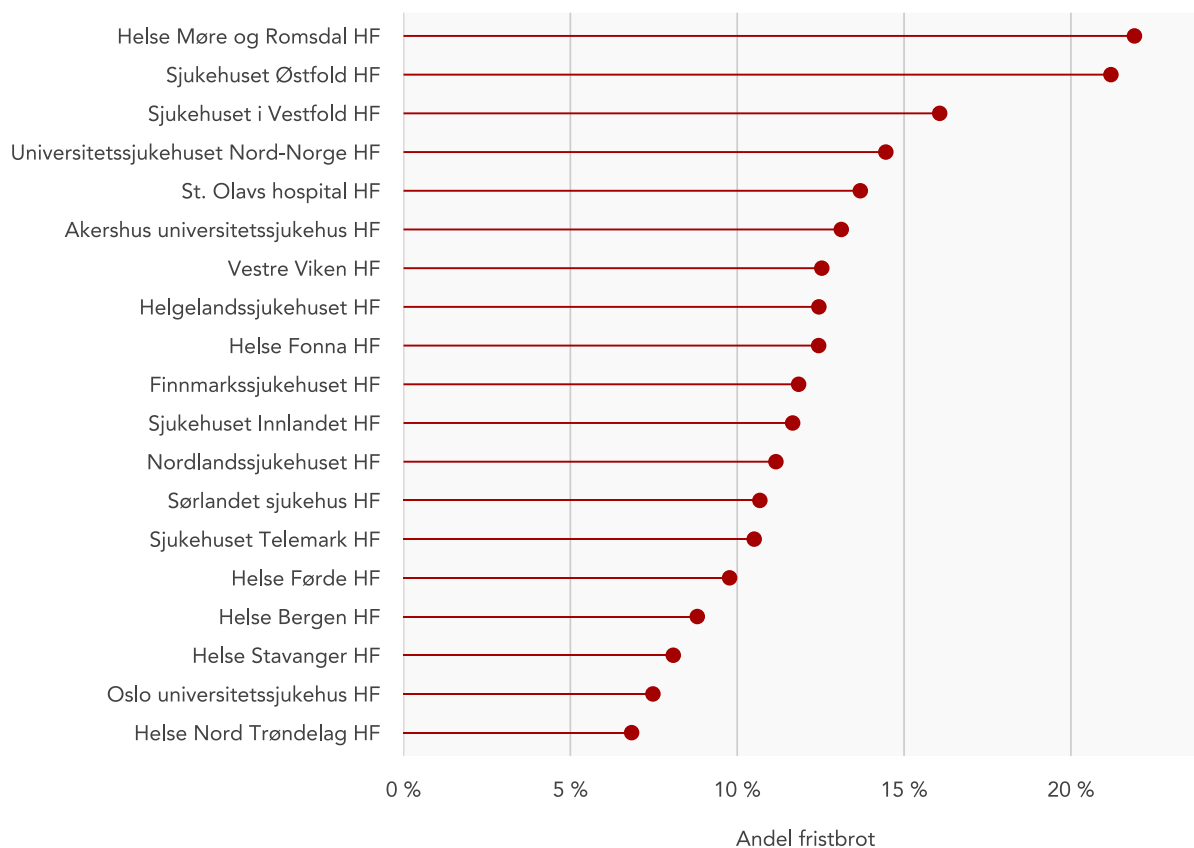
⁶⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025d

⁶⁶ Regjeringa, 2025a

⁶⁷ Helfo, 2019

Figur 23 viser andelen fristbrot blant eldre mellom 80 og 89 år i 2024.

Figur 23 Andel pasientforløp med fristbrot, etter helseføretak. Pasientgruppa 80–89 år med påbyrja helsehjelp innanfor somatiske fagområde. 2024.



Kjelde: Folkehelseinstituttet, basert på Norsk pasientregister

Figuren viser at andelen fristbrot varierer, men i alle helseføretaka opplevde meir enn 5 prosent av dei eldre fristbrot i 2024. I tre av helseføretaka var andelen større enn 15 prosent.

Det finst ikkje offentleg tilgjengelege tal for fristbrot for eldre over 80 år. Vi kjenner derfor ikkje status per desember 2025 for denne aldersgruppa.

I tillegg til mål som gjeld ventetider, er det eit mål i alle helseregionane at dei skal overhalde minst 95 prosent av pasientavtalane innan alle fagområda. Dette har vore eit mål i oppdragsdokumenta frå departementet til dei regionale helseføretaka sidan 2018. Ingen av dei fire helseregionane nådde dette målet i i 2024 eller 2025 (nyaste tal per februar 2026 er frå 2. tertial).⁶⁸

9.1.4 Årsaker til skilnader i tilvisingspraksis mellom fastlegane

Kapittel 8.4 og 8.5 viser at talet på polikliniske konsultasjonar som gjeld nytilviste pasientar, varierer mykje mellom kommunane, og at det er fleire forhold enn

⁶⁸ Helsedirektoratet (2018b).

sjukdomsbyrda til innbyggjarane som avgjer om det er skilnader i eldre sin bruk av poliklinikken. LEON-prinsippet (lågaste effektive omsorgsnivå) inneber at pasientar ikkje skal tilvisast til spesialisthelsetenesta når pasienten kan behandlast hos fastlegane eller i kommunehelsetenesta.

Då Riksrevisjonen undersøkte tilvisingspraksisen til fastlegane i 2018, svarte kvar tredje sjukehuslege i ei spørjeundersøking at dei jamleg tok inn pasientar til utgreiing sjølv om det kom fram av tilvisinga at pasienten ikkje burde vore tilvist.⁶⁹

Då kontroll- og konstitusjonskomiteen behandla undersøkinga, viste komiteen til at «slik unødvendig ressursbruk gir en risiko for at de pasientene som trenger spesialisthelsetjenester, ikke alltid kommer raskt nok inn til nødvendig utredning og behandling».⁷⁰

Færre unødvendige tilvisingar frå fastlegane kan frigjere kapasitet i poliklinikkane. Berre kvar femte leiar for dei medisinske avdelingane svarte i spørjeundersøkinga vår at dei ikkje opplever at enkelte fastlegar oftare tilviser eldre pasientar til poliklinikken enn andre fastlegar. Spørjeundersøkinga viser altså at leiarane opplever at tilvisingspraksisen til fastlegane varierer.

Leiarane blei spurde om kva grunnar dei meinte var viktige for at enkelte fastlegar i opptaksområdet deira i større grad enn andre fastlegar tilviste pasientar over 70 år til polikliniske konsultasjonar. Følgjande grunnar blei oppgitt som viktige eller svært viktige grunnar til at enkelte fastlegar tilviser færre eldre pasientar til spesialisthelsetenesta enn andre fastlegar (andel av svara i parentes):

- meir erfarne fastlegar (65 prosent)
- kontinuitet blant fastlegane (52 prosent)
- lang reisetid til sjukehuset (34 prosent)

Kvar tredje leiar svarte i kommentarfeltet til spørjeundersøkinga at det er andre viktige grunnar til ulik tilvisingspraksis òg, jf. faktaboks 5.

⁶⁹ Riksrevisjonen, 2018

⁷⁰ [Innst. 276 S \(2017-2018\) - stortinget.no](#)

Faktaboks 5 Døme på andre grunnar til at nokre fastlegar tilviser fleire pasientar enn andre

Sjukehusa

- Sjukehusa har vore for snille i vurderingar av tilvisingar. Mykje kan greiast ut og følgjast opp i kommunale helse- og omsorgstenester.
- Benchmarking er lite brukt i tilbakemeldingar på tilvisingspraksisen til fastlegane, og det er manglande oppfølging av «multitilvisarar».
- Spesialisthelsetenesta gir ikkje nok rettleiing til fastlegane.

Pasientar/pårørande

- Pasientar og pårørande har større forventningar om at sjukehuset skal involverast.
- Konkurransen frå private gjer at ein ønskjer å tilfredsstille pasientane sitt behov for ein sjekk for å vere på den sikre sida.

Kommunane/fastlegane

- Kommunane manglar rehabiliteringstilbod, kreftsjukepleiar, palliative team osv.
- Fastlegane har ulik evne til å stå i uvisse.
- Fastlegane har ulik evne til å setje grenser for unødvendig utgreiing og behandling.
- Fastlegane kjenner ikkje til retningslinjene for utgreiing av «vanleg demens», og kva som er oppgåva til sjukehuset. Veldig mange eldre som etter retningslinjene skal greiast ut hos fastlege / i kommunen, blir tilviste til sjukehuset.
- Kunnskapen om primærutgreiing av astma og KOLS varierer mykje.
- Fastlegane har for lite tid og kapasitet til å følgje opp pasientane. Dei greier for lite ut og har ofte dårlege tilvisingar.
- Det går raskare å tilvise enn å følgje opp eigne pasientar, og det er ingen insentiv for å ikkje tilvise.

Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar i sjukehusa

9.1.5 Mange leiarar for dei medisinske avdelingane meiner at oppgåver kan overførast frå poliklinikken til fastlegen og/eller kommunehelsetenesta

Eit mål med samhandlingsreforma var å overføre fleire oppgåver frå sjukehusa til kommunane, i tråd med LEON-prinsippet. Det er ikkje i tråd med intensjonane i reforma dersom oppgåver som blir utførte på poliklinikken, kunne vore utførte hos fastlegen eller i kommunehelsetenesta.

Om lag 40 prosent av leiarane for dei medisinske avdelingane var samde i påstandane i spørjeundersøkinga om at det i opptaksområdet deira varierer mellom kommunane om kontrollar av eldre pasientar skjer på poliklinikkane eller i kommunehelsetenesta eller hos

fastlegen. Eit fleirtal av desse leiarane meinte at dei viktigaste grunnane til at desse kontrollane i nokre kommunar ikkje skjer i kommunehelsetenesta eller hos fastlegen, er dei følgjande (andelen som svarte at grunnen var viktig eller svært viktig, er oppgitt i parentes):

- dårleg kapasitet i helse- og omsorgstenestene (77 prosent)
- liten kontinuitet blant fastlegane (80 prosent)
- mindre erfarne fastlegar (71 prosent)
- lita erfaring blant sjukepleiarane i dei kommunale helse- og omsorgstenestene (68 prosent)
- kort reisetid til sjukehuset (51 prosent)

Leiarane for medisinske avdelingar blei òg bedne om å vurdere moglegheitene til å overføre fleire oppgåver til kommunane. Eit stort fleirtal av leiarane for medisinske avdelingar meinte at fastlegane (76 prosent) og/eller dei kommunale helse- og omsorgstenestene (87 prosent) bør utføre fleire oppgåver i pasientforløpet for eldre pasientar som i dag blir utførte av helseføretaket.

Mange av desse leiarane nytta kommentarfeltet til å gi døme på oppgåver som kan overførast til kommunane. Døme på oppgåver som er nemnde, er kontroll av diabetes, nyresvikt, atrieflimmer og hjartesykt. Vidare er det nemnt kontrollar i kreftforløp, med heimebasert oppfølging av pasientar med lindrande behandling mot slutten av livet. Her peika fleire leiarar på at ei eventuell oppgaveoverføring må følgjast opp med meir rettleiing av fastlegane og andre i dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Mange av leiarane for helse- og omsorgstenestene i kommunane har ikkje den same forståinga som leiarane for medisinske avdelingar på sjukehusa når det gjeld moglegheitene til å overføre fleire oppgåver til kommunane. Omtrent kvar femte leiar i dei kommunale helse- og omsorgstenestene er samd i at kommunane og/eller fastlegane kan utføre fleire oppgåver i pasientforløpa for eldre pasientar som i dag blir utførte i helseføretaket.

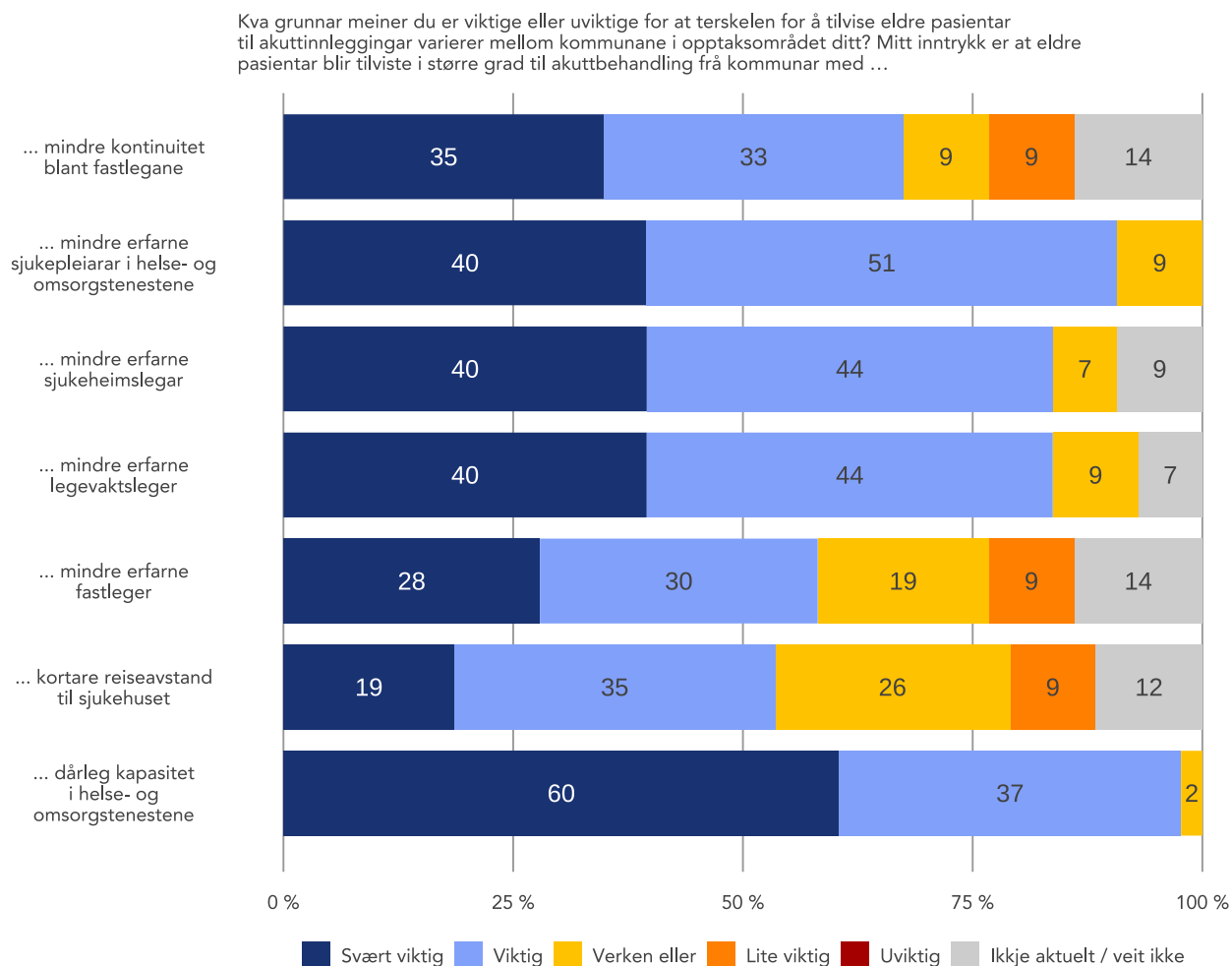
9.2 Mange leiarar på sjukehusa meiner at fleire eldre pasientar som blir lagde inn akutt, burde vore handterte av kommunane

I spørjeundersøkinga blei leiarane for akuttmottaka spurde om kor stor del av dei eldre over 80 år som var blitt tilviste til akuttmottaket dei 30 siste dagane, dei meinte kunne vore handterte av dei kommunale helse- og omsorgstenestene, som legevakt, fastlege, kommunalt akutt døgntilbod (KAD) eller sjukeheimslege. Tre av fire leiarar meinte at meir enn 20 prosent av pasientane burde vore handterte av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.⁷¹

⁷¹ Kvar fjerde leiar svarte mellom 0 og 20 prosent, 40 prosent av leiarane svarte mellom 20 og 40 prosent, og kvar tredje leiar (35 prosent) svarte meir enn 40 prosent.

Figur 24 viser kva leiarar for akuttmottaka opplever som viktige grunnar til at terskelen for å tilvise eldre pasientar til akuttinnleggingar varierer mellom kommunane i opptaksområdet.

Figur 24 Leiarane for akuttmottaka si vurdering av kor viktige eller uviktige ulike grunnar er for at terskelen for å tilvise eldre pasientar til akuttinnleggingar varierer mellom kommunane i opptaksområdet. 2025. N = 43



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for akuttmottak

Figur 24 viser at tilnærma alle leiarane (97 prosent) av akuttmottak meiner at dårleg kapasitet i dei kommunale helse- og omsorgstenestene er viktig eller svært viktig for å forklare at talet på tilvisingar av pasientar til akuttmottak varierer mellom kommunane. Eit stort fleirtal av dei same leiarane meiner òg at mindre erfarne sjukepleiarar i helse- og omsorgstenestene (91 prosent), mindre erfarne sjukeheimslegar (84 prosent) og mindre erfarne legevaktlegar (84 prosent) er viktige grunnar til variasjon i terskelen for tilvising.

Over halvparten av leiarane oppgir at mindre erfarne fastlegar (58 prosent) og mindre kontinuitet hos fastlegane (65 prosent) er viktige grunnar til skilnadene mellom kommunane.

Meir enn halvparten av leiarane (54 prosent) meiner òg at kort reisetid til sjukehuset er ein viktig grunn til at terskelen for akuttinnleggingar varierer mellom kommunane. Berre kvar tiande leiar er usamde i at dette er ein viktig grunn. Regresjonsanalysen viser at lengre reisetid til sjukehuset bidreg til å redusere talet på akuttinnleggingar blant både eldre over 67 år og eldre over 80 år, jf. kapittel 8.5.

Nesten halvparten av leiarane for akuttmottaka er samde i påstanden om at eldre pasientar med lang reiseavstand til sjukehuset ofte er sjukare når dei kjem til akuttmottaket, enn pasientar med kort reiseavstand til sjukehuset. Få leiarar (12 prosent) er usamde i påstanden. Dette kan vere ei forklaring på at 62 prosent av leiarane for akuttmottaka er samde i at pasientar med lang reiseavstand til sjukehuset oftare blir lagde inn frå akuttmottaket til ei anna avdeling på sjukehuset.

Leiarane for medisinske avdelingar hadde i hovudsak same forståing som leiarane for akuttmottaka av kva som er viktige grunnar til at terskelen for å tilvise eldre pasientar varierer mellom kommunane i opptaksområdet deira.⁷² Vi går derfor ikkje nærmare inn på svara deira her.

Leiarane for akuttmottaka (86 prosent) meiner at meir erfarne legar på akuttmottaket kan redusere talet på innleggingar til andre avdelingar frå akuttmottaket.⁷³ Vidare er halvparten av leiarane samde i påstanden «*at mer geriatrisk kompetanse på akuttmottaket kunne trolig ha redusert antall innleggelser fra akuttmottaket*».⁷⁴

Akuttmottaka handterer ein del pasientar sjølv, slik at det ikkje blir nødvendig å leggje inn pasientane på ein sengepost. Spørjeundersøkinga viste at andelen pasientar som blir lagde inn på ei anna avdeling frå akuttmottaket, varierer frå 20 til 50 prosent.⁷⁵ Dei andre blir behandla ferdig eller «snudde» på akuttmottaka.

Nokre av skilnadene kjem truleg av at fleire helseføretak har gjennomført organisatoriske tiltak på akuttmottaket. Halvparten av leiarane for akuttmottaka svarte i spørjeundersøkinga at

- dei hadde etablert eit tilbod om rask poliklinisk utgreiing i staden for innlegging på sjukehus
- dei hadde etablert ein observasjonspost. Dette er ei eining på akuttmottaket som gir fullverdig helsehjelp til pasientar som treng kortvarige innleggingar. Pasienten blir vurdert for vidare innlegging på sjukehuset eller utskriving innan 24 timar.

⁷² Leiarane blei bedne om å ta stilling til ein del påstandar om kor viktige ulike grunnar er til at terskelen for å tilvise eldre pasientar til akuttinnleggingar varierer mellom kommunane i opptaksområdet deira.

⁷³ Det vil seie at nesten alle leiarane for akuttmottaka er samde i påstanden om *at meir erfarne legar på akuttmottaket kunne ha bidrege til å redusere talet på innleggingar frå akuttmottaket*. 62 prosent av leiarane svarer «stemmer svært godt».

⁷⁴ Få leiarar er usamde i påstandane om at meir geriatrisk kompetanse (21 prosent) og meir erfarne legar (12 prosent) kunne bidrege til å redusere talet på innleggingar frå akuttmottaket til andre avdelingar på sjukehuset.

⁷⁵ Alle leiarane blei i spørjeundersøkinga bedne om å anslå kor stor del av pasientane på akuttmottaket som blei lagde inn på ei anna sjukehusavdeling (sengepost eller intensivavdeling).

Mange av leiarane for akuttmottaka (40 prosent) svarte at dei har rutinar for å kartleggje skrøpelegdomsnivået til eldre pasientar. Dette kan gjere det lettare å avklare behova til eldre pasientar.

Eit stort fleirtal av leiarane for medisinske avdelingar meiner at mange av dei eldre pasientane som blir lagde inn på sengepostane, burde vore handterte av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Tre av fire leiarar meiner at dei kvar veke har nye akuttinnleggingar på sengepostane av eldre pasientar som dei meiner kunne vore handterte av kommunen. Kvar femte leiar svarer at dette skjer dagleg. Berre kvar fjerde leiar svarer at dette skjer sjeldnare enn kvar veke.⁷⁶

Kvar fjerde leiar for dei medisinske avdelingane brukte kommentarfeltet i spørjeundersøkinga til å beskrive andre viktige grunnar til at terskelen for akuttinnleggingar varierer mellom kommunane, jf. faktaboks 6.

⁷⁶ I spørjeundersøkinga blei leiarane spurde om kor ofte dei har hatt nye akuttinnleggingar dei siste 30 dagane av eldre pasientar som dei meiner kunne vore handtere av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. 22 prosent svarer dagleg, 53 prosent svarer to til seks dagar i veka, og 24 prosent svarer sjeldnare.

Faktaboks 6 Døme på andre viktige grunnar til at terskelen for akuttinnleggingar er ulik mellom kommunane i opptaksområdet til sjukehuset

Pasientar og pårørande

- Lågare sosioøkonomiske kår i nokre kommunar kan føre til at pasientar søker, og får, kontakt med det kommunale hjelpeapparatet seint, og at kontakt med sjukehuset blir forseinka
- Pårørande kan presse på for at eldre skal bli lagde inn på sjukehuset

Kommunane

- Tidlegare samhandling med heimebaserte tenester om behov, kartleggingar og undersøking
- Tettare oppfølging heime av kompetent personell saman med pårørande
- Nokre kommunar har gode rutinar for førehandssamtalar i sjukeheimen som gjer at færre blir innlagt
- Ikkje avklart ønske om behandling ved slutten av livet

KAD og legevakt

- Legevakta/akuttmottaket prøver å dirigere pasientar til KAD, men der er det som regel fullt
- Interkommunale legevakter der det er svært langt frå legevaktlege til sjukeheim, gjer at ambulanse blir tilkalla og pasienten køyrd til sjukehus. Dette gjeld òg pasientar som blir lagde inn heimanfrå. Ambulansen blir brukt som «legevakt» av heimetenesta, og ambulansen vel å køyre til sjukehus i staden for til legevakt eller fastlege.
- Dårleg kapasitet hos legevaktlegane kan føre til at pasientar frå sjukeheimar blir sende direkte til sjukehus

Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for akuttmottak

9.3 Kommunalt akutt døgntilbod fungerer ikkje etter hensikta i ein del kommunar

Sidan 1. januar 2016 har det vore eit krav at alle kommunar skal ha eit døgntilbod for akutthjelp. Kommunalt akutt døgntilbod (KAD) skal vere eit tilbod før eller i staden for sjukehusbehandling. KAD skal vere eit «allmenmedisinsk tilbod som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikkje har behov for innleggelse i sykehus, der innleggelse i KAD kan erstatte innleggelse i sykehus».⁷⁷

⁷⁷ Norsk forening for allmenmedisin, 2014.

I 2023 var det 312 kommunar som rapporterte data om dei akutte døgnplassane sine, det vil seie 84 prosent av kommunane. Av desse var 196 vertskommunar for KAD, med til saman 648 plassar. Vertskommunane samarbeider med andre kommunar om dette tilbodet. KAD-ane har ulik kapasitet:

- Eit fleirtal har færre enn tre plassar.
- Få har fleire enn ti plassar.⁷⁸

Eit fleirtal av KAD-ane er lokalisert ved sjukeheimar. Eit mindretal er lokalisert ved DMS/helsehus eller legevakt. Desse har fleire plassar enn KAD-ane som er lokaliserte ved sjukeheimane.⁷⁹

Faktaboks 7 Aktiviteten ved KAD-ane i 2022

Innlegging

- Halvparten av pasientane er eldre enn 80 år.
- Sjukdommar i muskel- og skjelettsystemet, luftvegane eller fordøyingsystemet er dei viktigaste årsakene til innlegging, i tillegg til «allmenne» og uspesifiserte tilstandar.
- Eit fleirtal av pasientane blir tilvist av legevaktlegane, 21 prosent av fastlegane og 16 prosent av lege i spesialisthelsetenesta.
- Eit stort fleirtal kjem frå eigen heim, medan 10 prosent kjem frå sjukehus.
- Omtrent 70 prosent av innleggingane skjer utanom arbeidstida til fastlegane.

Utskriving

- Eit fleirtal av pasientane blir skrivne ut til heimen, 18 prosent til kommunal institusjon og 14 prosent til spesialisthelsetenesta.

Kapasitetsutnytting

Kapasitetsutnyttinga ved KAD-ane varierer. KAD-ar med få plassar og få tilhøyrande innbyggjarar har lågare beleggsprosent enn andre. Vidare ser det ut til at KAD-ar som er lokaliserte ved sjukeheimar og legevakt har lågare belegg enn KAD-ar som er lokaliserte ved helsehus.

Kjelde: Helsedirektoratet, 2023a

⁷⁸ Helsedirektoratet, 2024c

⁷⁹ Helsedirektoratet, 2024c

9.3.1 Leiarar på sjukehusa meiner at fastlegane og legevaktlegane burde tilvist fleire pasientar til KAD

Kunnskapen om KAD varierer mellom leiarane på sjukehusa. Leiarane for akuttmottaka kjenner som regel betre til KAD-tilboda i kommunane enn det leiarane for medisinske avdelingar gjer.⁸⁰

Leiarane for akuttmottaka opplever at dei får mange pasientar som dei meiner burde vore handterte av KAD. Halvparten (48 prosent) av leiarane meinte at akuttmottaket dei siste 30 dagane *dagleg* hadde mottatt eldre pasientar som kunne vore handterte av KAD.⁸¹

Meir enn 2 av 3 leiarar for dei medisinske avdelingane hadde opplevd dei siste 30 dagane at dei dagleg eller 2–6 dagar i veka hadde nye innleggingar av eldre pasientar som dei meinte heller kunne vore handterte av KAD. Færre leiarar for medisinske avdelingar (14 prosent) enn leiarar for akuttmottak (48 prosent) meinte at dette skjedde dagleg. Dette indikerer at akuttmottaka fungerer som «portvaktarar» for innleggingar på sjukehusa.

Nesten ni av ti leiarar for akuttmottak meiner at legevaktlegane og fastlegane kunne ha tilvist fleire pasientar til KAD i staden for til sjukehuset. Eit stort fleirtal (omtrent 80 prosent) av leiarane for medisinske avdelingar meiner det same. Det er svært få leiarar på sjukehusa som meiner at legevaktlegane og fastlegane ikkje kunne ha tilvist fleire pasientar til KAD.

Mange av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene har ikkje same forståinga som leiarane på sjukehus når det gjeld spørsmålet om fleire fastlegar og legevaktlegar bør tilvise fleire pasientar til KAD i staden for til sjukehuset. Omtrent 40 prosent av leiarane for helse- og omsorgstenestene i kommunane meiner at dei bør det.

Leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene blei òg spurde om kva som er viktige grunnar til at ikkje fleire pasientar blir tilviste til KAD. Dei to grunnane som flest oppgir som viktige, er at

- det er meir tidkrevjande for legane å tilvise til KAD enn til sjukehuset (35 prosent)
- det ikkje er ledig plass på KAD (39 prosent)

9.3.2 Leiarane for akuttmottaka på sjukehusa meiner at KAD-tilbodet ikkje er godt nok

Ein del legar på akuttmottaka har ikkje høve til å tilvise til KAD. I spørjeundersøkinga svarte fleire enn halvparten av leiarane for akuttmottaka (60 prosent) at dei kan tilvise til KAD.

Under halvparten av leiarane (43 prosent) svarte at dei har etablert ei såkalla KAD-sløyfe. Ei KAD-sløyfe er ein prosess der pasientane blir undersøkte på sjukehuset før ei eventuell

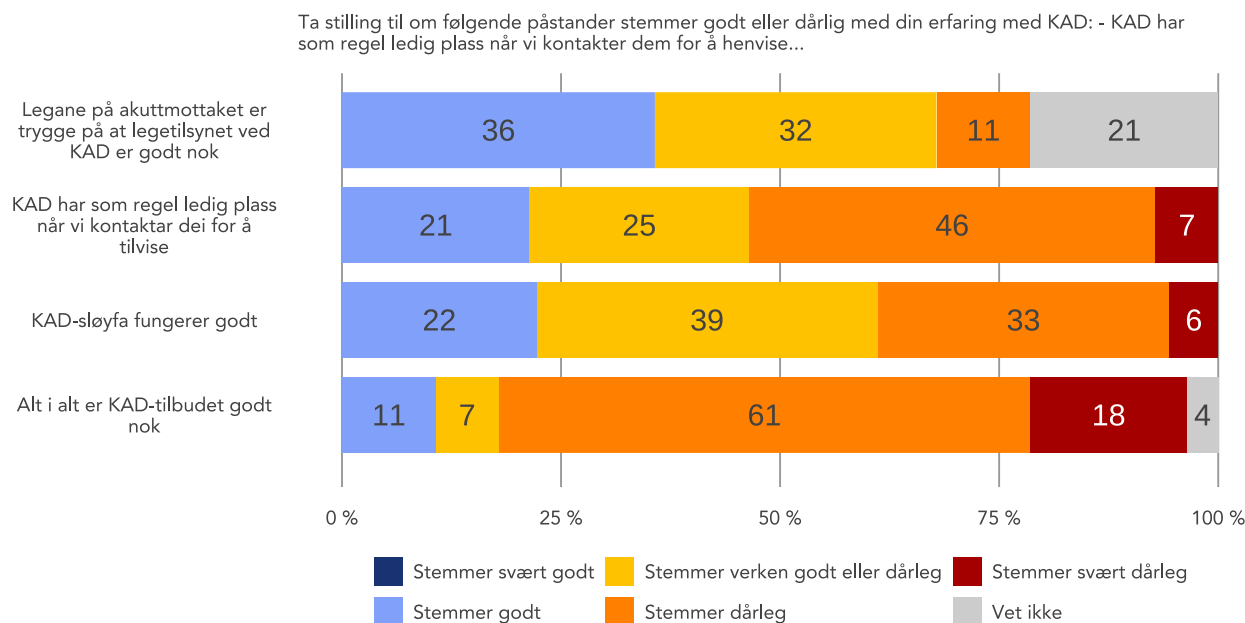
⁸⁰ I spørjeundersøkinga svarer litt under halvparten av leiarane for medisinske avdelingar (41 prosent) og halvparten av leiarane for akuttmottaka at dei har god kjennskap til KAD-tilbodet i dei fleste kommunane. Få leiarar svarer at dei har berre litt eller svært lite kjennskap til KAD-tilboda i kommunane.

⁸¹ Berre kvar femte leiar svarte at dette skjedde sjeldnare enn kvar veke (12 prosent) eller at dei ikkje visste (9 prosent). I svaret skulle dei sjå bort frå pasientar som var i KAD-sløyfe.

innlegging på KAD: Dersom fastlegen eller legevaktlegen er i tvil om pasienten bør leggjast inn på KAD eller på sjukehuset, kan legen tilvise pasienten til akuttmottaket. Medan pasienten er på sjukehuset, må det haldast av ein plass på KAD til denne pasienten.

Figur 25 viser at eit stort fleirtal av leiarane for akuttmottaka meinte at det samla tilbodet på KAD ikkje er godt nok. Nesten fire av fem leiarar svarte dette.

Figur 25 Leiarane for akuttmottaka si vurdering av ulike påstandar om KAD. 2025. N = 28



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for akuttmottak

Figur 25 viser òg at omtrent halvparten av leiarane opplyser at KAD som regel ikkje har ledig plass til nye pasientar, og det er blanda erfaringar med bruken av KAD-sløyfe. Det er derimot få leiarar for akuttmottaka som ikkje er trygge på at legetilsynet ved KAD er godt nok.

I forskning frå 2021 blei 21 fastlegar i Østfold intervjuja om oppfatninga si av tilbodet i KAD-ane som eit alternativ til sjukehusa. Legane var bekymra for om tilbodet i KAD-ane var godt nok. Grunnane til bekymringa var mellom anna desse: færre diagnostiske moglegheiter og lågare medisinsk ekspertise gjennom dagen, uvisse rundt kva pasientar som bør nytte tilbodet og utfordringar med brukardeltaking.⁸²

Ein forskingsartikkel frå 2024 peikar derimot mot at KAD-ane tilbyr like god kvalitet som sjukehusa.⁸³ Dette gjeld pasientar der ein lege har vurdert at dei kan behandlast begge stader. Resultata frå ein multisenter randomisert studie (RCT) indikerer at

⁸² Nystrøm med fleire, 2021

⁸³ Nystrøm med fleire, 2024

- pasientane har ei like positiv oppleving av opphald på kommunale akuttavdelingar som av opphald på sjukehus, og dei har litt betre sjølvvurdert helse og helsestatus 4–6 veker etter opphald på ei kommunal akuttavdeling
- det er ingen signifikante skilnader i opphaldstid, reinnleggingsratar eller dødelegheit mellom kommunale akuttavdelingar og sjukehus

Ein annan forskingsartikkel frå 2024 konkluderer med at KAD-ane alt i alt fungerer som tenkt. Dei bidreg til å unngå sjukehusinnleggingar, men det er store variasjonar mellom KAD-ane og regionane i «innleggelses- og utskrivingsmønstre».⁸⁴

I mange KAD-ar ligg mange pasientar lenger enn tilrådd tid

I medisinfagleg rettleiar for kommunale akutte døgnplassar tilrår Norsk forening for allmenmedisin at den gjennomsnittlege opphaldstida ikkje bør overstige tre døgn. Dette skal sikre at rett pasientkategori blir innlagd i tilbodet, og hindre at KAD «blir en sykehjemsavdeling».⁸⁵

Statusrapporten for 2022 frå Helsedirektoratet viser at det var færre innleggingar, men lengre opphaldstid i KAD-ane i 2022 enn i perioden 2017–2019.⁸⁶ Andelen opphald med ei varigheit på over 5 døgn auka jamt i perioden. I 2022 var gjennomsnittleg opphaldstid 4,4 døgn, eitt døgn meir enn i 2017.

Ifølgje statistikk frå Helsedirektoratet var pasientane innlagde i KAD i meir enn tre dagar i om lag 40 prosent av tilfella i 2023.⁸⁷ Dette indikerer at ein del pasientar som er innlagde på KAD, ikkje tilhøyrer målgruppa, men burde hatt eit anna tilbod i helse- og omsorgstenesta i kommunen. Når feil målgruppe tek opp plassar på KAD, kan ein konsekvens vere at pasientar som burde vore handterte på KAD, men som ikkje får plass, i staden blir lagde inn akutt på sjukehuset.

I kvar fjerde kommune ligg fleire enn 50 prosent av pasientane meir enn tre dagar på KAD. Funna i undersøkinga vår tyder på at det særleg er i vertskommunane for sjukehusa at pasientane ligg lenge:

- I om lag halvparten av kommunane som er vertskommune for sjukehus òg, ligg minst halvparten av pasientane lenger enn tre dagar på KAD.
- I spørjeundersøkinga svarte 37 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene i vertskommunane til sjukehusa at påstanden «tilbudet på KAD brukes ofte av pasienter som i utgangspunktet burde hatt et annet tilbud i helse- og omsorgstjeneste» stemmer godt eller svært godt.
- Omtrent kvar fjerde leiar meinte det same i dei kommunane som ikkje er vertskommune for eit sjukehus.

⁸⁴ Yang med fleire, 2024

⁸⁵ Norsk forening for allmenmedisin, 2014

⁸⁶ Helsedirektoratet, 2023a

⁸⁷ Helsedirektoratet, 2024c

I ein forskingsartikkel frå 2022 var konklusjonen at dei KAD-ane som var inkluderte i studien, ikkje representerte eit alternativ til innlegging på sjukehus. Pasientane som fekk behandling i KAD-ane, fekk grunnleggjande heller enn spesialisert behandling. Dermed såg KAD-ane ut til å likne meir på ei mellomliggjande eining enn eit alternativ til sjukehuset. Forskarane viste til at dette blei støtta av andre studiar.⁸⁸

9.4 Nokre få kommunar står for ein stor del av overliggjardøgna på sjukehusa

Ein utskrivingsklar pasient er ein pasient som er medisinsk ferdigbehandla på sjukehuset, og som ikkje lenger har behov for spesialisthelsetenestene til sjukehuset, men som treng oppfølging eller pleie frå kommunale helse- og omsorgstenester.⁸⁹

Kommunane skal betale for utskrivingsklare pasientar som blir liggjande på sjukehuset medan dei ventar på eit kommunalt tilbod. (Betalingsplikta er nærmare omtalt i kapittel 11.) Dersom mange utskrivingsklare pasientar blir liggjande på sjukehus, viser dette at heimkommunane til pasientane ikkje har eit godt nok tilbod til å ta imot pasientar som er ferdig behandla på sjukehus.

Talet på utskrivingsklare pasientar og behovet for hjelp frå kommunen aukar med alder. Halvparten av dei utskrivingsklare pasientane var 80 år eller eldre i 2022. Det var òg ein større andel pasientar med overliggjardøgn i denne aldersgruppa enn blant yngre pasientar:

- 57 prosent av dei utskrivingsklare pasientane som var 80 år eller eldre, hadde overliggjardøgn.
- I aldersgruppa 67 til 79 år var andelen utskrivingsklare som hadde overliggjardøgn, 32 prosent.
- Blant pasientane som var yngre enn 67 år, var andelen 11 prosent.⁹⁰

Faktaboks 8 Utskrivingsklare pasientar

Når ein pasient blir lagd inn på døgnopphald på eit sjukehus, skal helsepersonellet gjere ei vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp frå den kommunale helse- og omsorgstenesta etter utskrivning frå døgnopphaldet. Vidare skal helsepersonellet innan 24 timar etter innlegginga varsle kommunen om mellom anna forventa utskrivningstidspunkt. Det er lege i spesialisthelsetenesta som vurderer om ein pasient er utskrivingsklar eller ikkje. Når ein pasient er definert som utskrivingsklar, skal sjukehuset straks varsle kommunen.

Kjelde: Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

⁸⁸ Nystrøm med fleire, 2022

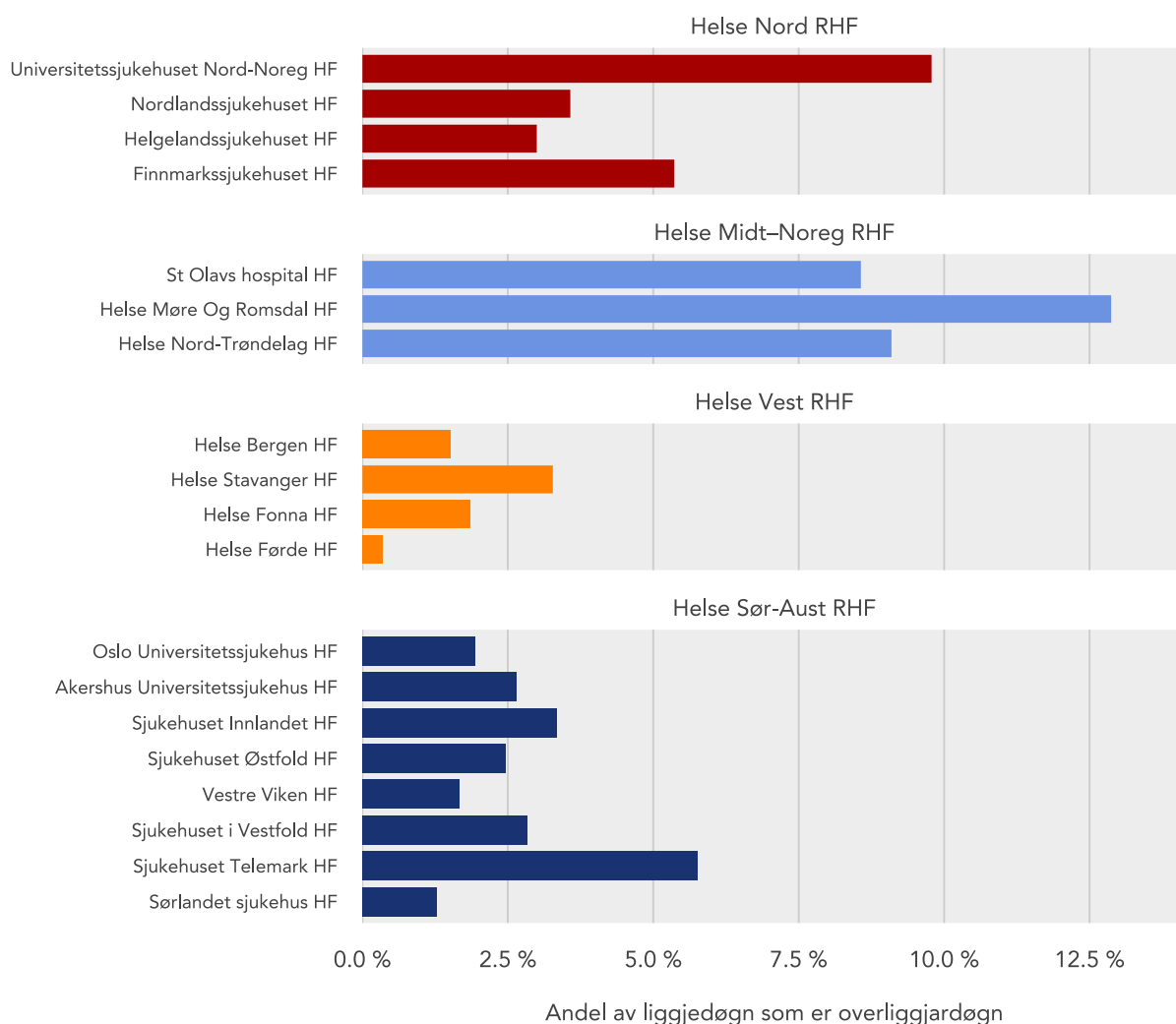
⁸⁹ Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter §§ 2 og 8

⁹⁰ Helsedirektoratet, 2024b

9.4.1 Utfordringane med overliggjardøgn varierer mellom regionane og helseføretaka

Figur 26 viser at det er store skilnader mellom helseføretaka når ein ser på talet på overliggjardøgn blant eldre over 80 år i forhold til talet på liggjedøgn for same aldersgruppa.

Figur 26 Andelen liggjedøgn blant utskrivingsklare pasientar som er overliggjardøgn, fordelt på helseføretak og sjukehus. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024



Kjelde: Norsk pasientregister

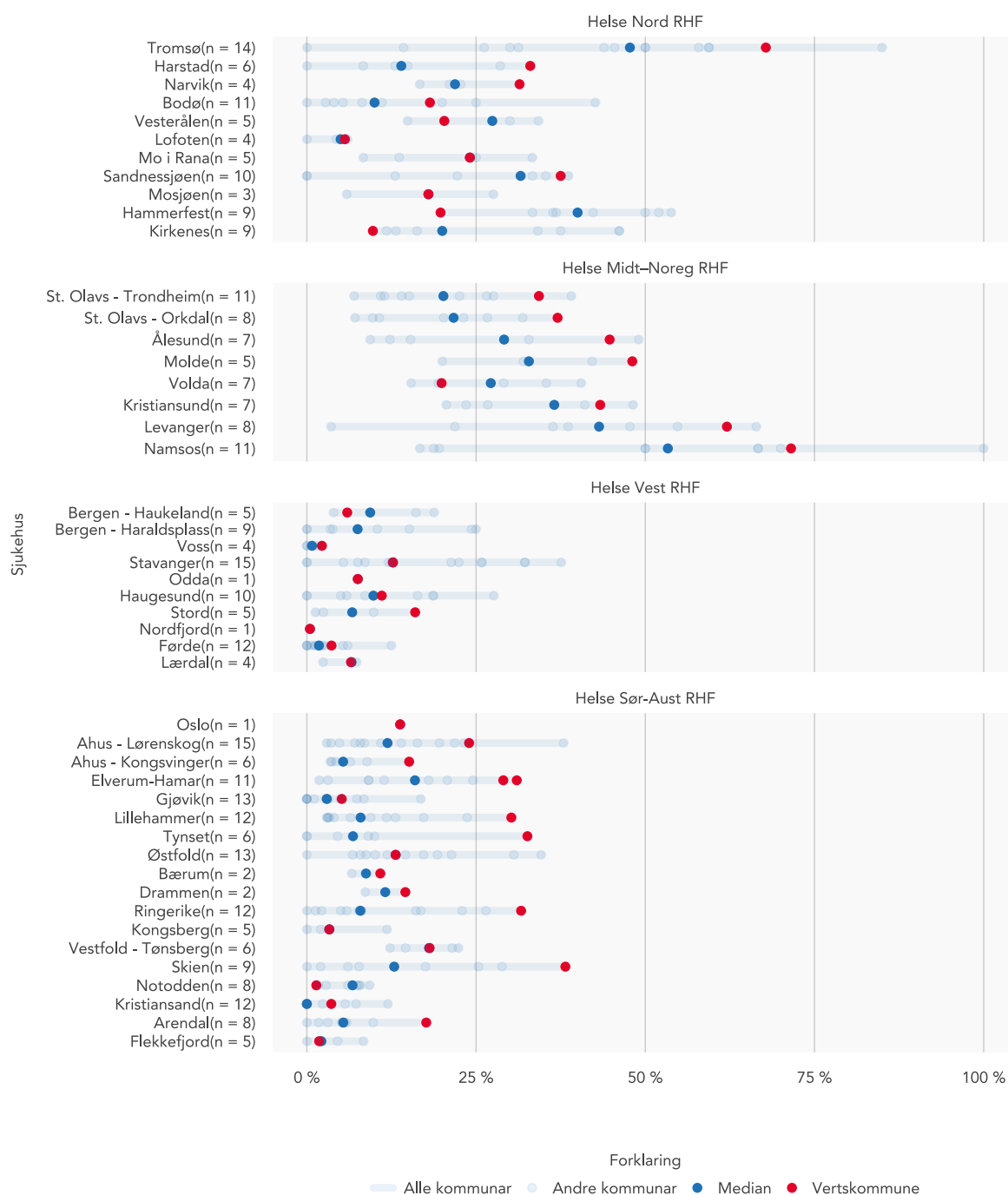
Figuren viser at andelen overliggjardøgn blant utskrivingsklare pasientar varierer frå under 1 prosent til meir enn 12 prosent blant eldre over 80 år. I seks helseføretak utgjør overliggjardøgn meir enn 5 prosent av alle liggjedøgn. Blant desse er alle helseføretaka i Helse Midt-Noreg.

Helseføretaka i Helse Vest utmerker seg med forholdsvis få overliggjardøgn. Det same gjeld sjukehusa i Helse Sør-Aust, med unntak av Sjukehuset i Telemark.

9.4.2 Problemet med overliggjardøgn er ulikt fordelt mellom sjukehusa

Eitt helseføretak kan bestå av fleire somatiske sjukehus. Figur 27 viser at andelen eldre pasientar med overliggjardøgn varierer mykje mellom sjukehusa og mellom kommunane i opptaksområdet til sjukehuset.⁹¹

Figur 27 Andelen av utskrivingsklare pasientopphald med minst eitt overliggjardøgn, fordelt på regionale helseføretak, sjukehusa i helseføretaka og kommunar. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024



Kjelde: Norsk pasientregister

⁹¹ Andelen overliggjardøgn i kvar enkelt kommune blir berekna uavhengig av kva sjukehus pasienten er innlagd på.

Figur 27 viser at det er tydelege regionale skilnader i kor stor del av kommunane i opptaksområda til sjukehusa som har utskrivingsklare pasientar med minst eitt overliggjardøgn. Fleire sjukehus i Helse Midt-Noreg og Helse Nord har større utfordringar med pasientar med overliggjardøgn enn sjukehus i dei to andre helseregionane.

Figur 27 viser òg at på dei fleste sjukehusa er det store skilnader mellom kommunar i same opptaksområde når det gjeld kor stor del av dei utskrivingsklare pasientane som har minst eitt overliggjardøgn. I same opptaksområde er det altså nokre kommunar som har store utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar, medan andre kommunar har få pasientar med overliggjardøgn.

Mange av vertskommunane har mange akutte kontaktar blant eldre. Figur 27 viser at omfanget av overliggjardøgn blant utskrivingsklare pasientar er stort òg. Dei fleste vertskommunane har ein mykje høgare andel eldre utskrivingsklare pasientar med minst eitt overliggjardøgn enn dei andre kommunane i same opptaksområde.

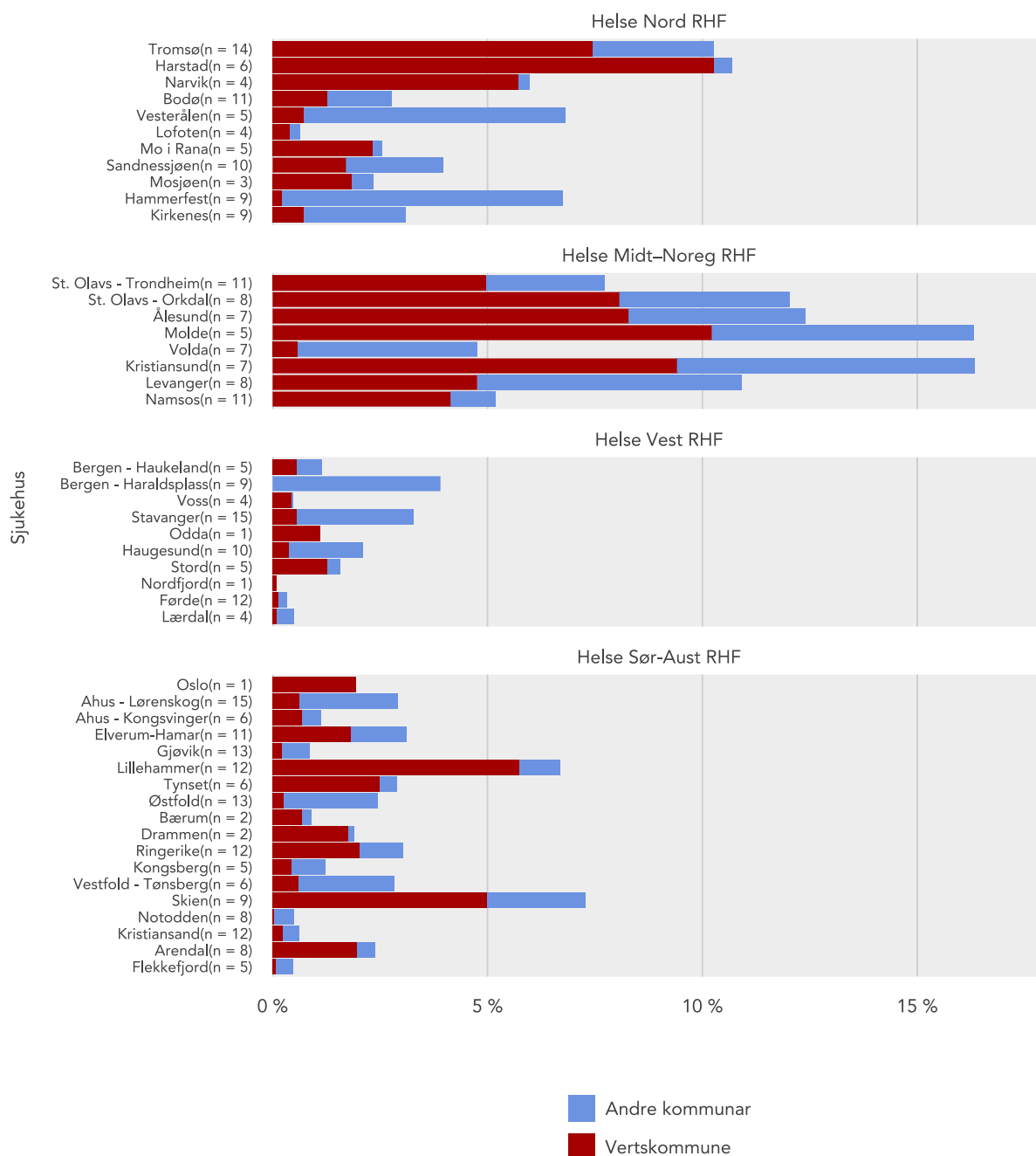
Figuren viser at for dei 44 sjukehusa er det svært få vertskommunar som har ein lågare del utskrivingsklare pasientar med overliggjardøgn enn medianen blant kommunane i opptaksområdet.

9.4.3 Pasientar frå vertskommunane med overliggjardøgn bruker ein stor del av sengekapasiteten på sjukehusa

Figur 28 viser kor stor del av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år som er overliggjardøgn, fordelt på sjukehus, og kor stor del av overliggjardøgn som gjeld eldre over 80 år frå vertskommunen.⁹²

⁹² Alle overliggjardøgn i kommunane i opptaksområdet til sjukehuset blir registrerte på denne linja. For sjukehuset i Tromsø, til dømes, omfattar opptaksområdet 14 kommunar. Alle overliggjardøgn til innbyggjarane i desse kommunane blir registrerte på dette sjukehuset sjølv om dei har vore innlagde på andre sjukehus.

Figur 28 Andelen av alle liggjedøgn som er overliggjardøgn, fordelt på sjukehus, og kor stor del av desse som er frå vertskommunen. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024



Kjelde: Norsk pasientregister

Figur 28 viser at det er regionale skilnader. Det er størst utfordringar med overliggjardøgn blant utskrivingsklare pasientar i Helse Midt-Noreg og Helse Nord.

Figuren viser òg at det er store skilnader mellom sjukehusa i kor stor del overliggjardøgn utgjør av alle liggjedøgn blant dei som er 80 år og eldre:

- I 7 av dei 47 sjukehusa utgjør overliggjardøgn meir enn 10 prosent av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år.

- 17 av sjukehusa utgjer overliggjardøgna mellom 5 og 10 prosent av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år.

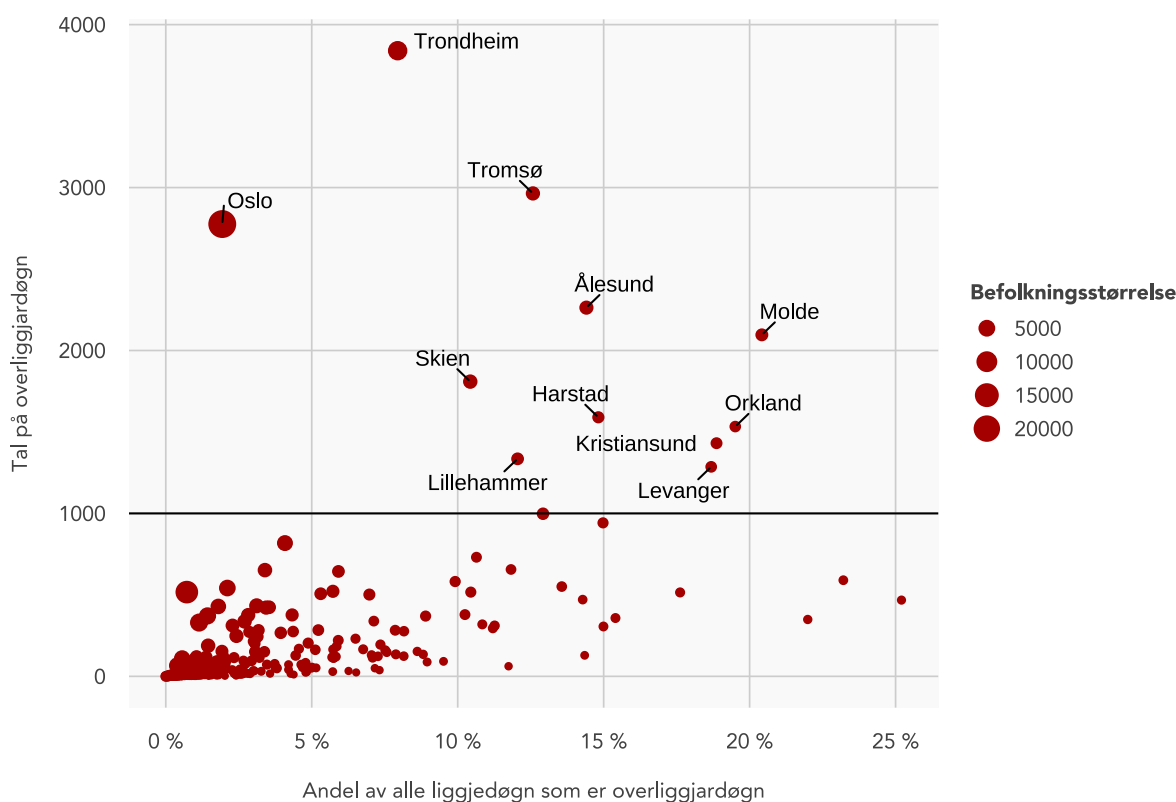
Vidare viser figuren at ein stor del av overliggjardøgna ved mange av sjukehusa gjeld pasientar frå vertskommunen til sjukehuset. Ein grunn til dette er at det bur fleire eldre i vertskommunane enn i mange av dei andre kommunane i opptaksområdet.

Men nærmare analysar viser at i eit fleirtal av vertskommunane utgjer overliggjardøgna ein større del av liggjedøgna blant eldre enn dei gjer i dei andre kommunane i opptaksområdet. Mange av vertskommunane har altså større utfordringar med å ta imot ferdigbehandla pasientar enn mange av dei andre kommunane i same opptaksområdet. Mykje av sengekapasiteten ved mange sjukehus kan frigjerast til andre pasientar dersom talet på overliggjardøgn frå innbyggjarane til vertskommunen blir redusert til same nivå som resten av kommunane i opptaksområdet.

9.4.4 Ein del større kommunar har svært låg evne til å ta imot pasientar frå sjukehusa

Figur 29 viser at ein del store kommunar har svært låg evne til å ta imot utskrivingsklare pasientar.

Figur 29 Andelen av alle liggjedøgn som er overliggjardøgn (x-akse), sett opp mot talet på overliggjardøgn (y-aksen) per kommune. Pasientgruppa 80 år og eldre. 2024.



Kjelde: Norsk pasientregister

For eit stort fleirtal av kommunane – dei til venstre i figuren – utgjer overliggjardøgna mindre enn 5 prosent av alle liggjedøgn blant eldre over 80 år i kommunen. Med unntak av Oslo har desse kommunane færre enn 1 000 utskrivingsklare liggjedøgn.

For kommunane til høgre i figuren utgjer overliggjardøgna ein stor del av alle liggjedøgna blant eldre over 80 år. Dette indikerer at desse kommunane har store utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar.

Jo høgare kommunen er plassert i figuren, jo fleire overliggjardøgn har kommunen ved sjukehuset. I 27 kommunar utgjer overliggjardøgna meir enn 10 prosent av alle liggjedøgna på sjukehusa blant eldre over 80 år. Atten av desse kommunane har færre enn 1 000 utskrivingsklare liggjedøgn, medan ni kommunar har fleire.

Dei elleve kommunane med flest utskrivingsklare liggjedøgn blant eldre over 80 år har til felles at dei er vertskommunar for sjukehus og har relativt mange innbyggjarar.

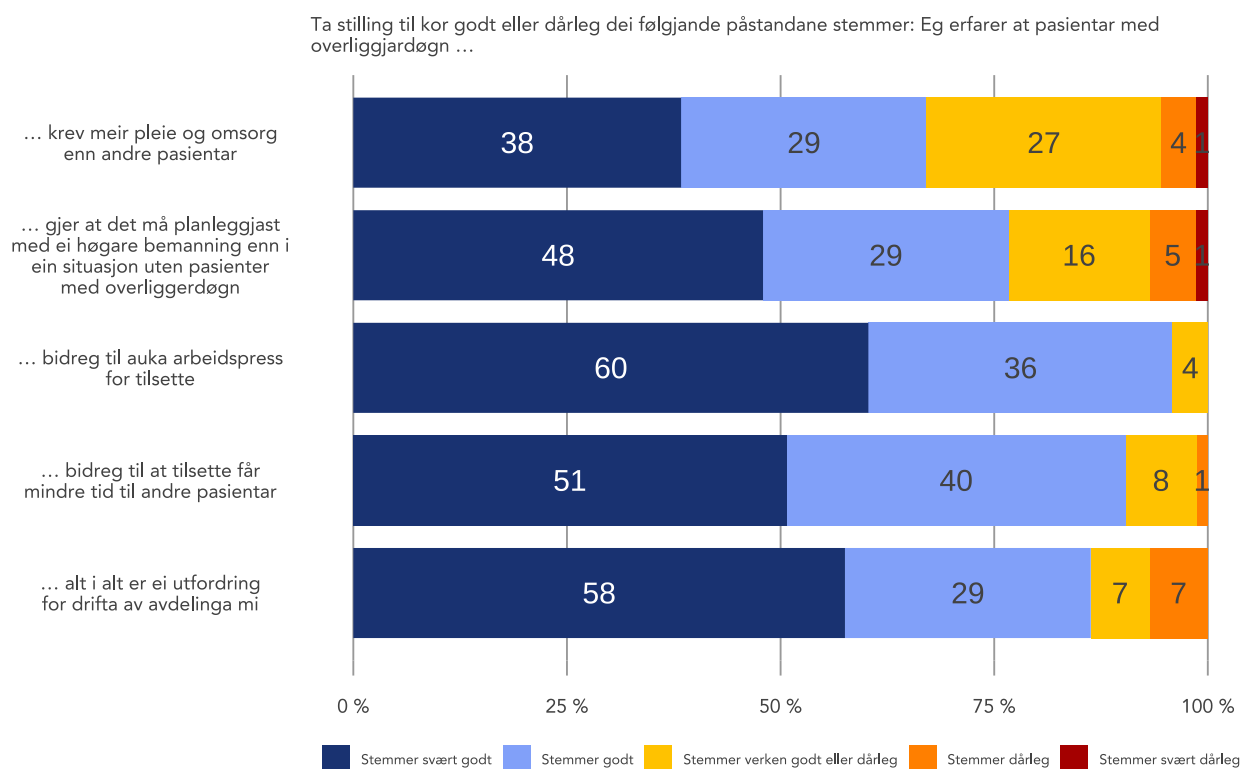
I ni av dei elleve kommunane utgjer overliggjardøgn meir enn 10 prosent av alle liggjedøgna til eldre pasientar. Dette inneber at i minst kvar tiande seng som blir brukt av eldre pasientar frå desse kommunane, ligg det ein pasient som ventar på eit tilbod i heimkommunen.

9.4.5 Overliggjardøgn går ut over drifta, pasientane og dei tilsette på mange sjukehus.

Mange av dei medisinske avdelingane som inngår i spørjeundersøkinga, hadde òg utfordringar med pasientar med overliggjardøgn. Omtrent tre av fire leiarar svarte at dei kvar veke eller oftare hadde ein eller fleire pasientar med overliggjardøgn på avdelinga si.⁹³ Desse leiarane fekk spørsmål om kva konsekvensar utskrivingsklare pasientar hadde for drifta av avdelingane.

⁹³ 35 prosent av leiarane svarte at avdelinga i dei siste 30 dagane dagleg hadde hatt ein pasient med overliggjardøgn.

Figur 30 Leiarar for medisinske avdelingar si vurdering av påstandar om kva konsekvensar pasientar med overliggjardøgn har for avdelinga deira. 2025. N = 73



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar på sjukehus

Figur 30 viser at nesten alle leiarane meinte at pasientar med overliggjardøgn bidreg til

- at dei tilsette får større arbeidspress
- at dei tilsette får mindre tid til andre pasientar

Figuren viser vidare at mange av dei utskrivingsklare pasientane med overliggjardøgn krev meir pleie og omsorg enn andre utskrivingsklare pasientar. To av tre leiarar meinte dette, og nesten ingen var usamde i denne påstanden.

Spørjeundersøkinga viser at pasientar med overliggjardøgn påverkar bemanningsplanlegginga i sjukehusa òg. Tre av fire leiarar meinte at pasientar med overliggjardøgn gjer at det må planleggjast med ei høgare bemanning. I tillegg erfarte omtrent halvparten av leiarane at pasientar med overliggjardøgn bidreg til at dei må kalle inn tilsette som ikkje er sette opp på vakt.

I spørjeundersøkinga svarte nesten halvparten av leiarane at

- pasientar med overliggjardøgn kvar veke eller oftare bidrog til at dei sjølv eller andre pasientar måtte liggje på korridoren⁹⁴

⁹⁴ 15 prosent svarte dagleg, 33 prosent svarte kvar veke (to til seks dagar i veka), 33 prosent svarte sjeldnare enn kvar veke, og 20 prosent svarte nei.

- pasientar med overliggjardøgn kvar veke eller oftare bidrog til at dei sjølv eller andre pasientar måtte liggje på andre sengepostar⁹⁵

Nesten ni av ti leiarar meinte at påstanden om at «*alt i alt er pasienter med overliggerdøgn en utfordring for driften*» stemte godt (29 prosent) eller svært godt (58 prosent) på avdelinga dei leidde.

I spørjeundersøkinga fekk leiarane òg høve til å kommentere utfordringar med pasientar med overliggjardøgn. Kvar tredje leiar nytta seg av denne moglegheita. Dei fleste kommentarane gjeld døme på konsekvensar pasientar med overliggjardøgn har for drifta av dei medisinske avdelingane, jf. faktaboks 9. Mange av desse konsekvensane blei òg nemnde i intervjuet vi gjorde med leiarar for medisinske avdelingar på sjukehus.

Faktaboks 9 Døme på konsekvensar av pasientar med overliggjardøgn for pasientane, dei tilsette og drifta

Konsekvensar for pasientane

- Pasientar blir dårlegare av å liggje lenger enn planlagt på sjukehuset, med fare for ytterlegare helseforverring i enkelte tilfelle.
- Pasientar med overliggjardøgn har auka risiko for å få sjukehusinfeksjonar, og det er risiko for at dei utviklar deilirium og forvirring.
- Pasientar med overliggjardøgn har auka risiko for fall, trykksår og manglande mobilisering.

Konsekvensar for dei tilsette

- Pasientar med overliggjardøgn er ofte ressurskrevjande som aukar pleietyngda.
- Overbelegget fører til brot på arbeidsmiljølova, overtid og uføreseieleg turnus.
- Administrasjon knytt til kontakt med kommunane tek fokus frå det medisinfaglege.

Konsekvensar for drifta av avdelinga

- Fullt sengepostar skapar utfordringar for innlegging av nye pasientar.
- Manglande sengeplassar utgjør ein tryggleiksrisiko for andre pasientar.
- Manglande sengeplassar utgjør ein risiko for akuttberedskapen.
- Korridorpatientar aukar smittefaren.

Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar på sjukehus

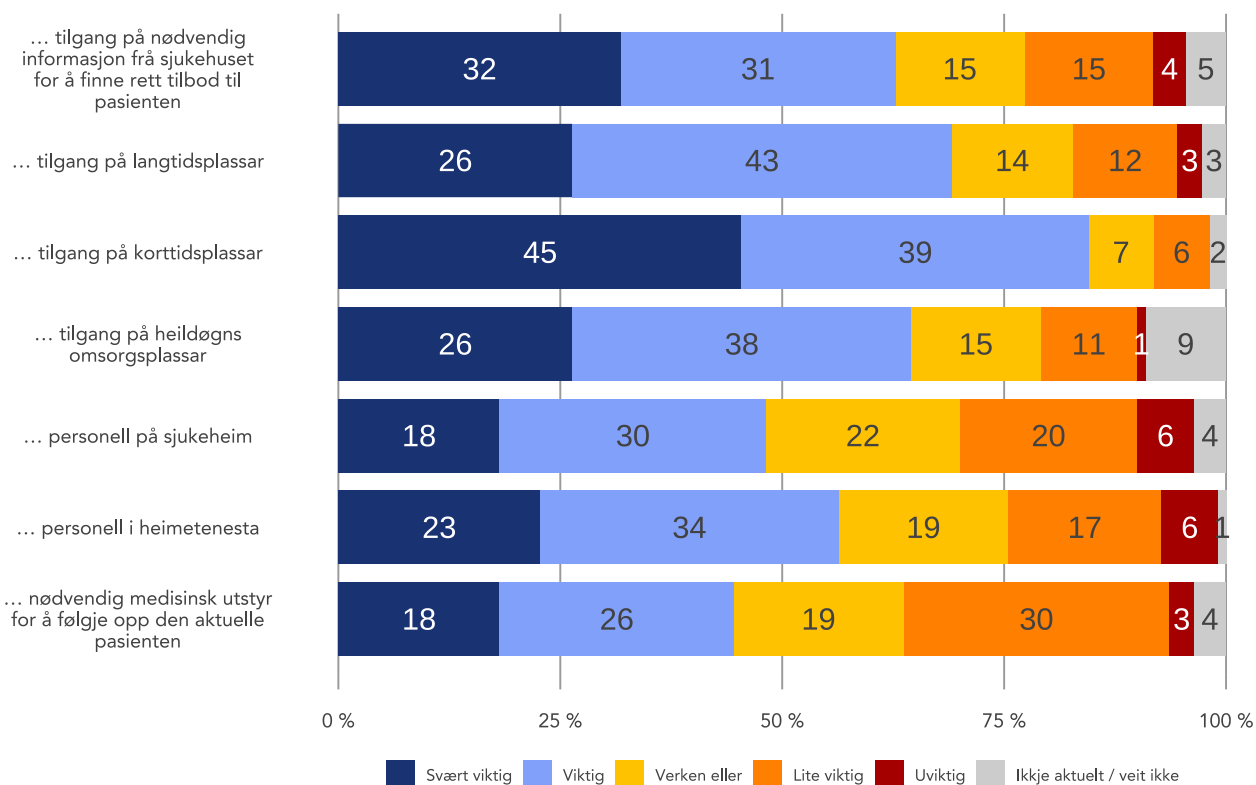
⁹⁵ 18 prosent svarte dagleg, 28 prosent svarte kvar veke (to til seks dagar i veka), 35 prosent svarte sjeldnare enn kvar veke, og 20 prosent svarte nei.

Leiarane for helse- og omsorgstenestene i kommunane oppgir avgrensa tilgang på korttidsplassar som den viktigaste årsaka til at kommunane har pasientar med overliggjardøgn

Fire av fem av leiarar for helse- og omsorgstenestene i kommunane svarte i undersøkinga at dei hadde hatt pasientar med overliggjardøgn i åra 2024 og 2025.

Figur 31 viser at helse- og omsorgssjefane meiner at det er fleire grunnar til at kommunane har overliggjardøgn.

Figur 31 Helse- og omsorgssjefane si vurdering av kva som er viktige eller uviktige grunnar til at kommunane har overliggjardøgn. Kommunar der meir enn 15 prosent av dei utskrivingsklare pasientane har minst eitt overliggjardøgn. 2025. N = 110



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til helse- og omsorgssjefar

Flest leiarar meinte at avgrensa tilgang på korttidsplassar er ein viktig grunn til at kommunen har pasientar med overliggjardøgn (84 prosent).

Vidare oppgav omtrent to av tre leiarar at manglande tilgang på langtidsplassar (69 prosent) og heildøgns omsorgsplassar (64 prosent) er viktige grunnar. Figuren viser at fleire leiarar meinte at manglande tilgang på heildøgns plassar enn mangel på personell som viktige årsaker til at kommunen har pasientar med overliggjardøgn.

Nesten to av tre leiarar for helse- og omsorgstenestene i kommunane meinte at ein viktig grunn til at kommunane har pasientar med overliggjardøgn, er at sjukehuset ikkje gir dei informasjonen dei treng for å finne rett tilbod til pasienten.

I spørjeundersøkinga kunne leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene kommentere andre viktige grunnar til at kommunane har utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar (jf. faktaboks 10).

Faktaboks 10 Døme på andre viktige grunnar til at kommunane har utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar

Kommunikasjon og samarbeid

- Dårleg kommunikasjon og samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta står fram som eit gjentakande problem. Spesifikt blir det peika på at sjukehuset lovar bort kommunale tilbod utan avtale, og at mangelfull informasjon om utskrivningstidspunkt og behova til pasientane bidreg til forseinkingar.
- Det er òg døme på usemje om den utskrivingsklare statusen til pasientane og om tolkinga av samarbeidsavtalar, noko som fører til økonomiske konsekvensar i form av fakturaer for overliggjardøgn.

Tilrettelagd bustad

- Manglande tilpassing i heimen til pasientane og mangel på kommunale bustader blir nemnde som hindringar for rask utskrivning. Dette gjeld spesielt eldre og personar med komplekse behov, der tilrettelegging av bustad og tilgang på nødvendige hjelpemiddel er avgjerande for å sikre ei forsvarleg omsorg.

Internt samarbeid mellom avdelingar i kommunen

- Nokre kommunar rapporterer om interne utfordringar knytte til saksbehandling og pasientflyt. Det blir framheva at det er behov for å effektivisere prosessar og sikre god koordinering mellom ulike tenester for å unngå forseinkingar og sikre rask utskrivning.

Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til helse- og omsorgssjefar

9.5 Mange leiarar i kommunane og helseføretaka bruker ikkje data om geografiske skilnader i planlegginga av drifta

Kommunane og dei regionale helseføretaka har ansvar for å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at omfanget og innhaldet i helse- og omsorgstenestene samsvarer med sørgje for-ansvaret, inkludert krav som er fastsette i lov og forskrift.⁹⁶ Plikta til å planleggje aktivitetane til verksemda inneber mellom anna at leiarane bør etterspørje styringsdata regelmessig.⁹⁷ Risikofaktorar knytte til samhandling internt og eksternt bør særleg vektleggjast.⁹⁸

⁹⁶ Spesialisthelsetenestelova § 2-1a tredje ledd og helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd og forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta

⁹⁷ Rettleiar til forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav b

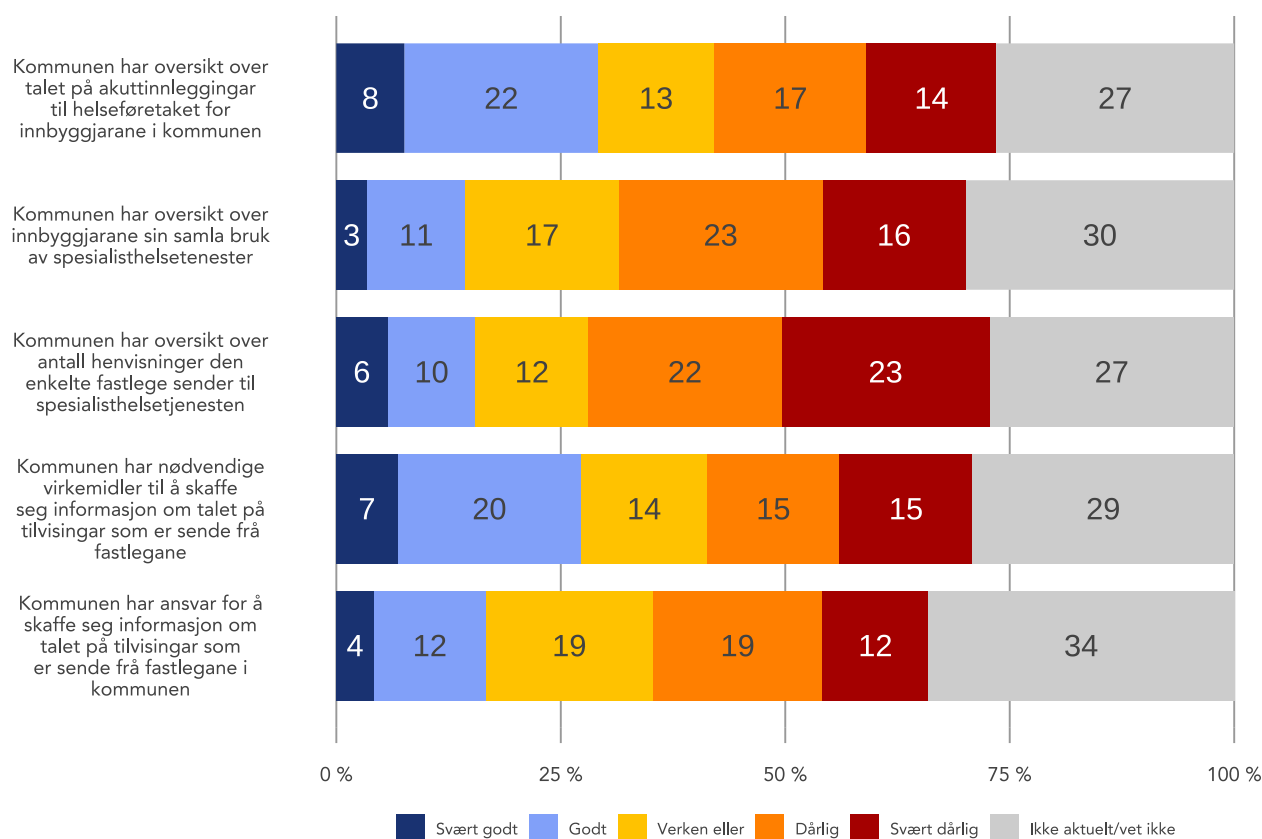
⁹⁸ Rettleiar til forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav d

9.5.1 Mange kommunar har avgrensa oversikt over innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester

Fastlegeforskrifta gir kommunane eit sørge-for-ansvar for at kvaliteten på tilvisingspraksisen til fastlegane er god. Dokument 3:4 Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten frå 2018 viste at verken kommunane eller sjukehusa hadde nødvendig kunnskap om tilvisingspraksisen til fastlegane.

Denne undersøkinga viser at mange kommunar framleis har avgrensa oversikt over innbyggjarane deira sin bruk av spesialisthelsetenester. I spørjeundersøkinga blei leiarane for helse- og omsorgstenestene bedne om å ta stilling til ein del påstandar om dette temaet, jf. Figur 32.

Figur 32 Helse- og omsorgsleiarar si vurdering av påstandar om kva oversikt kommunane har over innbyggjarane sin bruk av sjukehusa. 2025. N = 277.



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for dei kommunale helse- og omsorgstenestene

Figur 32 viser at 16 prosent av leiarane for helse- og omsorgstenestene meiner at kommunen har god oversikt over talet på tilvisingar frå kvar enkelt fastlege til spesialisthelsetjenesta. Nesten halvparten av leiarane meiner at påstanden om at dei har oversikt over «antall henvisningar den enkelte fastlege sender spesialisthelsetjenesten», stemmer dårleg eller svært dårleg.

I undersøkinga av tilvisingspraksisen til fastlegane frå 2018 var Riksrevisjonen og Helse- og omsorgsdepartementet samde om at fastlegeforskrifta gir kommunane eit tydeleg ansvar for å sørge for god tilvisingspraksis hos fastlegane sine. Undersøkinga viste at det var mange kommunar som meinte at dei ikkje hadde eit slikt ansvar.⁹⁹

Spørjeundersøkinga vår frå 2025 viser at det framleis er mange leiarar for dei kommunale helse- og omsorgstenestene som ikkje kjenner til ansvaret for å sikre informasjon om tilvisingspraksisen blant fastlegane sine. Når det gjeld påstanden om at «*kommunene har ansvar for å skaffe seg informasjon om antall henvisninger som er sendt fra fastlegene*», svarte leiarane slik:

- 16 prosent svarte at påstanden stemmer godt eller svært godt.
- 31 prosent svarte at påstanden stemmer dårleg eller svært dårleg.
- 34 prosent svarte at dei ikkje veit om dei har eit slikt ansvar.

Mange eldre pasientar blir lagde inn akutt på sjukehuset. Figur 32 viser at nesten kvar tredje leiar for dei kommunale helse- og omsorgstenestene meinte at kommunen har god oversikt over talet på akuttinnleggingar til helseføretaka frå innbyggjarane i kommunen. Samtidig viser figuren at omtrent like mange leiarar meinte at påstanden om at dei har oversikt over akuttinnleggingar, stemmer dårleg eller svært dårleg.

Manglande styringsdata for talet på akuttinnleggingar og tilvisingspraksisen til fastlegane fører til at leidinga av dei kommunale helse- og omsorgstenestane manglar oversikt over den samla bruken til innbyggjarane av spesialisthelsetenester. Figur 32 viser at færre enn kvar femte leiar for dei kommunale helse- og omsorgstenestene (14 prosent) meinte at påstanden om at kommunane har oversikt over den samla bruken til innbyggjarane av spesialisthelsetenester stemmer godt eller svært godt. 39 prosent av leiarane meinte at denne påstanden stemmer dårleg eller svært dårleg, medan 30 prosent ikkje visste om kommunen har ei slik oversikt.¹⁰⁰

Auka bruk av spesialisthelsetenester kan komme av auka behov for spesialiserte helsetenester blant innbyggjarane, men det kan òg komme av forhold knytte til tenestetilbodet i kommunane. Manglande oversikt over bruken til innbyggjarane av spesialisthelsetenester reduserer kommunen sine moglegheiter til tidleg å

- oppdage ei negativ utvikling
- finne årsaker til den negative utviklinga
- identifisere tiltak for å dempe behovet for tenester i spesialisthelsetenesta

Leiarar i kommunane og sjukehusa har fleire tilgjengelege kjelder som kan gi oversikt over kommunal variasjon i bruken av spesialisthelsetenester. *Samhandlingsbarometeret* er ei av desse tilgjengelege kjeldene, og det viser mellom anna utviklinga i bruk av polikliniske konsultasjonar. I spørjeundersøkinga svarte berre ein av ti kommunale helse- og

⁹⁹ Riksrevisjonen, 2018

¹⁰⁰ Av desse svarte 2 prosent «ikkje aktuelt».

omsorgsleiarar at dei hadde brukt Samhandlingsbarometeret som informasjonskjelde i samband med forbetring av helse- og omsorgstenesta dei siste tre åra.

9.5.2 Helseføretaka brukar i avgrensa grad styringsdata som viser skilnader mellom kommunane i bruken av sjukehusa

Leiarane for dei medisinske avdelingane brukar i avgrensa grad styringsdata som er brotne ned på kommunenivå, i drifta av avdelingane.

Vi har undersøkt kva styringsdata leiarar for dei medisinske avdelingane på sjukehusa brukar i planlegginga av drifta av avdelingane sine. Så godt som alle leiarane brukar indikatorar som dette:

- ventetid til behandling
- omfang av fristbrot
- andel pasientkontaktar der fristen for avtalt time er overskriden

Talet på pasientar som ventar på spesialisthelsetenester, heng saman med omfanget av tilvisingar frå fastlegane. Men svært få av leiarane for medisinske avdelingar (ca. 10 prosent) brukar data som gir informasjon om talet på tilvisingar per fastlege. Då Riksrevisjonen undersøkte tilvisingspraksisen til fastlegane i 2018, var ein av konklusjonane at mange av tilvisingane frå fastlegane er unødvendige.¹⁰¹

Faktaboks 11 «Ta tiden tilbake» ved Sørlandet sjukehus

I prosjektet «Ta tiden tilbake» prøver Sørlandet sjukehus ut ein arbeidsmetode for å redusere bruken av helsetenester på område der utgreiing eller behandling gir låg helsegevinst. Prosjektet byggjer på prinsippet om lågaste effektive omsorgsnivå, med best mogleg bruk av tida til helsepersonellet.

Som ledd i arbeidet vel helseføretaket ut diagnosegrupper og lagar tilpassa avslagsbrev til fastlegane og pasientane som får avslag. Saman med avslagsbrev får fastlegane tilbod om støtte til å ta betre avgjerder. Avslagsbrev inneheld òg lenkjer til pasientinformasjon som kan gi betre helsekompetanse, slik at tilvisaren får hjelp til å gi pasienten hjelp mot symptoma, utan at pasienten må innom spesialisthelsetenesta.

Fastlegane som tilviser mest, får eit separat skriv der sjukehuset gjer legane merksame på at dei tilviser meir enn gjennomsnittet, og der legane blir bedne om å vurdere tilvisingspraksisen sin. Erfaringane frå eitt forløp (øvre endoskopi for aldersgruppa 18–45) var ein reduksjon i talet på tilvisingar frå fastlegane som tilviste mest, på mellom 40 og 50 prosent.

Fastlegane som tilviser mest, får òg tilbod om å hospitere på den relevante avdelinga, slik at dei kan få hjelp til eit kompetanseløft dersom dei ønskjer det.

¹⁰¹ Riksrevisjonen (2018)

Sørlandet sjukehus har berekna at prosjektet «Ta tiden tilbake» frigjer tid hos klinikarane, då avdelingane som deltek i prosjektet, bruker litt meir tid på å vurdere tilvisingar, men totalt sett mindre tid på å greie ut og behandle pasientar unødige.

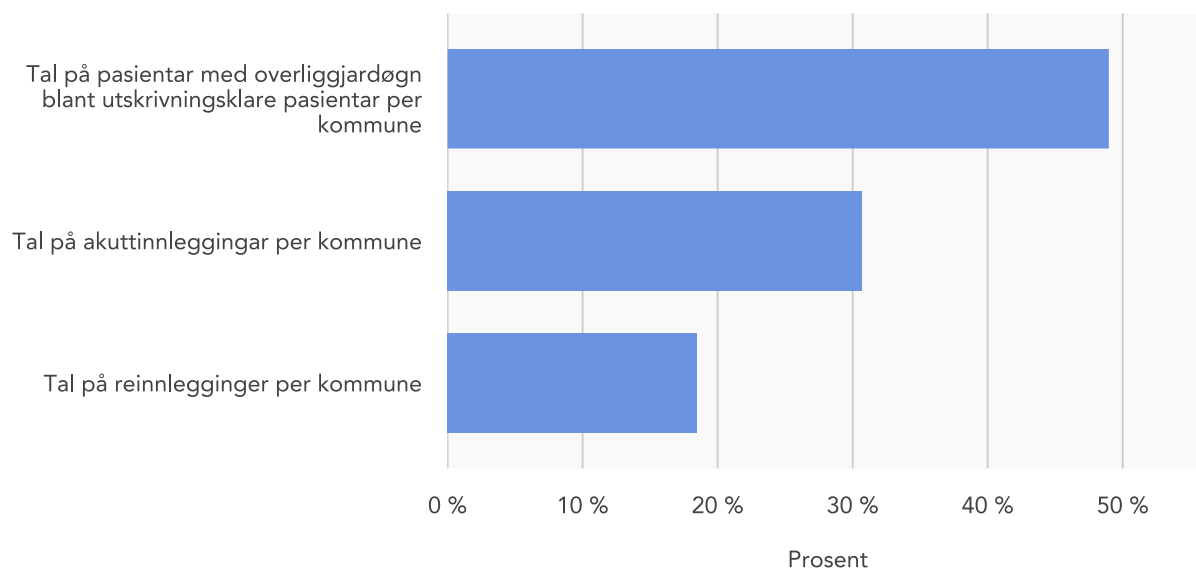
Kjelde: Sørlandet sjukehus

Når det gjeld informasjon om utviklinga i talet på akuttinnleggingar, viser denne undersøkinga at tre av fire leiarar for dei medisinske avdelingane bruker slik informasjon i styringa.

Undersøkinga viser at for fleire styringsindikatorar skjuler aggregerte tal på helseføretaksnivå store skilnader mellom underliggjande sjukehus og mellom kommunar i same opptaksområde.

Figur 33 viser at eit mindretal av leiarane for medisinske avdelingar bruker styringsdata som er brotne ned på kommunenivå, når dei planlegg den framtidige drifta. Dette reduserer moglegheita til å identifisere om ei negativ utvikling er ein generell trend eller berre gjeld enkelte kommunar. Slik informasjon kan vere viktig for å treffe avgjerder i det vidare arbeidet.

Figur 33 Andelen leiarar som bruker utvalde data på kommunenivå i planlegginga av drifta. 2025. N = 48 for overliggjardøgn, N = 60 for akuttinnleggingar, N = 46 for reinnleggingar



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar

Spørjeundersøkinga til leiarane for akuttmottaka på sjukehusa viser òg at eit fleirtal av desse leiarane (86 prosent) bruker styringsdata om omfanget av akuttinnleggingar til å planleggje drifta. Men det er få av leiarane (12 prosent) som har styringsdata som viser omfanget av akuttinnleggingar brote ned på kommunenivå. Det er meir vanleg

(43 prosent) blant desse leiarane å bruke styringsdata som viser om tilvisinga kjem frå fastlege, legevakt eller AMK.

Sjølv om leiarane for dei medisinske avdelingane og akuttmottaka ikkje bruker styringsdata som er brotne ned på kommunenivå, i planlegginga av drifta, kan dei få informasjon frå andre kjelder om skilnader mellom kommunane i bruken av sjukehusa. Ei kjelde kan vere samhandlingssjefane i helseføretaka. Vi har spurt samhandlingssjefane om kva styringsdata dei bruker på kommunenivå:

- 16 av 19 samhandlingssjefar svarer at dei følgjer med på utviklinga i omfanget av pasientar med overliggjardøgn blant utskrivingsklare pasientar på kommunenivå.
- Færre – 13 av 19 samhandlingssjefar – svarer at dei bryt ned talet på akuttinnleggingar på kommunenivå.

Helseføretaka gjennomfører få analysar av skilnader mellom kommunane i bruken av sjukehusa

Helseføretaka har analyseeiningar som kan gjennomføre utgreiingar og analysar av skilnader mellom kommunane i bruken av sjukehusa. Sørlandet sjukehus HF er eit døme på eit helseføretak som analyserer skilnader i bruksratar mellom kommunane. Analysane viser mellom anna at det er større variasjon i bruken av polikliniske konsultasjonar mellom kommunane som høyrer til Sørlandet sjukehus HF, enn mellom Sørlandet sjukehus HF og andre helseføretak.¹⁰² Vi har spurt samhandlingssjefane i helseføretaka om helseføretaket har gjennomført utgreiingar for å undersøkje skilnader mellom kommunane i bruken av spesialisthelsetenestene. Svara frå dei 19 samhandlingssjefane viser at

- seks helseføretak har greidd ut skilnader i talet på akuttinnleggingar
- fire helseføretak har greidd ut skilnader i fastlegane sin tilvisingspraksis for akuttinnleggingar
- tre helseføretak greier ut skilnader i tilvisingspraksisen til legevaktene
- ti helseføretak greier ut skilnader i talet på overliggjardøgn
- sju helseføretak greier ut skilnader i talet på reinnleggingar

Samla sett viser undersøkinga at mange helseføretak ikkje gjennomfører utgreiingar som kan forklare skilnader mellom kommunane når det gjeld mange av temaa vi har teke opp tidlegare i rapporten.

Dei regionale helseføretaka hjelper i ulik grad til med analysar der dataa er brotne ned på kommunenivå

Dei regionale helseføretaka hjelper helseføretaka og helsefellesskapa med analysar på ulike måtar:

- Helse Nord RHF si tilnærming har vore å supplere dataa frå Samhandlingsbarometeret med eigne data og analysar der det er nødvendig for å ha oversikt over lokale forhold / forhold på helseføretaksnivå.

¹⁰² Sørlandet sykehus, 2022

- Helse Sør-Aust RHF tilbyr ei rekkje data gjennom den offentleg tilgjengelege nettsida «Kompetansebroen». Nettsida gir oversikt over bruken av spesialisthelsetenester i kvar enkelt kommune i regionen. Dette gjer det mogleg å samanlikne bruken av spesialisthelsetenester mellom kommunar og over tid.¹⁰³
- I brev av 22. februar 2026 peikar Helse- og omsorgsdepartementet på at Helse Sør-Aust RHF òg har utvikla eit «klinisk dashboard» som styret og leiinga i helseføretaka og sjukehusa kan dra nytte av. Dette verktøyet er no nasjonalt tilgjengeleg og vert òg nytta i internasjonale samarbeid. «Klinisk dashboard» vert gjennomgått to gongar i året i oppfølgingsmøter med helseføretaka og sjukehusa, og to gongar i året i styret i samband med rapportering.
- Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF har òg ein rapportportal der helseføretaka har tilgang til statistikk og rapportar som har relevans for samhandling. Helse Vest RHF får tilbakemelding om at desse dataa er svært nyttige, men at dei blir lite brukte. Helse Vest RHF har ikkje brote ned dataa om akuttinnleggingar på kommunenivå.

Dei regionale helseføretaka vier ventetider stor merksemd i tertialrapportane

Styra får både månadlege og tertialvise verksemdsrapportar med status for ei rekkje indikatorar om mellom anna økonomi, aktivitet, ventetider og kvalitet. Tertialrapportane inneheld meir informasjon enn månadsrapportane.

Undersøkinga viser at dei regionale helseføretaka i tertialrapportane rettar stor merksemd mot styringsdata om pasientar som ventar på pasientbehandling, mellom anna desse indikatorane:

- fristbrot
- ventetid til behandling
- andelen pasientavtalar som er forseinka i forhold til tidspunktet som er registrert i pasientdatasystemet

I oppdragsdokumentet for 2025 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav om at dei regionale helseføretaka skulle rapportere til departementet på dei to sistnemde indikatorane.¹⁰⁴

Med unntak av indikatorane ovanfor viser undersøkinga at tertialrapportane til dei regionale helseføretaka har ulikt innhald. Til dømes rapporterer enkelte på indikatorar som utskrivingsklare pasientar, epikrisetid, korridorpatientar, reinnleggingar og ulike indikatorar på aktivitet, medan andre ikkje gjer det. Vidare viser undersøkinga at ingen av dei fire regionale helseføretaka rapporterer på indikatorar som handlar om akuttinnleggingar.

¹⁰³ Kompetansebroen, u.å.

¹⁰⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025d.

Det varierer mellom dei regionale helseføretaka om tertialrapportane tek føre seg skilnader mellom helseføretaka

Når det gjeld rapportering på indikatorar som påverkar samhandlinga med kommunane, viser undersøkinga at tertialrapporten til Helse Sør-Aust inkluderer rapportering om skilnader mellom helseføretaka på fleire av indikatorane som påverkar samhandlinga. Ventetid for pasientar, fristbrot, utskrivingsklare pasientar, epikrisetid og reinnleggingar er døme på samhandlingsindikatorar som rapporten inkluderer. Til samanlikning inneheld tertialrapportane til styret i Helse Nord og i Helse Midt-Noreg få indikatorar som viser skilnader i resultat mellom helseføretaka.

Helseføretaka vier òg ventetider mest merksemd i tertialrapportane

Vi har gått gjennom fem helseføretak sine tertialrapportar til styret¹⁰⁵. Til liks med dei regionale helseføretaka legg dei helseføretaka i tertialrapportane hovudvekta på ventetider. Rapportane inneheld indikatorar som gjeld pasientar som ventar på planlagd behandling, inkludert ventetider og fristbrot.

Blant tertialrapportane til dei fem helseføretaka som vi har gått gjennom, er det berre rapportane til Helse Bergen HF som har indikatorar som omhandlar akuttinnleggingar. Helse Bergen har følgjande indikatorar om akuttinnleggingar:

- elektive og akutte døgnopphald (ein skil mellom desse typene opphald)
- talet på pasientar som kjem til akuttmottaket
- talet på pasientar med ulike hastegradar
- gjennomsnittleg tal på pasientar som kjem til akuttmottaket per dag
- andelen tid der det er fleire enn 35 pasientar samtidig
- gjennomsnittleg opphaldstid på akuttmottaket

Dei varierer mellom helseføretaka om tertialrapportane tek føre seg skilnader mellom sjukehusa

Denne undersøkinga viser at på fleire indikatorar er det store variasjonar mellom sjukehus i same helseføretak og mellom kommunar i same opptaksområde. Aggregerte tal på helseføretaksnivå kan derfor skjule store skilnader mellom underliggjande einingar.

Vidare viser vår gjennomgang av tertialrapportane til helseføretaka at Sørlandet sjukehus HF og Helse Bergen HF bryt ned nokre av indikatorane på sjukehusnivå, medan St. Olavs hospital HF (Orkdal og Øya), Nordlandssjukehuset (Bodø, Vesterålen og Lofoten) og Vestre Viken (Drammen, Bærum, Kongsberg og Ringerike) ikkje gjer det.

Samanfatta viser gjennomgangen vår av dei regionale helseføretaka og av helseføretaka sine tertialrapportar til styra at dei vier mykje merksemd til indikatorar knytte til krav som Helse- og omsorgsdepartementet har stilt til dei regionale helseføretaka i oppdragsdokumentet.

¹⁰⁵ Disse er Sørlandet sjukehus HF, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF, Nordlandssjukehuset HF og Vestre Viken HF.

I eit intervju viser Helse- og omsorgsdepartementet til at rapporteringa som går til styret, vil vere forma av oppdrag, mål og krav frå departementet, som måla i Ventetidsløftet. Til dømes har det vore eit klart politisk krav at ventetidene skal ned, og ventetidstal skal rapporterast månadleg til departementet. All rapportering til departementet skal styrebehandlast, derfor får styret òg månadleg informasjon om utviklinga i ventetid.

Ingen av dei fem helseføretaka si tertialrapportering har indikatorar som viser skilnader mellom kommunane i bruken av spesialisthelsetenester. Både dei regionale helseføretaka og helseføretaka har mest merksemd på aggregerte tal og mindre merksemd på skilnader mellom underliggjande einingar.

Departementet viser i eit intervju til at dei regionale helseføretaka ikkje oppfyller sørgeforansvaret sitt når det er uønskt variasjon. Styret får styringsinformasjon om uønskt variasjon, men det skjer ikkje kvar månad som ein del av verksemdsrapporteringa. Departementet uttaler vidare at det kan vere heilt naturlege årsaker til at det er variasjonar mellom kommunar i enkeltperiodar. Det betyr at den månadlege rapporteringa på uønskt variasjon ikkje gir den beste styringsinformasjonen. Departementet viser til at ein i staden bør sjå på trendar på litt lengre sikt, og at dei regionale helseføretaka (styra og administrasjonen) sjølv vel korleis slik styringsinformasjon skal bli gitt.

Styra i mange føretak må altså få informasjon frå andre kjelder enn verksemdsrapporteringa for å bli klar over om det skjuler seg store skilnader mellom sjukehusa i området og mellom kommunar i same opptaksområde. Undersøkinga viser at mange helseføretak ikkje har greidd ut skilnader mellom kommunane i bruken av sjukehusa.

9.5.3 Utviklingsplanane har avgrensa omtale av korleis kapasiteten og organiseringa i kommunane påverkar innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester

Utviklingsplanane er det øvste strategiske dokumentet for dei regionale helseføretaka og helseføretaka, og meir detaljerte planar innanfor ulike fagområde skal støtte opp under utviklingsplanane.¹⁰⁶

Dei regionale helseføretaka har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd ein rettleiar for arbeidet med utviklingsplanar, der det går fram at¹⁰⁷

- ein utviklingsplan er ein plan for korleis eit helseføretak vil utvikle verksemda si for å møte det framtidige behovet for spesialisthelsetenester
- ein utviklingsplan skal peike på den ønskete utviklingsretninga for sjukehusa (verksemda) i helseføretaket og kva tiltak som er nødvendige for å møte utfordringar i framtida

¹⁰⁶ Dei regionale helseføretaka, u.å.

¹⁰⁷ Dei regionale helseføretaka, u.å.

- utviklingsplanane til helseføretaka må sjåast i samanheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og den regionale utviklingsplanen
- ein utviklingsplan må støtte opp under realisering av helsetenesta til pasienten på ein berekraftig måte

Ifølgje rettleiaren skal utviklingsplanen beskrive dagens situasjon og utfordringar og moglegheiter som verksemda står overfor.

Gjennomgangen vår av dei gjeldande utviklingsplanane til føretaka viser at planane i avgrensa grad tek føre seg dei utfordringane som påverkar samhandlinga mellom kommunane og helseføretaka som vi har beskrive i tidlegare kapittel. Utviklingsplanane har til dømes avgrensa omtale av

- variasjonar i tilvisingspraksisen til fastlegane som påverkar kapasiteten ved poliklinikkane
- variasjonar mellom kommunane når det gjeld om oppgåver (kontrollar) blir utførte på poliklinikkane eller hos fastlegane og/eller i dei kommunale helse- og omsorgstenestene
- korleis lokaliseringa og bemanninga av legevaktene påverkar omfanget av akuttinnleggingar på sjukehuset frå kommunane
- korleis variasjonar i kapasitet mellom kommunane når det gjeld langtidsplassar, korttidsplassar, KAD og heimetenestene, påverkar bruken til innbyggjarane av spesialisthelsetenester
- variasjonar i bruken av spesialisthelsetenester mellom sjukehus i same helseføretak eller mellom innbyggjarar i kommunar i opptaksområdet til same sjukehus

Dokumentanalysen viser at nokre av utviklingsplanane omtaler skilnader i bruk mellom sjukehus og kommunar. Til dømes viser utviklingsplanane til Nordlandssjukehuset skilnader mellom opptaksområda til dei tre sjukehusa i helseføretaket i bruksraten for polikliniske konsultasjonar og døgnopphald per 1 000 innbyggjarar.

Basert på analyse og vurdering av utfordringar og moglegheiter skal utviklingsplanen vise utviklingsretninga for verksemda, sentrale strategiske val og prioriterte tiltak.¹⁰⁸

Undersøkinga viser at utviklingsplanane til Helse Midt-Noreg RHF og St. Olavs hospital HF omtaler tiltak som skal redusere talet på pasientar som blir lagde inn akutt på sjukehuset. Det blir vist til at det regionale helseføretaket og helseføretaket «sammen med kommunene må finne årsakene både til økt tilstrømming av pasienter til akuttmottakene, og utfordringene med utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset».¹⁰⁹

¹⁰⁸ Dei regionale helseføretaka, u.å.

¹⁰⁹ St. Olavs hospital, 2022; Helse Midt-Noreg RHF, 2023

Revidert nasjonal framskrivingsmodell forventar eit langt større behov for liggjedøgn og polikliniske konsultasjonar i 2040 enn det utviklingsplanane til helseføretaka legg til grunn

Dei regionale helseføretaka hadde opphavleg utvikla ein felles nasjonal framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetenester som framskreiv aktivitet (innleggingar og polikliniske konsultasjonar), men det var ikkje ein modell for framskrivingar av behov for personell- eller kostnadsutvikling.¹¹⁰

Den faglege og driftsmessige utviklinga i spesialisthelsetenesta gjorde at det blei behov for ein ny framskrivingsmodell. I 2020 gav derfor Helse- og omsorgsdepartementet dei fire regionale helseføretaka i oppdrag å revidere framskrivingsmodellen under leiing av Helse Sør-Aust.¹¹¹

Med utgangspunkt i dei demografiske endringane forventar den reviderte nasjonale framskrivingsmodellen ein vekst i talet på liggjedøgn på 35 prosent frå 2022 til 2040. Modellen legg blant annet til grunn auka forventa levealder med fleire friske leveår. Vidare føreset modellen at helseføretaka gjer tiltak som til saman skal redusere behovet til 21 prosent fleire liggjedøgn.¹¹²

Når det gjeld poliklinisk aktivitet, forventar den reviderte modellen at det aukar med 31 prosent frå 2022 til 2040. Dersom tiltaka med auka bruk av skjemabasert digital heimeoppfølging og brukarstyring av poliklinikken lykkast, forventar modellen at behovet for polikliniske konsultasjonar blir redusert, og det er då forventa at det vil vere 26 prosent fleire polikliniske konsultasjonar i 2040 enn i 2022.¹¹³

Dei regionale helseføretaka og helseføretaka brukte ikkje den reviderte nasjonale framskrivingsmodellen for somatiske spesialisthelsetenester då utviklingsplanane blei utarbeidde i 2022.

Ifølgje den reviderte framskrivingsmodellen for spesialisthelsetenester vil det vere behov for fleire liggjedøgn og polikliniske konsultasjonar fram mot 2040 enn forventa ut frå den gamle modellen. Med utgangspunkt i den gamle modellen forventa til dømes Helse Midt-Noreg ein auke i talet på liggjedøgn på 10 prosent frå 2019 til 2037. I samarbeid med kommunehelsetenesta blei det planlagt tiltak som reduserte den forventa auken til 5 prosent. Den reviderte modellen viser at behovet for liggjedøgn vil auke med meir enn 30 prosent frå 2022 og 2040, og med mellom 15 og 20 prosent etter tiltaka som blei planlagde. Når Helse Midt-Noreg tek i betraktning den reviderte modellen, må altså det regionale helseføretaket planleggje fleire tiltak for å kunne handtere den forventa veksten i talet på liggjedøgn enn det som blei føresett då utviklingsplanen til helseføretaket blei utarbeidd.

¹¹⁰ Helse Nord med fleire, 2023

¹¹¹ Helse Nord med fleire, 2023

¹¹² Helse Nord med fleire, 2023

¹¹³ Helse Nord med fleire, 2023

Samanfatta viser både den nasjonale framskrivingsmodellen for somatiske spesialisthelsetenester og våre egne berekningar at helseføretaka vil få store utfordringar med å handtere dei demografiske endringane fram mot 2050 dersom bruken av spesialisthelsetenester held fram som i dag.

Styra i mange helseføretak har ikkje behandla den reviderte framskrivingsmodellen

Ifølgje helseføretakslova § 28 skal styret i eit helseføretak halde seg orientert om føretaksverksemda. Det skal føre tilsyn med at verksemda blir driven i samsvar med formålet med lova.

Helse Vest RHF, Helse Midt-Noreg RHF og Helse Nord RHF opplyser at dei har lagt fram for styret rapportane om dei reviderte framskrivingane dei har gjort. I desse styresakene har administrasjonen formidla at framskrivinga blir lagd til grunn for det vidare arbeidet med langsiktig planlegging, inkludert i løyvingar til helseføretaka.

Mange helseføretak bruker den reviderte framskrivingsmodellen i planleggingsarbeidet sitt. Berre eit mindretal av helseføretaka har lagt den reviderte framskrivingsmodellen fram for styret.¹¹⁴

10 Samhandlar tenestenivåa på ein gjensidig og forpliktande måte for å utnytte dei samla ressursane best mogleg?

I dette kapittelet tek vi føre oss samhandlinga mellom helseføretaka og kommunane gjennom arbeidet i helsefellesskapet. Her òg rettar vi mest merksemd mot helsefellesskapa sitt arbeid med skrøpelege eldre.

10.1 Alle dei 19 helsefellesskapa er etablerte og i gang med å utvikle felles tenester

Kvart av dei 19 helsefellesskapa består av eitt helseføretak og alle kommunane som inngår i opptaksområdet til helseføretaket.

Det er stor variasjon i kor mange kommunar og sjukehus som inngår i eit helsefellesskap, frå 1 sjukehus og 6 kommunar i Vestfold og 1 sjukehus og 14 kommunar i Østfold til 5 sjukehus og 42 kommunar i helsefellesskapet i Innlandet.

KS og regjeringa inngjekk i 2019 ein avtale om å innføre helsefellesskapa. Varigheita til avtalen var frå 2020 til 2023.¹¹⁵ I 2024 signerte partane ein ny avtale, om vidareutvikling av

¹¹⁴ Svar frå helseføretaka på spørsmål frå Riksrevisjonen i november 2025 om den reviderte framskrivingsmodellen var lagd fram for styret.

¹¹⁵ Regjeringa & KS, 2019

helsefellesskapa, som gjeld til 2027.¹¹⁶ Ifølgje Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) skulle eksisterande samarbeid mellom kommunar og helseføretak vidareutviklast gjennom helsefellesskapa. Målet med helsefellesskapa var «å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester».

Avtalen frå 2019 viser til at helsefellesskapa skal prioritere å utvikle gode tenester for fire grupper: barn og unge, personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem, skrøpelege eldre og personar med fleire kroniske lidningar.¹¹⁷ Desse pasientgruppene blei prioriterte fordi ein meinte at dei har størst behov for samhandling ettersom dei ofte treng tenester frå både kommunar og sjukehus.¹¹⁸ Ifølgje avtalen frå 2024 om vidareutvikling av helsefellesskapa skal kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid prioriterast òg.¹¹⁹

Helsefellesskapa er ikkje ei juridisk eining, men «en arena for samhandling på ulike nivåer».¹²⁰ Helsefellesskapa har tre nivå av samarbeid der partane møtest i ulike møte og utval: partnerskapsmøtet, det strategiske samarbeidsutvalet og faglege samarbeidsutval.¹²¹

Spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane viste at berre 9 av 19 helsefellesskap har eit eige samarbeidsutval eller fagråd for skrøpelege eldre.

10.1.1 Mange kommunar opplever at partane i helsefellesskapa ikkje er likeverdige

I avtalen mellom regjeringa og KS om etableringa av helsefellesskapa står det at partane ønskjer at helseføretaka og kommunane skal sjå kvarandre som likeverdige partnerar.¹²² Spørjeundersøkinga vår til leiarane av dei kommunale helse- og omsorgstenestene viste at nesten halvparten (44 prosent) meinte at dei *ikkje* var likeverdige partnerar. Nærmare analysar viser at kommunar i helsefellesskap med få kommunar i større grad opplevde seg som likeverdige partnerar enn kommunar i helsefellesskap med mange kommunar.

I partnerskapsmøtet skal partane gå gjennom samarbeidsavtalane og revidere dei ved behov. Partnerskapsmøtet blir arrangert éin gong per år, og det er den politiske og administrative toppleiinga i kommunar og helseføretak som deltek for å forankre den overordna retninga og drøfte prinsipielle saker.¹²³

Dei kommunale leiarane for helse- og omsorgstenestene er delte i oppfatninga av om partnerskapsmøtet har bidrege til meir samarbeid mellom kommunane og helseføretaket.

¹¹⁶ Regjeringa & KS, 2024

¹¹⁷ Regjeringa & KS, 2019

¹¹⁸ Meld. St. 7 (2019–2020)

¹¹⁹ Regjeringa & KS, 2024

¹²⁰ Meld. St. 9 (2023–2024)

¹²¹ Partnerskapsmøtet har ansvar for å revidere samarbeidsavtalen årleg. Det strategiske samarbeidsutvalet skal utvikle strategiar og handlingsplanar og handtere saker og løpande avgjerder. Utvalet består av den administrative og faglege leiinga i helseføretaka og kommunane og møtest fire til seks gonger i året. Det lågaste nivået er faglege samarbeidsutval, og desse har igjen underutval for dei prioriterte pasientgruppene i sjukehusplanen. Nokre av helsefellesskapa har òg lokale samarbeidsutval under dei faglege utvala. Oppgåva deira er å utvikle prosedyrar og tenestemodellar. Kjelder: Rambøll Management Consulting, 2024 og Meld. St. 7 (2019–2020).

¹²² Regjeringa & KS, 2019

¹²³ Meld. St. 7 (2019–2020)

Det er 24 prosent som meiner at møtet har bidrege til dette, og omtrent like mange, 27 prosent, meiner det motsette. Flest har svart «verken-eller».

I brev av 22. februar 2026 peikar Helse - og omsorgsdepartementet på at helseføretaka viser at det kan vere utfordringar knytt til at eit helseføretak møter mange kommunar i Partnerskapsmøtet, og at det er behov for eit meir forpliktande samarbeid på tvers av kommunar.

10.2 Helsefelleskapa har til ein viss grad bidrege til samhandling mellom helseføretak og kommunar

Resten av kapittelet handlar om kor langt samhandlinga har komme, ut frå samhandlingstrappa. Samhandlingstrappa er eit analytisk rammeverk som angir god praksis for samhandling, der kvart trinn i trappa signaliserer meir samhandling. Figur 34 viser dei fire trinna for aukande samordning.

Som omtalt i revisjonskriteria (kapittel 12) føreset Stortinget at kommunane og helseføretaka samhandlar på alle nivå der det er formålstenleg. I brev av 22. februar 2026 peikar Helse - og omsorgsdepartementet på at helsefelleskapa har brukt nokre år på å etablere seg, og at det framleis er ein ung samarbeidsarena.

Figur 34 Samhandlingstrappa



Kjelde: Direktoratet for økonomiforvaltning

10.2.1 Helsefelleskapet har bidrege til meir deling av informasjon (trinn 1)

Å dele informasjon er første trinn i samhandlingstrappa. Spørjeundersøkingane til leiarar for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og til leiarar for medisinske avdelingar og for akuttmottaka i sjukehusa viste at helsefelleskapa er ein arena der kommunar og helseføretak deler informasjon, mellom anna om utfordringar i eige tenestetilbod:

- 74 prosent av dei kommunale helse- og omsorgsleiarane meinte at dei deler informasjon med helseføretaket om utfordringar i det kommunale helse- og omsorgstenestene. 73 prosent meinte at helseføretaket deler med dei.
- 95 prosent av leiarane for medisinske avdelingar meinte at helseføretaket deler informasjon. 85 prosent av dei meinte at kommunane gjer det same.
- 82 prosent av leiarane for akuttmottaka meinte at helseføretaket deler informasjon. 77 prosent av dei meinte at kommunane gjer det.

Faktaboks 12 Arbeidet til helsefellesskapet i Østfold med å dele informasjon om planar og endringar

- I det strategiske samarbeidsutvalet (SSU) er plansamarbeid eit hovudtema, og kvar representant for kommuneregionane presenterer planar for sitt område på møte i SSU.
- SSU har òg informasjon om endringar som kan påverke den andre parten som eit fast punkt på SSUs møtedagsorden.
- Kontinuitet i møtedeltakinga blant representantane i SSU har vore viktig for å byggje gode relasjonar i helsefellesskapet.

Kjelde: Riksrevisjonen si djupneundersøking i helsefellesskapet i Østfold

10.2.2 Helsefellesskapa har i avgrensa grad bidrege til at partane har forståing for kvarandre sine utfordringar (trinn 2)

Gjennom å dele informasjon kan partane utvikle ei felles *verkelegheitsforståing*, basert på ei felles problem- og løysingsforståing.

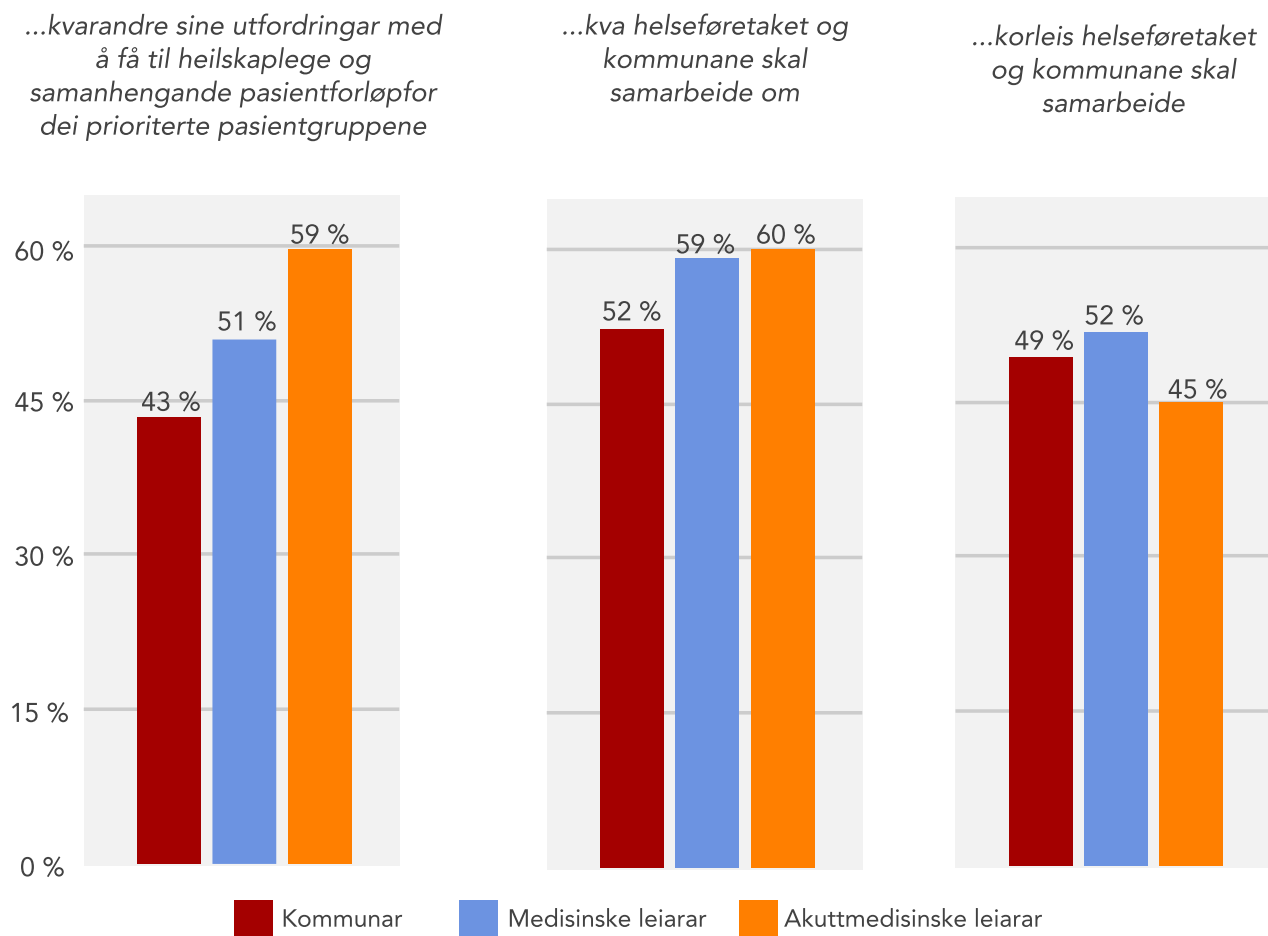
Ei felles *problemforståing* vil i denne samanhengen seie at samarbeidet i helsefellesskapet er prega av at partane er samde om kva som er dei viktigaste utfordringane når det gjeld samhandling. Partane kan deretter utarbeide ei felles *løysingsforståing*.

Spørjeundersøkingane, dokumentanalysane i djupne- og breiddeundersøkinga (sjå omtale i kapittel 13.3.2) og intervjuar viser at helsefellesskapa bidreg til ei felles problemforståing av dei *overordna* problema for helsevesenet knytte til den store veksten i talet på eldre og mangelen på personell.

Helsefellesskapet har òg bidrege til ei felles problemforståing mellom kommunane i same helsefellesskap om saker som skal behandlast i helsefellesskapet. Spørjeundersøkinga viste at åtte av ti leiarar for helse- og omsorgstenestene er samde i at det er ei felles forståing mellom eigen kommune og andre kommunar i sakene som skal behandlast i strategisk samarbeidsutval.

Figur 35 viser kva leiarar i kommunar og sjukehus har svart på spørsmål om partane gjennom helsefellesskapet har oppnådd ei felles forståing på ulike område.

Figur 35 Leiarane si vurdering av påstandar om samhandling mellom tenestenivåa¹²⁴. Andel som meiner at påstandane om partane gjennom helsefellesskapet har oppnådd ei felles forståing på ulike område stemmer godt eller svært godt. 2025. N kommunar = 271, N medisinske leiarar = 121, N akuttmedisinske leiarar = 61



Kjelde: Riksrevisjonen sine spørjeundersøkingar til leiarar av kommunale helse- og omsorgstenester og leiarar i helseføretak

Figur 35 viser at to av påstandane var det ein litt større del av leiarane ved sjukehusa enn av leiarane av kommunale helse- og omsorgstenester som var samde i. Dette gjeld påstandane om at

- ein har oppnådd ei felles forståing av kvarandre sine utfordringar med å få til heilskaplege og samanhengande pasientforløp for dei prioriterte pasientgruppene
- ein har oppnådd ei felles forståing av kva helseføretaket og kommunane skal samarbeide om

For påstanden om at det er oppnådd ei felles forståing av korleis helseføretaket og kommunane skal samarbeide, er det mindre skilnader. Rundt halvparten var samde i det.

¹²⁴ Berre dei som har kryssa av for at dei er eller tidlegare har vore medlem i helsefellesskapet, eller som ikkje har vore medlem, men kjenner godt til arbeidet til helsefellesskapet, har fått desse spørsmåla.

Spesialisthelsetenesta er lite omtalt i planane til kommunane

Gjennomgangen vår av eit utval kommunale planar for helse og omsorg, eit utval økonomiplanar og samfunnsdelen i eit utval kommuneplanar viser at kommunane i liten grad omtaler helseføretaka i problembeskrivinga på helsefeltet eller i utgreiinga om planlagde tiltak. Omtalen av samhandling, verkemiddel og helseføretak/sjukehus er i dei fleste tilfella generell.

Ein dokumentanalyse av utviklingsplanane til alle helseføretaka viser at planane omtaler samhandling med kommunale helse- og omsorgstenester, men ofte på eit ganske overordna nivå. Samarbeid med kommunane gjennom helsefellesskapet er eit tiltak som ofte blir nemnt.

Utviklingsplanen til St. Olavs hospital er eit døme på ein plan som omtaler samhandling i helsefellesskapet meir konkret og fylldig enn dei fleste andre planane. Her omtaler ein fleire ulike «prioriteringar» som involverer helsefellesskapet framover, til dømes ei satsing for å løyse utfordringar med utskrivingsklare pasientar.¹²⁵

Det er lite felles forståing av korleis samhandlingsproblem skal løysast

I spørjeundersøkinga til leiarar for medisinske avdelingar på sjukehusa spurde vi om samarbeidet mellom helseføretaket og kommunane i helsefellesskapet hadde blitt betre med tanke på

- å handtere utskrivingsklare pasientar
- å oppnå heilskapelege og samanhengande pasientforløp
- å redusere talet på unødvendige tilvisingar frå fastlegar
- å dempe behovet for akuttinnleggingar

Halvparten av leiarane for medisinske avdelingar meinte at samarbeidet med kommunane om *utskrivingsklare pasientar* hadde blitt betre. Færre (26 prosent) meinte at samarbeidet om *heilskapelege pasientforløp* hadde blitt betre. Få meinte at samarbeidet var blitt betre når det gjaldt å *reducere unødvendige tilvisingar* frå fastlegane (9 prosent) og å *dempe behovet for akuttinnleggingar* (12 prosent).

Som vi har vist tidlegare, har leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og leiarar i helseføretaka ulikt syn på om legevaktlegane og fastlegane kunne ha tilvist fleire til KAD (jf. kapittel 9.3).

Det er òg ulik forståing mellom respondentane frå høvesvis kommunane og helseføretaka når det gjeld spørsmåla om fleire oppgåver kunne ha blitt utførte av kommunane eller ikkje.

Tre av fire leiarar for medisinske avdelingar (76 prosent) er samde i påstanden om at *fastlegane bør utføre fleire oppgåver/kontrollar av eldre pasientar som i dag blir utførte av*

¹²⁵ St. Olavs Hospital, 2022

helseføretaket. Berre 19 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene var samde i denne påstanden.

Endå fleire av leiarane for dei medisinske avdelingane (87 prosent) var samde i påstanden om at *dei kommunale helse- og omsorgstenestene bør utføre fleire oppgåver i pasientforløpet for eldre pasientar som i dag blir utførte av helseføretaket*. Berre 25 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene var samde i denne påstanden.

Poliklinikk, tilvisingspraksis og KAD har ikkje stått på dagsordenen det siste året

I samband med Riksrevisjonen si undersøking i 2018 av tilvisingspraksisen til fastlegane meinte Helsedirektoratet at tilvisingspraksis og kvaliteten på tilvisingar var eit tema som burde inngå i dialogen mellom helseføretak og kommunar og knytast til lovpålagde samarbeidsavtalar.¹²⁶

Spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane viser at det er få helsefellesskap som har hatt dei følgjande temaa på dagsordenen i strategisk samarbeidsutval dei siste tolv månadene¹²⁷:

- omfanget av akuttinnleggingar: 4 av 19
- tilvisingspraksisen til fastlegane til polikliniske konsultasjonar: 1 av 19
- tilvisingspraksisen til fastlegane og/eller legevakta til akuttbehandling: 2 av 19

Litt fleire helsefellesskap hadde hatt bruken av KAD på dagsordenen – 6 av 19 helsefellesskap. Vidare var det 11 av 19 helsefellesskap som hadde hatt omfanget av pasientar med overliggjardøgn på dagsordenen dei siste 12 månadene. Det var 6 av 19 helsefellesskap som hadde hatt reinnleggingar på dagsordenen.

Helsefellesskapa har ein del styringsinformasjon som kan brukast for å utvikle felles forståing

Styringsinformasjon kan vere rapportar, tilgjengeleg statistikk og annan informasjon. Undersøkinga viser at helsefellesskapa har tilgjengeleg, eller har utarbeidd sjølv, ein del styringsinformasjon som kan bidra til felles forståing:

- Helsedirektoratet har utarbeidd *styringsinformasjon* for dei fire prioriterte pasientgruppene, inkludert skrøpelege eldre.¹²⁸
- I spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane svarer 6 av 19 at helsefellesskapet har gjennomført *utgreiingar* om skrøpelege eldre no og på lengre sikt.
- *Samhandlingsbarometeret* skal vere eit verktøy og eit felles kunnskapsgrunnlag for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta (òg omtalt i kapittel 9.5.1). Barometeret vart utvikla av Helsedirektoratet, men er i dag eigd og blir drifta av Helse Førde HF på vegner av Helse Vest RHF.¹²⁹ Samhandlingsbarometeret gir oversikt over

¹²⁶ Riksrevisjonen, 2018

¹²⁷ Spørjeundersøkinga blei gjennomført i juni og juli 2025, så «dei siste tolv månadene» tok utgangspunkt i juli som sluttmånad.

¹²⁸ Helsedirektoratet, 2025a

¹²⁹ Samhandlingsbarometeret, u.å.

utviklinga på fleire samhandlingsområde for dei prioriterte pasientgruppene, mellom anna utskrivingsklare pasientar, akuttinnleggingar, korttidsinnleggingar og reinnleggingar. Spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane viser at ingen av dei opplever at Samhandlingsbarometeret har støtta opp under arbeidet deira: 11 av 19 svarer verken-eller, 4 svarer at påstanden stemmer dårleg, 2 svarer at han stemmer svært dårleg, og 2 svarer veit ikkje. Berre 11 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene svarer at dei har brukt barometeret.¹³⁰

I tillegg viser undersøkinga at dei regionale helseføretaka i ulik grad har bidrege med styringsdata som kan vere relevante for helsefellesskapa, som data på akuttinnleggingar, utskrivingsklare pasientar og ventetider.¹³¹

Sjølv om helsefellesskapa har tilgang på ein del styringsinformasjon, manglar dei eit felles framskrivingsverktøy som kan brukast til å få ei felles verkelegheitsforståing og drive langsiktig planlegging. Spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane viser at ingen av helsefellesskapa har eit slikt framskrivingsverktøy.¹³² I avtalen om helsefellesskapa frå 2019 var regjeringa og KS samde om at dei ønskte å leggje til rette for eit felles framskrivingsverktøy som kunne nyttast til dette formålet.¹³³

Helsedirektoratet greidde i 2021 ut korleis eit slikt verktøy kunne etablerast.¹³⁴ I eit intervju med direktoratet går det fram at Helse- og omsorgsdepartementet ikkje har bede direktoratet gjere noko meir etterpå. (Sjå meir om dette i kapittel 11.7.2.)

Vanskeleg å semjast om avgjerder

Ifølgje avtalen mellom regjeringa og KS om etablering av helsefellesskap bør helseføretaket og kommunane i helsefellesskapet «tilstrebe konsensusbeslutningar som kan forplikte partene i det vidare arbeidet».¹³⁵ Spørjeundersøkingane til leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og samhandlingssjefane i helseføretaka viser at fleire hindringar gjer det vanskeleg å einast om avgjerder i helsefellesskapet:

- Ulike styringslinjer: 67 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og 14 av dei 19 samhandlingssjefane meinte at ulike styringslinjer for helseføretaket og kommunane gjer det vanskeleg å få til konsensusavgjerder.
- Ulike økonomiske rammevilkår: 76 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og 16 av dei 19 samhandlingssjefane var samde i at ulike økonomiske rammevilkår for kommunane og helseføretaket gjer det vanskeleg å få til konsensusavgjerder.

¹³⁰ Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene

¹³¹ Dei regionale helseføretaka har tilgang til data både frå helseføretaka (mellom anna Norsk pasientregister) og frå kommunane (KPR). Styringsinformasjonen til helsefellesskapa finst her: [Styringsinformasjon til helsefellesskapa – Helsedirektoratet](#), hentedato: 30.10.2025

¹³² Helsefellesskapet i Sør-Rogaland fekk i 2021 Sintef til å lage «en felles kunnskapsrapport med framskrivinger for demografi og behov for helsetjenester og sannsynlig utvikling innen de samme områdene», men dette er ein rapport og ikkje eit verktøy. Kjelde: Kalthoff med fleire, 2021.

¹³³ Regjeringa & KS, 2019

¹³⁴ Helsedirektoratet, 2021a

¹³⁵ Regjeringa & KS, 2019

- Usemje om finansiering av foreslåtte tiltak: 61 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og 12 av dei 19 samhandlingssjefane meinte at usemje om finansiering av foreslåtte tiltak gjer det vanskeleg å få til konsensusavgjerder.

10.2.3 Helseføretaka og kommunane gjer få tilpassingar for å bidra til oppnåinga av måla til den andre parten (trinn 3)

På trinn 3 i samhandlingstrappa skal kommunar og helseføretak gjere formålstenlege tilpassingar i relevante planar på område som påverkar den andre parten, for å bidra til gjensidig oppnåing av mål. Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 6-2 punkt 12 skal samarbeidsavtalen innehalde «konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene». Ifølgje avtalen mellom regjeringa og KS om vidareutvikling av helsefelleskapa inneber kravet at «aktørene involverer hverandre på et tidlig tidspunkt når det vurderes endringer som kan få konsekvenser for samarbeidspartnerne».¹³⁶

Mange leiarar i sjukehusa meiner at dei ikkje kan gi innspel til kommunane før avgjerder blir tekne

Dei regionale helseføretaka og helseføretaka er pålagde å samarbeide med og involvere kommunar og andre samarbeidsaktørar i plan- og utviklingsarbeid, jf. helseføretakslova § 41 og spesialisthelsetenestelova § 2-1 e.

Spørjeundersøkingane viser at eit mindretal på 30 prosent av leiarane for kommunale helse- og omsorgstenester meinte at dei har høve til å komme med innspel til helseføretaket før det blir teke avgjerder som påverkar kommunen sitt tilbod. Endå færre leiarar for medisinske avdelingar og akuttmottaka i helseføretaka meinte at dei har høve til å komme med innspel før kommunane tek avgjerder som påverkar tilbodet til helseføretaket – høvesvis 13 prosent og 5 prosent.¹³⁷

I planlegginga på helseområdet vurderer ikkje partane konsekvensar for den andre parten

Undersøkinga viser at tre av ti leiarane av kommunale helse- og omsorgstenester og ein femdel av leiarane av akuttavdelingar og medisinske avdelingar (sett under eitt) meiner at dei i større grad enn tidlegare vurderer konsekvensar for den andre parten før avgjerder blir tekne.

Vi har òg undersøkt om leiarane meiner den andre parten i større grad enn tidlegare vurderer konsekvensar for den andre parten før det tas avgjerder om endringar i tenestetilbodet. 15 prosent av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og 16 prosent av leiarane av akuttavdelingar og medisinske avdelingar (sett under eitt) meiner dette.

¹³⁶ Regjeringa & KS, 2024

¹³⁷ Riksrevisjonen sine spørjeundersøkingar til høvesvis leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene og leiarane av akuttavdelingar og medisinske avdelingar.

Vi har gått gjennom kommunale planar som er publiserte etter at lovkravet kom, basert på eit tilfeldig utval på 58 kommunar. Desse planane viser få spor av at kommunane vurderer konsekvensar for helseføretaka eller sjukehusa når dei planlegg helse- og omsorgstenester.¹³⁸

Det finst likevel nokre få døme på at kommunane i økonomiplanane sine omtaler konsekvensar tiltak kan ha for sjukehusa:

- Frosta kommune har ledige korttidsplassar, og skriv i budsjettet sitt at kommunen vurderer å tilby nabokommunar moglegheita til å kjøpe plassar for å bidra til å redusere talet på pasientar med overliggjardøgn på sjukehuset.¹³⁹
- Lyngen kommune nemner i helseplanen sin at kommunen si satsing på digital heimeoppfølging vil gi mindre behov for tenester frå heimesjukepleie, lege og spesialisthelseteneste.¹⁴⁰

Dokumentanalysen av utviklingsplanane til helseføretaka viser likeins at helseføretaka rettar lite merksemd mot tenestetilbodet i kommunane.

Figur 36 viser at mange av svara frå leiarane både i kommunane og på sjukehusa tilseier at dei opplever at ein har oppnådd trinn 1 i samhandlingstrappa. Eit fleirtal, både i kommunane og på sjukehusa, meiner at helsefelleskapa er ein arena der ein mellom anna deler informasjon om utfordringar i eige tenestetilbod og om forhold som kan påverke tenestetilbodet til den andre parten.

Færre leiarar meiner at trinn 2 er oppnådd. Halvparten av leiarane meiner likevel at partane har fått ei felles forståing av utfordringane hos begge partar med å få til heilskaplege og samanhengande pasientforløp. Like mange leiarar meiner at ein har oppnådd ei felles forståing av kva ein skal samarbeide om, og korleis ein skal samarbeide.

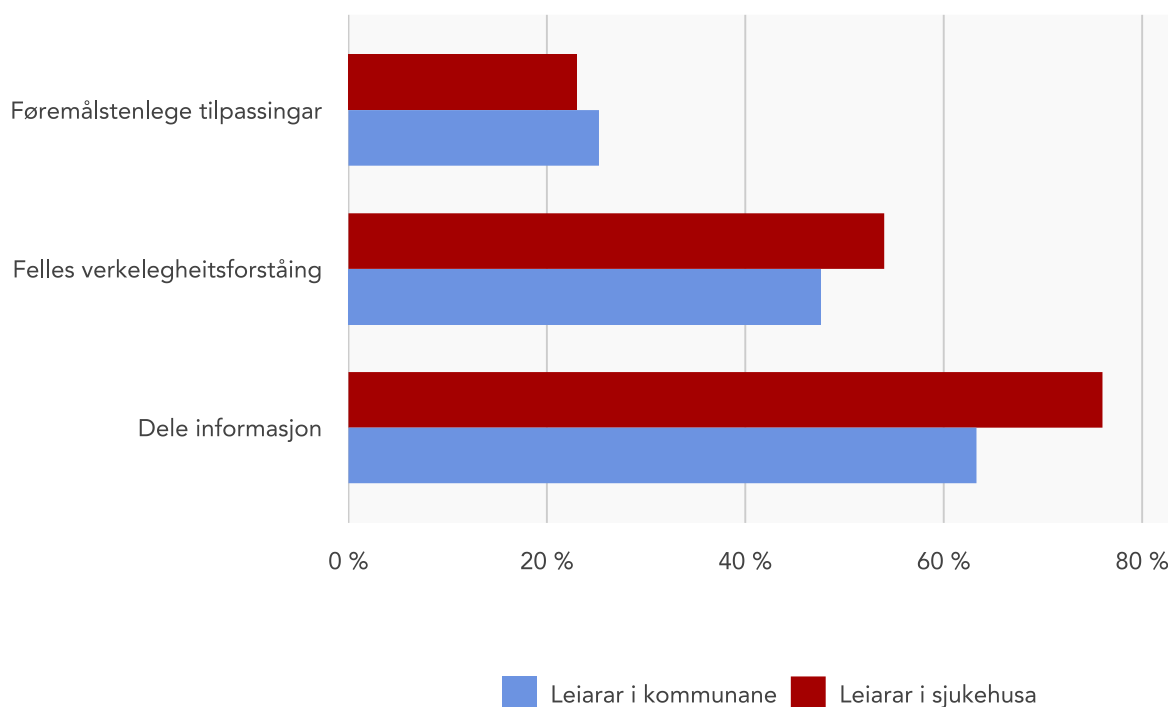
Færrast leiarar, både i kommunane og på sjukehusa, meiner at partane har oppnådd trinn 3 i trappa. Svara i spørjeundersøkinga indikerer at færre enn kvar tredje leiar meiner at helsefelleskapa har oppnådd desse måla. På trinn 3 handlar det om å gjere formålstenlege tilpassingar til tilbodet til den andre parten. Trinn 3 handlar mellom anna om helsefelleskapet har bidrege til at partane i større grad vurderer konsekvensar for den andre parten før avgjerder om endringar i tenestetilbodet blir tekne. Vidare handlar det om den andre parten får komme med innspel før avgjerder som påverkar tenestetilbodet til den andre parten, blir tekne.

¹³⁸ Vi har berre gått gjennom økonomiplanar som er publiserte etter at lovkravet om felles planlegging kom, det vil seie planar frå 2023 og framover.

¹³⁹ Frosta kommune, 2024

¹⁴⁰ Lyngen kommune, 2023

Figur 36 Svar på spørsmål som gjeld dei ulike trinna i samhandlingstrappa. 2025. N = 270 blant leiarar i kommunane, og N = 60 blant leiarar på sjukehusa.



Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til leiarar for medisinske avdelingar på sjukehusa og til leiarar av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

10.2.4 Få spor av langsiktig felles planlegging i helsefelleskapa (trinn 4)

På trinn 4 i samhandlingstrappa dreier det seg om felles planlegging og utvikling av tiltak og tenester. Frå 2022 blei det eit lovfesta krav at samarbeidsavtalane mellom helseføretaka og kommunane skal innehalde ei konkret beskriving av korleis partane saman skal planleggje og utvikle tenestene.¹⁴¹ Avtalane mellom regjeringa og KS om helsefelleskapa spesifiserer ikkje nokon forventa tidshorisont på den felles planlegginga, men målet er meir samanhengande og berekraftige helse- og omsorgstenester.¹⁴²

Rettleiaren til utviklingsplanane til helseføretaka frå 2021 viser òg til rolla til helsefelleskapa i den felles planlegginga, og til at «både utviklingsplanene og den kommunale planleggingen må avspeile forventningar til gjensidig, felles planlegging innen aktuelle områder».¹⁴³

I partnarskapsmøtet, som finn stad årleg, skal samarbeidsavtalane reviderast ved behov. Kartlegginga vår av samarbeidsavtalane viser at per oktober 2025 var 12 av 19 avtalar oppdaterte i 2022 eller seinare. I tillegg arbeidde fleire helsefelleskap med å oppdatere avtalane.

¹⁴¹ Helse- og omsorgstenestelova § 6-2 punkt 12

¹⁴² Regjeringa & KS, 2019; Regjeringa & KS, 2024

¹⁴³ Rettleiaren som gjaldt då utviklingsplanane vi har gått gjennom i undersøkinga vår, blei laga, er frå 2021 og utarbeidd av dei regionale helseføretaka på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Han er tilgjengeleg her: [148-2020-vedlegg--revidert-veileder-for-arbeidet-med-utviklingsplaner.pdf](#). I september 2025 blei det publisert ein revidert rettleiar.

Faktaboks 13 Samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak

I helse- og omsorgstenestelova § 6-2 er det lovfesta 13 område som ein samarbeidsavtale må omfatte. Avtalen skal mellom anna bidra til å avklare korleis partane saman skal utvikle og planleggje tenestene. *Nasjonal veileder til lov om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak* frå Helsedirektoratet gir ei rekkje døme på tema som kan inngå i ei konkret beskriving når partane skal planleggje og utvikle tenester til dei fire prioriterte pasientgruppene, som «en omforent, felles forståelse av hvem pasientene er, oversikt over forventet antall og hvilke behov de har eller kan få».

Andre tema rettleiaren omtaler som kan inngå i ei beskriving i avtalen, er korleis partane skal

- organisere plan- og avgjerdsprosessar i helsefellesskapet
- etablere felles samarbeidsaktivitetar
- vurdere nytte og kostnader av tiltak, på tvers og over tid
- gjennomføre ein felles plan

Kjelde: Helsedirektoratet, 2022c

5 av dei 19 helsefellesskapa hadde per oktober 2025 ingen omtale av felles planlegging i den overordna samarbeidsavtalen eller i ein eigen underavtale.¹⁴⁴ I dei fleste av dei 14 avtalane som omtaler felles planlegging, er omtalen svært knapp og overordna. Dette gjeld òg avtalar som er reforhandla etter at rettleiaren blei revidert i 2022. Rettleiaren gir no konkret og relativt detaljert rettleiing om korleis ein kan beskrive felles planlegging (sjå faktaboks 13).

Eitt døme på knapp og overordna omtale er samarbeidsavtalen mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF, der det berre står at «*Partane skal så tidleg som råd orientere kvarandre om planlagde endringar i organisering av tenester, som kan ha verknad på dei områda avtalen omhandlar. Partane skal gjensidig involvere kvarandre ved planlegging av tiltak, m.a. ved å gjennomføre konsekvensutgreiing for partane.*»¹⁴⁵

Samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunane i Telemark og Sjukehuset Telemark HF er òg knapp, men litt meir utfyllande når det gjeld *korleis* planlegginga skal skje. Her står det at felles verkelegheitsforståing er ein føresetnad for å planleggje og utvikle tenestene saman, og avtalen listar opp kjelder til styringsdata helsefellesskapet kan bruke, mellom anna Samhandlingsbarometeret.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Helse Møre og Romsdal, 2025a

¹⁴⁶ Helsefellesskapet i Telemark, 2024

Dei fleste handlingsplanane til helsefellesskapa har ein kortsiktig planleggingshorisont

Nasjonal veileder til lov om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak tilrår at helsefellesskapet utviklar ein felles handlingsplan for å få til felles planlegging og utvikling av tenestene. Undersøkinga viser at dei aller fleste helsefellesskapa har slike handlingsplanar, med ei varigheit på eitt til tre år.¹⁴⁷

Det er stor variasjon i innhaldet i desse planane. Få av dei inneheld konkrete beskrivingar av kva partane skal gjere saman.

Nokre planar er overordna og inneheld knapt ei beskriving av helsefellesskapet og overordna mål. Nokre blir kalla «strategiar» og inneheld lite konkret informasjon om kva helsefellesskapet skal gjere.

Nokre få handlingsplanar er heilskaplege og konkrete, det vil seie at dei har ei tematisk inndeling etter dei prioriterte pasientgruppene, og inneheld overordna mål, konkrete mål, status for aktuelt arbeid innanfor målgruppa og tidsplan, rapportering på framdrift, risiko og tiltak, med fordeling av ansvar. Planen til Helsefellesskap Møre og Romsdal er eitt døme på dette.¹⁴⁸

Alt i alt viser undersøkinga at felles planlegging gjennom handlingsplanane i hovudsak har ein kortsiktig karakter. Handlingsplanane har med andre ord ikkje ein planleggingshorisont som viser korleis partane i fellesskap skal planleggje langsiktig for å handtere utfordringane fram mot 2040 og 2050.

Undersøkinga viser at tre av ti leiarar av kommunale helse- og omsorgstenester, meiner at helsefellesskapet har gjort at helseføretaket og kommunane samarbeider meir enn før om langsiktig planlegging for å handtere veksten i talet på eldre.¹⁴⁹ Som nemnt i kapittel 10.2.2 har helsefellesskapa heller ikkje noko verktøy som gjer det mogleg med felles langsiktig planlegging, det vil seie eit felles framskrivingsverktøy.

Helsefellesskapa har utvikla felles tenester for dei fleste av dei prioriterte gruppene

I tillegg til å drive felles planlegging skal helsefellesskapa utvikle tenester saman for dei prioriterte pasientgruppene. 11 av 19 av helsefellesskapa har tiltak retta mot skrøpelege eldre.¹⁵⁰

Spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane viser at 12 av dei 19 helsefellesskapa har utvikla tenestemodellar¹⁵¹ for skrøpelege eldre og barn og unge, medan 10 har utvikla

¹⁴⁷ 16 av 19 helsefellesskap har handlingsplanar og/eller strategiar.

¹⁴⁸ Helse Møre og Romsdal, 2025b

¹⁴⁹ Svar på påstanden «helseføretaket og kommunene samarbeider mer om langsiktig planlegging for å håndtere veksten i eldre»: 31 prosent av kommunane meiner at dette stemmer godt (27 prosent) eller svært godt (4 prosent), medan 29 prosent meiner dette stemmer svært dårleg (9 prosent) eller dårleg (19 prosent). 36 prosent svarer «verken-eller».

¹⁵⁰ Riksrevisjonen si spørjeundersøking til samhandlingssjefane

¹⁵¹ Ein tenestemodell betyr at alle oppgåver og ansvarsroller som inngår når aktørane i helsefellesskapet skal samarbeide om å etablere og drifte tilbod saman, er beskrivne. Definisjon er basert på Helsedirektoratets definisjon av ein

tenestemodellar for personar med alvorlege psykiske lidningar og rusmiddelproblem.¹⁵² Undersøkinga viser at få helsefellesskap har utvikla tenestemodellar for personar med fleire kroniske tilstandar og for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Alle helsefellesskapa har fått tildelt midlar frå rekrutterings- og samhandlingstilskotet til å finansiere tiltak og prosjekt som skal bidra til å utvikle tenester. Tilskotet blir omtalt nærmare i kapittel 11.8.

11 Bidreg statlege verkemiddel til samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta?

Helse- og omsorgsdepartementet har formulert tydelege mål om at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene må vere god. Behovet for betre samhandling er bakgrunnen for at regjeringa lanserte ein nasjonal *samhandlingsplan* heller enn ein nasjonal *sjukehusplan* i 2024.¹⁵³

Departementet legg særleg vekt på at pasientar med store og samansette behov, som skrøpelege eldre, skal få samanhengande tenester med trygge overgangar til den kommunale helse- og omsorgstenesta.¹⁵⁴ For å få til samanhengande tenester må kommunane og helseføretaka samhandle.

Kapittel 9 og 10 viser at det framleis er svakheiter i samhandlinga mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og sjukehusa:

- Ventetida til pasientbehandling er langt unna målet om 50 dagar (kapittel 9.1).
- Mange leiarar på sjukehusa meiner at fleire eldre pasientar som blir lagde inn akutt, burde vore handterte av kommunane (9.2).
- Tilvisingspraksisen mellom fastlegane varierer (9.1), og ein del kommunar, mellom anna fleire store kommunar, har utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar (9.4).
- Mange leiarar i kommunane og helseføretaka bruker ikkje data om bruken av spesialisthelsetenester fordelt på kommunar (9.5).
- Helsefellesskapa har bidrege til meir samhandling, men kommunar og sjukehus planlegg i liten grad langsiktig saman (kapittel 10).

I dette kapitlet omtaler vi sentrale statlege verkemiddel som skal bidra til at helseføretaka og dei kommunale helse- og omsorgstenestene samhandlar betre på

tenestemodell innanfor digital heimeoppfølging, som kan vere eit tenesteområde eit helsefellesskap kan samarbeide om. Jf. Helsedirektoratet, 2022

¹⁵² 4 av dei 19 helsefellesskapa har utvikla tenestemodellar for personar med fleire kroniske tilstandar, og 3 av dei har utvikla tenestemodellar for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til samhandlingssjefane

¹⁵³ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c

¹⁵⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025d

overordna nivå / systemnivå.¹⁵⁵ Det vil seie at vi i mindre grad tek føre oss verkemiddel som legg til rette for samhandling om enkeltpasientar og i enkeltsaker.

11.1 Regjeringa har intensivert arbeidet med å få ned ventetidene gjennom Ventetidsløftet

Heilt sidan føretaksreforma blei innført i 2002, har det å redusere ventetidene i spesialisthelsetenesta vore eit hovudmål på området for skiftande regjeringar.¹⁵⁶ Ventetider er relevant for samhandlinga mellom sjukehusa og kommunane sidan utfordringar med å handtere pasientar hos ein part kan få konsekvensar for den andre parten. Som vi nemnde i kapittel 9.1, auka ventetida i perioden 2015–2024, for så å gå noko ned i 2025. For å redusere ventetidene lanserte regjeringa *Ventetidsløftet* i mai 2024 (sjå faktaboks 14).

Faktaboks 14 Ventetidsløftet

Ventetidsløftet er eit partssamarbeid mellom regjeringa, dei regionale helseføretaka, organisasjonane til dei tilsette og arbeidsgivarorganisasjonar i offentleg og privat sektor. Partane er samde om mål og aktuelle tiltak for å redusere ventetidene.

Målet er at ventetidene skal ned til 2019-nivå, året før koronapandemien. Det vil seie 61 dagar for somatikken. Heilt sidan 2016 har målet vore at den gjennomsnittlege ventetida på *sikt* skal endå lenger ned – til 50 dagar innanfor somatikken.

Tre hovudområde blir dregne fram som relevante for Ventetidsløftet: helsepersonell, innovasjon og samarbeid. Som konkrete døme på tiltak nemner regjeringa arbeid for betre oppgåvedeling, kvelds- og helgeopne poliklinikkar, digitale løysingar og innovasjonar som frigjer arbeidstid, og samarbeid med private aktørar. I statsbudsjettet for 2025 blei løyvingane til sjukehusa styrkte med 5,5 milliardar kroner, samanlikna med saldert budsjett for 2024. Desse ekstra løyvingane skulle bidra til å redusere ventetidene markant.

Kjelder: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a; 2024b; 2024h; Prop. 1 S (2024–2025) for Helse- og omsorgsdepartementet jf. Innst. 11 S (2025–2026); Regjeringa, 2024

Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2024 og 2025 fleire mål og oppdrag til underliggjande etatar og dei regionale helseføretaka, som skulle bidra til å nå målet med Ventetidsløftet. Til dømes fekk Helsedirektoratet i 2025 i oppdrag å gå gjennom rettleiarane og retningslinjene sine for å leggje til rette for effektiv bruk av tida og kompetansen til personellet.¹⁵⁷ Folkehelseinstituttet fekk i oppdrag å bidra med

¹⁵⁵ Der det er relevant, omtaler vi først og fremst verkemiddel innanfor somatikken, til dømes når det gjeld finansiering, men dei fleste verkemidla er retta mot helsetenestene som heilskap.

¹⁵⁶ Dette går mellom anna fram av ulike oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet, som er tilgjengelege her: [Oppdragsdokument - regjeringa.no](https://www.regjeringa.no/oppdragsdokument-regjeringa.no)

¹⁵⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025a

styringsinformasjon om ventetider¹⁵⁸, som blir gjorde offentleg tilgjengelege på nettsidene til regjeringa.¹⁵⁹

Dei regionale helseføretaka blei i 2025 bedne om å «gjennomgå praksis med oppgavedeling og kontroller innanfor minimum de fem fagområdene med lengst ventetider og ventelister, med mål om å redusere antall unødvendige kontroller og sikre bedre pasientflyt.»¹⁶⁰ Helsedirektoratet fekk eit liknande oppdrag same år.¹⁶¹

Samarbeid med dei kommunale helse- og omsorgstenestene for å utnytte den samla kapasiteten i helse- og omsorgstenesta er ikkje ein del av Ventetidsløftet, sjølv om regjeringa erkjenner at «[b]edre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for å utnytte den samlede kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten på en god måte». Regjeringa seier vidare at «[e]n tilgjengelig allmennlegetjeneste med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet har også betydning for ventetidene i spesialisthelsetjenesten». Dette er tiltak regjeringa jobbar med utanfor rammene av Ventetidsløftet.¹⁶²

11.2 Rekrutteringa av fastlegar har auka

Fastlegen er ein sentral aktør for å sikre at pasientane får helsehjelp på det lågaste effektive omsorgsnivået. I kapittel 9.1 var vi inne på at leiarane av dei medisinske avdelingane i sjukehusa opplever at tilvisingspraksisen til fastlegane varierer. Dette har Riksrevisjonen peika på tidlegare, gjennom undersøkingar av tilvisingspraksisen til fastlegane i 2018¹⁶³ og i 2023¹⁶⁴.

I eit intervju viser Helse- og omsorgsdepartementet til at ein betre tilvisingspraksis føreset ei fastlegeordning av god kvalitet og med tilstrekkeleg kapasitet. Dei siste åra har det vore ei positiv utvikling, med aukande rekruttering av fastlegar, som beskrive mellom anna i Prop. 1 S (2025–2026). Utfordringane er likevel ikkje over, ifølgje departementet, og det er framleis store geografiske variasjonar når det gjeld rekrutteringsutfordringar og tilvisingspraksis.

Riksrevisjonen merka seg i undersøkinga av tilvisingspraksisen til fastlegane i 2023 at helsestyresmaktene i fleire år har arbeidd med ulike tiltak for å betre tilvisingspraksisen, til dømes gjennom å etablere helsefelleskap og ved å innføre ein eigen takst som skal gi økonomisk kompensasjon for tida fastlegen bruker på dialog med legar i spesialisthelsetenesta (samhandlingstakst). Riksrevisjonen konstaterte at det ikkje gjekk fram av svaret frå departementet om dei ulike tiltaka har hatt ønskt effekt på tilvisingspraksisen til fastlegane.¹⁶⁵

¹⁵⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025b

¹⁵⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025c

¹⁶⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025d

¹⁶¹ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025a

¹⁶² <https://www.regjeringen.no/contentassets/cd001c1b22974433bb5a2739e05d244c/ventetidsløftet.pdf>

¹⁶³ Riksrevisjonen, 2018

¹⁶⁴ Riksrevisjonen, 2023

¹⁶⁵ Riksrevisjonen, 2023

I eit intervju viser Helse- og omsorgsdepartementet til at fleire av tiltaka og verkemidla i stortingsmeldinga om allmennlegetenesta og dei akuttmedisinske tenestene (Meld. St. 23 (2024–2025)) har som mål å styrkje portvaktfunksjonen til fastlegane, til dømes styrkinga av basisfinansieringa (sjå faktaboks 15).

Helsedirektoratet seier i eit intervju at formålet med å endre finansieringsmodellen og auke basistilskotet mellom anna er å gi fastlegane meir tid og ro rundt konsultasjonen. Dette kan ifølgje direktoratet gi fastlegane betre tid til å jobbe med gode tilvisingar.

Departementet framhevar i eit intervju at betre oppgåvedeling i helse- og omsorgstenestene og tettare samhandling internt i dei kommunale helse- og omsorgstenestene kan bidra til å førebyggje at pasientar, inkludert eldre og skrøpelege, blir tilviste til spesialisthelsetenestene unødige. Eit relevant tiltak kan vere å endre stønadsforskrifta slik at fastlegar kan utløyse refusjon for konsultasjonar som er delegerte til sjukepleiarar. Dette kan leggje til rette for tverrfaglege fastlegekontor med god oppgåvedeling og tverrfagleg samarbeid.

Faktaboks 15 Basistilskotet i finansieringsmodellen for fastlegeordninga

Finansieringa av fastlegeordninga består av a) **basisfinansiering**, som er uavhengig av aktivitet, og b) **aktivitetsbasert finansiering**, som i hovudsak består av refusjonar frå folketrygda (takstar) og eigendelar. Dekning av basisfinansieringa inngår i dei generelle overføringane frå staten til kommunane, og det er inga øyremerking av desse midlane til fastlegane.

Basistilskotet er det mest sentrale elementet i basisfinansieringa av fastlegeordninga. I tillegg kjem utjamningstilskotet og grunntilskotet, som skal vere ein økonomisk kompensasjon til næringsdrivande fastlegar med ufrivillig korte pasientlister.

Då fastlegeordninga blei innført i 2001, la Stortinget til grunn ei fordeling mellom basistilskot og takstar på høvesvis 30 og 70 prosent. Denne fordelinga har vore styrande i åra etter, sjølv om den eksakte fordelinga har variert noko frå år til år. Per 1. juli 2025 utgjorde basistilskotet ca. 35 prosent av innteninga til fastlegane. I forslaget til statsbudsjett for 2026 foreslo regjeringa at denne delen skulle aukast frå 1. juli 2026, med sikte på at at basistilskotet skal utgjere 45 prosent i 2027.

Kjelde: Helsedirektoratet, 2025b; Helfo, 2025; Helse- og omsorgsdepartementet, 2023; Meld. St. 23 (2024–2025); Prop. 1 S (2025–2026)

11.2.1 Kommunane har ansvar for å følgje opp tilvisingspraksisen til fastlegane, men manglar styringsdata.

Fastlegeforskrifta gir kommunane ansvar for å sørge for god tilvisingspraksis hos fastlegane sine. Men kommunane har mangla styringsdata om tilvisingspraksisen til fastlegane, jf. kapittel 9.5. Dette påpeika vi òg då vi undersøkte tilvisingspraksisen til fastlegane i 2018, og kontroll- og konstitusjonskomiteen slutta seg til tilrådinga vår om at

det er viktig at alle kommunar får tilgang til nødvendig informasjon om tilvisingspraksisen til fastlegane.¹⁶⁶

I *Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* viser regjeringa til at kommunane opplever at styring og leing er utfordrande på grunn av manglande styringsdata for allmennlegetenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i eit intervju at Folkehelseinstituttet planlegg å modernisere og vidareutvikle NPR og KPR, men det er uklart når arbeidet blir ferdig. Tilvisingspraksisen til fastlegar er relevant i dette arbeidet. Departementet viste til arbeidet med å vidareutvikle KPR i 2023 òg, kor eit mål var betre data om allmennlegetenesta, i samband med Riksrevisjonen si oppfølging av undersøkinga av tilvisingspraksisen til fastlegane frå 2018.¹⁶⁷

Det finst heller ingen *system* på nasjonalt nivå for regelmessige tilbakemeldingar til fastlegen om verken fastlegen sin praksis eller andre sin. Dette er noko helse- og omsorgskomiteen peika på at ein burde innføre i 2009.¹⁶⁸ Det var òg ein av tilrådingane frå Riksrevisjonen til Helse- og omsorgsdepartementet i 2018.

11.3 Helse- og omsorgsdepartementet har hatt lite informasjon om kvaliteten i KAD-ane og om KAD har erstatta sjukehusinnleggingar

Frå 2016 har kommunane hatt plikt til å tilby døgnopphald til pasientar med behov for akutthjelp¹⁶⁹, såkalla kommunalt akutt døgntilbod (KAD). Innlegging i KAD kan erstatte innlegging på sjukehus. For at tilbodet skal fungere, krevst både godt samarbeid med spesialisthelsetenesta¹⁷⁰, god kapasitetsutnytting og god pasientbehandling.¹⁷¹

Som omtalt i kapittel 9.3 fungerer ikkje KAD-ordninga etter hensikta. Samtidig er det dårleg kvalitet på rapporteringa frå kommunane. Kvart år er det relativt mange kommunar som ikkje har rapportert inn data om aktiviteten i KAD-ane. Derfor har Helsedirektoratet berre kunna følgje utviklinga i perioden 2017–2022 for 151 kommunar, som dekkjer 63 prosent av innbyggjarane.¹⁷² Etter 2023 har ikkje kommunane rapportert på tilbodet av KAD-plassar.¹⁷³

¹⁶⁶ Innst. 276 S (2017–2018) og Riksrevisjonen, 2023

¹⁶⁷ Riksrevisjonen, 2023

¹⁶⁸ Innst. 212 S (2009–2010)

¹⁶⁹ Helse- og omsorgstenestelova § 3-5 tredje ledd

¹⁷⁰ Norsk forening for allmenmedisin, 2014

¹⁷¹ Helsedirektoratet, 2023a

¹⁷² Helsedirektoratet, 2023a

¹⁷³ I eit intervju fortel Helsedirektoratet at det er ein pause i rapporteringa av omsyn til rapporteringsbyrda i kommunane, som fram til 2023 har måtta rapportere manuelt via eit Excel-skjema, og av omsyn til kapasiteten i Helsedirektoratet. Mange kommunar har ønskt ei omlegging til ei meir automatisert rapportering til kommunalt pasient- og brukarregister (KPR). For å vurdere dette sette Helsedirektoratet ned ei arbeidsgruppe, som sende eit forslag ut på høyring i 2023. Ansvaret for KPR (og for å vidareutvikle statistikken om KAD-tilbodet) ligg no i FHI.

Rapportane til Helsedirektoratet om status for kommunalt akutt døgntilbod seier ingenting om *kvaliteten* på behandlinga som blir gitt i KAD-ane. Eit forslag om korleis rapporteringspraksisen i kommunane kan endrast, har vore ute på høyring. Her er det ikkje forslag om at rapporteringa til kommunane skal inkludere opplysningar eller indikatorar som kan seie noko om kvaliteten i KAD-ane.¹⁷⁴ Eitt døme på ei opplysning som kunne indikert kvalitet, er korleis legedekninga er i KAD-ane.

Helsedirektoratet fekk i 2025 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å greie ut kommunalt akutt døgntilbod innan april 2026.¹⁷⁵ Dette er den første utgreiinga departementet ber om etter at samhandlingsreforma, inkludert ulike sider ved KAD, blei evaluert av Forskingsrådet i 2016.¹⁷⁶

Dette betyr at Helse- og omsorgsdepartementet har hatt avgrensa oversikt over kapasitetsutnyttinga og bruken av KAD-plassane i perioden kommunane har hatt plikt til å ha eit kommunalt akutt døgntilbod. Det ligg ikkje føre informasjon om kvaliteten i KAD-ane frå HOD si side, men i eit intervju viser departementet til at det finst relevant forskning om dette, som vi har omtalt i kapittel 9.3.

11.4 Sjukehusa har langt høgare kostnader i samband med liggjedøgn enn det kommunane betaler for overliggjardøgn

11.4.1 Satsen kommunane betaler for overliggjardøgn, er på nivå med kostnadene for eit opphaldsdøgn i kommunal institusjon

Vi har tidlegare i rapporten vist at det er store variasjonar i kommunane si evne til å ta imot utskrivingsklare pasientar. På sjukehusa som har mange pasientar med overliggjardøgn, har det store konsekvensar for pasientane, dei tilsette og drifta (sjå kapittel 9.4).

Den kommunale betalingsplikta skal gi kommunane eit økonomisk insentiv til å ta imot utskrivingsklare pasientar i kommunale helse- og omsorgstenester, som har lågare kostnader enn spesialisthelsetenesta.¹⁷⁷ Ordninga skal bidra til betre arbeidsdeling mellom tenestenivåa og skape gode forløp og kostnadseffektive løysingar.¹⁷⁸ Det føreset at satsen blir sett på eit nivå som er høgt nok til at det ikkje blir lønnsamt for kommunen å betale sjukehusa i staden for å opprette eigne tilbod. Betalingsplikta blei innført i 2012 og var eit hovudgrep i samhandlingsreforma (sjå faktaboks 16).¹⁷⁹

¹⁷⁴ Helsedirektoratet, 2023b

¹⁷⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025a

¹⁷⁶ Forskingsrådet, 2016

¹⁷⁷ Prop. 91 L (2010–2011)

¹⁷⁸ Helsedirektoratet, 2017

¹⁷⁹ Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter tredde i kraft 01.01.2012.

Faktaboks 16 Kommunal betalingsplikt

Når ein pasient er ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta og blir vurdert som utskrivingsklar, men kommunen ikkje har eit klart tilbod til pasienten, må kommunen betale ein dagleg sats for kvart døgn pasienten blir liggjande på sjukehuset.

I 2025 var satsen 5 981 kroner per døgn, og i 2026 blei han auka til 6 172 kroner.

Ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet blei det sett hen til berekna gjennomsnittleg døgnkostnad på sjukehus for utskrivingsklare pasientar og gjennomsnittleg døgnkostnad for korttids plass i sjukeheimar då satsen blei sett. Satsen blir justert årleg i tråd med deflatoren for spesialisthelsetenesta. Deflatoren blir berekna som eit vege gjennomsnitt av to element: lønnsvekst og kjøp av varer og tenester i drifta (produktinnsats).

Kjelde: Helsedirektoratet, 2019b; Prop. 1 S (2025–2026), jf. Innst. 11 S (2025–2026); Helse- og omsorgsdepartementet, 2025f; verifisert referat frå intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 14. november 2025

I 2024 var døgn satsen høgare enn gjennomsnittsutgiftene til kommunane for eit opphaldsdøgn i institusjon (5 745 versus 5 200 kroner).¹⁸⁰ Om desse gjennomsnittsutgiftene speglar kva kommunane ville hatt av utgifter knytt til utskrivingsklare pasientar, er ikkje kjent. Helsedirektoratets analysar viser at i 2022 hadde fire av fem utskrivingsklare med overliggjardøgn tidsavgrensa opphald i institusjon same år, og eit fleirtal fekk andre typar tenester i tillegg. Utskrivingsklare pasientar med overliggjardøgn fekk langt fleire kommunale tenester etter utskriving enn dei som ikkje hadde overliggjardøgn.¹⁸¹ Dette betyr at ein døgn sats som ligg nær utgiftene for eit opphaldsdøgn i institusjon, kan vere relativt treffande.

11.4.2 Sjukehusa sine kostnader for liggjedøgn er langt høgare enn døgn satsen for eit overliggjardøgn

Dei gjennomsnittlege kostnadene per liggjedøgn på sjukehusa blei i 2024 berekna til å vere nær 26 000 kroner.¹⁸² Dette var langt meir enn døgn satsen for eit overliggjardøgn. Vi veit ikkje om desse gjennomsnittskostnadene er på nivå med sjukehusa sine kostnader for pasientar med overliggjardøgn, men i kapittel 9.4 går det fram at eit fleirtal av leiarane ved dei medisinske avdelingane ved sjukehusa erfarer at desse pasientane krev meir pleie og omsorg enn andre pasientar, og at overliggjardøgn får uheldige konsekvensar for drifta.

Dette betyr at det samfunnsøkonomisk er lite rasjonelt at utskrivingsklare pasientar blir liggjande på sjukehus, samanlikna med om dei blir overførte til kommunar. I tillegg har det uheldige konsekvensar for pasienten, dei tilsette og for drifta av sjukehusa (jf. 9.4). Sjukehusutvalet peika i 2023 på at «utskrivningsklare pasienter i sykehus har en betydelig alternativkostnad. Sengene og personellressursene som ivaretar disse pasientene, kunne i

¹⁸⁰ Statistisk sentralbyrå, 2025a; Helsedirektoratet, 2019b

¹⁸¹ Helsedirektoratet, 2024b

¹⁸² Helsedirektoratet, 2024a

stedet ha blitt brukt til å behandle pasienter som venter på helsehjelp i spesialisthelsetjenesten».¹⁸³

Riksrevisjonen konkluderte i 2016 med at «innføringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har bidratt til at en større del av pasientforløpene er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene».¹⁸⁴ I evalueringa av samhandlingsreforma i 2016 konkluderte Noregs forskingsråd med at betalingsplikta har hatt både ønskte og uønskte konsekvensar:

«det kommunale betalingsansvaret har hatt signifikante styringseffekter, både tilskjete og utilskjete. Liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, noe som var et av målene med samhandlingsreforma. Men samtidig har antallet innleggelser økt påtakelig, noe som ikke var hensikten med dette virkemiddelet.»¹⁸⁵

Helsedirektoratet tilrådde i 2021 at betalingsordninga burde endrast, slik at færre pasientar blir liggjande lenge utskrivningsklare på sjukehus.¹⁸⁶ I 2023 tilrådde sjukehusutvalet at modellen for utskrivningsklare pasientar og kommunal betaling burde evaluerast.¹⁸⁷ Dette skulle Helsedirektoratet gjere i 2025, på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet¹⁸⁸, men per januar 2026 er ikkje evalueringa ferdig.

I eit intervju med Helse Vest RHF går det fram at dei regionale helseføretaka hadde eit møte med Helse -og omsorgsdepartementet og representantar for kommunane i 2023. Her uttrykte dei regionale helseføretaka at beløpet kommunane må betale for eit overliggjardøgn, er så lågt at det ikkje gir kommunane tilstrekkeleg insentiv til å ta imot utskrivningsklare pasientar i staden for å la dei bli liggjande på sjukehus. Møtet førte ikkje til nokon endringar, ifølgje det regionale helseføretaket.

11.5 Nasjonale styringsdata gir informasjon om ein del sider ved samhandlinga

For at kommunar og sjukehus skal kunne samarbeide, bør aktørane ha ei felles verkelegheitsforståing og beskriving av utfordringar. Styringsinformasjon om samhandling kan gi slik verkelegheitsforståing, og kan òg gi leiarar på alle nivå informasjon om kvar det er nødvendig med tiltak. I kapittel 9.5 omtaler vi det at mange leiarar i helsetenesta i avgrensa grad bruker styringsdata som seier noko om kjende svakheiter ved samhandlinga.

Ein del relevant styringsinformasjon som kastar lys over samhandling, er gjord tilgjengeleg av statlege styresmakter:

¹⁸³ NOU 2023:8

¹⁸⁴ Riksrevisjonen, 2016

¹⁸⁵ Forskingsrådet, 2016

¹⁸⁶ Helsedirektoratet, 2021b

¹⁸⁷ NOU 2023:8

¹⁸⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025a

- Helsedirektoratet driftar ei nettside som gir helsefelleskapa styringsinformasjon om og analysar av tenestebruken for dei prioriterte pasientgruppene, om geografisk variasjon òg.¹⁸⁹
- Helsedirektoratet driftar òg dei nasjonale kvalitetsindikatorane.¹⁹⁰ Nokre av desse kan gi ein peikepinn om samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene, som til dømes
 - andelen epikrisar som er sende frå sjukehusa innan ein dag etter at pasienten er skriven ut frå somatisk helseteneste
 - andelen pakkeforløp som blir gjennomførte innanfor standard forløpstid for 22 kreftformer
 - andelen fristbrot
 - ventetida frå ei tilvising er motteken i spesialisthelsetenesta til helsehjelpa er påbyrja

I tillegg finst det styringsdata som ikkje nasjonale styresmakter har ansvar for, men som er offentleg tilgjengelege. Dette gjeld til dømes nettportalen Samhandlingsbarometeret som er drifta av Helse Førde HF og Kompetansebroen, som er drifta av Helse Sør-Aust RHF.¹⁹¹

Det finst *ikkje* tilgjengeleg offentlege/nasjonale styringsdata, rapportar eller analysar som gir informasjon om tilvisingspraksisen til fastlegane. Riksrevisjonen si undersøking om tilvisingspraksis frå 2018 brukte data frå Norsk pasientregister frå 2016.¹⁹²

Stortingsmeldinga om framtidens allmennelegetenester frå 2025 inneheld heller ingen nyare analysar eller statistikk om tilvisingspraksis.¹⁹³

Tal på reinnleggingar kan gi ein indikasjon på samhandlinga mellom tenestenivåa, ettersom samhandling mellom spesialist- og primærhelsetenesta er avgjerande for at pasientar blir godt varetakne etter utskrivning.¹⁹⁴ Kvalitetsindikatorane som viste reinnleggingar 30 dagar etter utskrivning frå sjukehus, er ikkje oppdaterte etter 2019.¹⁹⁵ Helsedirektoratet opplyser i eit intervju at det har arbeidd med å lage nye kvalitetsindikatorar for reinnleggingar i 2025, der ein av indikatorane kan vere på kommunenivå òg.

Sjølv om det finst ein del kvalitetsindikatorar som kan kaste lys over samhandling, så måler dei berre enkeltelement/aktivitetar som inngår i samhandlinga, ifølgje Helsedirektoratet. Direktoratet meiner at dei eksisterande indikatorane samla sett ikkje gir eit heilskapleg bilete av alle aktivitetane som inngår i samhandlinga om pasientforløpa, eller av kvaliteten på samhandlinga om pasientforløpa.¹⁹⁶

¹⁸⁹ Helsedirektoratet, u.å.-b

¹⁹⁰ Helsedirektoratet, 2025d

¹⁹¹ Kompetansebroen, u.å.

¹⁹² Riksrevisjonen, 2018

¹⁹³ Meld. St. 23 (2024–2025)

¹⁹⁴ Helsedirektoratet, u.å.-a

¹⁹⁵ [Nasjonale kvalitetsindikatorar - Helsedirektoratet](#) - sjå indikatorane for reinnleggingar.

¹⁹⁶ Verifisert referat frå eit intervju med Helsedirektoratet 21. oktober 2025

11.5.1 Moglegheita til å kople data som kan kaste lys over samhandling, er avgrensa

Det er fleire erfaringar med at kostnader og inntekter blir forskyvde når kommunar og sjukehus samarbeider om pasientar.¹⁹⁷ Dette kan bremse samarbeidet, sjølv om det totalt sett er samfunnsøkonomisk lønnsamt.

For å følgje forløp der pasientar blir følgde opp av både kommunale helsetenester og sjukehus, må data frå dei kommunale helsetenestene og spesialisthelsetenestene koplust. Slike data finst i høvesvis Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). For å kunne bruke desse dataa i løpande kvalitetsarbeid og tenesteutvikling må NPR- og KPR-data koplust, og i tillegg knytast til ein eintydig «pasientidentifikator», som til dømes eit fødselsnummer.¹⁹⁸

Akershus universitetssjukehus har kopla slike data og analysert effektar på bruken av både spesialisthelsetenester og kommunale helse- og omsorgstenester i pasientforløp der dei ulike nivåa samarbeider tettare og på nye måtar, mellom anna om skrøpelege eldre.¹⁹⁹ I sluttrapporten om det eine prosjektet er eit læringspunkt at «det gode datagrunnlaget som har vært høstet frem i løpet av prosjektperioden anses som avgjørende for at man har fått en beslutning om overgang fra prosjekt til ordinær drift.»²⁰⁰ Resultata tyder på slik oppfølging fører til

- redusert bruk av helsetenester og reduserte sjukehuskostnader
- betre pasienttryggleik
- betre helsekompetanse for pasientane²⁰¹

Ei erfaring frå prosjekta er at det er tidkrevjande og komplisert å få løyve til å bruke dataa.²⁰² Løyvet for bruk av NPR-data og KPR-data som er kopla saman med ein eintydig pasientidentifikator, blir gitt med tidsavgrensa varigheit. Dette gjer at målingane kan brukast til resultatoppfølging av *eit prosjekt*, men ikkje som kvalitetsindikator for ei implementert teneste på tvers av tenestenivå.²⁰³

I eit intervju trekkjer Helse Sør-Aust RHF fram at det viktigaste som kan gjerast for å leggje til rette for samhandling, er å gjere det mogleg å kople desse databasane.

Departementet viser til at det er kjent med dette behovet. Det viser i eit intervju til at dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet har kopla data frå NPR og KPR opp til ti år bakover i tid, der dei kan utarbeide kvalitetsindikatorar, men det må vere «prosjektbasert». Noko anna krev endringar i helseregisterlova § 19. I brev av 22. februar 2026 peikar Helse – og omsorgsdepartementet på at det er tekniske barrierar som må løysast. HOD viser til

¹⁹⁷ Riksrevisjonen, 2025a

¹⁹⁸ Dette går fram av ein e-post til Riksrevisjonen frå Ahus.

¹⁹⁹ Helsedirektoratet, 2025c; Helsefellesskapet Ahus og kommunane, 2025

²⁰⁰ Helsedirektoratet, 2025c

²⁰¹ Helsedirektoratet, 2025c; Bergersen med fleire, 2025

²⁰² Riksrevisjonen, 2025a

²⁰³ Riksrevisjonen, 2025a

at Folkehelseinstituttet arbeider med å utvikle NPR, då det er behov for teknisk oppgradering av registeret.

Styringsdata om pasientforløp og samhandling på tvers av og mellom tenestenivåa, som til dømes kvalitetsindikatorar, er derfor ikkje tilgjengelege per i dag.

11.6 Ulike styringslinjer og ulik finansiering og organisering av tenester hindrar samhandling.

Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 peikar på fleire barrierar for å få til god samhandling, som at dei kommunale helse- og omsorgstenestene er finansierte, styrte og organiserte på ein annan måte enn spesialisthelsetenesta, og at nivåa har avgrensa moglegheiter til å dele informasjon. Mangelfull planlegging i kommunane og lite heilskapleg planlegging på tvers gjer òg samhandlinga vanskeleg.²⁰⁴ Fleire undersøkingar Riksrevisjonen har gjort tidlegare, har òg peika på ulike barrierar for samhandling eller svakheiter i samhandlinga når det gjeld pasientar i rehabilitering²⁰⁵ og personar med samtidig rusmiddelliding og psykisk lidning.²⁰⁶ Kommunar og sjukehus som samarbeider om å flytte spesialisthelsetenester heim til pasienten ved hjelp av teknologi, har gjort seg dei same erfaringane.²⁰⁷

I spørjeundersøkinga svarte eit fleirtal av leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene at dei var heilt eller delvis samde i at ulike rammevilkår og ulike styringslinjer gjer det vanskeleg å få til konsensus om avgjerder, det same gjer usemje om finansiering av foreslåtte tiltak.

Trass i barrierane finst det òg fleire døme på at spesialisthelsetenesta samarbeider med kommunar om ulike pasientgrupper. Eitt døme er samarbeid om intravenøs antibiotikabehandling i heimen, der pasientane elles ville vore innlagde på langvarige sjukehusopphald. Eit anna døme er digital behandling av sår, som blir utført av helsepersonell i kommunen med rettleiing frå sjukehuspersonell, slik at pasienten slepp å reise inn til sjukehuset for å få behandling.²⁰⁸

11.6.1 Nasjonal satsing på digital samhandling

Helse- og omsorgsdepartementet har sett i gang fleire nasjonale tiltak for å lette den digitale samhandlinga mellom nivåa i helsetenestene.

I 2025 har merksemda vore retta mot utvikling og utprøving av dei tekniske løysingane for pasienten si legemiddelliste, journaldokument, prøvesvar, kritisk informasjon og måldata. I 2026 startar arbeidet med å sørge for at løysingane blir tekne i bruk i heile helse- og omsorgstenesta.²⁰⁹

²⁰⁴ Meld. St. 9 (2023–2024)

²⁰⁵ Riksrevisjonen, 2024

²⁰⁶ Riksrevisjonen, 2025b

²⁰⁷ Riksrevisjonen, 2025a

²⁰⁸ Riksrevisjonen, 2025a

²⁰⁹ Prop. 1 S (2025–2026)

Dei nasjonale samhandlingstenestene skal bidra til at helsepersonell får tilgang til nødvendig informasjon, slik at dei kan gi best mogleg behandling og bruke mindre tid på å leite etter informasjon.²¹⁰

Departementet viser til at løysingane bidrar vesentleg til å gjere sentrale kliniske opplysningar tilgjengelege for dei ulike aktørane i behandlingsskjeda – og støttar med dette koordinerte og meir heilskaplege pasientforløp. I utprøving og innføring av løysingar, som til dømes «pasientens legemiddelliste», vert samarbeidsstrukturane i utvalde helsefelleskap nytta.

Riksrevisjonen undersøkte i 2025 korleis det gjekk med arbeidet med dei nasjonale samhandlingsløysingane, og peika mellom anna på at:

- Arbeidet med Pasientens legemiddelliste er forsinka og det vil ta tid før den er innført i heile landet. Riksrevisjonen understreka at dette arbeidet er viktig for pasientsikkerheita.
- Det er viktig å prioritere arbeidet med å integrere dei nasjonale løysingane som vert gjort tilgjengelege gjennom Kjernejournal med pasientjournalane, slik at helsepersonell slepp påloggingar og registreringar i fleire system og kan dra nytte av å dele sentral pasientinformasjon på tvers av helsetenestene
- Det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet fortset å ha høg merksemd på dei gjenståande utfordringane med å dele pasientinformasjon på tvers av helsesektoren.²¹¹

11.6.2 Helsereformutvalg skal foreslå modellar for ei samanhengande helse- og omsorgsteneste

Vidare har regjeringa varsla ei helsereform, for å møte utfordringane med mangel på personell og manglande samheng i tenestene har. Målet med reforma er «en felles helsetjeneste med høy kvalitet og sammenhengende behandling og oppfølging på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten».²¹² Regjeringa har utnemnt eit helsereformutval som har eit breitt mandat. Mandatet inkluderer mellom anna

- å greie ut og foreslå ulike modellar for framtidig organisering, styring og finansiering av ei samanhengande og integrert helse- og omsorgsteneste
- å vurdere ansvars- og oppgåvefordelinga mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta
- å utarbeide eit avgjerdsgrunnlag og foreslå tiltak som mellom anna støttar opp under samanhengande og heilskaplege pasientforløp og effektiv oppgåvefordeling og ressursbruk mellom dei ulike delane av tenestene²¹³

²¹⁰ Prop. 1 S (2025-2026)

²¹¹ Riksrevisjonen, 2025c

²¹² Prop. 1 S (2025-2026)

²¹³ Helse- og omsorgsdepartementet, 2025e

11.7 Det er behov for meir kunnskap om korleis helsefellesskapa fungerer

Helsefellesskapet er eit organisatorisk verkemiddel som skal bidra til samhandling og til å byggje ned dei nemnde barrierane mellom sjukehus og kommunar. I kapittel 10 var vi inne på at undersøkinga tyder på at helsefellesskapa bidreg til litt meir samhandling enn før, sjølv om graden av samhandling varierer.

Helsedirektoratet påpeikar i intervju at det manglar god nok kunnskap om korleis helsefellesskapa fungerer: korleis dei fungerer som avgjerdsorgan, om det er semje rundt avgjerdene, og om aktørane opplever at avgjerdene som blir fatta, har legitimitet. I brev av 22. februar 2026 peikar Helse- og omsorgsdepartementet på at Helsefellesskapa fortsatt er ein «ung» samhandlingsarena og at det er lagt få verkemiddel til helsefellesskapa.

Departementet har ikkje evaluert helsefellesskapa og kan derfor ikkje seie noko konkret om måla som er sette for arbeidet til helsefellesskapa, er nådde.²¹⁴

Det går fram av avtalen om vidareutvikling av helsefellesskapa frå april 2024 at regjeringa og KS tek sikte på å evaluere om helsefellesskapa bidreg til betre tenester for dei prioriterte pasientgruppene og til betre samarbeid mellom kommunar og helseføretak.²¹⁵ Per hausten 2025 var ikkje dette gjort, og Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i eit intervju at ei slik evaluering ikkje er planlagt.

Departementet viser til at *avtalen* om helsefellesskapa blir evaluert årleg gjennom konsultasjonsordninga. Departementet viser vidare til Rambølls statusrapport om helsefellesskapa, som blei laga på bestilling frå KS. Departementet understrekar at rapporten er frå 2023, og at mykje er endra sidan då, slik at beskrivinga av korleis helsefellesskapa fungerer, ikkje nødvendigvis er gyldig i dag.

11.7.1 Helsedirektoratet har ei avgrensa rolle overfor helsefellesskapa

Helsedirektoratet har inga formell rolle i helsefellesskapa, men har fått enkelte oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet om å støtte helsefellesskapa. Aktørane i helsefellesskapa har ulike styringslinjer, og Helsedirektoratet har ingen styringslinjer inn mot nokon av aktørane. Det er partnarane i helsefellesskapa som vedtek kva prosjekt partane skal arbeide med.²¹⁶

I brev av 22. februar peikar Helse- og omsorgsdepartementet på at Helsedirektoratet koordinerte oppfølginga av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og støtta opp om etableringa av helsefellesskapa. Helsedirektoratet viser til at det blei oppretta ei felles referansegruppe for oppdraga under planen og målet var at desse skulle sjåast i

²¹⁴ Verifisert referat frå eit intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 14. november 2025

²¹⁵ Regjeringa & KS, 2024

²¹⁶ Verifisert referat frå eit intervju med Helsedirektoratet 21. oktober 2025

samanheng òg for helsefellesskapa. Mellom anna blei arbeidet med digital heimeoppfølging sterkt knytta til helsefellesskapa.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å støtte helsefellesskapa gjennom mellom anna

- å gjere tilgjengeleg relevant styringsinformasjon
- å dele døme på gode tenestemodellar retta mot dei prioriterte pasientgruppene
- å fasilitere eit nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling²¹⁷

Direktoratet har løyst oppdraget ved å drifte ei nettside (omtalt i kapittel 11.5) og lage eit nyheitsbrev med informasjon om og for helsefellesskapa. I arbeidet er representantar frå helsefellesskapa involverte, hittil frå opptaksområdet til Helse Nord. Framover vil direktoratet involvere helsefellesskapa i kvar region for ein viss tidsperiode etter tur. Vidare har direktoratet arrangert to årlege nettverksmøte der aktørar i helsefellesskapa har delt erfaringar.²¹⁸

I spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane hausten 2025 meinte 6 av 19 at det stemde dårleg eller svært dårleg at rettleiing frå Helsedirektoratet har støtta opp under arbeidet til helsefellesskapet når helsefellesskapet tek direkte kontakt. Berre 2 av 19 meinte det stemde godt.

Helsedirektoratet forvaltar òg eit tilskot som skal støtte opp under arbeidet til helsefellesskapet: tilskotet til det kommunale sekretariatet til helsefellesskapa. Målet med sekretariatsfunksjonen er å «styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus og samordning i helsefellesskapet gjennom å bidra til at kommunene i helsefellesskapet kan ha en felles sekretariatsfunksjon».²¹⁹ I spørjeundersøkinga svarte 13 av dei 19 samhandlingssjefane at tilskotet til felles sekretariatsfunksjon støttar opp under arbeidet til helsefellesskapet.²²⁰

Helsedirektoratet har utarbeidd ein rettleiar til samarbeidsavtalane. Rettleiaren blei oppdatert i 2022 med tekst om korleis avtalane kan vareta kravet om å omtale felles planlegging. Til dømes står det i rettleiaren at avtalane kan omtale «*hvilke kilder til informasjon som bør anvendes, eksempelvis styringsdata, for å bidra til felles virkelighetsforståelse*».²²¹

Helsedirektoratet seier i eit intervju at det ikkje er kjent med korleis aktørane opplever at rettleiaren støttar opp om arbeidet med å revidere samarbeidsavtalane og innarbeide lovkravet om å ta med felles planlegging i samarbeidsavtalane. Men direktoratet har opplevd at nokre helsefellesskap har etterspurt klarare føringar for korleis dei skal jobbe med felles planlegging.

²¹⁷ Verifisert referat frå eit intervju med Helsedirektoratet 21. oktober 2025

²¹⁸ Verifisert referat frå eit intervju med Helsedirektoratet 21. oktober 2025

²¹⁹ Helsedirektoratet, 2025f

²²⁰ Dei andre seks svarte «vet ikke» (4) eller «stemmer verken godt eller dårlig» (2).

²²¹ Helsedirektoratet, 2022c

11.7.2 Helse- og omsorgsdepartementet har ikkje sørgt for at helsefellesskapa har eit felles framskrivingsverktøy til langsiktig planlegging

Undersøkinga viser at felles planlegging i helsefellesskapa har ein kort tidshorisont (sjå kapittel 10.2.4).

Situasjonen i 2025 er framleis slik Helsedirektoratet beskrev han i 2019, nemleg at kommunar og helseføretak «planlegger nå i stor grad hver for seg, med noe bruk av framskrivninger for eget nivå. I tillegg finnes framskrivninger på nasjonalt nivå, men som i liten grad kan brukes på et lavere nivå for å planlegge for konkrete behov for kommunene eller helseforetakene.»²²²

For å leggje til rette for felles verkelegheitsforståing og felles langsiktig planlegging trengst eit felles framskrivingsverktøy. Dette slo regjeringa fast i 2019, i avtalen mellom regjeringa og KS der helsefellesskapa blei etablerte,²²³ og i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.²²⁴

For å følgje opp sjukehusplanen fekk Helsedirektoratet i 2019 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å greie ut korleis eit slikt verktøy kunne etablerast. Helsedirektoratet kartla kva verktøy som finst, og bruken av dei, for å få eit avgjerdsgrunnlag for å vurdere eit nytt, felles framskrivingsverktøy.²²⁵ Helsedirektoratet rapporterte på oppdraget i 2021, og opplyser i eit intervju at det ikkje har fått fleire oppdrag frå departementet om dette. I eit intervju peikar departementet på Helsedirektoratet når det gjeld arbeidet med framskrivingsverktøy.

Det finst altså ingen felles framskrivingsmodell i dag. Det betyr at det manglar ein grunnleggjande føresetnad for å oppnå ei felles verkelegheitsforståing mellom helseføretak og kommunar og for felles planlegging.

11.8 Samhandlingstilskotet har bidrege til mange samhandlingsprosjekt

Helsedirektoratet peiker på at finansiering og moglegheiter for å etablere felles prosjekt mellom kommunar og sjukehus i helsefellesskapa var eit tilbakevendande tema i dei første åra med helsefellesskap. Det var store variasjonar i om det var samhandlingsmiddel tilgjengeleg gjennom dei ulike regionale helseføretaka eller gjennom statsforvaltaren sine tilskot. Det var derfor ønskeleg med eit tilskot eller ein felles finansiering.

I juli 2024 innførte regjeringa eit rekrutterings- og samhandlingstilskot. Tilskotet hadde mange formål og målgrupper og skulle mellom anna støtte opp under samhandlingsprosjekt mellom helseføretak og helse- og omsorgstenestene i kommunane.

²²² Helsedirektoratet, 2019a

²²³ Regjeringa & KS, 2019

²²⁴ Meld. St. 7 (2019-2020)

²²⁵ Helsedirektoratet, 2019a

Det er eit krav at helseføretaket og den eller dei aktuelle kommunane søkjer om midlar saman og er samde om korleis midlane skal brukast.²²⁶

I tillegg lanserte regjeringa i mai 2025 Prosjekt X. Her vil regjeringa og KS løfte fram utvalde, innovative prosjekt der kommunar og sjukehus i fellesskap testar ut nye måtar å organisere tenestene på.²²⁷

I faktaboks 17 står det meir informasjon om rekrutterings- og samhandlingstilskotet og Prosjekt X.

Faktaboks 17 Rekrutterings- og samhandlingstilskotet og Prosjekt X

Rekrutterings- og samhandlingstilskotet

Tilskotet skal fremje forpliktande samarbeid mellom kommunar og helseføretak om tenesteutvikling og gode pasientforløp. Tilskotsmidlane skal brukast etter semje mellom helseføretaket og den eller dei aktuelle kommunane.

Tiltak som rettar seg mot dei prioriterte pasientgruppene med samansette behov, skal prioriterast: pasientar med psykiske lidingar, pasientar med fleire kroniske sjukdommar, barn og unge og skrøpelege eldre. I tillegg skal ein prioritere tenester innanfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, integrert psykisk helseteneste og rusteneste, rehabilitering og tiltak for å redusere talet på utskrivingsklare pasientar. Tiltak og område som kan få ned ventetidene på sjukehusa, er særleg prioriterte. Tilskotet skal leggje til rette for eit desentralisert helsetilbod med god kvalitet og rett arbeidsdeling.

Tilskotet blir tildelt dei regionale helseføretaka og utgjorde totalt 280 millionar kroner i 2024 og 286 millionar kroner i 2025. I 2026 utgjorde tilskotet 254,2 millionar kroner, som blei fordelte slik:

- 96,1 millionar kroner til Helse Sør-Aust RHF
- 34 millionar kroner til Helse Vest RHF
- 25 millionar kroner til Helse Midt-Noreg RHF
- 99,1 millionar kroner til Helse Nord RHF

Prosjekt X

Av det samla samhandlings- og rekrutteringstilskotet skal 80 millionar kroner gå til utprøving av særleg innovative og ambisiøse samhandlingstiltak som er utpeika av regjeringa i samband med Prosjekt X. Formålet med utprøvinga skal vere å utforske nye måtar å organisere helsetenestene på, for å bidra til meir samanhengande tenester på tvers av forvaltningsnivå og fagområde, og betre bruk av dei samla ressursane. Tiltaket inngår i arbeidet til regjeringa med ei ny helsereform. Tolv pilotprosjekt var inkluderte i Prosjekt X per oktober 2025.

Kjelde: Prop. 1 S (2025–2026), jf. Innst. 11 S (2025–2026); Helse- og omsorgsdepartementet, 2024e, 2024f, 2025h; Helse- og omsorgsdepartementet & KS, 2025

²²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024e

²²⁷ Regjeringa, 2025b

Helsefellesskapa avgjer sjølv kva for nokre prosjekt som skal få tilskot. Midlane til rekrutterings- og samhandlingstilskotet blir løyvde til dei regionale helseføretaka over statsbudsjettet. Med unntak av Helse Nord RHF har dei regionale helseføretaka vidareformidla heile potten med tilskotsmidlar til helsefellesskapa, der avgjerdene om kva for nokre prosjekt som skal få tilskot, blir tekne. Dette er i tråd med føringane i oppdraget departementet gav dei regionale helseføretaka i samband med tilskotet i 2024: *«Helsefellesskapene er en arena for samhandling mellom helseforetaket og kommunene og denne arena er dermed egnet for å vurdere og prioritere aktuelle tiltak som gis støtte.»*²²⁸

Dette betyr at Helse Sør-Aust RHF, Helse Midt-Noreg RHF og Helse Vest RHF ikkje har hatt innverknad på kva prosjekt som er valde, og dermed heller ikkje har hatt høve til å sikre at alle dei prioriterte målgruppene blir nådde. I eit intervju peikar Helse Midt-Noreg RHF på at dette gir avgrensa høve til å sjå bruken av midlane og prosjekta i samanheng, og i eit regionalt og nasjonalt perspektiv.

I Helse Nord RHF fekk 18 prosjekt tilskot i den første søknadsrunden. Det regionale helseføretaket peikar på at det på regionalt nivå blei ein ubalanse i prosjektfordelinga mellom dei prioriterte pasientgruppene:

- Ingen prosjekt retta mot barn og unge eller mot fødsels- og barselomsorg fekk midlar.
- Berre tre prosjekt var retta mot psykisk helse.
- Mange prosjekt handla om innføring av digitale verktøy.

I eit intervju stadfestar dei regionale helseføretaka at det finst relativt like prosjekt i alle helsefellesskapa, utan at desse er samordna. Helse Midt-Noreg RHF nemner som eit døme eit prosjekt om pasientforløp for skrøpelege eldre.

Helse Midt-Noreg RHF og Helse Sør-Aust RHF opplyser at dei har gjort helsefellesskapa merksame på at det er finansiert relativt like prosjekt i dei ulike helsefellesskapa, slik at dei kan utveksle erfaringar. Til dømes har Helse Sør-Aust RHF gitt Ahus i oppdrag å opprette eit læringsnettverk om integrerte helsetenester, med deltaking frå sjukehus og kommunar i heile regionen.

Helse- og omsorgsdepartementet har oversikt over alle dei 130 prosjekta som har fått midlar frå rekrutterings- og samhandlingstilskotet per juni 2025.²²⁹ Departementet stadfestar i eit intervju at det ikkje har gjort analysar basert på oversikta, til dømes av om måla med tilskotsordninga blir nådde, eller om det er målgrupper der det manglar prosjekt, men rekrutterings- og samhandlingstilskotet skal evaluerast.

11.8.1 Helse Nord RHF har ein modell for tildeling av tilskot som gjer det mogleg med regional koordinering

Helse Nord RHF har ein annan modell enn dei andre dei regionale helseføretaka, som gir Helse Nord RHF større innverknad på korleis midlane blir fordelte, og moglegheit til å

²²⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024f

²²⁹ Dette går fram av ein oversikt sendt Riksrevisjonen frå Helse- og omsorgsdepartementet 3. desember 2025

koordinere på tvers. I eit intervju viser Helse Nord RHF til at dei har valt modellen fordi forvaltningsansvaret krev at det regionale helseføretaket har styring på store offentlege midlar. Helse Nord RHF får meir rekrutterings- og samhandlingsmidlar enn dei andre tre regionane, sjølv om regionen er klart minst i folketal (jf. faktaboks 17).

Ifølgje Helse Nord RHF inneber forvaltningsansvaret at det regionale helseføretaket må ha eit regionalt overblikk og koordinere helsefellesskapa i regionen, slik at ikkje like prosjekt blir gjennomførte i ulike helsefellesskapsområde. I tillegg gjer denne modellen at Helse Nord RHF kan sørge for ei god fordeling av midlar til prosjekt for dei ulike prioriterte pasientgruppene. Modellen gjer dessutan at midlar kan tildelast større regionale prosjekt på tvers av helsefellesskap. Helse Nord RHF framhevar òg at det regionale helseføretaket kan bidra til erfaringsdeling og læring når det har den totale oversikta over prosjekta i regionen.

11.8.2 Det er for tidleg å seie noko om effekten av rekrutterings- og samhandlingstilskotet

Det var hausten 2025 for tidleg å seie noko om effektar av tilskotet eller om prosjekt som har fått midlar vil overleve og gå over i drift, men ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet skal ordninga evaluerast.²³⁰ Departementet har bedt dei regionale helseføretaka om å rapportere i årleg melding for 2025 på korleis prosjekta er planlagt å gå over i finansiering med ordinære driftsmiddel, i tillegg til vurderingar av effekten av tiltak så langt, læringspunkt og moglegheit for spreiding.²³¹

Det var altså ikkje samanfatta kunnskap om effekten av tiltaka då denne rapporten blei skriven, men spørjeundersøkinga til samhandlingssjefane viser at dei er positive til tilskotet. Det var 17 av dei 19 samhandlingssjefane som meinte at rekrutterings- og samhandlingstilskotet hadde støtta opp under arbeidet til helsefellesskapet.

I intervju trekkjer fleire av dei regionale helseføretaka fram at ein positiv effekt av tilskotet er at det har lagt til rette for dialog og samhandling mellom dei ulike aktørane i helsefellesskapa i den tidlege prosessen med å søkje om midlar og førebu prosjekt.

Helse Nord RHF viser til tilbakemeldingar frå ulike aktørar i regionen om at tilskotet har bidrege til gode diskusjonar, engasjement og mange initiativ lokalt.

Helse Nord RHF peikar òg på at det er positivt at dei fire prioriterte pasientgruppene i helsefellesskapa er særskilt prioriterte, og likeins tenester på områda integrerte tenester, rehabilitering og fødsels- og barselomsorg. Dette er pasientgrupper Helse Nord RHF erfarer kan falle gjennom i prioriteringsdiskusjonar, tenesteutvikling og innovasjonsprosjekt. Det er ofte større merksemd på høgspesialiserte tenester og akutttilbod enn på tiltak retta mot menneske med langvarige og tilbakevendande lidningar.

²³⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024f

²³¹ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024f

11.9 Auka rammefinansiering skal gi større handlingsrom for samhandling

Rekrutterings- og samhandlingstilskotet utgjer berre ein brøkdel av midlane som blir løyvde til spesialisthelsetenestene. I 2026 utgjer dette tilskotet 334,2 millionar kroner, noko som svarer til 0,14 prosent av dei samla løyvingane til dei regionale helseføretaka på 237,4 milliardar kroner.²³²

I *hovudsak* består finansieringa av spesialisthelsetenesta av ein del som er uavhengig av aktiviteten ved sjukehusa (basisløyvinga), og ein del som blir bestemd av kor mange og kva slags pasientar som er behandla (innsatsstyrt finansiering – ISF).

Dei seinaste åra har basisløyvingdelen auka på kostnad av den aktivitetsbaserte delen. Frå 2025 blei ISF-delen redusert frå 40 prosent til 30 prosent i somatikken.²³³ Ifølgje regjeringa er formålet med å auke basisfinansieringa at dei regionale helseføretaka skal få eit større strategisk handlingsrom, mellom anna knytt til samanhengande pasientforløp og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstenesta. Det skal òg bidra til auka merksemd om fag og kvalitet.²³⁴ I eit intervju seier Helsedirektoratet at det er vanskeleg å svare på kva effekt dette har hatt for samarbeidet mellom nivåa.

Innanfor den *aktivitetsbaserte finansieringa* er det element som skal finansiere samhandling i somatikken. Det blir gitt ISF-refusjon for samarbeidsaktivitetar, mellom anna med kommunane, og for teambasert oppfølging.²³⁵

Resultatbasert finansiering (RBF) eit supplement til andre finansieringsordningar, som rammeløyving og ISF. RBF skal stimulere til ønskt tenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering.²³⁶ I statsbudsjettet for 2026 utgjer midlane til RBF (693 millionar kroner) 0,3 prosent av dei samla løyvingane til dei regionale helseføretaka.²³⁷

11.10 Dei regionale helseføretaka har avgrensa verkemiddel for å leggje til rette for samhandling

I kapittel 8.5 beskriv vi korleis kapasiteten og organiseringa i kommunehelsetenesta spelar inn på bruken av spesialisthelsetenester. Samtidig skal dei regionale helseføretaka sørge for at innbyggjarane i regionen får spesialisthelsetenester i tråd med det såkalla sørge-for-ansvaret som følgjer av spesialisthelsetenestelova. Spesialisthelsetenestelova gir òg dei regionale helseføretaka ei plikt til å leggje til rette for nødvendig samarbeid mellom helseføretak og kommunar om å tilby tenester.²³⁸ Alle dei fire regionale helseføretaka uttrykkjer i intervju at god samhandling er viktig for at dei skal kunne vareta sørge-for-ansvaret.

²³² Prop. 1 S (2025-2026), jf. Innst. 11 S (2025-2026)

²³³ Prop. 1 S (2025-2026)

²³⁴ Prop. 1 S (2025-2026)

²³⁵ Helsedirektoratet, 2025e

²³⁶ Helsedirektoratet, 2023c

²³⁷ Prop. 1 S (2025-2026), jf. Innst. 11 S (2025-2026)

²³⁸ Spesialisthelsetenestelova § 2-1 e

Dei regionale helseføretaka rår over avgrensa verkemiddel for å leggje til rette for god samhandling. Dei regionale helseføretaka har styringslinjer inn mot helseføretaka, men ikkje mot kommunane. Det vil seie at dei regionale helseføretaka kan setje i verk tiltak overfor helseføretaka, som å gi dei mål og oppdrag, men dei har ikkje slike verkemiddel overfor kommunane.

Vi har i kapittel 8.5 vist at kapasiteten og organiseringa i dei kommunale helse- og omsorgstenestene har noko å seie for bruken av sjukehusenester. Eit konkret døme på dette er tilfelle der enkeltkommunar har hatt vedvarande utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar, som då blir liggjande på sjukehus. I slike situasjonar har dei regionale helseføretaka avgrensa verkemiddel for å forbetre situasjonen. Helse Sør-Aust RHF peikar på at det då er helseføretaka og kommunane som gjennom samarbeidsavtalane og samhandling har ansvaret for å løyse utfordringane.

Helsefellesskapet er eit viktig verkemiddel for å leggje til rette for samhandling mellom helseføretak og kommunar. Først i 2024 fekk de regionale helseføretaka ei rolle i å støtte opp under helsefellesskapa, og derfor i avgrensa grad har bidrege med styringsdata (sjå òg kapittel 10.2).

I 2024 blei det òg avtalefesta at dei regionale helseføretaka kan inviterast inn til møtearenaene til helsefellesskapa når det er relevant.²³⁹ Det varierer om helsefellesskapa har gjort dette. Helse Midt-Noreg RHF er observatør i alle helsefellesskapa, i partnerskapsmøtet og i strategisk samarbeidsutval. Det regionale helseføretaket har talerett, men ikkje røysterett. Ifølgje Helse Midt-Noreg RHF får det regionale helseføretaket innsikt i sakene som blir tekne opp i helsefellesskapa, gjennom å delta i møta. Det regionale helseføretaket kan komme med innspel og opplyse saker der det er nødvendig. Helse Midt-Noreg RHF uttrykkjer at det har vore veldig nyttig å delta i utvalsmøta.

Helse Nord RHF er invitert som fast observatør i det strategiske samarbeidsutvalet i Helsefellesskap Helgeland, men ikkje i dei andre helsefellesskapa.²⁴⁰

Dei andre regionale helseføretaka har ikkje observatørstatus i nokon av helsefellesskapa, men dei er likevel involverte i helsefellesskapa på ulike måtar. Helse Vest RHF opplyser at det kan bidra med rapportar og styringsdata på førespurnad, men blir i liten grad bede om å bidra inn i helsefellesskapet. Helse Sør-Aust RHF fortel at det regionale helseføretaket «fasiliterer prosesser» der helsefellesskapa arbeider med å identifisere og setje i verk tiltak. Eit døme er arbeidet med reinnleggingar i helsefellesskapet i Østfold.

Eit anna viktig verkemiddel for samhandling er rekrutterings- og samhandlingstilskotet. Som nemnt i 11.8 har tre av dei regionale helseføretaka ingen innverknad på tildelinga og bruken av midlane, medan Helse Nord RHF har ein modell for tildeling som gir dei større innverknad.

²³⁹ Regjeringa & KS, 2024

²⁴⁰ Verifisert referat frå eit intervju med Helse nord RHF 23. september 2025

Dei regionale helseføretaka har likevel nokre verkemiddel for å leggje til rette for samhandling. Dette er nokre av dei viktigaste verkemidla som blir trekte fram av eitt eller fleire av dei regionale helseføretaka:

- regionale nettverk for samhandlingsleiarar, leidde av det regionale helseføretaket, der helseføretaka og dei regionale helseføretaka mellom anna kan dele erfaringar med samhandlingsprosjekt
- vidareformidling av oppdrag og bestillingar frå Helse- og omsorgsdepartementet til helseføretaka, der det er krav om å involvere kommunane, til dømes innanfor rammene av helsefellesskapa
- involvering av kommunane, ved KS, i regionale prosessar der det er relevant, til dømes i arbeid med oppdrag og bestillingar frå departementet. I mai 2025 utarbeidde dei regionale helseføretaka ei rutinebeskriving for korleis dei skal involvere kommunesektoren.²⁴¹
- nettverket Innomed, som skal spreie kompetanse om tenesteinnovasjon. Innomed kan mellom anna hjelpe innovasjonsprosjekt med å kartleggje behov, forankre prosjekt i og mellom organisasjonar, utvikle og implementere tenester og realisere gevinstar. Nettverket får tilskot frå Helse- og omsorgsdepartementet (14,7 millionar kroner i 2026)²⁴², men er eigd og styrt av dei fire regionale helseføretaka i samarbeid med KS. Det er eit krav at prosjekt som skal få rettleiing, må ha eit etablert samarbeid mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta.²⁴³
- tiltak som legg til rette for digital samhandling, til dømes pasienten si legemiddelliste (sjå omtale i kapittel 11.6.1). Legemiddellista skal gjere det mogleg for helsepersonell på tvers av tenesta å få ei samla og oppdatert oversikt over alle legemidla pasienten bruker.
- finansiering av prosjekt og tiltak som er relevante for samhandling: Helse Midt-Noreg RHF har eigne samhandlingsmidlar som skal fremje samarbeidsprosjekt mellom helseføretak og kommunar eller mellom helseføretak. Helse Midt-Noreg RHF opplyser at det regionale helseføretaket sjølv kan styre desse midlane og prioritere mellom prosjekt, i motsetnad til rekrutterings- og samhandlingstilskotet frå Helse- og omsorgsdepartementet.
- styringsinformasjon om og analysar av samhandling: Som omtalt i 9.5 får helseføretaka hjelp av dei regionale helseføretaka med analysar og styringsdata. Det går fram av intervju at dei regionale helseføretaka har gjort dette i ulik grad, og at dei har ulik analysekapasitet. Helse Nord RHF trekkjer fram at dei fram til 2025 har hatt berre to personar i analyseavdelinga, og dermed har hatt avgrensa høve til å hjelpe til med styringsdata. I Helse Vest RHF derimot er det 5–6 personar som jobbar med analysar. I tillegg driftar Helse Førde Samhandlingsbarometeret på vegner av det regionale helseføretaket.

²⁴¹ Verifisert referat frå intervju med Helse Sør-Aust RHF 26. september 2025

²⁴² Prop. 1 S (2025–2026), jf. Innst. 11 S (2025–2026)

²⁴³ [Forside | Innomed](#)

Del 3:

Revisjonskriterium og metodisk tilnærming

12 Revisjonskriterium

12.1 Mål og krav til samhandling

Ansvar for at innbyggjarane får nødvendige helse- og omsorgstenester, er delt mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Med det delte ansvaret følger eit behov for samhandling mellom tenestenivåa. Samhandlinga mellom tenestenivåa er viktig for å nå dei overordna måla for helsetenesta, mellom anna om samanhengande helse- og omsorgstenester og betre bruk av dei samla ressursane.²⁴⁴ Å leggje til rette for gode pasientrelaterte og samfunnsmessige løysingar ved å overføre oppgåver frå spesialisthelsetenesta til dei kommunale helse- og omsorgstenestene er ein sentral del av dette, og eit hovudmål i samhandlingsreforma (*St. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreforma*). Målet om oppgåveoverføring blei understreka i helse- og omsorgskomiteen si behandling av helse- og omsorgstenestelova (Innst. 424 L (2010–2011)).

Kommunane sitt ansvar for helse- og omsorgstenester er regulert i *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Kommunane har ansvar for å sørge for at personar som oppheld seg i kommunen, blir tilbydde nødvendige helse- og omsorgstenester.²⁴⁵ Dette inneber at dei mellom anna har ansvar for førebyggjande tenester, legevakt, heildøgns medisinsk akuttberedskap, fastlegeordning, helsetenester i heimen og sjukeheimar.²⁴⁶

Staten har ansvaret for spesialisthelsetenestene. Dei regionale helseføretaka skal, på vegner av staten, sørge for at innbyggjarane i dei respektive helseregionane blir gitt sjukehustenester og andre spesialisthelsetenester i tråd med spesialisthelsetenestelova.²⁴⁷ Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta når pasienten kan ha nytte av helsehjelpa og den forventa ressursbruken står i eit rimeleg forhold til den forventa nytten.²⁴⁸

Pasienten som blir vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp, har samtidig rett til å få fastsett ein fagleg forsvarleg tidsfrist for når helsehjelpa seinast skal vere påbyrja etter pasient- og brukarrettslova § 2-2 a. Stortinget har slutta seg til måla i Prop. 1 S om ventetider i ulike delar av spesialisthelsetenesta. Sidan 2017 har Stortinget stilt seg bak målet om at ventetida innan somatikken skal reduserast til 50 dagar, gjennom behandling av Prop. 1 S, der målet har vore omtalt.

Ansvarsreglane i lovverket angir rammene for det kommunale og det statlege ansvaret på eit overordna nivå. Det må utarbeidast formålstenlege løysingar basert på lokale føresetnader og behov der det er overlappende grenseflater i oppgåvene til tenestenivåa.²⁴⁹

²⁴⁴Innst. 11 S (2023–2024) jf. Prop. 1 S (2023–2024)

²⁴⁵Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011), og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* § 3-1

²⁴⁶Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011), og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* § 3-2

²⁴⁷Spesialisthelsetenestelova § 2-1 a

²⁴⁸Pasient og brukarrettslova § 2-2 a

²⁴⁹Innst. 424 L (2010–2011) og Prop. 91 L (2010–2011), s. 75

12.1.1 Oppgaver skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå

Både kommune- og spesialisthelsetenestene skal ytast på ein måte som bidreg til at ressursane samla sett blir utnytta best mogleg.²⁵⁰

Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalla LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det vil seie at ein pasient ikkje skal tilvisast til spesialisthelsetenesta dersom kommunehelsetenesta kan gi nødvendig helsehjelp.

For å sikre betre og meir berekraftig ressursutnytting på sikt bør ein større del av veksten i helse- og omsorgstenestene skje i kommunane enn i spesialisthelsetenesta. I samband med behandlinga av helse- og omsorgstenestelova sa helse- og omsorgskomiteen seg samd i at ein større del av pasientforløpa skal overførast frå spesialisthelsetenesta til helse- og omsorgstenesta i kommunane.²⁵¹

Overføringa av oppgaver frå spesialist- til kommunehelsetenesta skal vere fagleg forsvarleg. Kommunen må ha nødvendig utstyr og kompetanse og nødvendige ressursar. Det inneber mellom anna at det må gjerast konkrete forsvarlegvurderingar i kvar enkelt kommune i samarbeid mellom personar med allmenn- og spesialistkompetanse. Dei konkrete oppgåvene som tenestenivåa har etter ansvars- og oppgåvereglane i lovverket, ligg fast, og partane kan ikkje avtale seg bort frå desse.²⁵²

12.1.2 Plikta kommunane har til å tilby døgnopphald til pasientar som treng akutthjelp

For å støtte opp under ei utvikling der større delar av aktivitetane i helsetenesta blir utførte på kommunalt nivå, skal kommunane sørgje for tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for akutthjelp.²⁵³ Når fastlege, legevakt eller andre delar av dei kommunale helse- og omsorgstenestene får pasientar med akutt behov for helsehjelp som ikkje nødvendigvis krev kompetansen til spesialisthelsetenesta, skal ein vurdere om pasienten kan få eit tilbod i kommunen. Dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarleg behandling i kommunen, skal pasienten tilvisast vidare til spesialisthelsetenesta.

Akutthjelp-tilbodet skal bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på ein god og kostnadseffektiv måte, og dermed avlaste nokre av dei ikkje-planlagde innleggingane på sjukehus. I forarbeida presiserer Helse- og omsorgsdepartementet at plikta berre gjeld for dei pasientane som kommunen har høve til å greie ut, behandle eller yte omsorg til.²⁵⁴

²⁵⁰ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 1-1 og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1

²⁵¹ Innst. 424 L (2010–2011), s. 21, jf. Prop. 91 L (2010–2011)

²⁵² Innst. 424 L (2010–2011) jf. Prop. 91 L (2010–2011), s. 328

²⁵³ Helse- og omsorgstenestelova § 3-5 tredje ledd

²⁵⁴ Innst. 424 L (2010–2011) jf. Prop. 91 L (2010–2012), s. 212 og 213

12.1.3 Kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

Kommunen skal frå og med dag éin dekkje utgifter for pasientar som er utskrivingsklare, men som oppheld seg i privat eller offentleg institusjon i spesialisthelsetenesta i påvente av eit kommunalt helse- og omsorgstilbod.²⁵⁵ I *forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter* har Helse- og omsorgsdepartementet uttrykt at formålet med ordninga er at ho skal bidra til betre arbeidsfordeling mellom tenestenivåa i helse- og omsorgstenesta og skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar.²⁵⁶ Ordninga skal bidra til å gi kommunane eit økonomisk insentiv til å etablere tilbod med lågare kostnader enn spesialisthelsetenesta.²⁵⁷ Det føreset at satsen blir sett på eit nivå som er høgt nok til at det ikkje blir meir lønnsamt for kommunen å betale sjukehusa enn å opprette egne tilbod.

Nasjonale kriterium for utskrivingsklare pasientar er fastsette i forskrift.²⁵⁸ Dei må konkretiserast vidare i samarbeidsavtalane mellom kommunane og helseføretaka. Kommunar og sjukehus må samarbeide for å byggje opp under utskrivingsprosessen og avtale samhandlingstiltak retta mot pasientar som har behov for oppfølging etter utskriving, slik at desse pasientane får eit forsvarleg tilbod i kommunen så raskt som mogleg.²⁵⁹

I forarbeida til helse- og omsorgstenestelova framhevar Helse- og omsorgsdepartementet at det er viktig å unngå at ordninga med kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar fører til unødvendige reinnleggingar.²⁶⁰

12.1.4 Rettleiingsplikt

Personell i spesialisthelsetenesta og i dei kommunale helse- og omsorgstenestene har ei gjensidig rettleiingsplikt. Spesialisthelsetenestelova § 6-3 gir helsepersonell som er tilsett i statlege helseinstitusjonar, rettleiingsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Rettleiingsplikta omfattar råd, rettleiing og opplysningar om helsemessige forhold som er påkravt for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse oppgåvene sine etter lov og forskrift.

Personell som yter tenester som er omfatta av helse- og omsorgstenestelova, har ei rettleiingsplikt overfor spesialisthelsetenesta, jf. § 5-11. Plikta inneber at personell skal gi råd, rettleiing og opplysningar om helsemessige forhold som er påkravt for at spesialisthelsetenesta skal kunne løyse oppgåvene sine etter lov og forskrift.

12.1.5 Plikt til samarbeid og samordning

Best mogleg helsetenester og god ressursutnytting føreset samarbeid mellom tenestenivåa.²⁶¹ Dei regionale helseføretaka og kommunane har ei sjølvstendig plikt til å

²⁵⁵ Helse- og omsorgslova § 11-4

²⁵⁶ *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter* § 1-1

²⁵⁷ Innst. 424 L (2010-2011) jf. Prop. 91 L (2010-2011), s. 440

²⁵⁸ *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter* § 9

²⁵⁹ Innst. 424 L (2010-2011) jf. Prop. 91 L (2010-2011), s. 440

²⁶⁰ Innst. 424 L (2010-2011) jf. Prop. 91 L (2010-2011), s. 441

²⁶¹ Innst. 424 L (2010-2011) jf. Prop. 91 L (2010-2011), s. 142, og Ot.prp. nr. 10 (1998-1999)

sørgje for samarbeid med andre tenesteytarar. Det gjeld både der samhandling er nødvendig for å gi pasientar eit heilskapleg og samordna tenestetilbod,²⁶² og på område som ikkje er knytte til behandling eller oppfølging av ein bestemd pasient, men der samarbeid er nødvendig for at tenesteytarar i helsetenesta skal kunne utføre oppgåvene sine etter lov og forskrift.²⁶³

Samhandlinga i helsetenesta skal vere formalisert og forpliktande.²⁶⁴ Kommunane og helseføretaka skal bli samde om rammene for oppgåvefordeling og samarbeid i forpliktande avtalar. Avtalane skal bidra til å nå måla i samhandlingsreforma.²⁶⁵

Helse- og omsorgstenestelova § 6-2 inneheld 13 punkt som eit slikt avtaleverk som eit minimum må omfatte. Mellom anna skal avtalane omfatte retningslinjer for samarbeid i samband med innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Dei skal òg omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som ein reknar med har behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon. Avtalane skal òg innehalde ei konkret beskriving av korleis partane saman skal utvikle og planleggje tenestene.

Det er eit mål at dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta skal ha ein høg grad av samordning.²⁶⁶ Vidare blir planlegging omtalt i kapittel 11 i plan- og bygningslova, helse- og omsorgstenestelova § 3-1 og spesialisthelsetenestelova § 2-1 a.²⁶⁷ Forventningane til felles planlegging av tenestene blei ytterlegare styrkte i 2022 med tilføyinga av kravet i helse- og omsorgstenestelova om at samarbeidsavtalane mellom kommunane og helseføretaka skal innehalde ei konkret beskriving av korleis partane saman skal utvikle og planleggje tenestene.²⁶⁸

12.2 Statleg styring av helse- og omsorgstenestene

12.2.1 Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre seg informasjon om nasjonale mål blir oppnådde, og om korleis dei statlege verkemidla bidreg til måloppnåinga.²⁶⁹ Dette gjeld både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske verkemiddel. Eit viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlege midlar blir brukte effektivt. Departementet skal følgje opp at dei statlege aktørane

²⁶² Spesialisthelsetenestelova § 2-1 e første ledd og helse- og omsorgstenestelova § 3-4 første ledd

²⁶³ Spesialisthelsetenestelova § 2-1 e andre ledd og helse- og omsorgstenestelova § 3-4 tredje ledd

²⁶⁴ Helse- og omsorgstenestelova § 6-1 og spesialisthelsetenestelova § 2-1 e fjerde ledd

²⁶⁵ Innst. 424 L (2010–2011) jf. Prop. 91 L (2010–2011), s. 331

²⁶⁶ Jf. forarbeida til helse- og omsorgstenestelova der behovet for nært samarbeid, dialog, informasjonsdeling og kompetansebygging blei framheva, mellom anna for å etablere ei felles forståing av ansvar og oppgåver. Prop. 91 L (2010–2011), s. 328

²⁶⁷ I *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstenestelova) § 3-1 tredje ledd heiter det: «Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.» I forarbeida til helse- og omsorgslova blei det òg vist til eit behov for langsiktig planlegging for å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringar.

²⁶⁸ Helse- og omsorgstenestelova § 6-2 punkt 12

²⁶⁹ Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og føresegnar om økonomistyring i staten (økonomiføresegnene).

utfører oppgåvene sine i samsvar med dei måla som kjem fram av vedtaka og føresetnadene til Stortinget. Departementet må sørge for at det blir gjennomført evalueringar for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåing og resultat..²⁷⁰ Frekvensen og omfanget av evalueringane skal bestemmast ut frå eigenarten, risikoen og kor vesentleg området er for verksemda.

Helse- og omsorgsdepartementet eig dei vesentlegaste delane av spesialisthelsetenesta gjennom dei regionale helseføretaka og har dermed ansvar for både kvaliteten og kapasiteten til sjukehusstilbod og andre spesialiserte helsetenester.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarleg for å fastsette dei overordna helsepolitiske målsettingane og for å gi dei regionale helseføretaka rammevilkår som gjer det mogleg for dei å setje i verk desse målsettingane..²⁷¹

Departementet utøver styring i føretaksmøte med dei regionale helseføretaka og gjennom krav og løyvingar i helsepolitiske oppdragsdokument. Departementet skal halde seg orientert om verksemda til føretaka og om verksemda blir driven i samsvar med dei krava som er stilte i føretaksmøte, og dei vilkåra som er sette for å tildele løyvingar..²⁷²

12.2.2 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet skal vere ein pådrivar for kunnskapsbasert arbeid, samanstillе kunnskap og erfaringar i faglege spørsmål og opptre fagleg normerande nasjonalt. Etter § 12-5 i helse- og omsorgstenestelova og § 7-3 i spesialisthelsetenestelova skal direktoratet utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar som støttar måla som er sette for helse- og omsorgstenesta. Desse verkemidla er viktige for å sikre høg kvalitet og rette prioriteringar og for å redusere uønskt variasjon.

Helsedirektoratet skal støtte opp under at pasientar, brukarar og pårørande opplever ei samanhengande helse- og omsorgsteneste på tvers av fagområde og forvaltningsnivå..²⁷³ Direktoratet forvaltar verkemiddel som m.a. skal støtte opp under samhandling mellom forvaltningsnivåa, og har verkemiddel retta mot kommunane, mellom anna tilskot.

Direktoratet har òg ansvar for dei nasjonale kvalitetsindikatorane – statistiske indikatorar som skal seie noko om kvaliteten i helsetenesta..²⁷⁴ I tillegg har direktoratet ansvar for å utvikle styringsinformasjon til helsefelleskapa..²⁷⁵

12.2.3 Dei regionale helseføretaka

Dei regionale helseføretaka skal sørge for nødvendig samarbeid mellom helseføretaka innanfor kvart regionale helseføretak, og med andre regionale helseføretak og andre

²⁷⁰ jamfør føresegner om økonomistyring i staten og reglement for økonomistyring i staten § 16.

²⁷¹ Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og føresegner om økonomistyring i staten (økonomiføresegnene).

²⁷² Helseføretakslova § 16 a

²⁷³ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024g

²⁷⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024g

²⁷⁵ Helsedirektoratet, 2025a og Helse- og omsorgsdepartementet, 2025a

tenesteytarar, slik at helseføretaka og dei andre tenesteytarane kan vareta oppgåvene sine etter lov og forskrift, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 e.

Dei regionale helseføretaka har det overordna ansvaret for at den nasjonale helsepolitikken blir sett i verk i helseregionen. Det er helseføretaka som skal drive behandling og andre delar av den utøvande verksemda i spesialisthelsetenesta.²⁷⁶

Formålet med helseføretaka er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn.²⁷⁷

Helseføretakslova § 28 omfattar oppgåvene til styret. Styret skal fastsetje budsjett og planar for verksemda til føretaket.

Styret skal halde seg orientert om verksemda til føretaket. Det skal føre tilsyn med at verksemda blir driven i samsvar med formålet med lova.

12.2.4 Statleg styring av kommunane

Helse- og omsorgsdepartementet skal i avgrensa grad leggje føringar for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Avgrensingar i det kommunale sjølvstyret må ha heimel i lov. Dei mest sentrale statlege verkemidla overfor den kommunale helse- og omsorgssektoren er regulerte i helse- og omsorgstenestelova.

Mål- og resultatstyring er òg ein viktig del av den statlege styringa av kommunesektoren. Det inneber at Helse- og omsorgsdepartementet skal setje nasjonale mål og forventta resultat for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Kommunane skal finne fram til verkemiddel lokalt som vil føre til best mogleg realisering av dei fastsette måla.²⁷⁸

Kommunalkomiteen har trekt fram at lovkravet om kommunalt sjølvstyre betyr at statsforvaltningen ikkje kan pålegge kommunane oppgåver eller plikter i statlege rundskriv, rettleiarar, retningslinjer eller tolkingsfråsegn.²⁷⁹ Slik sett er det lover og forskrifter som er bindande for kommunane. Under behandlinga av Meld. St. 12 (2011–2012) Stat og kommune - styring og samspel peikte kommunal- og forvaltningskomiteen på at kommunesektoren har eit sjølvstendig ansvar overfor sine innbyggjarar for å løyse grunnleggjande oppgåver og yte tenester. Samtidig har staten eit ansvar for å sette kommunesektoren i stand til å løyse oppgåvene til det beste for innbyggjarane, og komiteen framhevar at staten har eit bredt spekter av virkemiddel i styringa av kommunane.²⁸⁰

Kommunane får årleg rammetilskot frå staten til delvis dekning av dei kommunale utgiftene, jf. § 11-5 i helse- og omsorgstenestelova. Tilskota blir fordelte gjennom

²⁷⁶ Sørge-for-ansvaret kan òg oppfyllest gjennom avtalar med private sjukehus og institusjonar, både ideelle og kommersielle, og privatpraktiserande spesialistar.

²⁷⁷ Helseføretakslova § 1

²⁷⁸ Meld. St. 12 (2011–2012) Stat og kommune - styring og samspel

²⁷⁹ Innst. 23 L (2024–2025) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Endringer i sektorlovgivningen for å sikre at oppgaver til kommuner og fylkeskommuner tildeles i lover og forskrifter (tilpasning til kommuneloven).

²⁸⁰ Innst. 270 S (2011–2012) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune - styring og samspel.

inntektssystemet for kommunane. Etter § 11-1 skal kommunen sørge for løyvingar som er nødvendige for å yte tenester kommunen har ansvaret for etter helse- og omsorgstenestelova.

12.2.5 Kommunane sitt ansvar for å sikre god tilvisingspraksis

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova har kommunen det overordna ansvaret for at innbyggjarar i kommunen blir tilbydde legetenester, inkludert fastlegeordninga. Fastlegeordninga er regulert i helse- og omsorgstenestelova. Krava til tilvisingspraksisen til fastlegane går fram av *forskrift om fastlegeordning i kommunene* (fastlegeforskrifta) § 24²⁸¹, der det mellom anna står at

- fastlegen ved behov skal tilvise listeinnbyggjarar til spesialisthelsetenesta og til andre kommunale helse- og omsorgstenester
- fastlegane sine tilvisingar til spesialisthelsetenesta skal støtte fagleg rett oppgåvefordeling og god samhandling mellom behandlingnivåa i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtalar
- tilvisinga skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarleg behandling

Ifølgje fastlegeforskrifta § 7 skal kommunen sørge for at kvalitets- og funksjonskrava som er fastsette i fastlegeordninga, blir overhaldne, jf. krava ovanfor. I merknadene til fastlegeforskrifta presiserer Helse- og omsorgsdepartementet at dette sørge-for-ansvaret inneber at kommunen skal både leggje til rette for og sikre at fastlegane i kommunen overheld desse krava.

12.3 Krav til styring av verksemder som tilbyr helse- og omsorgstenester

Kommunane og dei regionale helseføretaka har ansvar for å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at omfanget og innhaldet i helse- og omsorgstenestene samsvarer med krava som er fastsette i lov og forskrift.²⁸²

Plikta til å planleggje aktivitetane til verksemda inneber mellom anna å innhente tilstrekkeleg informasjon og kunnskap til å kunne planleggje og gjennomføre oppgåvene.²⁸³

Leiinga i verksemdene har i planlegginga av aktivitetane eit ansvar for å ha oversikt over område i verksemda der det er risiko for svikt eller mangel på etterleving av krav frå styresmaktene, og område der det er behov for vesentleg forbetring av kvaliteten på tenesta og pasient- og brukartryggleiken.²⁸⁴

²⁸¹ Referansane til fastlegeforskrifta i denne rapporten gjeld forskrifta som gjaldt inntil ny forskrift tredde i kraft 01.01.2026

²⁸² Spesialisthelsetenestelova § 2-1a tredje ledd og helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd og forskrift om leining og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta

²⁸³ Forskrift om leining og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav b

²⁸⁴ Forskrift om leining og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav d

13 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å kaste lys over problemstillingane i undersøkinga har vi gjennomført dokumentanalysar, intervju og analysar av statistikk og registerdata. Vi har òg gjennomført spørjeundersøkingar blant alle leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene i landet, einingsleiarane for helse og omsorg (i Oslo kommune) og utvalde leiarar i helseføretaka (samhandlingssjefar, leiarar for akuttmottak og leiarar for medisinske avdelingar). Datainnsamlinga byrja i november 2024 og blei avslutta i november 2025.

13.1 I kva grad har ein større del av pasientbehandlinga blitt overført frå spesialisthelsetenesta til dei kommunale helse- og omsorgstenestene?

13.1.1 Korleis har behandlingsskapiteten og bruken av helsetenester i spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene utvikla seg?

Tabell 1 Oversikt over datakjelder for deskriptive indikatorar

Variabel	Tenestenivå	Kjelde
<u>Personell</u>		
Årsverk legar, sjukepleiarar og helsefagarbeidarar	Sjukehus	SSB-tabell 13954
Årsverk legar og sjukepleiarar	Kommunar	SSB-tabell 07944 og 11996
<u>Plassar</u>		
Talet på døgnplassar	Sjukehus	SSB-tabell 13942
Talet på sjukeheimars- og institusjonsplassar	Kommunar	SSB-tabell 11875
<u>Kostnader</u>		
Driftskostnader (inkludert lønnskostnader knytta til somatisk behandling, ikkje administrasjon, utan pensjonskostnader)	Sjukehus	SSB-tabell 14022
Driftskostnader	Kommunar	SSB-tabell 12362 og 12009
<u>Aktivitet/behandling</u>		
Akutte ikkje-kirurgiske liggjedøgn (korttid og langtid), akutte ikkje-kirurgiske kontaktar og planlagde polikliniske konsultasjonar (både kirurgisk og medisinsk, inkludert aktivitet hos avtalespesialistar)	Sjukehus	Norsk pasientregister
Ressursbruk (DRG-poeng)	Sjukehus	Helsedirektoratet SAMDATA
Talet på fastlegekonsultasjonar	Kommunar	SSB-tabell 10141 og 09535
Talet på brukarar av helsetenester i heimen og i bustad m/fast bemanning	Kommunar	SSB-tabell 12292
Talet på brukarar av korttidsplass / tidsavgrensa opphald i institusjon	Kommunar	SSB-tabell 11642 og 06971
Talet på brukarar av omsorgsbustad eller langtidsopphald i institusjon	Kommunar	SSB-tabell 11642
Innbyggjarar på 80 år og eldre som bruker helsetenester i heimen eller opphald på institusjon	Kommunar	SSB-tabell 12009

For å undersøkje utviklinga frå 2015 til 2024 har vi teke utgangspunkt i aggregert statistikk frå Statistisk sentralbyrå (SSB) og Helsedirektoratet (Norsk pasientregister) om utviklinga i kapasitet og forbruk i helsetenesta.

Undersøkinga inkluderer dei 20 helseføretaka som driv med pasientbehandling, og alle dei private, ideelle sjukehusa som har driftsavtale med dei regionale helseføretaka. Private avtalespesialistar er inkludert for polikliniske konsultasjonar.

Vi har i hovudsak sett på ulike alderskategoriar av eldre, det vil seie personar over 80 år og over 67 år der dette er relevant.

Kostnadene er ikkje prisjusterte fordi formålet primært er å samanlikne utviklinga i spesialisthelsetenesta med utviklinga i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Haram er utelaten fordi kommunesamanslåingar gjer det umogleg å lage tidsseriar utan avbrot.

13.1.2 Kva konsekvensar vil det få om denne utviklinga held fram?

Datasettet omtalt ovanfor, har vi òg brukt til å berekne

- (1) kor mykje kapasiteten i sjukehusa må auke fram mot 2040 og 2050 dersom dagens praksis held fram
- (2) kor stor del av kapasiteten som kan frigjerast til andre pasientar med høgare prioritet

(1) Kor mykje må kapasiteten auke?

Vi har gjort ei framskriving av kor mykje kapasiteten i sjukehusa må auke framover dersom innbyggjarane i kommunane held fram med same bruken av spesialisthelsetenester som i 2024. Som ein del av denne analysen har vi teke utgangspunkt i mellomalternativet i SSB-tabell 14288 om framskriven folkemengd.

I berekningane føreset vi

- at samhandlingsmønsteret mellom helseføretaka og kvar enkelt kommune blir vidareført
- at kommunane vil ha behov for same mengd spesialisthelsetenester som i 2024, korrigert for utvikling i alder – altså at ein 80-åring i 2040 har same bruken av sjukehustenester som ein 80-åring i 2024
- at det ikkje blir gjennomført andre tiltak som reduserer bruken av helsetenester

(2) Kor mykje av kapasiteten kan frigjerast?

Vi har òg gjort berekingar som kan indikere kor mykje av kapasiteten ved sjukehusa som kan frigjerast dersom den firedelen av kommunane som har flest akutte kontaktar, reduserer forbruket sitt til nivået til den kommunen som ligg høgast blant dei andre kommunane (75-persentil).

Desse berekningane føreset at ulik «sjukelegheit» (som er ein viktig faktor) ikkje er ei forklaring på skilnader i forbruk av sjukehusstenester, og at innbyggjarane vil ha det same behovet for behandling i framtida. Det gjer at resultatane av analysane er eit grovt og usikkert anslag.

Berekningane tek utgangspunkt i bruken av spesialisthelsetenester i ulike aldersgrupper i kvar enkelt kommune i 2024. I rapporten vises fleire figurar som viser skilnader i bruken av sjukehusa mellom kommunane i same opptaksområde. Andre figurar viser skilnader mellom helseføretaka. Felles for figurane er at berekningane av innbyggjaranes bruk av spesialisthelsetenester blir registrerte på den kommunen dei bur. Den samla bruken av spesialisthelsetenester til innbyggjarane i ein kommune blir registrerte på det lokale sjukehuset og det tilhøyrande helseføretaket, sjølv om innbyggjarane kan ha blitt behandla på andre sjukehus, andre helseføretak eller hos private avtalespesialister.

13.1.3 Kva kan henge saman med bruken av spesialisthelsetenester mellom kommunar?

Både demografi og sjukdomsutbreiding, og andre faste kommunale forhold kan påverke etterspørselen etter både kommunale helsetenester og spesialisthelsetenester. Vi har derfor brukt lineære regresjonanalysar for å undersøke moglege sammenhengar. Vi har gjort eitt sett analysar for akutte kontaktar, eitt sett for akutte korttidsliggjedøgn og eitt sett for planlagde polikliniske konsultasjonar. Berekningane inkluderer ikkje kontaktar innanfor kirurgi.

Vi har fått innspel frå professor Terje P. Hagen ved Universitetet i Oslo i samband med design av modell og tolking av resultat.

Variablane er knytte til kjenneteikn ved kommunane og til kapasitet og organisering i kommunane. I tillegg har vi nytta kjende kontrollvariablar som ifølgje forskning har innverknad på forbruket av sjukehusstenester. Vedlegg 2 inneheld ei liste over variablane som er nytta i regresjonen, og det forskingsfaglege grunnlaget dei er baserte på.

Populasjon

Vi har avgrensa analysane til den eldre populasjonen, fordi denne aldersgruppa utgjer ein stadig større del av folketalet og står for eit stort volum av bruken av helsetenester både i kommunane og på sjukehusa. Å få til god samhandling for denne gruppa og sørge for at ho i størst mogleg grad blir behandla på lågaste effektive omsorgsnivå, vil derfor vere svært viktig. Eldre innbyggjarar er òg definert som ei spesielt sårbar pasientgruppe som det er viktig å samhandle godt om. Det blei gjennomført separate regresjonsanalysar for pasientgruppene «67 år og eldre» og «80 år og eldre».

Avhengig variabel: sjukehusforbruk i kommunane

Det finst fleire måtar å måle forbruk av sjukehusstenester på. Vi har brukt data frå Norsk pasientregister (NPR) og laga tal på sjukehusforbruk blant innbyggjarane i kvar kommune uavhengig av kor behandlinga har funne stad.

Vi har nytta dei følgjande variablane som mål på sjukehusforbruk.

- akutte kontaktar på alle omsorgsnivå (døgn, dag og poliklinikk).²⁸⁵
- liggjedøgn ved akutte opphald på mindre enn fire dagar (heretter: korttidsliggjedøgn). – operasjonalisert som summen av talet på døgn i eit sjukehusopphald som er definert som døgnopphald, for innleggingar som har ei liggjetid på tre eller færre dagar. Ifølgje Samhandlingsbarometeret er det blant desse pasientopphalda det er størst sannsyn for at kommunane kan handtere pasientane sjølv, i staden for at pasientane blir innlagde på sjukehus.²⁸⁶
- planlagde polikliniske konsultasjonar – operasjonalisert som talet på planlagde polikliniske konsultasjonar inkludert sjukehusopphald og aktivitet hos avtalespesialistar.

Kirurgiske opphald eller konsultasjonar er ikkje inkluderte i tala på akutte kontaktar og liggjedøgn, men opphald som er koda verken som kirurgiske eller medisinske opphald er inkluderte (av nokre kalla «blanke» DRG-ar).

Når det gjeld planlagde polikliniske konsultasjonar er både kirurgi og medisin inkludert, fordi det ikkje er mogleg å skilje dette ut i tala som gjeld avtalespesialistar i vårt datamateriale.

Variablar i regresjonsmodellane: uavhengige variablar

Ei full liste over variablane vi har med i regresjonsmodellane, er lagd ved i vedlegg 3. Kva variablar som er med, er i stor grad basert på ei vurdering av forskning som ligg føre, sjå vedlegg 4.

Dei uavhengige variablane våre seier noko om kapasiteten og organiseringa i kommunehelsetenesta. Dette er variablar som er knytte til kapasiteten i og talet på brukarar av heimetenesta, omsorgsbustader, sjukeheim/institusjon og kommunalt akutt døgntilbod, og til organiseringa av legevakta og talet på fastlegar i kommunen, rekna per 1 000 innbyggjarar.

Vi er interesserte i å undersøke korleis ulike delar av den kommunale helsetenesta heng saman med forbruket av spesialisthelsetenester. Sidan både demografi og sjukelegheit, og andre faste kommunale forhold vil kunne påverke etterspurnaden etter både kommunale helsetenester og spesialisthelsetenester, vil dei deskriptive ratane ikkje gi eit dekkande bilde av korleis kommunal- og spesialisthelsetenesta kan henge saman.

For å kunne seie noko om korleis kommunale eigenskapar forklarar forbruket av spesialisthelsetenester, har vi i regresjonsanalysen vår derfor kontrollert for ei rekkje andre forhold som ifølgje forskning er viktige forklaringsfaktorar for sjukehusforbruk. Den viktigaste forklaringsfaktoren er komorbiditetar/sjukdomsbyrde, som seier noko om omfanget av alvorlege diagnosar i befolkninga. Dødelegheit, talet på åleinebuande eldre,

²⁸⁵ Kontaktar hos skadelegevakten i Oslo og Bergen er utelatt, sjølv om denne aktiviteten er organisert som ein del av spesialisthelsetenesta. Dette for å sikre sammenliknbarhet sett opp mot sjukehusforbruket i andre kommunar.

²⁸⁶ Samhandlingsbarometeret, u.å.

delen eldre, kvinner, innvandrarbefolkning og median månadslønn er demografiske variablar som inngår i analysen. I tillegg er reisetid til nærmaste sjukehus og om kommunen er vertskommune for sjukehus, viktige variablar når det gjeld sjukehusforbruk.

Modellspesifikasjonar

For å estimere samanhengen mellom dei uavhengige og dei avhengige variablane har vi køyrt lineære regresjonsmodellar på paneldata med kommune-år som observasjonseining. Åra i datasettet går frå 2015 til 2024, og vi har teke høgd for kommunesamanslåingar ved å berekne variablane for 2024-kommunar for alle åra. Totalt blir det 3560 observasjonar. Der den avhengige variabelen varierer over tid internt i kvar kommune, har vi estimert ein regresjonsmodell med faste effektar på kommunenivå og år. Vidare har vi berekna standardfeil som er klyngjekorrigerte på kommunenivå, og som tek høgd for heteroskedastisitet. Regresjonsmodellen for desse variablane er dermed:

$$u_{it} = \alpha + \beta f_{it} + \gamma k_{it} + \delta_j \text{kommune}_i + \lambda_t D_t + \epsilon_{it}$$

For kommune i i år t , og der u_{it} er utfallsvariabelen, f_{it} er forklaringsvariabelen, k_{it} er ein vektor av kontrollvariablar, δ , og λ er koeffisientvektorar for dei faste effektane av kva for eit helseføretak kommunen tilhøyrer, og år. Kommune_i er ein vektor av dummies for kvar kommune (bortsett frå ein referansekommune), og D_t er ein vektor av år-dummies (bortsett frå referanseår).

Dei uavhengige variablane vi har sett på med denne modellen, er talet på brukarar av helsetenester i heimen, talet på brukarar av langtidsopphald i institusjon, talet på sjukeheimplassar, talet på brukarar av omsorgsbustad, talet på brukarar av tidsavgrensa opphald og talet på tidsavgrensa plassar i institusjon.

For dei uavhengige variablane som ikkje varierer internt i kvar kommune frå år til år, har vi brukt ein liknande modell, men der har vi ein fasteffekt på helseføretaksnivå, i tillegg til år. Denne modellen kan vi skrive som

$$u_{it} = \alpha + \beta f_{it} + \gamma k_{it} + \delta_j HF_i + \lambda_t D_t + \epsilon_{it}$$

Her er HF_i ein vektor av dummies for helseføretaka (bortsett frå eit referanse-HF) der helseføretaket til kommune i er 1 og dei andre er 0.

Viktige atterhald

Helsesektoren er eit komplekst felt der mange forhold spelar inn på forbruket av helsetenester. Det er ei utfordring å seie noko om samanhengen mellom bruken av sjukehustenester og tilbodet av ulike kommunale helsetenester sidan det er fleire forhold ved kommunane som vil påverke begge delar. Dette må vi ta høgd for i modellane.

For å gjere det har vi spesifisert ei rekkje kontrollvariablar som tidlegare forskning har vist er relevante for sjukelegheita til dei aldersgruppene som inngår i populasjonen. I tillegg vil både praksisen i helseføretaka og årsspesifikke sjukdomsmønster ha innverknad på bruken på begge tenestenivå.

Det er to grunnar til at vi likevel ikkje kan seie heilt sikkert at vi har estimert ein kausal samanheng mellom forklarings- og utfallsvariablar. Sjølv om vi har brukt ei rekkje variablar til å kontrollere for sjukelegheita i befolkninga, vil vi ikkje ha kontrollert for alt. Med utgangspunkt i forkinga vi har lagt til grunn for å finne desse kontrollvariablane, trur vi likevel at vi har kunna kontrollere for ein vesentleg del av sjukelegheita.

Ei anna utfordring er at det vil vere andre forhold ved kommunen enn sjukelegheit som kan påverke bruken av helsetenester på både sjukehus- og kommunenivå. Til dømes vil dei andre helse- og omsorgstenestene i kommunen kunne påverke begge delar. For å ta høgdom for dette har vi inkludert års- og kommunedummies i modellen for å estimere faste effektar på kommunenivå. Dette vil òg ta høgdom for dei faste effektane av praksisen til helseføretaka og andre forhold som er spesifikke for kommunane.

13.2 Problemstilling 2: I kva grad samhandlar tenestenivåa ved å overføre pasientar mellom seg?

For å svare på denne problemstillinga har vi brukt deskriptiv statistikk som bidreg til å kaste lys over utviklinga for ein del indikatorar for kvaliteten på den faktiske samhandlinga. Vi har òg undersøkt om det er variasjon mellom helseføretak og mellom kommunane for ein del utvalde indikatorar. Ein del av statistikken er offentleg tilgjengeleg via nettsidene til Helsedirektoratet eller Samhandlingsbarometeret, men for nokre analysar har vi brukt uttrekk frå Norsk pasientregister.

For å undersøkje i kva grad pasientane får planlagde konsultasjonar i spesialisthelsetenesta innan rimeleg tid, bruker vi tre indikatorar på ventetid frå Folkehelseinstituttet:

- ventetid for nytilviste pasientar
- fristbrot (som gjeld nytilviste pasientar)
- delen av planlagde kontaktar som har passert planlagd tid

For å finne ut i kva grad kommunane tek imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa, har vi nytta den følgjande indikatoren:

- talet på overliggjardøgn (kjelde: Norsk pasientregister)

For å undersøkje i kva grad pasientane får eit døgntilbod for akutthjelp i kommunane, har vi nytta den følgjande indikatoren:

- talet på akutte korttidsinnleggingar (0–3 dagar, medisinsk DRG) per 1 000 innbyggjarar (datakjelde: Norsk pasientregister)

13.3 Problemstilling 3: I kva grad samhandlar tenestenivåa på ein gjensidig og forpliktande måte for å utnytte dei samla ressursane best mogleg?

For å svare på problemstilling 3 har vi brukt dokumentanalyse, intervju og spørjeundersøkingar. Datainnsamlinga gjekk føre seg i to etappar:

- 1) **Djupneundersøking:** Vi gjennomførte først ei djupneundersøking i to helsefellesskap, der vi samla inn data ved hjelp av intervju og dokumentanalyse
- 2) **Breiddeundersøking:** Deretter samla vi inn data frå alle kommunane, helseføretaka og dei regionale helseføretaka. Vi brukte funna frå djupneundersøkinga til å utarbeide spørjeundersøkingar til kommunane og helseføretaka. Desse supplerte vi med intervju og ein dokumentanalyse. Før vi intervjuar dei regionale helseføretaka, gjennomførte vi ein dokumentanalyse av utviklingsplanane deira, nettsider om samhandling, oppdragsdokument og relevante styresaker.

13.3.1 Djupneundersøking i to helsefellesskap

Vi gjennomførte djupneundersøkingar i to helsefellesskap: Østfold og Troms og Ofoten. Det var fleire utvalskriterium:

- geografisk ulikskap - eitt helsefellesskap i nord og eitt i sør
- ulikskap i talet på kommunar og sjukehus som inngår i helsefellesskapet
- læring for andre helsefellesskap - helsefellesskapet skulle ha komme lenger enn dei andre i regionen og skulle bli rekna for å vere eit godt døme som andre kan lære av

Vi samanlikna helsefellesskapa i kvar region ved å analysere nettsidene til helsefellesskapa, handlingsplanane deira, referat frå møte i strategisk samarbeidsutval og kartlegginga Rambøll har gjort av helsefellesskapa²⁸⁷.

Basert på utvalet vårt av helsefellesskap valde vi ut fire kommunar i kvart helsefellesskap. For å få spreiding i utvalet valde vi kommunane ut frå dei følgjande kriteria:

- kommunar med få/mange korttidsinnleggingar på sjukehus
- kommunar med få/mange utskrivingsklare pasientar
- deltakar / ikkje deltakar i pilotprosjekt, helsehus m.m. knytt til samhandling (unnateke helseteknologi)
- små/store kommunar
- kort/lang veg til nærmaste sjukehus

Alle kommunane i kvart av utvala høyrer til det same sjukehuset. Formålet var å kaste lys over faktorar som kan forklare at ein kommune har eit godt samarbeid med sjukehuset medan ein annan ikkje har det.

²⁸⁷ Rambøll Management Consulting, 2024

Dokumentanalyse i djupneundersøkinga

Vi analyserte relevante dokument frå dei aktuelle helsefellesskapa, sjukehusa og helseføretaka. Følgjande dokument er gjennomgått

- for to helsefellesskap:
 - årlege handlingsplanar for dei åra helsefellesskapa har eksistert
 - referat frå partnerskapsmøtet og møtereferat frå strategisk samarbeidsutval og faglege samarbeidsutval
- for to helseføretak:
 - utviklingsplanar
 - utvalde døme på samhandlingsprosjekt («gode døme»)
 - årlege meldingar og årsrapportar (delar som omhandlar samhandling)
- for åtte kommunar:
 - samfunnsdelen i kommuneplanen²⁸⁸
 - helse- og omsorgsplanen til kommunen (eller tilsvarande, om kommunen har dette)
 - eventuelle økonomiplanar eller andre langtidsplanar
 - samarbeidsavtalar mellom helseføretak og kommunar (avgrensa til å undersøkje om det står noko om felles planlegging – berre aktuelt for avtalar som er reviderte etter 2022)

Intervju i djupneundersøkinga

Basert på dokumentgjennomgangen valde vi ut to av dei fire kommunane i kvart helsefellesskap til intervju. Vi intervjuar

- leiarane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene i fire kommunar:
 - Sarpsborg og Fredrikstad (Helsefellesskapet Østfold)
 - Lyngen og Tromsø (Troms og Ofoten helsefellesskap)
- den øvste leiinga i helseføretaka Sjukehuset i Østfold HF og Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF
- leiarar av relevante medisinske og akuttmedisinske avdelingar i helseføretaka Sjukehuset i Østfold HF og Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, totalt 4 intervju
- sekretariata for Helsefellesskapet Østfold og Troms og Ofoten helsefellesskap
- fastlegar som er medlemmer av fastlegeutvala i Helsefellesskapet Østfold og Troms og Ofoten helsefellesskap

²⁸⁸ Nasjonal helse- og samhandlingsplan framhevar følgjande: «Kommuneplanens samfunnsdel skal gi retning til utviklingen av lokalsamfunnet og bidra til at nasjonale og regionale mål tilpasses lokale forhold. God lokal samfunnsplanlegging er en forutsetning for å lykkes med å utvikle trygge og gode lokalsamfunn. En viktig del av dette er å legge til rette for gode og tilpassede helse- og omsorgstjenester.» (s. 124)

Formålet med intervjuet med disse aktørane var todelt: for det første å få informasjon om status for og utfordringar knytte til samhandling, og for det andre å få informasjon som kunne brukast til å utvikle ei nasjonal spørjeundersøking til desse gruppene av leiarar.

Referata frå intervjuet med den øvste leiinga i helseføretaka og i kommunane er verifiserte. Intervjuet på lågare nivå blei brukte som grunnlag for å utarbeide spørsmål i spørjeundersøkinga.

13.3.2 Breiddeundersøking: dokumentanalyse, spørjeundersøkingar og intervju

Dokumentanalyse av arbeidet i helsefellesskapa

Vi brukte Nvivo til dokumentanalysen og har gått gjennom følgjande dokument for alle helsefellesskapa:

- handlingsplanar for 2023 og 2024
- samarbeidsavtalar

Formålet var å få oversikt over status for arbeidet i helsefellesskapet, mellom anna helsefellesskapa si felles planlegging og utvikling av tenester og konkrete tiltak. I oktober 2025 innhenta vi informasjon om status for handlingsplanane til helsefellesskapa, mellom anna for å få med i analysen vår ei oversikt over tidsperspektivet for handlingsplanane som blei publiserte i 2025.

Dokumentanalyse av kommunale planar

Dokumentanalysen blei gjort ved bruk av Nvivo, i tillegg til ein søkjeapplikasjon utvikla i programvara R.

For 58 tilfeldig utvalde kommunar har vi gått gjennom

- samfunnsdelen i kommuneplanen, for å sjå etter om felles planlegging med spesialisthelsetenesta/sjukehus/helseføretak er nemnt
- gjeldande økonomiplanar per september/oktober 2025
- kommunale helse- og omsorgsplanar som var vedtekte i 2023 eller seinare, totalt 21 planar²⁸⁹

Formålet med gjennomgangen var å sjå om kommunane omtalte omsynet til spesialisthelsetenesta. Nøkkelorda vi søkte etter som omhandlar samhandling, inkluderer ulike variantar av utskrivingsklar*, kommunalt akutt døgntilbod / KAD / ØHD, legevakt*, samhandling*, akuttinnlegging*, sjukehus, helseføretak, HF og poliklinisk*.

Dokumentanalyse av utviklingsplanane og tertialrapportane til helseføretaka

For helseføretaka såg vi på

²⁸⁹ Vi valde ut planar som var frå 2023 eller seinare, fordi lovkravet om felles planlegging kom i 2022.

- utviklingsplanar: ordsøk på utvalde tema i planane (til dømes samhandling, helsefellesskap, framskriving, utskrivingsklare, felles planlegging og KAD)
- tertialrapport for andre tertial for fem utvalde helseføretak for å sjå kva slags styringsinformasjon desse rapportane inneheldt

Dokumentanalyse av utviklingsplanane, oppdragsdokumenta og tertialrapportane til dei regionale helseføretaka

For alle dei regionale helseføretaka såg vi på

- regionale utviklingsplanar i perioden 2022/2023–2026
- oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet, først og fremst frå 2024–2025
- nettsidene til dei regionale helseføretaka som omtaler samhandling
- tertialrapportar for andre tertial 2025 for å sjå kva slags styringsinformasjon desse rapportane inneheldt som er relevant for samhandling, til dømes tal på utskrivingsklare pasientar med overliggjardøgn og ventetid.

Intervju

I tillegg til intervjua i djupneundersøkinga har vi intervjua samhandlingsansvarlege/direktørar, fagdirektørar og tilsette i analyseavdelinga i dei fire regionale helseføretaka.

Intervju med samhandlingsansvarlege/direktørar, fagdirektørar og tilsette i analyseavdelinga omhandla i hovudsak dei regionale helseføretaka sitt arbeid med samhandling, styringsdata og langsiktig planlegging, basert på dokumentanalysen.

Formålet med desse intervju var mellom anna å få informasjon som kunne supplere dokumentanalysen av sentrale dokument frå dette nivået.

I tillegg var formålet å få oversikt over dei regionale helseføretaka si rolle og involvering i arbeidet til helsefellesskapa. Alle referata frå desse intervju er verifiserte.

13.3.3 Spørjeundersøkingar

Vi har samla inn data gjennom spørjeundersøkingar som vi har sendt til (talet på svar (N) og svarprosenten står i parentes):

- dei kommunale helse- og omsorgsleiarane og einingsleiarar for helse og omsorg i Oslo kommune (N = 301, 81 prosent)
- samhandlingssjefane i helseføretaka (N = 19, 100 prosent)
- avdelingsleiarane for relevante medisinske avdelingar på alle sjukehusa (N = 121, 75 prosent)
- avdelingsleiarane for akuttmottaka på alle sjukehusa (N = 61, 79 prosent)

Inndelinga i avdelingar etter fagområde varierer mellom sjukehusa. Når vi var usikre på kva for nokre medisinske avdelingar som behandlar eldre pasientar, avklarte vi med sjukehusa kva leiarar som skulle svare på undersøkinga.

Alle spørjeundersøkingane inneheldt spørsmål om erfaringar med helsefellesskapet.²⁹⁰ Elles varierte det etter mottakaren om spørsmåla dreidde seg om akuttinnleggingar, polikliniske konsultasjonar, bruk av KAD eller utskrivingsklare pasientar.

Spørjeundersøkingane blei gjennomførte etter at store delar av dokumentanalysen og intervjuva var gjorde. Gjennom spørjeundersøkingane kunne vi teste ut om tendensar og fellestrekk frå intervjua og dokumentanalysen var relevante for heile respondentgruppa.

Distribusjonen av spørjeundersøkingane blei gjord på følgjande måte:

- Undersøkinga til dei kommunale helse- og omsorgsleiarane og einingsleiarar for helse og omsorg i Oslo kommune blei send på e-post til postmottaket til kommunen/bydelen, med oppmoding om at han blei vidaresend til den rette leiaren.
- Undersøkinga til avdelingsleiarar på sjukehus blei send direkte til leiarane.
- Undersøkinga til samhandlingssjefane blei send direkte til sjefane. Personvernomsyn gjorde at vi ikkje sende undersøkinga direkte til dei kommunale helse- og omsorgsleiarane og einingsleiarar for helse og omsorg i Oslo kommune.

Fråfallsanalysane viser at det ikkje er nokon systematiske skilnader mellom dei som har svart på undersøkingane, og dei som ikkje har gjort det.

13.3.4 Sekundærlitteratur

Vi har brukt relevant sekundærlitteratur som omhandlar helsefellesskap og samhandling. Vedlegg 4 inneheld ei oversikt over litteratur som er brukt i regresjonsanalysen.

13.4 Problemstilling 4: I kva grad bidreg statlege verkemiddel til samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta til å sikre heilskapelege pasientforløp og ei berekraftig utvikling av tenestene?

For å svare på denne problemstillinga har vi gått gjennom ulike dokument som gjer greie for statlege verkemiddel, og gjennomført intervju:

- rapportar om samhandling frå Helsedirektoratet, Riksrevisjonen og andre aktørar
- stortingsmeldingar og utgreiingar som omhandlar samhandling

²⁹⁰ Spørjeundersøkinga til dei kommunale helse- og omsorgsleiarane og einingsleiarar for helse og omsorg i bydelane i Oslo blei gjennomførte saman med Riksrevisjonen si undersøking av berekraft og kvalitet i eldreomsorga og inneheldt derfor ein del spørsmål som undersøkinga vår ikkje nyttar.

- regjeringa sine nettsider om verkemiddel som er inkluderte i denne undersøkinga, til dømes Ventetidsløftet og rekrutterings- og samhandlingstilskotet
- oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka og tildelingsbrev frå departementet til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet

I tillegg har vi gjennomført i intervju med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Tema i intervjuet med Helsedirektoratet var mellom anna arbeidet til direktoratet med

- styringsdata og kunnskapsgrunnlag som er relevante for samhandling
- verkemiddel innanfor samhandling, til dømes helsefellesskapa, betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar og KAD

Tema i intervjuet med Helse- og omsorgsdepartementet var

- utskrivingsklare pasientar og betalingsplikta
- kommunale akutte døgnplassar
- tilvisingspraksisen til fastlegane
- helsefellesskapa og felles planlegging
- styringsinformasjon og rapportering om samhandling
- rekrutterings- og samhandlingstilskotet

Statlege verkemiddel var tema i intervju med dei regionale helseføretaka òg, som er omtalte i kapittel 17.3.2.

Referata frå alle intervju er verifiserte.

14 Referanseliste

Intervju og brev

- Verifisert referat frå intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 14. november 2025
- Verifisert referat frå intervju med Helsedirektoratet 21. oktober 2025
- Verifisert referat frå intervju med Helse Nord RHF 23. september 2025
- Verifisert referat frå intervju med Helse Vest RHF 24. september 2025
- Verifisert referat frå intervju med Helse Midt-Noreg RHF 25. september 2025
- Verifisert referat frå intervju med Helse Sør-Aust RHF 26. september 2025
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026). Tilbakemelding frå Helse- og omsorgsdepartementet på utkast til forvaltningsrevisjonsrapport om Riksrevisjonens si undersøking av samhandling for eit berekraftig helsevesen. Brev til Riksrevisjonen, 22. februar 2026.

Undersøkingar, utgreiingar og fagrapportar

- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Frosta kommune. (2024). *Kommunedirektørens forslag til budsjett 2025. Økonomiplan 2025-2028*. <https://www.frosta.kommune.no/f/p4/i3b4a7530-4c20-4895-af0c-3511caaf241f/kommunedirektorens-forslag-til-budsjett-2025-og-okonomiplan-2025-2028.PDF>
- Helse Nord, Helse Midt-Noreg, Helse Sør-Aust & Helse Vest. (2023). *Framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester*. [framskrivningsmodell-for-somatiske-spesialisthelsetjenester.pdf](https://www.helse.no/ramskrivningsmodell-for-somatiske-spesialisthelsetjenester.pdf)
- Helsefelleskapet Ahus og kommunane. (2025). *Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport*. [250423-Sluttrapport-Integrerte-helsetjenester.pdf](https://www.ahus.no/250423-Sluttrapport-Integrerte-helsetjenester.pdf)
- Helsetilsynet. (2024). *Rapport fra tilsyn med Tromsø kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge - utskrivningsklare pasienter med liggjedøgn 2022*. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/troms-og-finnmark/2022/tromsoe-kommune-og-universitetssykehuset-nord-norge-tilsyn-med-utskrivningsklare-pasienter-med-liggedoegn-2022/>
- Helsedirektoratet. (2017). *Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester*. [Hdir Rapportmal-gjeldende](https://www.helse.no/hdir-rapportmal-gjeldende)
- Helsedirektoratet. (2019a). *Utredning om felles framskrivningsverktøy for kommuner og helseforetak*.

- Helsedirektoratet. (2021a). *Helsedirektoratets rapportering på status for status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. [Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2022*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-for-kommunalt-dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-2022>
- Helsedirektoratet. (2023b). *Rapportering fra kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet til Kommunalt pasient og brukerregister*. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/rapportering-fra-kommunal-oyeblikkelig-hjelp-dognenhet-til-kommunalt-pasient-og-brukerregister>
- Helsedirektoratet. (2023c). *TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester.pdf/_/attachment/inline/68ead618-3ad4-4c80-9542-2f66c6cf9f66:645857a6c5940699ab68f8ed2bcded816aa30904b/Rapport_HOD_SAMFI_N.pdf
- Helsedirektoratet. (2025c). *Sluttrapport for prosjekt MILA3*. [Sluttrapport spredning-DHO MILA3-V.1.pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2025e). *Innsatsstyrt finansiering 2026. ISF-regelverk*. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/isf-filer/isf-regelverk-2026.pdf/_/attachment/inline/28e68095-70c3-4ee0-828e-72019d83d4a1:03ed7d2f8cbd6ce04a78065078bb75fb3053f48e/ISF-regelverk%202026.pdf
- Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Regional utviklingsplan 2023-2026*. <https://www.helse-midt.no/49d50f/siteassets/documents/2023/regional-utviklingsplan--2023-2026.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten: Ekspertutvalgets rapport*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/?ch=6#id0354>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025f). *Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/3f6c3d6a6fca4d3a82e596ea9dd399d9/no/pdfs/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisth.pdf>
- Helsetilsynet. (2024). *Fragmentert og spesialisert - Hva vet tilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten? Rapport fra Helsetilsynet*. [Fragmentert og spesialisert - Hva vet tilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten? | Helsetilsynet](#)
- Lyngen kommune. (2023). *Sektorplan helse og omsorg 2023-2033*. [Sektorplan helse og omsorg 2023-2033.pdf](#)

- NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus. Styling, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
- Rambøll Management Consulting. (2024). *Kartlegging av status for helsefellesskapene*.
<https://www.ks.no/contentassets/0509e2fe14ce45d38f90e76d0d34fdeb/KS-Helsefellesskap-juni-2024.pdf>
- Riksrevisjonen. (2016). Dokument 3:5 (2015–2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Riksrevisjonen. (2017). Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
- Riksrevisjonen. (2018). Dokument 3:4 (2017–2018). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten.
- Riksrevisjonen. (2023). Dokument 3:1 (2023–2024). Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget.
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2023-2024/dokument-3-1-20232024.pdf>
- Riksrevisjonen. (2024). Dokument 3:12 (2023–2024). Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene.
- Riksrevisjonen. (2025a). Dokument 3:3 (2025–2026). Riksrevisjonen si undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten.
- Riksrevisjonen. (2025b). Dokument 3:5 (2024–2025). Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser.
- Riksrevisjonen. (2025c). Dokument 3:1 (2025–2026). Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget.
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2025-2026/oppfolgingavforvaltningsrevisjoner2025.pdf>
- Kalseth, J. & Anthun K. S. (2021). *Framskrivninger Helsefellesskap Helse Stavanger*.
- Statistisk sentralbyrå. (2024). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024*.
https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf
- St. Olavs Hospital. (2022). *Utviklingsplan 2023–2026*.
https://www.stolav.no/49be78/siteassets/om-oss/utviklingsplan/revidert-utviklingsplan-21-22/utviklingsplan-2023-2026_st-olavs-hospital.PDF
- Sørlandet sjukehus. (2022). *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for Sørlandet Sykehus HF 2019–2040*.

Nettsider

- Folkehelseinstituttet. (2025). *Passert planlagt tid*. Henta 17. februar 2025 frå [Microsoft Power BI](#)
- Folkehelseinstituttet. (2026). *Ventetider og pasientrettigheter*. Henta 19. februar 2026 frå [Microsoft Power BI](#)
- Helsedirektoratet. (u.å.-b). *Helsefellesskap*. Henta 15. oktober 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsefellesskap>
- Helsedirektoratet. (2018). *Sykehusopphold – ventetid påbegynt helsehjelp*. Henta 1. desember 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/gjennomsnittlig-ventetid-i-somatisk-helsetjeneste>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Utskrivningsklare pasienter*. Henta 9. desember 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/andre-finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>
- Helsedirektoratet. (2022c). *Nasjonal veileder til lov om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*. Henta 22. oktober 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>
- Helsedirektoratet. (2024a). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste*. Henta 5. november 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/produktivitet-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste>
- Helsedirektoratet. (2024b). *Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning*. Henta 5. november 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utskrivningsklare-pasienter--utvikling-og-variasjon-i-spesialisthelsetjenesten-og-forlop-etter-utskrivning>
- Helsedirektoratet. (2024c). *Datagrunnlag for øyeblikkelig hjelp døgntilbud (sist oppdatert 01.11.2024)*. Henta 17. februar 2026 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-for-oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud>
- Helsedirektoratet. (2025a). *Styringsdata for helsefellesskap*. Henta 1. desember 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsefellesskap/styringsdata-for-helsefellesskap>
- Helsedirektoratet. (2025b). *Arbeidet med allmennlegetjenesten*. Henta 5. desember 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeidet-med-allmennlegetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2025d). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*. Henta 5. november 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten>

- Helsedirektoratet. (2025f). *Avtaler, veiledere og tilskudd*. Henta 5. desember 2025 frå <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsefelleskap/avtaler-veiledere-og-tilskudd>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024b). *Helse- og omsorgsministeren presenterte Ventetidsloftet*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helse-og-omsorgsministeren-presenterte-ventetidsloftet/id3038500/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024c). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. – En ny kurs for vår felles helsetjeneste*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/-en-ny-kurs-for-var-felles-helsetjeneste/id3028084/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024e). *Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-rekrutterings-og-samhandlingstilskudd-for-helsetjenesten/id3048046/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025c). *Dette er Trafikklysmodellen for ventetidene*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/dep/hod/nyheter/2024/ventetidsloftet-ny-trafikklysmodell-skal-vise-utviklingen-i-ventetider-i-sykehusene/dette-er-trafikklysmodellen/id3074490/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025e). *Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste (Helsereformutvalget)*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/utvalg-for-en-helhetlig-og-sammenhengende-helsetjeneste-helsereformutvalget/id3117111/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025g). *Nå starter arbeidet med helsereform*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/starter-helsereform/id3110080/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025h). *Fem nye piloter i regjeringens Prosjekt X*. Henta 14. januar 2026 frå https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fem-nye-piloter-i-regjeringens-prosjekt-x/id3122897/?utm_source=regjeringen.no&utm_medium=email&utm_campaign=nyhetsvarselVeke%2042&expand=factbox3122915
- Kompetansebroen. (u.å.) *Styringsdata samhandling*. Henta 22. oktober 2025 frå <https://www.kompetansebroen.no/article/styringsdata-samhandling?>
- Samhandlingsbarometeret. (u.å.) *Om Samhandlingsbarometeret*. Henta 22. oktober 2025 frå <https://www.samhandlingsbarometeret.no/om-samhandlingsbarometeret>
- Helfo. (2019). *Hva er fristbruddordningen?* Henta 1. desember 2025 frå [Hva er fristbruddordningen? - Helfo](https://www.helfo.no/om-helfo/hva-er-fristbruddordningen?)
- Helfo. (2025). *Pasienttilpasset basistilskudd*. Henta 5. desember 2025 frå <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/pasienttilpasset-basistilskudd>

- Regjeringa. (2024). *Statsbudsjettet 2025. Regjeringen styrker sykehusøkonomien: ventetidene skal markant ned*. Henta 5. desember 2025 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-styrker-sykehusokonomien-ventetidene-skal-markant-ned/id3056365/>
- Regjeringa. (2025a). *Målet for november er nådd - ventetidene er fortsatt på 2019-nivå*. Henta 15. januar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/malet-for-november-er-nadd-ventetidene-er-fortsatt-pa-2019-niva/id3143026/>
- Regjeringa. (2025b). *Dette er prosjekt X*. Henta 12. februar 2026 frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/dette-er-prosjekt-x/id3145374/>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). *Statistikkbanktabell 14288: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter alder, region, kjønn, statistikkvariabel og år*. <https://www.ssb.no/statbank/table/14288>
- Statistisk sentralbyrå. (2025a). *Statistikkbanktabell 12209: utvalgte nøkkeltal for helse og omsorg, etter statistikkvariabel, år og region. (utgifter per opphaldsdøgn i institusjon - uttrekk for «EAK landet»)*. <https://www.ssb.no/statbank/table/12209>
- Statistisk sentralbyrå. (2025b). *Aktivitet, kapasitet og beleggsprosent i spesialisthelsetjenesten, etter statistikkvariabel, år, region og tjenesteområde*. <https://www.ssb.no/statbank/table/13942>

Forskningsartiklar

- Bergersen, S., Weldingh, N. M., Hegna, B. W., Edvardsen, A., Lenvik, O., Kværner, C. & Einvik, G. (2025). Effects of digital remote care on healthcare utilization and patient satisfaction in COPD. *Eur Respir J* 2025; 66: Suppl. 69, PA6261
- Holte, J. H., Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2023). Brukere med særlig høye kostnader i pleie- og omsorgstjenestene - hvem er de, og hva betyr de for kommunale utgifter? *Magma*, 26(5). <https://doi.org/10.23865/magma.v26.1423>
- Nystrøm, V., Lurås, H., Midlöv, P. & Leonardsen, A.-C. L. (2021). What if something happens tonight? A qualitative study of primary care physicians' perspectives on an alternative to hospital admittance. *BMC Health Services Research*, 21(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06444-x>
- Nystrøm, V., Lurås, H., Moger, T. & Leonardsen, A.-C. L. (2022). Finding good alternatives to hospitalisation: a data register study in five municipal acute wards in Norway. *BMC Health Services Research*, 22(1), 715. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08066-3>
- Nystrøm, V., Lurås, H., Moger, T. & Leonardsen, A.-C. L. (2024). Patient experiences and clinical outcomes of admissions to municipal acute wards versus a hospital: a multicentre randomised controlled trial in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(4), 659-667. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2377727>

- Yang, F., Burrell, L. V., Raknes Sogstad, M. K. & Skinner, M. S. (2024). Facility and regional variations in admission and discharge patterns within step-up intermediate care: A cross-sectional study of municipal inpatient acute care services in Norway. *Health Services Insights*, 17. <https://doi.org/10.1177/11786329241304565>

Meldingar til Stortinget

- St. meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Meld. St. 23 (2024–2025). *Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>

Styringsdokument

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024a). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 5. november 2024*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/69baac106de14213814f5c130e63c04e/protokoll-foretaksmote-helse-sor-ost-rhf-5.-november-2024-ventetidsloftet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024g). *Hovedinstruks for Helsedirektoratet*. <https://kudos.dfo.no/documents/106502/files/41374.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024f). *Oppdragsdokument 2024 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024)*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/tilleggsdokument-etter-stortingets-behandling-av-prop.-104.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025a). *Tildelingsbrev 2025: Helsedirektoratet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tildelingsbrev-helsedirektoratet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025b). *Tildelingsbrev 2025: Folkehelseinstituttet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4689a3fe8d0e4fc3ac13b9f37cf860ec/tildelingsbrev-fhi-2025.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025d). *Oppdragsdokument 2025: Helse Sør-Øst RHF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-helse-sor-ost-rhf-2025.pdf>

Anna (avtalar, rettleiarar osv.)

- Dei regionale helseføretaka. (u.å.) *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. Henta 17. februar 2026 frå <https://sstpneakunnskapsbext.blob.core.windows.net/kunnskapsbankenexternal/Veiledere%20som%20Sykehusbygg%20forvalter/veileder-for-arbeidet-med-utviklingsplaner.pdf>
- Norsk forening for allmenntmedisin. (2014). *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Henta 14. januar 2026 frå https://www.legeforeningen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/140507-kad-veileder_korr.pdf
- Regjeringa & KS. (2019). *Avtale mellom regjeringa og KS om innføring av helsefellesskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Henta 14. januar 2026 frå https://www.siv.no/siteassets/documents/Helsefellesskap/191023_hellesfellesskap_avtale.pdf
- Regjeringa & KS. (2024). *Avtale mellom regjeringa og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Henta 14. januar 2026 frå [avtale-mellom-regjeringen-og-ks-om-videreutvikling-av-helsefellesskapene-for-en-mer-sammenhengende-helse-og-omsorgstjeneste.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-om-videreutvikling-av-helsefellesskapene-for-en-mer-sammenhengende-helse-og-omsorgstjeneste.pdf)
- Helsedirektoratet. (u.å.-a). *Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjerneslag*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-hjerneslag/Reinnleggelse%20hjerneslag.pdf> /attachment/inline/c60b4c1f-2e5d-4993-a8be-acee7077bfb6:551f06c9b3170f36ea2ba63e39f97fccee0ffdf/Reinnleggelse%20hjerne
slag.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024d). *Ventetidsløftet*. [Partssamarbeidsavtale.] <https://www.regjeringen.no/contentassets/67bfba604f9745379384c97dfe9dd0ae/ventetidsloftet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet & KS. (2025). *Tilleggsavtale mellom HOD og KS - oppfølging av utprøvinger for bedre samhandling om helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivåer og fagområder*. Henta 14. januar 2026 frå https://www.regjeringen.no/contentassets/5cca8b557cad439c9d1f5cd914c08595/250619_avtale_hod_ks.pdf
- Helse Møre og Romsdal. (2025a). *Samarbeidsavtale mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF*. Henta 14. januar 2026 frå https://www.helse-mr.no/490eb3/siteassets/documents/samhandling/samhandlingsavtaler/samarbeidsavtale_2025_hmr_hf_og_kommuner.pdf

- Helse Møre og Romsdal. (2025b). *Handlingsplan for Helsefellesskap Møre og Romsdal 2023-2026*. Henta 20. januar 2026 frå https://www.helse-mr.no/490114/contentassets/842a27058d394543b74eb5a7e965e782/vedlegg-sak-19_23_felles-handlingsplan-helsefellesskap-mr.pdf
- Helsefellesskapet i Telemark. (2024). *Samarbeidsavtale mellom kommuner og sykehus: Retningslinje 1*. Henta 14. januar 2026 frå <https://www.sthf.no/496dc7/siteassets/dokumenter-felles/helsefellesskap/samarbeidsavtale-med-kommunene/01-retningslinje-1-ansvar-og-oppgaver-i-helsefellesskapet.pdf>

Vedlegg 1:

Brev frå Riksrevisjonen til statsråden

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til statsråd Jan Christian Vestre

Oversending av Dokument 3:10 (2025-2026) Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:10 (2025–2026) Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre.

Dokumentet bygger på rapporten som vart sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i brev datert 22. januar 2026, og på departementet sitt svar frå 20. februar 2026.

Vi ber statsråden gjere greie for korleis departementet vil følge opp Riksrevisjonen sine konklusjonar og tilrådingar, og eventuelt om departementet ikkje er samd med Riksrevisjonen.

Svaret frå statsråden vil i sin heilskap leggast ved dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert frå Word, ikkje som skanna bilete, slik at innhaldet kan gjerast tilgjengeleg for alle i tråd med krava til universell utforming.

Svarfrist: 13. april 2026

Etter fullmakt

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:

Svar frå statsråden



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref
24/1642-

Dato
14. april 2026

Statsrådets svar - Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre

Eg viser til Riksrevisjonens brev av 20. mars om Riksrevisjonens undersøking av samhandlinga til helsetenesta om eldre. Eg tek Riksrevisjonens funn og tilrådingar på alvor. Eg vil på eigna måte følgja opp tilrådingane i det vidare arbeidet til departementet, og vil i styringsdialogen med dei regionale helseføretaka be dei følgja opp tilrådingane frå Riksrevisjonen. Undersøkinga stadfestar utfordringar som regjeringa allereie har identifisert, og som ligg til grunn for den politiske retninga me har staka ut.

Riksrevisjonens funn viser at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene ikkje fungerer godt nok. Riksrevisjonens funn er i tråd med den problemforståinga som ligg til grunn for «Vår helse 2030» med dei tre visjonane til regjeringa for korleis helse- og omsorgstenestene skal sjå ut i åra framover.

Gjennom ei ny helsereform skal regjeringa og Stortinget leggja nye rammer for helse- og omsorgstenesta, der det overordna formålet er meir samanhengande helsetenester og pasientforløp. Riksrevisjonen konkluderer at Helse- og omsorgsdepartementets styring ikkje i tilstrekkeleg grad har sikra at verkemidla for samhandling fungerer etter intensjonen. Eg har ein brei inngang i det vidare arbeidet med ny reform for helse- og omsorgstenesta, og eg vil vurdera korleis organisatoriske, juridiske, finansielle, og styringsmessige verkemiddel kan innrettast for å leggja til rette for betre samhandling og meir samanhengande pasientforløp. Helsereformutvalet skal levera utgreiinga si til Helse- og omsorgsdepartementet 1. november i år. Helsedirektoratet skal innan 1. oktober samanfatta erfaringar frå 14 utprøvningsprosjekt som testar ut nye måtar å levera tenester på mellom sjukehus og kommune, som regjeringa

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
983 887 406

Avdeling
Budsjett- og
styringsavdelingen

Saksbehandler
Ingvild Lindaas
Bringedal
22 24 87 20

og KS har valt ut til «Prosjekt X». Eg vurderer at Riksrevisjonens funn er eit viktig kunnskapsgrunnlag inn i arbeidet med helsereforma.

Riksrevisjonen konkluderer at svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samanhengande tenester. Eg deler Riksrevisjonens syn på at god samhandling mellom kommune- og spesialisthelseteneste er viktig for betre pasientforløp og tryggare overgangar mellom sjukehus og kommune. God samhandling og felles planlegging rundt pasientane kan også bidra til betre utnytting av den samla kapasiteten i helse- og omsorgstenestene. Samtidig er det viktig å understreka at god samhandling åleine ikkje sikrar berekraftige tenester. Tilstrekkeleg kapasitet, kompetanse og eit relevant tenestetilbod i kommunen er også avgjerande. Når kapasiteten er pressa, blir også samhandlinga meir krevjande. Mange kommunar står i vanskelege prioriteringar og har avgrensa ressursar. Nettopp difor arbeider regjeringa med tiltak som skal styrkja kapasiteten, bidra til betre oppgåvedeling og leggja til rette for meir samanhengande tenester mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

God tilvisingspraksis er eit element som skal sikra at helsetenester blir gitt på rett nivå. Riksrevisjonen har tidlegare avdekt stor variasjon i tilvisingspraksis mellom kommunar, manglande samarbeid mellom fastlegar og sjukehuslegar og at unødvendige tilvisingar og tilvisingar med dårleg kvalitet bidreg til at dei samla ressursane ikkje blir brukte tilfredsstillande. Samtidig har andelen avviste tilvisingar på fleire område auka over tid. Stor variasjon i del tilvisingar frå fastlegane kan bety variasjon i kvalitet i tilvisingspraksis, dvs. at ikkje dei rette pasientane blir tilviste. Ein høg andel avviste tilvisingar er uheldig på grunn av ressursbruken og opplevinga for pasientane, sjølv om vurderingane som er gjorde er rette.

Å jobba for at flest mogleg pasientar blir følgde opp utan tilvising gjennom god kapasitet og kvalitet i allmennlegetenestene, nye samhandlingsformer mellom nivåa og at dei rette pasientane blir tilviste, er eit krevjande og viktig arbeid som involverer mange aktørar. Helsedirektoratet har i 2026 fått i oppdrag å leia eit arbeid der målet er betre kvalitet på tilvisingar og betre samhandling mellom nivåa, mellom anna for å redusera andelen unødvendige tilvisingar. Tiltak for å redusera talet på innbyggjarar utan fastlege og styrkja allmennlegetenesta er vidare ein føresetnad for at kommunane kan ta eit større ansvar. Regjeringa har mellom anna styrkt og endra basistilskotet til fastlegane, styrkt spesialiseringa og rekrutteringa ved satsinga på ALIS-tilskot¹ og lagt til rette for auka kapasitet og betre oppgåvedeling ved at fastlegar kan få refusjon for konsultasjonar delegert til sjukepleiarar.

Riksrevisjonen peikar på at mange kommunar ikkje i stor nok grad følgjer opp ansvaret sitt for å gi innbyggjarane nødvendig helsehjelp, og at dette særleg rammar eldre. Prosjektet til regjeringa «Eldreløftet» skal bidra til at befolkninga kan ha tillit til ein trygg alderdom, ved å gjera det lettare for eldre å bu heime lenger, samtidig som dei skal vera trygge på å få sjukeheimplass når dei treng det. Eldreløftet byggjer på Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskapar og meistring – Bu trygt heime, og har som mål om å utsetja behovet for helse- og omsorgstenester gjennom betre planlegging, meir aldersvennlege løysingar, styrkt førebygging og meir målretta tenester.

¹ ALIS – Allmennleger i spesialisering

Helse- og omsorgstenestene skal fremja meistring, støtte arbeidsdeltaking og jobba førebyggjande. Dersom kommunane i større grad lykkast med førebygging og tidleg innsats, vil det over tid redusera behovet for sjukehusinnleggingar og styrkja evna kommunane har til å handtera pasientar lokalt. Derfor er førebygging også eit viktig spor i «Vår helse 2030».

Fleire av oppdraga som er gitt til Helsedirektoratet, er direkte relevante i lys av funna til Riksrevisjonen. Dette gjeld mellom anna bistand til kommunal planlegging av helse- og omsorgstenester, som kan styrkja kapasitetsplanlegging på tvers av nivåa, førebyggjande heimebesøk og arbeid med skrøpelegheit, som kan bidra til at fleire eldre får hjelp i kommunane framfor å bli lagd inn på sjukehus, og dessutan helseteknologiordninga og digital inkludering, som kan gjera det mogleg å følgja opp fleire pasientar i eigen heim. I tillegg er arbeid med gode tildelingsprosessar og auka kunnskap om kvaliteten i tenestene til eldre viktig for å redusera uønskt variasjon mellom kommunane.

Med helsing



Jan Christian Vestre

Vedlegg 3:

Liste over variabler brukte i regresjon

Variabel	Operasjonalisering	Kjelde
Akutte medisinske kontaktar	<ul style="list-style-type: none"> • summen av kontaktar på enavdelings- og sjukehusopphaldnivå, alle omsorgsnivå (dagbehandling, døgnopphald og poliklinikk) • medisin og blanke DRG-ar, dvs ikkje kirurgi • akutte kontaktar ved Oslo og Bergen skadelegevakt inngår ikkje i tala • hastegrad: akutt (utan opphald eller innan 24 timar) • rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre 	Norsk pasientregister
Liggjedøgn (akutte korttidsinnleggingar)	<ul style="list-style-type: none"> • summen av liggjedøgn i enavdelings- og sjukehusopphald • omsorgsnivå: døgnopphald • hastegrad: akutt (utan opphald eller innan 24 timar) • liggjetid kortare enn 4 dagar (0-3 dagar) • rekna per 1 000 innbyggjarar over 67/80 år 	Norsk pasientregister
Planlagde, polikliniske konsultasjonar	<ul style="list-style-type: none"> • talet på polikliniske konsultasjonar på enavdelings- og sjukehusopphald • omsorgsnivå: poliklinisk konsultasjon/kontakt • hastegrad: planlagde kontaktar • inkluderer alle konsultasjonar hos avtalespesialistar. Både kirurgi og medisin, som ikkje kan skiljast i vårt datamateriale. • rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre 	Norsk pasientregister
Tilbod av helsetenester i heimen	<ul style="list-style-type: none"> • talet på brukarar av tenestetypen helsetenester i heimen • rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre 	SSB-tabell 11642 (2015-2024)
Tilbod av sjukeheimstenester	<p>Alternativ 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • talet på brukarar av tenestetypen langtidsopphald i institusjon • alder frå 67/80 år og oppover 	SSB-tabell 11642 (2015-2024)

- rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre og

Alternativ 2:

- talet på sjukeheims plassar, operasjonalisert ved statistikkvariabelen «sjukeheim – disponible plassar (antal)» SSB-tabell 11875 (2015–2024)
- rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre

Tilbod av omsorgsbustad

- For perioden 2015–2018: talet på brukarar av tenestetypene omsorgsbustad og annan bustad SSB-tabell 11642 (2015–2024)
- For perioden 2019–2024: talet på brukarar av tenestetypen bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål
- rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre

Tilbod av korttids plassar i sjukeheim

- Alternativ 1:
- talet på brukarar av tenestetypene
 - tidsavgrensa opphald – utgreiing/ behandling
 - tidsavgrensa opphald – habilitering/ rehabilitering
 - tidsavgrensa opphald – anna
 og
 - rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre SSB-tabell 11875 (2015–2024)

Alternativ 2:

- talet på sjukeheims plassar, operasjonalisert ved statistikkvariabelen «institusjon – tidsavgrensa plassar (antal)»
- rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre

Kapasiteten til legevakta

- Alternativ 1:
- summen av talet på legar/sjukepleiarar som er på vakt gjennom ei heil Legevaktregisteret (Nasjonalt kompetansesenter)

- arbeidsveke (kvardag dag/kveld/natt + helg dag/kveld/natt) for legevaktmedisin)
- delt opp i to ulike variablar, ein for talet på legar, og ein for talet på sjukepleiarar
- rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre

Alternativ 2:

- summen av talet på legar/sjukepleiarar som er på vakt helg dag
- delt opp i to ulike variablar, ein for talet på legar, og ein for talet på sjukepleiarar
- rekna per 1 000 innbyggjarar på 67/80 år og eldre

Obs: I tilfelle der det er fleire kommunar som deler legevakt, har vi fordelt kapasiteten etter det totale folketalet i samarbeidskommunane.

Lokaliseringa til legevakta

Det er ulike dummyvariablar (0/1) for kvar legevakta til kommunen er lokalisert:

- samløkalisert med sjukehus
- felles akuttmtak (FAM)
- samløkalisert med ambulansestasjon

Legevaktregisteret (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin)

Referansekategori er om legevakta er lokalisert på ein av dei følgjande måtane:

- eige legevaktlokale med/utan legevaktsentral
- felles med eitt fast legekantor (same legekantor heile tida)
- felles med varierende legekantor (t.d. avhengig av kva lege som har vakt)
- køyrande lege
- båt
- anna

I tilfelle der det finst to legevakter i ein kommune (Hitra og Asker), vel ein lokaliseringsegenskapane til den største legevakta.

Kapasitet innanfor kommunale akutte døgnplassar (KAD)	<ul style="list-style-type: none"> • talet på pasientar som er innlagde på KAD i løpet av eit år som er eldre enn 67/80 år • rekna per 1 000 innbyggjarar over 67/80 år 	Helsedirektoratet – «Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud» (2015–2022)
--	---	--

Obs: Det er berre data til og med 2022, og mange kommunar har anten aldri rapportert tal, eller berre av og til. Om lag halvparten av observasjonane har missing-verdiar ved bruk av denne variabelen.

Talet på fastlegar	<ul style="list-style-type: none"> • talet på legeårsverk som høyrer inn under ei av avtaleformene kommunalt tilsette legar eller næringsdrivande fastlegar • funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering • rekna per 1 000 innbyggjarar over 67/80 år 	SSB-tabell 11996 (2015–2024)
---------------------------	---	---------------------------------

Vi har òg lagt inn ein samspeldummy på 0/1 dersom kommunen har over 5 000 innbyggjarar.

Charlsons komorbiditetsindeks (CCI)	<p>Charlsons komorbiditetsindeks er ein vekta indeks for å predikere pasienten sin risiko for død i perioden før ein indeksdato (til dømes den første datoen ein relevant diagnose blei registrert). Komorbiditetsindeksar følgjer pasienten og er uavhengige av tenesteområde.</p>	Norsk pasientregister
--	---	-----------------------

Dataa våre baserer seg på ein toårig observasjonsperiode (for året 2024 inngår observasjonar frå både 2023 og 2024) og gir kvar person i datasettet eit visst antal poeng basert på alderen til pasienten og kor mange av diagnosane i indeksen som pasienten har vore inne til behandling for.

Deretter aggregerer vi opp variabelen på kommunenivå, slik at vi får

- talet på personar med ein CCI-skår på 1

- talet på personar med ein CCI-skår på 2
- talet på personar med ein CCI-skår på 3 eller høgare

Dette blir deretter rekna per 1 000 innbyggjarar i kommunen som er over 67/80 år. Dei tre berekningane blir lagde inn i regresjonsmodellen som separate variablar (talet på personar med 0 i CCI-skår er referansekategori).

Komorbiditysdata frå Kommunalt pasientregister (KPR)	Omfanget av komorbiditytar / alvorlege diagnosar i befolkninga er baserte på KPR-data. Data er berre tilgjengelege for 2017–2024. Vi har berekna to alternative mål på kommunenivå:	Kommunalt pasient- og brukarregister
	<ol style="list-style-type: none"> 1. talet på personar med alvorlege diagnosar per 1 000 innbyggjarar over 67/80 år 2. anslag over talet på alvorlege diagnosar per person (først reknar vi ut det gjennomsnittlege talet på diagnosar ved å dele talet på diagnosar på talet på personar med desse diagnosane, deretter multipliserer vi dette med talet vi fekk i alternativ 1) 	
Dødelegheit	<ul style="list-style-type: none"> • talet på døde i aldersgruppene 65–79 år og 80 år eller eldre • rekna per 1 000 innbyggjarar over 67/80 år 	SSB-tabell 12983 (2015–2024)
Kjønnsbalanse	<ul style="list-style-type: none"> • talet på kvinner som er 65 år og eldre • rekna per 1 000 innbyggjarar over 67/80 år 	SSB-tabell 07459 (2015–2024)
Eldreidel	<ul style="list-style-type: none"> • delen av befolkninga i kommunen som er over 67/80 år 	SSB-tabell 07459 (2015–2024)
Medianinntekt	<ul style="list-style-type: none"> • median avtalt månadslønn i kommunen (kr) • fordelt på begge kjønn • arbeidsstad/bustad: bur i regionen • alder: 55 år og eldre 	SSB-tabell 12852 (2015–2024)

Reisetid til sjukehus	<ul style="list-style-type: none"> operasjonalisert som median køyretid i minutt til nærmaste fødestad eining: personar (heile befolkninga) type fødestad: berre fødeavdelingar Kommunen si reisetid for 2024 er sett som kommunen si reisetid i perioden 2015-2024 (på grunn av at tidsserien 2019-2024 gjer det vanskeleg å korrigere for kommunereform i åra 2015-2019). 	SSB-tabell 13772 (2019- 2024)
Vertskommune	<ul style="list-style-type: none"> om det ligg eit sjukehus innanfor kommunegrensene dikotom variabel koda 0/1 	Norsk pasientregister, data om opptaksområde (2024)
Helseføretak	<ul style="list-style-type: none"> kva for eit helseføretakopptaksområde kommunen er i koda som dikotome variablar 0/1, med St. Olavs hospital som referansekategori 	Norsk pasientregister, data om opptaksområde (2024)
Innvandrarbefolkning	<ul style="list-style-type: none"> talet på personar med innvandrabakgrunn innvandringskategori: innvandrarar (norskfødde med innvandrarforeldre er utelatne) landbakgrunn: Europa utanom EU/EFTA og Storbritannia, Afrika, Asia, Amerika utanom USA og Canada, Oseania utanom Australia og NZ, polare område rekna per 1 000 innbyggjarar av den totale befolkninga i kommunen 	SSB-tabell 09817 (2015-2024)
År	<ul style="list-style-type: none"> kva for eit år observasjonen er frå 	

Vedlegg 4:

Litteraturgjennomgang av forskning på kva som forklarer variasjon i sjukehusforbruk

Framgangsmåte

Vi har gjort ein litteraturgjennomgang av norske og internasjonale forskingsartiklar frå dei siste 15 åra. Dette er kriteria vi har brukt for å vurdere om ein forskingsartikkel er relevant:

- Forskingsartikkelen skulle vere basert på kvantitative undersøkingar og observasjonar i nordeuropeiske land eller Norden.
- Populasjonen i undersøkinga skulle fortrinnsvis vere eldre pasientar (65 år eller eldre), men dette var ikkje eit absolutt krav.
- Artikkelen skulle innehalde problemstillingar om kva som forårsakar sjukehusforbruk, og sjå på slikt forbruk som ein avhengig variabel.
- Modellane skulle inkludere mål på omfanget av kommunale helse- og omsorgstenester, slik som sjukeheimar, KAD, fastlegar, legevakt, omsorgsbustader og korttidsplassar i institusjon, og undersøkje korleis dette er assosiert med sjukehusforbruk.

Kartlegginga av relevant litteratur er først og fremst gjord manuelt gjennom søk i forskingsdatabasar, og basert på innspel frå professor Terje P. Hagen frå Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Hagen har òg gitt innspel til innretning av regresjonsmodellane.

Overordna betraktningar om forskinga som ligg føre

Det finst relativt få studiar som oppfyller alle kriteria våre til innretning og populasjon. Deraas et al. (2011) og Deraas et al. (2014) samsvarer truleg best, men desse artiklane er for gamle til at dei kan nyttast direkte som sekundærdata. Vi har heller ikkje funne nokon studiar som ser på legevakt og KAD i samanheng med dei andre kommunehelsetenestene og på korleis dette påverkar sjukehusforbruk. Vi vurderer det derfor slik at det eksisterer eit kunnskapshol på dette området som gjer det nødvendig å gjere eigne analysar av temaet for å svare på problemstillinga om kva som kan forklare variasjon i sjukehusforbruk.

Mange av forskingsartiklane vi har gjennomgått, indikerer at det er ein viss samanheng mellom omfanget av kommunale helse- og omsorgstenester og sjukehusinnleggingar. Men kor sterk denne samanhengen er, og korleis omfanget av kommunale helse- og omsorgstenester er definert, varierer mellom artiklane. I fleire artiklar blir det òg vist til at ei større primærhelseteneste kan bidra til å identifisere diagnosar som elles ikkje ville blitt funne, og det gjer den kausale samanhengen komplisert. Det varierer derfor i kva retning samanhengen går, og i fleire studiar er det ikkje påvist ein samanheng i det heile.

Andre store utfordringar med å trekkje generelle konklusjonar på bakgrunn av forskingslitteraturen vi har gått gjennom, er at både sjukehusforbruk og primærhelseteneste er operasjonaliserte på svært ulike måtar, og at studiane er utførte i svært ulike helsesystem. Det varierer òg kva delar av primærhelsetenesta som er inkluderte i analysane.

Ettersom bruken av både kommunale helsetenester og spesialisthelsetenester heng saman med helsetilstanden i befolkninga, er det viktig å kontrollere for dette når ein undersøker samanhengen mellom dei to nivåa. Gjennomgangen av kontrollvariablar som forskinga som ligg føre, har nytta, viser at det er viktig å kontrollere for ulike eksogene forhold som kan tenkjast å påverke sjukehusforbruket, til dømes dei ulike nivåa av sjukdomsbyrde i kommunane, avstanden til sjukehuset, ulike demografiske faktorar og omfanget av fastlegekonsultasjonar.

Oppsummering av metastudier på området

Det finst få overordna, systematiske metastudier om variasjon i sjukehusforbruk. Ein metastudie av Rosano et al. (2013) analyserer 51 tidlegare studiar som ser på forholdet mellom unngåelege sjukehusinnleggingar og tilgjengelegheita til primærhelsetenesta. 73 prosent av studiane finn ein negativ samanheng, altså at betre tilgang til kommunale helse- og omsorgstenester er assosiert med lågare ratar av sjukehusinnleggingar.

Ein annan metastudie, av Gibson et al. (2013), finn mindre klare resultat. Sjølv om nokre av studiane vi har gjennomgått, antydar at betre tilgang til primærhelsetenesta sannsynlegvis er forbunde med ein redusert rate av sjukehusinnleggingar, er det òg funn som peikar i motsett retning eller ikkje viser signifikant samanheng.

Vi må understreke at begge metastudiane er avgrensa til å sjå på innleggingar for tilstandar som burde vore behandla utanfor sjukehus, slik som astma, diabetes, lungebetennelse og blindtarmbetennelse med komplikasjonar. Eldre er heller ikkje definert som populasjon.

I NOU 2019: 24 (side 66) blir det slått fast at tilbodet av kommunale tenester ikkje påverkar forbruket av somatiske tenester etter at det blir kontrollert for andre forhold. Men utvalet såg på DRG-poeng for alle somatiske tenester (medrekna kirurgi, poliklinikk og ikkje-akutte innleggingar), og såg ikkje på eldre pasientar som populasjon.

Studiar som ser på eit breiare spekter av kommunale helse- og omsorgstenester

Dei færraste av studiane vi har gjennomgått, har ei brei tilnærming til kva delar av primærhelsetenesta som er inkluderte. To av dei mest relevante studiane er frå Noreg, og dei er òg avgrensa til den eldre befolkninga. Deraas et al. (2011) ser på samanhengen mellom liggjedøgn på sjukehus og langsiktig bruk av kommunale helse- og omsorgstenester som sjukeheimar og helsetenester i heimen i Noreg, og finn at denne samanhengen er svakt positiv – stikk i strid med den teoretiske antakinga om at meir omfattande kommunale helse- og omsorgstenester reduserer sjukehusforbruket. Artikkelforfattarane understrekar at samanhengen er negativ dersom dei ikkje inkluderer variabelen «reisetid til sjukehus», og spekulerer i om dette kan vere fordi kommunar med lang reiseavstand til spesialisthelsetenester har organisert og integrert kommunehelsetenestene på ein betre måte enn kommunar som er nær sjukehus.

Deraas et al. (2014) finn heller ingen klar samanheng mellom volumet av kommunale helse- og omsorgstenester i norske kommunar (sjukeheimar, fastlegar, helsetenester i

heimen og omsorgsbustader) og risikoen for uplanlagde medisinske innleggingar. Artikkelforfattarane diskuterer om dette kan komme av at land med universelle helsetenester har nådd eit «tak» for kor mykje primærhelsetenesta kan redusere talet på sjukehusinnleggingar. Unntaket er at høgare nivå av langsiktige helsetenester i heimen og sjukeheim var assosierte med færre sjukehusinnleggingar blant dei eldste aldersgruppene (80 år og eldre).

Lau et al. (2021) undersøker den same samanhengen i Storbritannia (dei ser på fastlegar, sjukeheimar og helsetenester i heimen). Konklusjonen i studien er at auka aktivitet i primærhelsetenesta gir mindre aktivitet i spesialisthelsetenesta, men òg at overflytting av aktivitet ikkje førte til noka kostnadsinnsparing for samfunnet. Artikkelen ser ikkje på den eldre delen av befolkninga, og den avhengige variabelen kombinerer både akuttinnleggingar, liggjedøgn og polikliniske konsultasjonar.

Studiar som ser på sjukeheimar / helsetenester i heimen

Det finst ingen studiar som ser særskilt på sjukeheimar, med unntak av artiklane som er nemnde i delkapittelet ovanfor (som stort sett inkluderer fastlegar eller helsesenter òg). Men Helsedirektoratet (2023a) fann ut at eldre med større hjelpebehov i større grad nyttar langtidsopphald i institusjon/sjukeheim. 74 prosent av eldre med svært dårleg funksjonsnivå brukte denne tenesta. Sidan mottakarar av sjukeheimstenester sjeldnare blir viste til sjukehus, kan det tenkjast at eit større tal sjukeheimsplassar kan dempe behovet for sjukehusinnleggingar hos denne pasientgruppa.

Studiar som ser på legevakt

Sidan det er eit særnorsk fenomen at legevakt er organisert som ein del av primærhelsetenesta, er det berre norske studiar som ser på innverknaden legevakta har på sjukehusforbruk. Blinkenberg et al. (2022) undersøker korleis tilvisingspraksisen til legevakta påverkar akutte sjukehusinnleggingar og omfanget av desse. Dei finn at det er stor variasjon i innleggingspraksisen og innleggingsraten mellom legevaktlegar og fastlegar, og at tilvisingsratane til dei to yrkesgruppene varierer med diagnoser. Blinkenberg et al. (2020) ser på legevakta som portvaktar, og konkluderer med at portvaktarrolla er viktig, men peikar på at det berre er 64 prosent av akutte sjukehusinnleggingar som er tilvist frå fastlege eller legevakt.

Ingen av desse studiane ser særskilt på eldre som populasjon, eller på om organiseringa av legevakta eller storleiken på ho har innverknad på sjukehusforbruket.

Studiar som undersøker KAD

Det finst fleire kvantitative studiar som har undersøkt etableringa av KAD-einingar i Noreg, som påviser ein viss samheng mellom KAD og sjukehusforbruk:

- Swanson et al. (2016) undersøker om etableringa av kommunalt akutt døgntilbod (KAD) i Noreg førte til færre sjukehusinnleggingar for eldre pasientar. I studien konkluderer dei med at KAD-ane i gjennomsnitt var assosierte med ein liten reduksjon i akutte sjukehusinnleggingar for pasientar over 80 år, spesielt når einingane hadde

god legedekning eller var samlokaliserte med legevakt, og berre i kommunar med over 5 000 innbyggjarar.

- Yang et al. (2024) undersøker om det finst variasjonar i innleggingskjeldene og utskrivingsdestinasjonane til pasientane, basert på kjenneteikna til KAD-eininga og regionen. I artikkelen konkluderer dei med at KAD fungerer som eit verkemiddel for å hindre sjukehusinnleggingar, men at det er store variasjonar i innleggings- og utskrivingsmønster på tvers av ulike einingar og regionar. Dei fann at faktorane som påverkar kvar pasienten blir skriven inn frå og ut til, er organiseringsform (interkommunalt samarbeid), talet på senger i KAD-eininga, plassering, tilknytning til RHF, opptaksområde, og reiseavstand til nærmaste akuttmottak.
- Hagen et al. (2023) finn at innføringa av KAD førte til ein signifikant reduksjon i akutte sjukehusinnleggingar, med sterkast effekt for medisinske akutttinnleggingar av pasientar over 80 år. Artikkelforfattarane meiner at funna viser at KAD er eit mogleg alternativ for å redusere volumet av akutte innleggingar i spesialisthelsetenesta.

Hilland (2021) finn meir tvitydige resultat, basert på data for 2012–2016. Innføringa av KAD førte til ein auke i talet på legetimar per pasient på sjukeheimar, og ein nedgang på 5 prosent i kommunale helseutgifter. I ein av dei fem helseregionane var innføringa assosiert med ein nedgang i dødelegheitsraten på 2 prosent, men talet på reinnleggingar auka med 4 prosent.

Studiane vi har gått gjennom, viser òg at ei rekkje andre forhold er relevante dersom ein vil forklare forbruket av sjukehusstenester, som pasientfaktorar (alder og kjønn), diagnosar og symptom, volumet av fastlegetenester, demografien/sjukdomsbyrda i kommunen, kommunale og strukturelle faktorar (som befolkningsstorleiken til kommunen og avstand til sjukehus).

Under følgjer ei fullstendig liste over forskingsartiklar vi har funne relevante:

Kjeldetilvisingar for litteraturgjennomgangen

Blinkenberg J, Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Sandvik H, Hunskaar S. Korrigering til: Allmennlegers og legevaktens rolle som portvokter ved akutte innleggelser til somatiske sykehus i Norge: registerbasert observasjonsstudie. *BMC Health Serv Res.* 2020 16. september; 20(1):876. DOI: 10.1186/S12913-020-05590-Y. Erratum for: *BMC Health Serv Res.* 2019 14. august; 19(1):568. DOI: 10.1186/S12913-019-4419-0. PMID: 32938473; PMCID: PMC7493318.

Blinkenberg, J., Hetlevik, Ø., Sandvik, H., Baste, V. & Hunskaar, S. (2022). Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07444-7>

Blinkenberg, J. (2023). *Acute hospital admissions – a registry-based study of general practitioners' and out-of-hours doctors' roles as gatekeepers in Norway*

[Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
<https://hdl.handle.net/11250/3044451>

- Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Førde OH. Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Service Research*, 2011 Oct 26;11:287. doi: 10.1186/1472-6963-11-287. PMID: 22029775; PMCID: PMC3224781.
- Deraas TS, Berntsen GR, Jones AP, *et al* Associations between primary healthcare and unplanned medical admissions in Norway: a multilevel analysis of the entire elderly population *BMJ Open* 2014;4:e004293. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004293
- Doheny M, Agerholm J, Orsini N, *et al* Impact of integrated care on trends in the rate of emergency department visits among older persons in Stockholm County: an interrupted time series analysis *BMJ Open* 2020;10:e036182. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036182
- Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Services Res.* 2013 Aug 26;13:336. doi: 10.1186/1472-6963-13-336. PMID: 23972001; PMCID: PMC3765736.
- Gjestsen MT, Brønnick K, Testad I. Characteristics and predictors for hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway. *BMC Geriatr.* 2018 Sep 3;18(1):203. doi: 10.1186/s12877-018-0887-z. PMID: 30176794; PMCID: PMC6122216.
- Heiberg, I. (2010). *Vertskommunenes forbruk av sykehustjenester*. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering.
<https://www.skde.no/499f56/siteassets/dokumenter/skde/skde-publikasjoner/vertskommunenes-forbruk-av-sykehustjenester-skde-2010.pdf>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Bruk av tenester i kommunane og somatiske sjukehus blant skrøpelege eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-kommunene-og-somatiske-sjukehus-blant-skropelige-eldre>
- Hilland, G. (2021). The Norwegian care coordination reform; how has the establishment of supplementary municipal care units affected central health care indicators for the primary health care sector in Norway? *International Journal of Integrated Care*, 21(S1). <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.ICIC20269>
- Iversen, T., Øien, H. & Schou, A. (2016). Fastlegene i samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 107-116. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-05>
- Lau YS, Malisaukaite G, Brookes N, Hussein S, Sutton M. Complements or substitutes? Associations between volumes of care provided in the community and hospitals. *Eur J*

Health Econ. 2021 Nov;22(8):1167-1181. doi: 10.1007/s10198-021-01329-6. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34138375; PMCID: PMC8526459.

Liu D, Pace ML, Goddard M, Jacobs R, Wittenberg R, Mason A. Investigating the relationship between social care supply and healthcare utilization by older people in England. *Health Econ.* 2021 Jan;30(1):36-54. doi: 10.1002/hec.4175. Epub 2020 Oct 24. Erratum in: *Health Econ.* 2022 Jan;31(1):266. doi: 10.1002/hec.4461. PMID: 33098348.

NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Nystrøm, V., Lurås, H., Midlöv, P. & Leonardsen, A.-C. L. (2021). What if something happens tonight? A qualitative study of primary care physicians' perspectives on an alternative to hospital admittance. *BMC Health Services Research* 21(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06444-x>

Nystrøm V, Lurås H, Moger T, Leonardsen AL. Finding good alternatives to hospitalisation: a data register study in five municipal acute wards in Norway. *BMC Health Services Research.* 2022 May 30;22(1):715. doi: 10.1186/s12913-022-08066-3. PMID: 35637492; PMCID: PMC9153207.

Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, de Belvis AG. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2013 Jun;23(3):356-60. doi: 10.1093/eurpub/cks053. Epub 2012 May 29. PMID: 22645236.

Swanson, J., Alexandersen, N. & Hagen, T. P. (2016). Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelser for eldre pasienter ved somatiske sykehus? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 125-134. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-07>

Hagen TP, Tjerbo T. The Causal Effect of Community Hospitals on General Hospital Admissions. Evaluation of a Natural Experiment Using Register Data. *Int J Integr Care.* 2023 May 3;23(2):10. doi: 10.5334/ijic.6515. PMID: 37151780; PMCID: PMC10162362.

Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR, Lau YS, Bailey S, Bower P, Checkland K, Elvey R, Rothwell K, Stokes J, Hodgson D. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS Med.* 2016 Sep 6;13(9):e1002113. doi: 10.1371/journal.pmed.1002113. PMID: 27598248; PMCID: PMC5012704.

Yang F, Burrell LV, Raknes Sogstad MK, Skinner MS. Facility and Regional Variations in Admission and Discharge Patterns Within Step-Up Intermediate Care: A Cross-Sectional Study of Municipal Inpatient Acute Care Services in Norway. *Health Services Insights.* 2024 Dec 4;17:11786329241304565. doi: 10.1177/11786329241304565. PMID: 39640528; PMCID: PMC11618911.