



Rapport 2026/22 | For Helsedirektoratet



Evaluering av modell for utskrivningsklare pasienter

«Å enes om hastighet og timing er selve kjernen i en effektiv samhandling»

Ingeborg Rasmussen, Annbjørg E. Gentenaar, Siri Bråten Øye, Sidsel Sverdrup, Kristian Roksvaag, Pernille Parmer

Dokumentdetaljer

Tittel	Evaluering av modell for utskrivningsklare pasienter
Rapportnummer	2026/22
Forfattere	Ingeborg Rasmussen, Annbjørg E. Gentenaar, Siri Bråten Øye, Sidsel Sverdrup, Kristian Roksvaag, Pernille Parmer
ISBN	978-82-8126-779-4
Prosjektnummer	25-INR-51
Prosjektleder	Ingeborg Rasmussen
Kvalitetssikrer	Dag Morten Dalen
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Dato for ferdigstilling	28. mars 2026
Tilgjengelighet	Offentlig etter avtale med oppdragsgiver
Nøkkelord	Helseøkonomi, samfunnsøkonomi, evaluering og velferd

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk forskning, utredning, evaluering og rådgiving. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter helse, velferd, klima, miljø, energi, samferdsel og næringsutvikling. Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov utnytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Om Vali

Vali AS ble etablert i 2007 med en visjon om å skape et rådgivnings- og teknologiselskap med spisskompetanse innen digitalisering av helsesektoren. I dag er selskapet et ledende kompetansehus med bakgrunn fra teknologi og ledelse. Vali tilbyr tjenester innen analyse, strategiutvikling, ledelse og teknologirådgiving. Vali kombinerer forståelse av politiske, juridiske, organisatoriske og teknologiske utfordringer med omfattende erfaring fra helsesektorens største digitaliserings- og endringsprosesser.

Forord

Vista Analyse har, i samarbeid med Vali AS, gjennomført en evaluering av modellen for utskrivningsklare pasienter på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen er gjennomført i perioden mai 2025 – mars 2026.

Underveis i prosessen har det vært gjennomført to Teamsmøter med samarbeidsforum for Helsefelleskapene. Vi takker for gode innspill, både muntlig og skriftlig. Vi takker også Sykepleierforbundet for et nyttig temamøte som ga verdifulle innspill og erfaringer. En særskilt takk rettes til alle som har stilt seg til rådighet for intervjuer og velvillig delt erfaringer og kunnskap i en hektisk hverdag. Vi vil også takke alle som har bidratt og hjulpet til med å fremskaffe data.

Førsteutkastet til rapporten ble levert i november 2025 og inkluderte analyser basert på registerdata fra FHI og Samhandlingsbarometeret. Det ble senere avdekket feil i grunnlagstallene, og den kvantitative delen av evalueringen ble derfor midlertidig tatt ut. I samråd med oppdragsgiver ble det besluttet å avvente oppdaterte og kvalitetssikrede data fra Helsedirektoratet før rapporten ble ferdigstilt.

Oppdaterte data for perioden 2019–2024 ble mottatt i februar 2026. Datasettet bygger på en ny metode, noe som innebærer et tidsseriebrudd fra 2019. Det er også opplyst at det fortsatt er usikkerhet knyttet til deler av datagrunnlaget, særlig for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern, hvor datatilgangen tidligere har vært begrenset.

I tillegg har vi mottatt supplerende data fra helseforetakene. Samlet vurderer vi at analysene i kapittel 5 gir et dekkende bilde av utviklingen på overordnet nivå innen somatikk. For rus og psykisk helsevern er datagrunnlaget mer usikkert, og resultatene må tolkes med større varsomhet.

Vi vil særlig takke Lars Rønningen og øvrige medarbeidere i Helsedirektoratet for god dialog og samarbeid om datagrunnlaget, parallelt med et omfattende metodeutviklingsarbeid. Til slutt takker vi vår kontaktperson i Helsedirektoratet, Leif Nordbotten, for et konstruktivt samarbeid gjennom hele prosjektperioden.

28. mars 2026

Ingeborg Rasmussen

Partner

Vista Analyse AS

Ordliste

ACT står for Assertive Community Treatment, FACT

Aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk. Teamene gir oppsøkende og helhetlige tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet, og som ofte også har ru
Fleksibel aktivt oppsøkende behandling. Et FACT-team består av ansatte med ulik kompetanse fra både kommunen og sykehuset.

Halvannenlinje tjeneste DPS

Uformelt begrep som brukes om tjenester der spesialist- og kommunehelsetjenesten i samarbeid yter en pasientnær tjeneste
Distriktpsikiatrisk senter er en organisatorisk enhet innen de norske spesialisthelsetjenestene for psykisk helsevern for voksne over 18 år. For å bli vurdert for behandling i spesialisthelsetjenesten på et DPS trengs en henvisning fra fastlegen. Kjerneoppgavene for et DPS er allmennpsykiatrisk helsehjelp for innbyggerne i et lokalt område (kommuner eller bydeler), først og fremst i form av allmennpoliklinikker og ambulante tjenester.

intermediær sengeplass

En intermediær sengeplass er midlertidig, det vil si at pasienter som er innlagt på en avdeling med intermediære sengeplasser er der på et tidsavgrenset opphold før de blir sendt videre til sykehus, sykehjem eller hjem til seg selv (Statsforvalteren Innlandet).

Overliggerdøgn

Døgn der pasienter har vært på sykehus etter at han/hun ble vurdert som klar for utskrivning fra sykehuset til videre oppfølging i.

Rest-behandling

Uformelt begrep som er brukt av informanter i intervjuer. Rest-behandles brukes som en betegnelse på en viderebehandling fra sykehuset som stiller høye krav til spesialisert kompetanse eller prosedyrer

ROP-lidelse/tilbud

ROP-lidelse brukes som en samlebetegnelse når man samtidig har problemer med rusmidler og en psykisk lidelse. Begrepet dekker særlig personer som har en alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse inkluderes også hvis hver av de to lidelsene er forbundet med betydelig svikt i funksjon og livskvalitet i hverdagen. ROP-tilbud er spesialiserte tilbud rettet mot personer med ROP-lidelse

TSB

Twisteløsningsnemnda

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser
Twisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren

Utskrivningsklare opphold

Defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar, og oppholdt seg på sykehuset over døgnskillet. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.

Utskrivningsklare pasienter

Pasienter som har behov for oppfølging i kommunen etter innleggelse i sykehus.

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	7
1 Innledning.....	10
1.1 Evaluering av dagens modell for utskrivningsklare pasienter	10
1.2 Organisering av rapporten	12
2 Evalueringens teoretiske forankring – hvordan vurdere virkning?.....	13
2.1 Hva menes med at et virkemiddel virker?	13
2.2 Analytisk rammeverk og evalueringskriterier	14
2.3 Økonomisk teori om insentiver gir rammeverket for evalueringen	17
2.4 Oppsummering av analytisk rammeverk og forventninger	20
3 Dagens modell for utskrivningsklare pasienter	21
3.1 Modell for utskrivningsklare pasienter og kommunal betaling	21
3.2 Forskrift om kommunal betaling	22
3.3 Finansiering av overføringen og fastsettelse av døgnpris	27
3.4 Krav om samarbeidsavtaler er en del av modellen	28
3.5 Oppsummering	28
4 Hva vet vi fra tidligere undersøkelser og evalueringer?	30
4.1 Reduksjon i overliggere og kortere liggetid i sykehus	30
4.2 Pasientene skrives ut med mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov	31
4.3 Korttidsplasser, forflytninger og kommunal kapasitet	32
4.4 Samhandling mellom nivåene, maktbalanse, teknologi og prosesskrav	32
4.5 Palliasjon som eksempel på mer velfungerende samhandling	34
4.6 Overliggerdøgn, liggetid, reinnleggelser og pasientsikkerhet	34
4.7 Særlige utfordringer innen rus og psykisk helse	35
4.8 Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern	36
4.9 Saker i Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren	39
4.10 Implikasjoner for evalueringen	39
5 Utskrivningsklare pasienter i tall	41
5.1 Usikkerhet i dataene	41
5.2 Utvikling i utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn	42
5.3 Kjennetegn ved kommuner med mange overliggere og overliggerdøgn	50
5.4 Økt omløpshastighet for korttidsplasser er assosiert med færre overliggerdøgn for somatiske pasienter	55
5.5 Flere overliggerdøgn er forbundet med færre reinnleggelser	56
5.6 Rask oversending av epikriser kan være positivt for rask hjemhenting av utskrivningsklare pasienter	57
5.7 Kommunale kostnader knyttet til overliggerdøgn	57
5.8 Dekningsgraden for overliggerdøgn har økt de siste årene	59
5.9 Utviklingen i 2025 – økende utfordringer i Nord	60
5.10 Oppsummering	61
6 Kartlegging og erfaringer fra praksisfeltet	62

6.1	Kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak	63
6.2	Bruk av korttidsplasser i kommunen og pasientforløp	67
6.3	Innretning av samarbeid mellom kommuner og sykehus	68
6.4	Bruk av teknologi som sørger for kommunikasjonsflyt i utskrivningsprosesser og forløp	70
6.5	I hvilken grad kommuner og sykehus etterlever prosesskravene i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter	71
6.6	Oppsummering av erfaringer fra praksisfeltet	72
7	Rammebetingelser og bærekraft	74
7.1	Rammebetingelser – er forutsetningene for at virkemiddelet skal fungere til stede?	74
7.2	Bærekraft, forebygging og trengselseffekter	78
7.3	Samlet vurdering av rammebetingelsene opp mot evalueringskriteriene	80
8	Evaluerings – samlet analyse	82
8.1	I hvilken grad forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter støtter opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk	82
8.2	En vurdering av beløpet på dagens døgnpris	83
8.3	Behov for endring for å realisere forskriftens formål?	84
8.4	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør tas ut av forskriften	84
	Referanser	86
A	Evalueringsdesign og metode	89

Sammendrag og konklusjoner

Ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ble innført i 2012 som en del av Samhandlingsreformen. Evalueringen viser et todelt bilde. Innen somatikk fungerer ordningen i hovedsak etter hensikten. Den har bidratt til færre overliggere, tydeligere arbeidsdeling mellom tjenestenivåene og mer effektiv utnyttelse av sykehuskapasitet. Samtidig har ordningen utilsiktede virkninger, blant annet tendenser til for tidlig utskrivning for enkelte pasienter, diskusjoner om når pasienter er utskrivningsklare og en gradvis oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene utover det kommunene opprinnelig ble kompensert for. Evalueringen viser også at en liten gruppe pasienter med svært komplekse behov står for en stor del av overliggerdøgnene. Innen somatikk står 2 pst. av utskrivningsklare opphold for omtrent halvparten av overliggerdøgnene. Dette reiser spørsmål om hvor grensen går for hvilke oppgaver det er hensiktsmessig å overføre til kommunene, og om kommunen i alle tilfeller er laveste effektive omsorgsnivå.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som ble inkludert i ordningen fra 2019, er konklusjonen en annen. Her fungerer betalingsordningen ikke etter intensjonen. Målgruppene er små og svært heterogene, behandlingsforløpene er ofte langvarige og tverrsektorielle, og mange pasienter mottar tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen samtidig. Manglende institusjons- og botilbud, uklare roller og ansvarsforhold, uavklarte målkonflikter mot annet lovverk og svakt datagrunnlag gjør at betalingsordningen på disse områdene verken framstår som styrings- eller kostnadseffektiv. Datagrunnlaget for rus og psykisk helsevern er dessuten mer usikkert enn for somatikk, og resultater på disse områdene må derfor tolkes med større varsomhet. Tilsvarende utfordringer gjør seg også gjeldende for enkelte grupper barn og unge.

Samlet viser evalueringen at dagens virkemidler fungerer relativt godt innen somatikk når målet er rask utskrivning og tydelig arbeidsdeling, men svakere når målet er helhetlige pasientforløp for pasienter med komplekse behov. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fungerer virkemidlene ikke etter intensjonen. Vi anbefaler derfor å videreføre og justere ordningen innen somatikk, men å avvike eller sette den på pause innen psykisk helsevern og TSB inntil nødvendige rammebetingelser er på plass.

Evaluering av modell for utskrivningsklare pasienter

Vi har evaluert dagens modell for utskrivningsklare pasienter, herunder forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kostnadsdekningen for sykehusene. Utskrivningsklare pasienter er pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus, men som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Formålet med evalueringen er å etablere et kunnskapsgrunnlag for å vurdere om dagens virkemidler bidrar til forutsigbare utskrivningsprosesser, gode og sammenhengende pasientforløp og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom tjenestenivåene, og om det er behov for endringer i statlig virkemiddelbruk.

Forskrift om kommunal betaling

Betalingsplikten innebærer at kommunene betaler en døgnpris for pasienter som blir liggende i sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare. Døgnprisen var 5 981 kroner i 2025. Ordningen bygger på at kommunene skal ha et økonomisk insentiv til å etablere tilbud som gjør det mulig å ta imot pasienter

raskt når de ikke lenger har behov for døgnopphold i sykehus. For at ordningen skal fungere etter hensikten, må kommunen kunne gi et forsvarlig tilbud til lavere kostnad enn betalingen for overliggerdøgn.

Forskriften og modellen fungerer i hovedsak innen somatikk

Antallet utskrivningsklare pasienter som ble liggende på sykehus gikk kraftig ned etter innføringen i 2012. Evalueringen viser at ordningen fortsatt har effekt innen somatikk. Over 85 pst. av de utskrivningsklare pasientene tas imot samme dag, og i overkant av 95 pst. hentes hjem innen tre døgn. Dette tyder på at betalingsordningen fortsatt bidrar til ønsket atferd og til mer effektiv bruk av sykehuskapasitet. Samtidig viser evalueringen at ordningen virker under mer krevende rammebetingelser enn tidligere. Pasientene som skrives ut har gjennomgående mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov, og flere kommuner opplever knapphet på arbeidskraft og kapasitet som en større utfordring enn selve døgnprisen. Betalingsforskriften bør derfor videreføres for somatikk, men med justeringer.

Det er særlig behov for tydeligere vilkår for når en pasient kan defineres som utskrivningsklar, og for tydeligere krav til informasjonsflyt i utskrivningsprosessen. Evalueringen viser at det brukes betydelige ressurser på å utfordre fakturagrunnlaget, og at epikriser, legemiddellister og nødvendige helseopplysninger ikke alltid foreligger når pasienten meldes utskrivningsklar. Erfaringene tilsier også at bedre journalsamhandling, bedre logistikk og mer smidige støttetjenester kan redusere unødvendige forsinkelser. Samtidig understrekes det at betalingsforskriften alene ikke kan løse alle samhandlingsutfordringene. Bedre forebygging, informasjonsdeling og koordinering mellom nivåene framstår som viktige forutsetninger for å redusere både innleggelser, reinnleggelser og samlet press på tjenestene.

Betalingsplikten for psykisk helsevern og TSB bør tas ut av forskriften

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble omfattet av betalingsplikten fra 2019. Evalueringen viser at ordningen ikke fungerer etter intensjonen på disse områdene. Pasientgruppene er små, men svært heterogene, og mange pasienter har langvarige forløp med behov for samtidig innsats fra spesialisthelsetjenesten, kommunen og ofte også andre sektorer. De viktigste flaskehalsene er i liten grad knyttet til betalingsplikten som sådan, men til manglende kapasitet, uklare ansvarsforhold, svakt datagrunnlag og forhold som kommunene bare delvis kan påvirke. Når ordningen samtidig ser ut til å ha svært liten effekt på de identifiserte hovedutfordringene, er det vanskelig å se at betalingsplikten er et egnet hovedvirkemiddel på disse områdene.

Konklusjonen er derfor at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør tas ut av forskriften, eller eventuelt settes på pause, inntil nødvendige rammebetingelser er på plass. Før det eventuelt vurderes en betalingsplikt på nytt, må ansvarsforhold og målkonflikter avklares, datagrunnlaget forbedres og tilstrekkelig samlet kapasitet i botilbud, institusjonsplasser og andre tilrettelagte tilbud være på plass. Tilsvarende utfordringer gjør seg også gjeldende for enkelte grupper barn og unge.

Er dagens døgnpris riktig?

Det har ikke vært mulig å fastsette ett presist anslag for hva som er en «riktig» døgnpris. Sykehusenes kostnader ved overliggere varierer betydelig, og ligger klart over dagens døgnpris. Samtidig er utskrivningsklare pasienter ferdigbehandlet, og vil normalt ha lavere ressursbruk enn gjennomsnittspasienten. Et mer relevant spørsmål er om døgnprisen fungerer som et reelt insentiv for kommunene. Evalueringen gir flere indikasjoner på at dagens døgnpris kan være for lav til å gi tilstrekkelig sterke insentiver i de mest krevende sakene, særlig der kommunens alternativkostnad er høy. Samtidig kan en økning i døgnprisen forsterke trengselseffekter og gå på bekostning av forebygging og andre kommunale tjenester. En reduksjon i døgnprisen frarådes. En eventuell økning bør utredes nærmere før den eventuelt gjennomføres. For psykisk helsevern og TSB er spørsmålet om døgnpris underordnet et mer grunnleggende problem: Her er det først og fremst ordningens treffsikkerhet som svikter.

Behov for endringer i forskrift eller andre virkemidler

Evalueringen viser at det er behov for endringer både i forskriften og i øvrige nasjonale virkemidler dersom forskriftens formål skal realiseres fullt ut. Innen somatikk er hovedkonklusjonen at ordningen bør videreføres og forbedres. Dette gjelder særlig tydeliggjøring av vilkårene for utskrivningsklarhet, bedre informasjonsflyt og bedre samspill mellom forskrift, samarbeidsavtaler, faglige retningslinjer og øvrige støttesystemer. Innen psykisk helsevern og TSB er konklusjonen mer grunnleggende: Her er det behov for andre og bredere virkemidler enn betalingsplikt alene. Økonomiske insentiver bør ikke brukes før de underliggende rammebetingelsene er tilstrekkelig robuste.

Et gjennomgående funn i evalueringen er at samarbeidskultur og praktisk samhandling har stor betydning for hvordan modellen fungerer i praksis. Selv om forskriften gir formelle rammer, påvirkes virkningen av hvordan disse praktiseres, hvilke teknologiske løsninger som brukes, og i hvilken grad lovverk, faglige retningslinjer og økonomiske insentiver trekker i samme retning. Modellen for utskrivningsklare pasienter må derfor vurderes ikke bare som et virkemiddel for å redusere overliggerdøgn, men som en ordning som også påvirker kommunal kapasitet, prioritering, pasientsikkerhet, samhandling og bærekraften i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Et gjennomgående funn i evalueringen er at samhandling ikke bare avhenger av forskrift, finansiering og formelle avtaler, men også av praktisk koordinering, god informasjonsflyt og en samarbeidskultur preget av tillit og raushet. I denne forstand bekrefter evalueringen undertittelens hovedpoeng: Å enes om hastighet og timing er selve kjernen i en effektiv samhandling.

1 Innledning

Samhandlingen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten har over tid vært et sentralt tema i utviklingen av norsk helsepolitikk. Samhandlingsreformen, som ble iverksatt 1. januar 2012, hadde som mål å bidra til mer helhetlige pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Et sentralt grep i reformen var å gi kommunene et større ansvar for oppfølging av pasienter, slik at flere tjenester kan ytes nærmere der folk bor.

Reformen ble fulgt opp gjennom en kombinasjon av juridiske, organisatoriske og økonomiske virkemidler. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling og legge til rette for systematisk samarbeid. Videre ble det innført en ordning med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, regulert i forskrift, med formål å understøtte hensiktsmessig arbeidsdeling, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. Ordningen innebærer at kommunene betaler for pasienter som blir liggende i sykehus etter at de er vurdert som utskrivningsklare. Ved innføringen av reformen i 2012 omfattet betalingsordningen kun somatikk. Fra 2019 omfatter ordningen også psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utvikling av helhetlige pasientforløp er senere fulgt opp gjennom flere tiltak og reformgrep. Et sentralt tiltak er etableringen av helsefellesskapene, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, som skal bidra til bedre samhandling om pasienter med behov for tjenester fra begge nivåer.

Samhandlingsreformen har vært gjenstand for omfattende evaluering og utredninger. Tidligere studier viser at målene om bedre samhandling og helhetlige pasientforløp i varierende grad er oppnådd, og problemstillinger knyttet til utskrivningsklare pasienter har stått sentralt i vurderingen av hvordan samhandlingen fungerer i praksis.

Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan peker på behovet for bedre sammenheng i tjenestene og et styrket kunnskapsgrunnlag for statlig virkemiddelbruk. Meldingen varsler en evaluering av dagens modell for utskrivningsklare pasienter. Denne rapporten er et svar på dette oppdraget.

Formålet med evalueringen er å etablere et kunnskapsgrunnlag for å vurdere om dagens virkemidler bidrar til forutsigbare utskrivningsprosesser, gode og sammenhengende pasientforløp, og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom tjenestenivåene. Evalueringen skal også gi grunnlag for å vurdere behovet for endringer i statlig virkemiddelbruk. Evalueringens innretning og problemstillinger er beskrevet nedenfor.

1.1 Evaluering av dagens modell for utskrivningsklare pasienter

Evalueringen består av to hoveddeler: kartlegging og vurderinger.

Kartlegging:

- Kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak
- Bruk av ulike former for korttidsplasser i kommunen etter utskrivning som en del av det aktuelle pasientforløpet, inkludert antall forflytninger
- Innretning av samarbeid mellom kommuner og sykehus

- Bruk av teknologi som sørger for kommunikasjonsflyt i utskrivningsprosesser og forløp
- Sammenheng mellom omfang av overliggerdøgn, akutte reinnleggelser og liggetid i sykehus
- I hvilken grad kommuner og sykehus etterlever prosesskravene i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Vurderinger:

Oppdragsbeskrivelsen inkluderer tre temaer som skal vurderes:

- En vurdering av i hvilken grad forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter¹ støtter opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk. Det skal foretas en vurdering av om forskriftens ulike krav bidrar til å løse problemet med utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus.
- En vurdering av beløpet på dagens døgnpris sett opp mot sykehusenes kostnader ved overliggerdøgn og kommunenes kostnader forbundet med alternative tjenestetilbud.
- En vurdering av om det er behov for endringer i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og/eller andre nasjonale virkemidler for å realisere forskriftens formål som er å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Det presiseres likevel at ansvaret for den avgjørende medisinskfaglige vurderingen av om pasienten har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten eller ikke, fortsatt skal ligge hos spesialisthelsetjenesten, jf. § 9 i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

1.1.1 Datagrunnlag og metode

Evalueringen bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative datakilder, herunder intervjuer med kommuner og helseforetak, registerdata og statistikk, samt gjennomgang av eksisterende forskning og utredninger. Intervjuene gir innsikt i hvordan ordningen fungerer i praksis, mens registerdata benyttes til å analysere utvikling og variasjon i omfanget av utskrivningsklare pasienter.

Analysene er basert på oppdaterte data mottatt fra Helsedirektoratet i 2026. Endringer i registrering og metode innebærer et tidsseriebrudd fra 2019, og det er knyttet noe usikkerhet til deler av datagrunnlaget, særlig innen psykisk helsevern. Disse forholdene er håndtert i analysene og omtales nærmere i rapporten.

En nærmere beskrivelse av datagrunnlag, metode og sentrale begrensninger er gitt i vedlegg A.

1.1.2 Avgrensning av oppdraget

Evalueringen omfatter både somatikk og psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forskjeller mellom disse områdene belyses der det er relevant.

Den medisinskfaglige vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar ligger til spesialisthelsetjenesten, og dette ansvarsforholdet er lagt til grunn i evalueringen.

¹ FOR-2011-11-18-1115

Evalueringen retter seg mot statlige virkemidler og deres innretning. Den omfatter ikke en fullstendig vurdering av kvaliteten i kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten isolert sett.

1.2 Organisering av rapporten

Vi starter med en gjennomgang av evalueringsdesignet og metodene som er brukt for å etablere evalueringsgrunnlaget i kapittel 2. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av evalueringens faglige forankring i økonomifaget, der vi redegjør for hvordan insentivteori brukes som utgangspunkt for analysene i kapittel 7 og 8.

I kapittel 3 presenteres modellen og betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter. Kapitlet avsluttes med en oppsummerende vurdering som inngår i den samlede evalueringen, og som også danner grunnlag for deler av anbefalingene.

Deretter følger en kort kunnskapsoppsummering i kapittel 4. I kapittel 5 presenterer vi evalueringens kvantitative analyser. Kapitlet gir en oversikt over omfanget av utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn i sykehusene, og hvordan dette varierer mellom regioner og kommuner. Analysene bygger på de nyest oppdaterte dataene fra Helsedirektoratet, der utskrivningsklare pasienter er beregnet med en ny metode. Kapitlet er særlig relevant for evalueringens mandat om å kartlegge systematiske forskjeller mellom kommuner og sykehusområder, der utskrivningsklare pasienter i større eller mindre grad utgjør et kapasitetsproblem.

I kapittel 6 oppsummerer vi hovedfunnene fra evalueringens kvalitative undersøkelser. Her presenteres resultater fra intervjuer med ulike funksjoner i kommunehelsetjenesten og sykehusene. Utvalg og metode er nærmere beskrevet i vedlegg A.

I kapittel 7 vurderer vi hvordan modellen virker, og hvilke utfordringer som knytter seg til den, under overskriften «Rammebetingelser og bærekraft». I kapittel 8 besvarer vi vurderingsspørsmålene og presenterer våre anbefalinger.

2 Evalueringsens teoretiske forankring – hvordan vurdere virkning?

Et velfungerende samspill mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en forutsetning for å realisere målsettingene i samhandlingsreformen. Evalueringen i denne analysen retter seg mot dagens modell for håndtering av utskrivningsklare pasienter og forskriften om kommunal betaling ved utskrivningsklar status. Modellen omfatter både rettslige rammer, organisatoriske strukturer som helsefellesskap og ulike styrings- og samarbeidsmekanismer som påvirker hvordan helseforetak og kommuner tilpasser seg ansvarsdelingen. Modellen er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Formålet med dette kapittelet er å etablere det analytiske rammeverket for evalueringen. Vi klargjør hvordan *virkning* forstås, hvilke evalueringskriterier som legges til grunn, og hvilke mekanismer som kan forklare hvordan virkemidlene påvirker aktørenes tilpasninger.

Kapittelet redegjør først for hva det innebærer at et virkemiddel «virker». Deretter presenteres virkemiddelmodellen som ligger til grunn for analysen og de evalueringskriteriene som anvendes i vurderingen av modellen. Til slutt redegjøres det for hvordan økonomisk insentivteori brukes som analytisk rammeverk for å forstå hvordan betalingsordningen kan påvirke tilpasningene hos kommuner og sykehus.

2.1 Hva menes med at et virkemiddel virker?

Når et virkemiddel omtales som at det «virker», forstås dette ofte som et spørsmål om målbare effekter. Effekten av et tiltak vil imidlertid avhenge av kontekst, og hva som regnes som en ønsket effekt er alltid normativt forankret. Det kan skilles mellom dokumentert effekt basert på forskning og opplevd effekt slik den framtrer for brukere, profesjonsutøvere og institusjoner. En helhetlig virkemiddelanalyse kan derfor ikke baseres utelukkende på statistisk målbare resultater; man må også spørre hvem virkemiddelet virker for, hvordan det virker, og hvilke verdier som legges til grunn (Sverdrup, 2014).

Den normative siden av spørsmålet er særlig tydelig her. Betalingsmodellen støtter målene i samhandlingsreformen om ønsket arbeidsfordeling, gode pasientforløp og løsninger på laveste effektive omsorgsnivå (Prop. 115 S. Kommuneproposisjonen 2012, 2011-2012). Løsninger på laveste effektive omsorgsnivå skal bidra til kostnadseffektive og faglig forsvarlige pasientforløp.

Å konkludere med at modellen virker, forutsetter at man legger til grunn effektiv ressursutnyttelse og samhandlingsreformens mål om en hensiktsmessig oppgavefordeling. Modellen kan sies å virke dersom den reduserer antall overliggerdøgn ved at pasienter overføres til kommunen på et tidspunkt der dette gir gode og forsvarlige pasientforløp. Dersom overføringen samtidig fører til brudd i kontinuitet, utilstrekkelige kommunale tilbud eller økt risiko for reinnleggelse, må det stilles spørsmål ved om modellen samlet sett oppnår de ønskede effektene.

Vår tilnærming er å ta utgangspunkt i betalingsforskriftens formål der vi legger vekt på kostnadseffektive pasientforløp som kan gi pasienten like gode eller bedre tilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester som i spesialisthelsetjenesten. Effektivitetsbegrepet inkluderer da hensynet til kvalitet. Utfordringen med denne tilnærmingen er å definere hva som er et godt pasientforløp. I evalueringen legger vi til grunn at modellen skal sikre at pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når kommunen kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester til en lavere kostnad enn sykehuset, uten at kvaliteten på helsehjelpen svekkes.

I praksis innebærer dette at forskriften forstås som et virkemiddel for å fremme en samfunnsøkonomisk effektiv arbeidsdeling mellom tjenestenivåene. Den vurderes i et helhetlig ressursperspektiv, der hele pasientforløpet ses under ett. Dette er i tråd med vår forståelse av LEON-prinsippet, som over lang tid har vært førende for organiseringen av norsk helsevesen.

Tekstboks 2.1 LEON- og BEON-prinsippet.

LEON-prinsippet står for **Laveste Effektive Omsorgs Nivå** og betyr at helsehjelp skal ytes på det laveste nivået som er effektivt. Prinsippet har som mål å gi pasienter den omsorgen de har behov for på en kostnadseffektiv måte. Prinsippet bygger på en forståelse om at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester til en lavere kostnad enn spesialisthelsetjenesten. Det følger også av prinsippet at dersom kommunen ikke har nødvendig faglig kompetanse og kapasitet i forhold til den enkeltes behov for hjelp, eller ikke kan levere forsvarlige tjenester til en lavere kostnad enn spesialisthelsetjenesten, bør pasienten følges opp av spesialisthelsetjenesten.

BEON-prinsippet står for **Beste Effektive Omsorgs Nivå**. Begrepet brukes i St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen. Prinsippet legger vekt på at pasienten skal få tjenester på det nivået som er mest effektivt og hensiktsmessig for pasientens behov.

Vår forståelse av prinsippene er at LEON handler om at pasienten skal få tjenester på laveste effektive omsorgsnivå, altså at man ikke skal bruke mer spesialiserte eller ressurskrevende tjenester enn nødvendig så lenge det er faglig forsvarlig. Dette kan forstås som at pasienten ikke skal ligge lenger på sykehus enn det er behov for sett i forhold til forventet utvikling i sykdomsbildet. BEON-prinsippet er ikke like klart definert, men brukes av flere kommuner for å styre helse- og omsorgstilbud med mål om individuell tilpasning, forebygging, rehabilitering og effektiv ressursbruk på kommunalt nivå.

2.2 Analytisk rammeverk og evalueringskriterier

Med utgangspunkt i gjennomgangen over har vi satt opp en enkel virkemiddelmodell illustrert i Figur 2.1. Figuren viser hvilke virkemidler som inngår i modellen som evalueres der virkningsmekanismer er samlet i henholdsvis tilsiktede og utilsiktede virkninger. De tilsiktede virkningene er de som søkes oppnådd, mens de utilsiktede virkningene er virkninger som ikke er direkte tilsiktet ved utformingen av virkemiddelet.

Figuren forenkler sammenhengen mellom virkemidlene. Betalingsordningen er for eksempel forankret i forskrift, hvor det er fastsatt vilkår for når en pasient kan meldes utskrivningsklar. De rettslige virkemidlene stiller også krav om samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, blant annet om vilkår for betaling. Informasjon og kunnskapsutvikling er både en forutsetning for at de øvrige virkemidlene skal fungere, og et virkemiddel som i seg selv kan påvirke måloppnåelsen.

Figur 2.1 Virkemiddelmodell og virkningskjede



2.2.1 For at et virkemiddel skal virke, må rammebetingelsene og forutsetningene for virkninger være oppfylt.

Ytre rammebetingelser og forutsetninger er i figuren illustrert gjennom det blå feltet som kan sies å danne systemet og rammebetingelsene som virkemidlene skal virke under. I denne sammenheng har vi plassert helsefellesskapene som en del av rammebetingelsene. Formålet med helsefellesskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester for pasienter, særlig de med store og sammensatte behov. Dette skal oppnås ved at kommunene og sykehusene samarbeider tettere for å gi pasienter en tryggere, mer helhetlig og likeverdig pasientreise på tvers av nivåene i helsetjenesten. Målet er også å etablere et felles eierskap til pasientene og deres behov, samt å legge grunnlag for felles planlegging og utvikling av tjenester for befolkningen. Helsefellesskapenes formål støtter dermed de samme målområdene som modellen for utskrivningsklare pasienter er rettet mot og kunne derfor også vært vurdert som et virkemiddel som skal virke sammen med modellen for utskrivningsklare pasienter. Det er imidlertid utenfor vårt mandat å evaluere hvorvidt helsefellesskapene fungerer i henhold til formålet. Vi behandler helsefellesskapene som en del av konteksten modellen virker innenfor, og vurderer ikke i hvilken grad de i seg selv oppfyller sitt formål.

Rammebetingelsene omfatter også andre tilgrensende virkemidler, som finansieringsordningen for ressurskrevende brukere, samt annet relevant lovverk og rundskriv. Vi gjennomgår ikke alle disse eksplisitt her, men omtaler de mest relevante i kapittel 7, hvor modellen for utskrivningsklare pasienter drøftes i lys av rammebetingelsene og den langsiktige bærekraften i tjenestene.

2.2.2 Gjennomgående evalueringskriterier: styrings- og kostnadseffektivitet

I evalueringer av økonomiske virkemidler og i helhetlige virkemiddelanalyser er evalueringskriteriene styrings- og kostnadseffektivitet veletablerte kriterier på et overordnet nivå. Både styringseffektivitet og kostnadseffektivitet er dimensjoner som sier noe om virkemiddelets egnethet og samfunnsøkonomiske rasjonalitet.

Styringseffektiviteten til et økonomisk virkemiddel refererer til i hvilken grad virkemiddelet muliggjør målrettet og transparent styring mot politiske eller samfunnsøkonomiske mål. Et styringseffektivt virkemiddel kjennetegnes av:

- insentivstrukturer som styrer aktørenes atferd i ønsket retning.
- god styringsinformasjon og mulighet for løpende evaluering og justering.
- administrativ håndterbarhet for både myndigheter og mottakere, og bidrar til forutsigbarhet og legitimitet i virkemiddelbruken.

En forutsetning for at betalingsordningen skal være styringseffektiv er at den tydeliggjør ansvarsfordelingen mellom nivåene og gir kommunene insentiver til å etablere tilstrekkelig kapasitet til å ta imot pasienter som er vurdert som utskrivningsklare.

Kostnadseffektiviteten vurderes ut fra om virkemiddelet oppnår ønskede effekter til lavest mulig samlet samfunnsøkonomisk kostnad. Et kostnadseffektivt virkemiddel:

- har lav administrativ byrde og minimal ressursbruk i implementering og oppfølging.
- genererer høy nytte per brukte krone, både direkte og indirekte. Utsiktede negative virkninger, herunder kostnader ved reinnleggelser som eventuelt er utløst av virkemiddelet, inngår i dette punktet.
- kan sammenlignes med alternative virkemidler for å identifisere den mest økonomisk rasjonelle løsningen.

En forutsetning for at ordningen skal være kostnadseffektiv er at den reduserer unødvendig bruk av spesialisthelsetjenesten og fremmer raskere overføring til kommunale omsorgsnivåer. Effekten vil avhenge av kommunenes evne til å tilby adekvate tjenester, og at kommunene faktisk representerer det laveste effektive omsorgsnivået. Dersom det overføres oppgaver som kommunene ikke evner å ivareta på en hensiktsmessig måte, kan dette gi samfunnsøkonomiske kostnader uten at tilsvarende nytte realiseres.

2.2.3 Langsiktig bærekraft og likeverdige tjenester

I Meld. St. 9 (2023-2024) legger regjeringen stor vekt på å ruste den samlede helse- og omsorgstjenesten for framtiden og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester.

I den samlede evalueringen vil vi derfor også legge vekt på kriteriet langsiktig bærekraft, inkludert i hvilken grad modellen legger til rette for likeverdige tjenester over hele landet. Disse kriteriene behandles som supplerende til kriteriene for styrings- og kostnadseffektivitet. Dersom modellen scorer lavt på disse områdene, kan det like gjerne være en indikasjon på behov for supplerende virkemidler som på at modellen i seg selv ikke fungerer etter hensikten.

2.3 Økonomisk teori om insentiver gir rammeverket for evalueringen

Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter er et eksempel på bruk av økonomiske virkemidler for å påvirke samhandlingen mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter kan forstås som et økonomisk virkemiddel utformet for å påvirke aktørenes atferd og understøtte en kostnadsfordeling i tråd med ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren. Gjennom økonomiske insentiver søker staten å stimulere kommunene til å etablere og prioritere tjenester som muliggjør tidlig mottak av pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus.

Ordningen innebærer at kommunene må betale en døgnset for pasienter som blir liggende i sykehus etter at de er vurdert som utskrivningsklare. Ved innføringen av betalingsplikt fra første dag en pasient ble meldt utskrivningsklar, ble det samtidig overført midler fra helseforetakene til kommunenes samlede inntektsramme (jf. kapittel 3.3). Formålet var å gi kommunene økonomisk handlingsrom til å utvikle tilbud til målgruppen, samtidig som betalingsordningen skulle gi et insentiv til å bygge opp kapasitet til å ta imot pasienter etter avsluttet sykehusbehandling.

Ordningen bygger på en antakelse om at kostnader ved å la pasienter bli liggende i sykehus vil gi kommunene insentiver til å bygge opp kapasitet til å ta imot pasienter tidligere. Samtidig innebærer ordningen at noe av den økonomiske og kapasitetsmessige risikoen knyttet til variasjoner i behovet for slike tjenester flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Insentiver for kommunene

Kommunenes økonomiske insentiv ligger i at kostnadene ved oppfølging i kommunale tjenester kan være lavere enn døgnseten for overliggere i sykehus. Dersom kommunen kan tilby et egnet tjenestetilbud til en lavere kostnad enn døgnseten, vil det være økonomisk gunstig å ta imot pasienten.

Muligheten til å realisere slike gevinster var imidlertid ulikt fordelt mellom kommunene. Kommuner som allerede hadde etablert kapasitet og organisatoriske rutiner for mottak ved utskrivning, kunne i større grad tilpasse seg ordningen uten vesentlige endringer i tjenestetilbudet. Kommuner med et mer begrenset tjenestetilbud, eller som tradisjonelt hadde basert seg på at lokalsykehuset ivaretok pasientene en periode etter ferdigbehandling, hadde i utgangspunktet mindre mulighet til å hente ut slike gevinster før kapasiteten var bygget opp. For disse kommunene kunne ordningen dermed innebære en netto kostnadsøkning.

Overføringen av midler ble varig innlemmet i inntektssystemet for kommunene. Forutsatt at nivået på overføringen reflekterer de faktiske kostnadene, innebærer dette prinsipielt at kommunesektoren samlet sett er finansiert for å overta pasienter som har behov for videre oppfølging etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten.

Før reformen ble kommunene først betalingspliktige etter ti dager, noe som ga svake insentiver til tidlig mottak av utskrivningsklare pasienter. Evalueringer viser at særlig kommuner med sykehus i egen kommune i stor grad baserte seg på sykehusenes kapasitet også etter at pasientene var ferdigbehandlet. I evalueringen av betalingsordningen som ble gjennomført ett år etter innføringen, omtales dette slik: «Sykehusenes vertskommuner beslagla den største delen av denne kapasiteten, noe som indikerer at disse kommunene i høy grad benyttet sykehusenes hotellkapasitet til pleieformål» (Hagen, McArthur, & Tjerbo, 2013, s. 9).

Insentiver for sykehusene

Innføringen av en døgnset for pasienter som oppholder seg i sykehus etter utskrivningsklar status påvirker også sykehusenes insentiver. Dersom kommunen overtar pasienten, frigjøres sengekapasitet som kan benyttes til nye innleggelser.

Sykehusene finansieres gjennom en kombinasjon av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering (innsatsstyrt finansiering, se Prop. 1 S (2020–2021) for nærmere beskrivelse). I et slikt system vil inntektene knyttet til nye pasienter normalt være høyere enn marginalinntektene knyttet til ferdigbehandlede pasienter som blir liggende i sykehus. Dette gir sykehusene et insentiv til å frigjøre sengekapasitet. Muligheten til å fakturere kommunen for overligger etter at en pasient er meldt utskrivningsklar, styrker sykehusenes økonomiske insentiver til å melde en pasient utskrivningsklar etter pasienten er avklart.

Insentiver til mottak og til å frigjøre kapasitet kan påvirke tidspunktet for utskrivning

Samtidig kan økonomiske insentiver påvirke aktørenes vurderinger og prioriteringer på måter som ikke nødvendigvis var tilsiktet ved utformingen av ordningen. Når både sykehus og kommuner står overfor økonomiske konsekvenser knyttet til tidspunktet for overføring av pasienter, kan dette påvirke vurderingene av når en pasient meldes utskrivningsklar og når overføring til kommunale tjenester finner sted.

Ordningen skaper dermed ikke bare et kommunalt insentiv til mottak, men også et sykehusinsentiv til å frigjøre kapasitet. Dette gjør det særlig relevant å undersøke hvordan ordningen påvirker tidspunktet for når pasienter vurderes som utskrivningsklare.

2.3.1 Insentivteoretiske perspektiver

Evalueringen tar utgangspunkt i et insentivteoretisk perspektiv på økonomiske styringsvirkemidler i offentlig sektor. Betalingsordningen kan analyseres i lys av klassisk insentivteori, som tar utgangspunkt i at aktører i et styringssystem kan ha delvis motstridende mål. Staten søker å redusere liggetiden i sykehus og oppnå en mer kostnadseffektiv oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene. Kommunene vil samtidig ha insentiver til å begrense egne kostnader, og kan derfor ha økonomiske motiver for å utsette mottak av pasienter. Betalingsordningen er utformet for å korrigere denne asymmetrien gjennom direkte økonomiske virkemidler.

Samtidig viser insentivteori at økonomiske virkemidler kan gi opphav til utilsiktede tilpasninger. I betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter er det særlig tre mekanismer som kan være relevante: multitaskproblemer, budsjettbegrensninger og alternativkostnader, samt asymmetrisk informasjon mellom sykehus og kommuner. Disse mekanismene kan påvirke både kommunenes prioriteringer og sykehusenes vurderinger knyttet til tidspunktet for utskrivning og overføring av pasienter.

Multitaskproblemet (Holmström & Milgrom, 1991) viser til at aktører ofte har flere oppgaver som må ivaretas samtidig. Når insentiver rettes mot én bestemt oppgave, i dette tilfellet reduksjon i antall overliggerdøgn, kan dette føre til at andre hensyn får mindre oppmerksomhet. For kommunene kan dette innebære at ressurser prioriteres mot mottak av utskrivningsklare pasienter på bekostning av andre tjenester. For sykehusene kan sterke insentiver til å melde pasienter utskrivningsklare bidra til at pasienter skrives ut tidligere enn det som er helsefaglig optimalt. I ytterste konsekvens kan slike

mekanismer bidra til såkalte perverse insentiver, der virkemiddelet skaper tilpasninger som trekker i en annen retning enn den tilsiktede effekten.

Budsjettbegrensninger og alternativkostnader innebærer at kommunene må prioritere oppgaver og investeringer innenfor gitte økonomiske rammer. Når kommunene må betale for pasienter som blir liggende i sykehus etter utskrivningsklar status, øker kostnadene ved å prioritere andre oppgaver dersom kapasiteten i kommunale tjenester er begrenset. Kommunene må dermed avveie kostnaden ved å betale for opphold i sykehus mot kostnaden ved å bygge opp eller omprioritere kapasitet i egne tjenester. Denne avveiningen skjer samtidig under usikkerhet om hvor stort behovet for slike tjenester faktisk vil være over tid. Prioritering av mottak av utskrivningsklare pasienter kan derfor føre til redusert kapasitet i andre tjenester. Slike effekter omtales gjerne som crowding out. Det at kommunen blir tvunget til å vurdere mottak av utskrivningsklare pasienter opp mot andre oppgaver, er en ønsket og nødvendig effekt. Crowding out er dermed ikke en utilsiktet effekt, men den kan likevel bli for sterk eller for svak, avhengig av prisen kommunene betaler for overliggere.

Den tredje utfordringen er knyttet til asymmetrisk informasjon. Sykehus og kommunale tjenester kan ha ulik tilgang til relevant informasjon om pasientens tilstand og behov. Etter forskriften er det sykehuset som har det formelle ansvaret for å definere når en pasient er utskrivningsklar, mens kommunene kan ha mer informasjon om hvilke tjenester som kan tilbys etter utskrivning. Informasjonsasymmetri kan dermed påvirke både beslutningsgrunnlaget og ressursbruken i samarbeidet mellom nivåene blant annet gjennom uenigheter om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar, behov for avklaringer knyttet til videre behandling eller uenighet om fakturagrunnlag. Asymmetrisk informasjon kan også skape utfordringer i kommunikasjonen med pasient og pårørende med hensyn til forventninger til videre behandling etter utskrivningen og/eller utskrivningstidspunkt.

De insentivteoretiske perspektivene gir et analytisk rammeverk for evalueringen. I analysen undersøkes det både om betalingsordningen har påvirket aktørenes atferd i tråd med intensjonen om raskere overføring av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester, og om ordningen kan ha gitt opphav til utilsiktede virkninger knyttet til prioriteringer, ressursbruk eller kvalitet i pasientforløpene.

Risiko og svingninger i etterspørsel og behov

Et siste forhold gjelder risiko og utnyttelse av kapasitet. Kommuner og helseforetak kan ha ulik evne til å håndtere økonomisk og kapasitetsmessig risiko. Usikkerhet knyttet til antallet utskrivningsklare pasienter, hvilke behov de vil ha og når utskrivning faktisk skjer, gjør det krevende å planlegge kommunale tilbud. Dette innebærer at kommunene må etablere kapasitet uten sikkerhet for at behovet vil være stabilt eller forutsigbart over tid. Betalingsordningen innebærer dermed at en del av risikoen knyttet til variasjoner i etterspørselen etter tjenester til utskrivningsklare pasienter i praksis bæres av kommunene. Samtidig er oppbygging av tilbud, både i form av lokaler og nødvendig kompetanse, forbundet med betydelige kostnader. Dersom etterspørselen varierer eller viser seg å være lavere enn forventet, kan dette føre til lav kapasitetsutnyttelse og økonomisk risiko for kommunen. Særlig mindre kommuner kan ha begrenset handlingsrom til å håndtere slik usikkerhet. I praksis kan dette innebære at risikoen knyttet til etablering av kapasitet for utskrivningsklare pasienter i noen grad bæres av andre deler av de kommunale tjenestene. Risikoen påvirkes også av variasjoner i behov over tid, blant annet som følge av sesongmessige svingninger i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester.

Økonomisk og organisatorisk risiko er nært knyttet til kostnadseffektivitet. For å oppnå høyest mulig kostnadseffektivitet bør risiko i størst mulig grad plasseres hos den aktøren som best kan påvirke, håndtere eller bære den til lavest kostnad.

2.4 Oppsummering av analytisk rammeverk og forventninger

Evalueringen bygger på et analytisk rammeverk der betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter forstås som et økonomisk virkemiddel som skal bidra til en mer kostnadseffektiv og forsvarlig arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Modellen vurderes ut fra styrings- og kostnadseffektivitet, supplert med hensyn til langsiktig bærekraft og likeverdige tjenester.

Virkningen av ordningen avhenger av rammebetingelser som kommunal kapasitet, organisering, samarbeid og øvrige virkemidler i sektoren. Incentivteori brukes som rammeverk for å analysere hvordan betalingsansvaret påvirker tilpasningene hos kommuner og sykehus, herunder hvordan ordningen kan påvirke tidspunktet for overføring av pasienter, prioritering av ressurser, samhandling mellom nivåene og fordelingen av risiko.

En sentral forventning er at ordningen kan bidra til raskere overføring av utskrivningsklare pasienter, men at virkningen vil variere mellom kommuner med ulike forutsetninger. Analysen retter seg derfor både mot modellens tilsiktede virkninger og mot mulige utilsiktede konsekvenser for kvalitet, ressursbruk og samhandling.

3 Dagens modell for utskrivningsklare pasienter

I kapittel 2 presenterte vi det analytiske rammeverket for evalueringen av modellen for utskrivningsklare pasienter, med særlig vekt på hvordan økonomiske virkemidler kan påvirke tilpasningene hos kommuner og sykehus.

I dette kapittelet beskriver vi regelverket for kommunal betaling, kriteriene for når en pasient anses som utskrivningsklar, finansieringen av ordningen og kravene til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Vi omtaler også utvidelsen av ordningen fra 2019, da betalingsplikten ble utvidet til å omfatte pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I høringen som ble gjennomført i forkant av endringen, pekte kommuner, helseforetak og andre aktører på flere utfordringer knyttet til utskrivning av pasienter med mer sammensatte behov, blant annet knyttet til bolig, kapasitet i kommunale tjenester og ansvarsdeling mellom nivåene i helsetjenesten. Disse innspillene peker på forhold som kan påvirke hvordan modellen fungerer i praksis og trekkes derfor inn i den videre evalueringen.

3.1 Modell for utskrivningsklare pasienter og kommunal betaling

St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* presenterte flere tiltak og overordnede prinsipper som skulle møte pasientenes behov for koordinerte tjenester og samtidig møte sentrale samfunnsøkonomiske utfordringer, særlig knyttet til demografiske endringer og endringer i sykdomsmønstre.

En sentral målsetting med reformen var at sykehusene fortsatt skulle yte spesialisthelsetjenester, men at pasienter som ikke lenger har behov for slik behandling, raskt skulle overføres til et lokalt tjenestetilbud. I Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, ble det foreslått endringer i de eksisterende retningslinjene for utskrivningsklare pasienter. I § 11-4 første ledd i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. fremgår det at kommunen fra og med dag én skal dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i både private og offentlige institusjoner i spesialisthelsetjenesten, i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Av bestemmelsens andre ledd følger det også at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket om utskrivningsklare pasienter. I tillegg følger det av § 2-6 første ledd i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. at det regionale helseforetaket også skal inngå samarbeidsavtale med kommunene for det samme formålet.

I meldingens kapittel 9.5.2 omtales innføringen av betalingsplikt fra første dag, krav om samarbeidsavtaler og behovet for felles kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, som en samlet modell. Modellen omfatter også kriterier for reinnleggelser, krav til pasientinformasjon ved utskrivning og systemer for å håndtere uenighet mellom partene (St.meld.nr 47 , 2008-2009, s. 106).

Ved innføringen av modellen ble det lagt til grunn at kommunene skulle tilføres midler tilsvarende sykehusenes kostnader for utskrivningsklare pasienter. Formålet var ikke å straffe kommuner som ikke tok imot pasienter, men å etablere sterkere og riktigere incentiver.

Kommunene kan i prinsippet velge å opprettholde omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og dekke kostnadene ved dette. Incentivet til å ta imot pasientene ligger i muligheten til å etablere kommunale tilbud med lavere kostnader, og dermed frigjøre midler til andre formål.

3.2 Forskrift om kommunal betaling

I dette kapittelet presenterer vi formålet med og innholdet i betalingsforskriften. Vi gir en utdypende gjennomgang av utvidelsen av ordningen i 2019 med begrunnelsene for og vurderingene som ble gjort før psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble inkludert.

3.2.1 Formål og hvem som omfattes av forskriften

Formålet med betalingsordningen og samarbeidsavtalene er å bidra til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved at utskrivningsklare pasienter får oppfølging på laveste effektive omsorgsnivå. Modellen er dermed i tråd med LEON-prinsippet (jf. avsnitt 2.1), som nettopp innebærer at helsehjelpen skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå.

Kommunenes betalingsansvar er regulert i *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (FOR-2011-11-18-1115), som er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om spesialisthelsetjenester. Forskriften regulerer betaling for utskrivningsklare pasienter som blir værende i døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt tilbud. Formålet med forskriften er presisert i § 1 i forskriften:

Tekstboks 3.1 Hva er formålet med kommunal betaling for overliggerdøgn?

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 1. Formål

Forskriften skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten.

Kilde: (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter)

3.2.1.1 Kun somatiske pasienter ved innføringen i 2012

Ved innføringen omfattet modellen kun somatiske pasienter. Pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling var dermed ikke en del av betalingsordningen og modellen for utskrivningsklare pasienter ved innføringen i 2012. Begrunnelsen var blant annet at det forelå flere uavklarte forhold knyttet til disse pasientgruppene. Det var ikke etablert klare definisjoner for utskrivningsklare pasienter på disse områdene. Pasientene i disse gruppene har ofte behov for langvarig behandling og oppfølging fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det var også stor usikkerhet knyttet til omfanget av utskrivningsklare pasienter på disse områdene. Det var også behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene innenfor områdene psykisk helsevern og rus.

Kunnskap om omfanget av pasienter innen disse områdene var viktig både for å kunne fastsette størrelsen på bevilgningene som skal overføres fra helseforetakene til kommunene, og for at kommunene skal få mulighet til å rigge et tilbud som gjør at de kan ta imot utskrivningsklare pasienter på disse områdene. En klargjøring av oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene var også viktig, både med tanke på å kunne utarbeide kriterier for når en pasient er utskrivningsklar i den forstand at betalings- og dermed også oppfølgingsansvaret overtas av kommunen. Selv om behovet for oppfølging i kommunen ble vurdert som like stort for disse pasientgruppene, ble det ikke vurdert som hensiktsmessig å innføre ordningen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2012. Helse- og omsorgsdepartementet stilte i stedet krav til de regionale helseforetakene om å registrere utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern til Norsk pasientregister. Det framgår at et mulig tidspunkt for innføring av ordningen på dette området blant annet ville avhenge av resultatet av registreringen og arbeidet med å klargjøre oppgave- og ansvarsforhold mellom den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3.2.1.2 Utvidelse av ordningen fra 2019: Psykisk helsevern og TSB

Fra 2019 ble det innført to viktige endringer i ordningen om kommunal betaling av overliggerdøgn:

1. Ordningen ble utvidet til å også gjelde pasienter innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB).
2. Fra 2019 skulle betalingsplikten følge oppholdskommunen, også for somatiske pasienter. Opprinnelig var det folkeregistrert adresse som avgjorde hvilken kommune som hadde betalingsplikt.

Utvidelsen til også å omfatte utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) kan forstås som en videreføring av prinsippene i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv. Utvidelsen av ordningen omtales blant annet i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*. I meldingen vises det til at Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter, også innen psykisk helse og rus. Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter ble framhevet som et virkemiddel for å stimulere kommunene til å ta et større ansvar for denne gruppen:

“ Regjeringen vil tydeliggjøre kommunenes ansvar for å gi forsvarlige tjenester til mennesker med psykisk sykdom og rusproblematikk bl.a. gjennom å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og klargjøre at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbud også omfatter brukere med psykisk helse- og rusproblematikk. Videre vil regjeringen gjennom kommunereformen skape kommuner som har kapasitet og kompetanse til å levere et bredere tjenestespekter, noe som også vil komme mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer til gode.

Meld. St. 26 (2014–2015) (Regjeringen Solberg)

Meldingen viser også til Meld. St. 30 (2011 - 2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping* der det vises til at regjeringen (Solberg) tok sikte på en gradvis innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter på rusområdet så snart det lot seg gjennomføre. En utvidelse av ordningen til å omfatte utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB omtales også i Prop. 15 S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Her legges det blant annet vekt på manglende bolig og svak samhandling som sentrale utfordringer på rusfeltet.

Innføring av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter var ment å gi insentiver til bedre samhandling mellom tjenestene, samt bidra til at flere personer med rusproblemer fikk en egnet bolig eller et individuelt tilpasset etterverns- og oppfølgingstilbud. Det pekes på at det for noen vil innebære plass ved en privat omsorgsinstitusjon eller en døgnbemannet bolig. Det understrekes at kommunene selv har ansvar for hvordan tjenestene organiseres, og om de vil etablere tjenestene i egen regi eller i samarbeid med frivillige, ideelle eller private aktører gjennom avtaler eller anbud.

Det argumenteres blant annet med at manglende innføring av de økonomiske virkemidlene for psykisk helse- og ruspasienter kunne bidra til en oppfatning av at rus og psykisk helse ble holdt utenfor samhandlingsreformen, noe som ble vurdert som uheldig. Dette oppgis å ha påvirket prioriteringene i kommunen. Med en utvidelse av ordningen der betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB ble basert på den allerede innførte ordningen i somatikk, skulle likestilling av fagområdene og uønskede vridnings- og prioriteringseffekter unngås.

Ulik mottakelse av utvidelsen i høringssvarene

Forslaget til endring ble sendt på høring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I høringssvarene framheves bolig som en av de største og mest gjennomgående utfordringene i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Det pekes særlig på at mange av pasientene mangler egnet bolig. Mangel på bolig framheves som hovedårsaken til at personer blir liggende lenger enn nødvendig i døgnavdelinger. Det understrekes av flere at tidlig dialog om boligbehov er avgjørende for at kommunene skal kunne ta imot pasienten, slik at kartlegging og eventuelle vedtak kan igangsettes før utskrivning. Videre vises det til at flere av pasientene i disse målgruppene vil trenge omfattende tilrettelegging eller oppfølging.

Fra kommunalt hold framgår det også at det oppleves som om spesialisthelsetjenesten antar at kommunen raskt kan skaffe bolig, selv om boligmarkedet og tilgjengeligheten varierer betydelig. Dette bidrar ifølge flere til frustrasjon og urealistiske forventninger.

Mangelen på egnede boliger oppgis å gjøre utskrivningsprosessen mer krevende og tidskrevende, og framstår som en sentral årsak til at flere kommuner uttrykker seg skeptisk til en utvidet betalingsplikt. Så lenge boligtilbudet faktisk ikke foreligger, vurderes det som lite hensiktsmessig å innføre økonomiske sanksjoner knyttet til forsinkelser i utskrivning.

Oslo kommune gir uttrykk for at forslaget er preget av at det gis stor definisjonsmakt til spesialisthelsetjenesten når det kommer til vurderinger av pasientens behov. Det vises til at kommunen opplever en «bestilling» fra spesialisthelsetjenesten på en bestemt type tjeneste etter utskrivning. De opplever at kommunen og spesialisthelsetjenesten i flere saker står langt fra hverandre i sine vurderinger av pasientens behandlingsbehov og oppfølgingstiltak ved utskrivning. De ber på dette grunnlaget om at det presiseres at det er kommunen som skal yte tjenestene, som har ansvar for vurdering og avgjørelse om hva som er nødvendig og forsvarlig tjenestenivå.

Flere vurderer det som positivt at fagområdene likestilles, og at uheldige og uønskede vridnings- og prioriteringseffekter unngås. Samtidig vises det at det vil være behov for enkelte særskilte krav for TSB og psykisk helsevern. Mange av pasientene som er utskrivningsklare tilhører en særlig sårbar pasientgruppe med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. For mennesker med omfattende rusproblemer og/eller alvorlig psykisk sykdom vil det ofte være behov for langvarig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter at behovet for døgnbehandling er over.

Helseforetakene er gjennomgående mer positive enn kommunene. Utvidelsen av betalingsplikten vurderes blant annet som et viktig element i utviklingen av arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt i utviklingen av mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp og mer kostnadseffektive løsninger.

Andre peker på at omfanget av utskrivningsklare pasienter er uklart, men at pasienttellingen viser et lavt antall i psykisk helsevern og enda lavere i TSB. Sykepleierforbundet stiller spørsmål ved hva en betalingsplikt skal bidra til når antallet pasienter er lavt og usikkert. Usikkerhet om antall pasienter i ulike kategorier og mangelfull registreringspraksis brukes også som argument for å utsette innføring av betalingsplikt for de nevnte fagområdene.

Utvidelsen trådte i kraft 1. januar 2019. Forskriften har siden ligget fast.

3.2.2 Når er en pasient utskrivningsklar?

I presentasjonen av modellen gis det ikke en eksplisitt definisjon av hva som skal forstås med en utskrivningsklar pasient. Det pekes derimot på at kommuner og sykehus i samarbeid må utarbeide klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, og kriterier for reinnleggelser. Det stilles likevel klare krav til dokumentasjon ved utskrivning, blant annet at epikrise, medikamentopplysninger, resepter og rapporter fra alle relevante faginstanser bør foreligge ved utskrivning, og at det må etableres systemer for å håndtere situasjoner der partene ikke kommer til enighet om pasientens funksjonstilstand og behov for tiltak etter utskrivning, samt systemer for å håndtere uenighet av prinsipiell karakter.

Forskriftens § 9 fastsetter vilkårene for når en pasient er utskrivningsklar, herunder også hvem som avgjør dette (jf. Tekstboks 3.2).

Tekstboks 3.2 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a. problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b. øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- c. dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.

3.2.3 Øvrige bestemmelser i forskriften

Forskriften fastsetter at sykehuset ved innleggelse skal vurdere om pasienten kan trenge kommunale tjenester etter utskrivning (§ 7), og dersom det er sannsynlig, skal kommunen varsles innen 24 timer med opplysninger om pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Kommunen skal også varsles dersom det skjer endringer i disse forholdene (§ 9).

Når en pasient blir utskrivningsklar, skal sykehuset straks varsle kommunen (§ 10), som da skal svare om den kan ta imot pasienten. Hvis kommunen ikke kan ta imot pasienten, må den opplyse når et tilbud antas å være klart, og den skal straks gi melding når tilbudet faktisk foreligger (§ 11). Sykehuset kan først overføre pasienten når kommunen har bekreftet at et kommunalt tjenestetilbud er klart, og nødvendig medisinsk dokumentasjon skal sendes til de som skal følge opp pasienten videre (§ 12).

Forskriften regulerer videre at kommunen er betalingspliktig fra og med det døgnet pasienten er erklært utskrivningsklar, varslene er gitt i tråd med kravene, og kommunen enten har sagt at den ikke kan ta imot pasienten eller unnlatt å svare (§ 13). Kommunen har rett til å be om en redegjørelse for sykehusets vurderinger (§ 14), og de regionale helseforetakene er ansvarlige for å sende faktura til kommunen (§ 15).

3.3 Finansiering av overføringen og fastsettelse av døgnpris

Innføringen av betaling for utskrivningsklare pasienter ble finansiert ved at de regionale helseforetakene fikk et trekk i sine rammer og kommunene en tilsvarende økning i sine rammer basert på historiske tall for sykehuskostnadene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Betalingsraten ble fastsatt til 4 000 2012-kroner per døgn, og midler tilsvarende om lag 560 millioner 2012-kroner ble overført til kommunenes rammetilskudd. Beregningen tok utgangspunkt i om lag 140 000 utskrivningsklare liggedøgn per år (gjennomsnitt for perioden 2007–2009). Raten var beregnet slik at den skulle dekke driftskostnader, inkludert kapitalkostnader, knyttet til opphold i spesialisthelsetjenesten for pasienter som var utskrivningsklare (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011).

Ved utvidelsen fra 2019 ble det overført ytterligere 185 millioner 2019-kroner. Med en prisjustering etter konsumprisindeksen tilsvarer de overførte midlene i overkant av 1 mrd. 2025-kroner.²

Rammetilskuddet fra staten inngår i kommunenes frie inntekter, noe som innebærer at kommunene selv kan disponere inntektene innenfor sine oppgaver. Inntektssystemet forsøker å ta hensyn til at noen kommuner har systematisk høyere behov for helse- og omsorgstjenester. Dette skjer særlig gjennom utgiftsutjevningen hvor antall eldre, levekår, bosettingsmønster og alderssammensetning brukes til å beregne kommunenes utgiftsbehov. Kommuner med mange eldre eller større omsorgsbehov får dermed et relativt sett høyere rammetilskudd enn kommuner som er beregnet med et lavere utgiftsbehov til helse- og omsorgstjenester. Frie inntekter er midler kommunene fritt kan disponere innenfor rammene av gjeldende lover og regler.³

Kommunene står fritt til å velge om de vil betale for overliggere, eller om de vil ta imot pasientene i kommunale tjenester. For at betalingsordningen skal fungere som et økonomisk insentiv, forutsetter det at kommunen kan tilby forsvarlig helsehjelp i hjemmet eller i institusjon til en lavere kostnad enn den fastsatte døgnprisen.

Vi bemerker at omleggingen nødvendigvis også ga en omfordeling mellom kommunene i den forstand at kommuner som i utgangspunktet ikke hadde overliggerdøgn, fikk kompensasjon etter de samme objektive kriteriene som kommuner med et høyt antall overliggerdøgn sett opp mot befolkningen. For kommunene med flest overliggerdøgn i forhold til befolkningsstørrelse, medførte omleggingen kostnader i og med at de etter omleggingen enten måtte betale en døgnpris for sykehusopphold som tidligere var gratis, eller bære kostnadene ved å gi et kommunalt tilbud til brukere som tidligere ville vært i kategorien «overliggere».

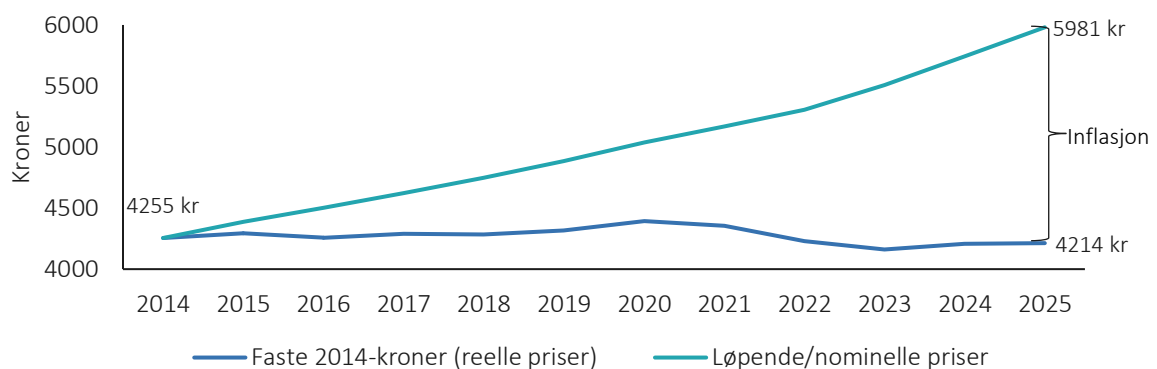
Døgnprisen fastsettes årlig i statsbudsjettet. I 2025 var døgnprisen på 5 981 kroner, mens den i 2026 er satt til 6 172 kroner.

Figur 3.1 viser utviklingen i døgnpris for overliggerdøgn fra 2014 til 2025 i løpende og faste priser (kpi-justert). Som det framgår av figuren, har døgnprisen tilnærmet vært den samme målt i faste priser fra ordningen ble innført.

² Beregningen til 2025-kroner ved hjelp av KPI er upresis og gir ikke fullstendig informasjon om verdien av overføringen i dagens budsjetter. Dette fordi prisvekst på statens utgifter beregnes med prisdeflatoren i statsbudsjettet mens den kommunale deflatoren brukes i kommunenes inntektssystem. Beregningen gir kun et bilde av hva overføringen som ble gitt i hhv. 2012 og 2019 til sammen er verdt i 2025-kroner. Kommunene har hatt en betydelig realvekst i inntektsoverføringene målt i kroner per innbygger, kompensasjonene i 2025 er derfor høyere enn den prisjusterte verdien fra oppstartsåret.

³ Se <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet/id2829838/> for beskrivelse av inntektssystemet for fylkeskommuner og kommuner.

Figur 3.1 Utvikling i døgnpris for overliggerdøgn



Kilde: Vista Analyse basert på *Utskrivningsklare pasienter - Helsedirektoratet*
 Merknad: For faste priser er 2014 brukt som basisår, dvs. indeks for 2014 = 100.

3.4 Krav om samarbeidsavtaler er en del av modellen

Det er lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven at partene skal inngå avtaler med hverandre om blant annet utskrivningsklare pasienter.

Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal veileder som utdyper lovkravene og gir praktisk veiledning til kommuner og helseforetak i arbeidet med å utarbeide, revidere og følge opp samarbeidsavtalene. Punkt 5 i veilederen omhandler utskrivningsklare pasienter. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet utgitt en nasjonal veileder som redegjør for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak som følger av samhandlingsreformen.

Helsedirektoratet har også en oversikt over samarbeidsavtalene mellom RHF-ene/ helseforetak og tilknyttede kommuner.⁴

Helseforetakene har i varierende grad inngått overordnede eller felles avtaler. Selv om alle avtalene følger samme lovverk og veileder, varierer de vesentlig når det gjelder detaljnivå langs flere dimensjoner. Avtalene kan for eksempel omfatte tidsvinduer for å varsle kommunen om utskrivningsklare pasienter, regulere opplæringsansvar, informasjonsutveksling, hjelpemidler, retningslinjer for behandling av uenighet, avvikshåndtering mv. Vår gjennomgang av avtalene viser at det er stor variasjon på tvers av helseforetakene, både når det gjelder struktur og grad av felles, likelydende avtaler.

3.5 Oppsummering

Modellen for håndtering av utskrivningsklare pasienter bygger på en kombinasjon av juridiske, økonomiske og organisatoriske virkemidler. Regelverket om kommunal betaling, kriteriene for utskrivningsklar status, finansieringen av ordningen og kravene til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak utgjør til sammen en styringsmodell som skal bidra til bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og til at pasienter mottar tjenester på laveste effektive omsorgsnivå.

⁴ se <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/helse-og-omsorgstjenesteloven/oversikt-og-krav-til-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>

Ordningen forutsetter samtidig et velfungerende samspill mellom sykehus og kommuner, blant annet gjennom tidlig varsling, avklarte ansvarsforhold og tilstrekkelig kommunal kapasitet til å ta imot pasienter etter utskrivning. I høringsinnspillene knyttet til utvidelsen av ordningen i 2019 ble det blant annet pekt på utfordringer knyttet til manglende tilgang til egnede boliger, behov for omfattende kommunale tjenester og uenighet om vurderingen av pasientens behov ved utskrivning. Slike forhold kan påvirke hvordan betalingsordningen fungerer i praksis.

Utvidelsen av ordningen i 2019 til også å omfatte psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer at modellen nå også gjelder pasientgrupper med mer sammensatte oppfølgingsbehov.

Beskrivelsen i dette kapittelet danner grunnlaget for den videre analysen av hvordan modellen fungerer i praksis.

4 Hva vet vi fra tidligere undersøkelser og evalueringer?

Dette kapitlet oppsummerer forskning, evalueringer og andre relevante kunnskapskilder om utskrivningsklare pasienter. Gjennomgangen er innrettet mot problemstillingene i evalueringen.

Kapitlet belyser kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak, bruk av korttidsplasser og andre mellomløsninger etter utskrivning, samarbeid mellom kommuner og sykehus, bruk av teknologi i kommunikasjonsflyten, sammenhenger mellom overliggedøgn, reinnleggelser og liggetid i sykehus, og etterlevelse av prosesskravene i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Det trekkes også fram litteratur som er relevant for vurderingsdelen av evalueringen, blant annet spørsmål om forskriften støtter gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom nivåene.

Litteraturen om utskrivningsklare pasienter er i stor grad knyttet til evalueringer av samhandlingsreformen og de økonomiske og organisatoriske virkemidlene som ble innført for å påvirke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Et gjennomgående funn er at reformen har påvirket pasientstrømmer, ansvarsfordeling og innholdet i de kommunale tjenestene, men at virkningene varierer mellom kommuner, fagområder og pasientgrupper. Forskningen beskriver ikke utskrivningsklarproblematikken som et spørsmål om liggetid alene, men som en bredere systemutfordring der pasientkompleksitet, kapasitet, organisering, informasjonsflyt og faglig ansvar virker sammen (Norges forskningsråd, 2016; Rohde et al., 2020; Rødal et al., 2020).

Evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM) (Norges forskningsråd, 2016) er et viktig utgangspunkt for denne gjennomgangen. Sluttrapporten viser at samhandlingsreformen ga tydelige styringseffekter, særlig i form av redusert liggetid og kortere ventetid for utskrivningsklare pasienter. Evalueringen viste også at samarbeidsavtalelene i liten grad endret opplevd samarbeid og likeverd mellom nivåene, at brukermedvirkningen var begrenset, og at det fortsatt var usikkert om reformen faktisk hadde gitt merkbare forbedringer i helhetlige pasientforløp. Senere rapporter endrer i liten grad dette bildet, men gjør problemene mer konkrete ved å vise hvordan kapasitetspress, informasjonsmangler og svakt integrerte samarbeidsformer slår ut i praksis i møte med utskrivningsklare pasienter.

4.1 Reduksjon i overliggere og kortere liggetid i sykehus

Et av de mest konsistente funnene i evalueringer av samhandlingsreformen er at ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har bidratt til redusert liggetid i sykehus.

Rapporten Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter - erfaringer fra første året, analyserer effekten av den kommunale betalingsplikten som ble innført i forbindelse med samhandlingsreformen i 2012 (Hagen, McArthur, & Tjerbo, 2013). Analysen viser at innføringen av betalingsplikten førte til en betydelig reduksjon i liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Antall liggedøgn etter at pasienter var definert som utskrivningsklare ble redusert med om lag 60 pst. fra 2011 til 2012. Før reformen utgjorde denne pasientgruppen mellom 2,5 og 3 pst. av sykehusenes samlede sengekapasitet, noe som indikerer at sykehus i praksis fungerte som et midlertidig omsorgstilbud i påvente av kommunale tjenester.

Analysen viser samtidig betydelige geografiske forskjeller i omfanget av utskrivningsklare pasienter og i reduksjonen etter reformen. Områder med høyt nivå av liggedøgn før reformen realiserer også de største reduksjonene etter innføringen av betalingsordningen.

EVASAM bekreftet dette hovedbildet og oppsummerte at betalingsansvaret hadde hatt signifikante styringseffekter. Liggetiden i sykehus gikk kraftig ned, mens økt mortalitet eller flere reinnleggelser ikke ble observert. EVASAM understreket likevel at styringseffektene ikke kunne tolkes som dokumentasjon på mer helhetlige pasientforløp. Sluttrapporten var snarere forsiktig og konkluderte med at det fortsatt var usikkert om reformen hadde gitt merkbare forbedringer på dette området.

Melberg (2017) underbygger dette bildet. Analysen viser at ordningen med kommunal betaling førte til en betydelig nedgang i antall døgn med utskrivningsklare pasienter i sykehus. Analysen viser også at sykehusene begynte å rapportere kortere behandlingstid etter reformen. På reinnleggelsesområdet fant Melberg ikke noe klart tegn til at reformen i seg selv førte til en økning.

Senere litteratur viser likevel at redusert liggetid bare er én del av bildet. Reduksjonen i liggedager i sykehus har pågått over lang tid, og samhandlingsreformen ser i stor grad ut til å ha forsterket en utvikling som allerede var i gang. Hovedutfordringen framstår derfor ikke først og fremst som at pasienter skrives raskere ut, men at kommunene ofte får for kort tid til å forberede mottak, og at sentral informasjon og praktiske avklaringer ikke all-tid er på plass når pasienten skal overføres (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020).

4.2 Pasientene skrives ut med mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov

Flere studier viser at pasientene som overføres til kommunale helse- og omsorgstjenester etter samhandlingsreformen, skrives ut med mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov enn tidligere. Riksrevisjonens undersøkelse viser at 95 pst. av kommunene opplevde at pasientene var sykere ved utskrivning etter reformen enn før (Riksrevisjonen, 2016). Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen (2014) finner tilsvarende at pasienter som meldes utskrivningsklare, ofte er sykere enn tidligere, og at kommunene dermed overtar ansvar for mer alvorlige, mer behandlingskrevende og mer sammensatte sykdomstilstander. Rapporten gir også konkrete eksempler på hva dette innebærer i praksis. Informantene peker blant annet på oppfølging av nyopererte lårhalsbrudd, sårbehandling, nevrologiske lidelser, intravenøs antibiotikabehandling, respirasjonsproblematikk, blodtransfusjon, kreftbehandling, palliasjon og pasienter med multimorbiditet som nye eller tydeligere utfordringer i de kommunale tjenestene. Rapporten peker videre på flere legetimer i sykehjem, høyere sykepleierandel og økte medisinske kostnader som uttrykk for at oppgavene er blitt mer medisinsk krevende.

Grimsmo (2015) beskriver en utvikling der pasientene meldes utskrivningsklare tidligere enn før, og der det ofte tas for lite hensyn til hvor dårlige pasientene er og til at mange har samtidige kroniske sykdommer. Grimsmo kritiserer også en diagnosespesifikk tenkning i pasientforløpene og peker på at kommunene må håndtere hele pasienten og multisykdommen, ikke enkeltstående diagnoser. Dette poenget er godt oppsummert i senere litteratur, som framhever at multisykdom foreligger hos nesten alle pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester.

EVASAM støtter denne vurderingen. Sluttrapporten viser at diagnosebaserte pasientforløp ble oppfattet som lite tilpasset den kommunale virkeligheten og i liten grad ble brukt i praksis, mens

diagnoseuavhengige pasientforløp fungerte bedre, særlig for pasientgrupper med multisykdom. EVASAM peker dermed på at utviklingen ikke bare handler om flere pasienter og kortere sykehusopphold, men også om at kommunene i økende grad møter pasienter som ikke passer inn i diagnosespesifikke logikker og standardiserte sykehusforløp.

Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth (2020) går nærmere inn i selve utskrivningssituasjonen og viser at sykehusansatte og kommunalt ansatte vurderer tidspunktet for utskrivning ulikt. Leger og sykepleiere i sykehus vurderer i stor grad tidspunktet som riktig, mens kommunalt ansatte sykepleiere og ansatte ved tildelingskontorene oftere oppfatter tidspunktet som noe for tidlig. Det samme materialet viser at sykehusene i større grad beskriver vurderingene som pasientorienterte, mens kommunene i sterkere grad opplever at kapasitetsforhold og driftspress på sykehusene spiller inn. Uenigheten gjelder dermed ikke bare pasientenes tilstand, men også hvordan utskrivningssituasjonen forstås og begrunnes.

4.3 Korttidsplasser, forflytninger og kommunal kapasitet

Litteraturen peker tydelig på at korttidsplasser i kommunene har fått en sentral rolle i pasientforløpene etter samhandlingsreformen. Korttidsplasser, rehabiliteringsplasser, kommunale mottaksenheter og andre mellomløsninger framstår som viktige mekanismer for å håndtere tidligere utskrivning fra sykehus og for å avlaste presset på både sykehus og hjemmetjenester (Abelsen et al., 2014; Grimsmo, 2015).

Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen (2014) viser at andelen korttidsplasser og plasser til habilitering og rehabilitering økte etter reformen, men i stor grad på bekostning av langtidsplasser og uten tilsvarende reell kapasitetsvekst. Rapporten beskriver korttidsplassene som en kritisk faktor for gode overganger mellom sykehus, kommunale institusjoner og hjemmetjenesten. Andre analyser peker på at kategorien utredning og behandling i korttidsinstitusjon i økende grad ble brukt både til utskrivningsklare pasienter med tunge oppfølgingsbehov og til observasjon og tidsavgrenset behandling i kommunen.

EVASAM tilfører et viktig poeng her. Sluttrapporten peker på at noen pasientforløp ble mer oppstykket etter reformen, blant annet fordi intermedieærnheter og interkommunale døgntilbud kunne gi mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse. EVASAM understreker at slike løsninger kan gå på tvers av reformens mål om mer helhetlige forløp, særlig for skrøpelige eldre som er sårbare for transport og forflytninger. EVASAMs vurdering styrker dermed litteraturen som beskriver korttidsplasser som nødvendige buffere, men også som mulige kilder til fragmentering i pasientforløpene.

Kunnskapsgrunnlaget er mer begrenset når det gjelder omfanget av faktiske forflytninger i det enkelte pasientforløp og hvilke konsekvenser slike forflytninger har for kvalitet, pasientsikkerhet og ressursbruk. Litteraturen gir derfor et tydelig grunnlag for å se korttids-plasser som en sentral del av pasientforløpet etter utskrivning, men et mer begrenset grunnlag for å si presist hvor mange forflytninger som skjer og hvilke forløpsmønstre som er mest utbredt.

4.4 Samhandling mellom nivåene, maktbalanse, teknologi og prosesskrav

Studier av samarbeidet mellom kommuner og sykehus viser at samhandling var en utfordring før samhandlingsreformen og fortsatt er en sentral utfordring. Forskningen omfatter både den formelle samhandlingen, slik den kommer til uttrykk i avtaler, rutiner og avvikssystemer, og den praktiske

Samhandlingen rundt enkeltpasienter, der tidspress, informasjon og ansvarsavklaringer er avgjørende (Fineide, Haug, & Bjørkquist, 2021, Steihaug, Paulsen, & Melby, 2017)

EVASAM er særlig viktig fordi sluttrapporten tydeliggjør at samarbeidsavtalene i liten grad endret maktbalansen mellom kommuner og helseforetak. Sluttrapporten beskriver samarbeidet som gjennomgående godt og konstruktivt, men uten vesentlige endringer i opplevd samarbeid, styrkeforhold eller likeverd. Forklaringen som gis, er at sykehuslegene fortsatt beholdt definisjonsmakten i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke ble involvert i slike beslutninger. EVASAM peker dermed ikke bare på et samarbeidsproblem, men på en mer grunnleggende maktubalanse i selve utskrivningssituasjonen.

Denne maktubalansen kommer også tydelig fram i senere studier. Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, (2020) beskriver korte varslingstider, manglende funksjonsvurderinger, ufullstendige epikriser, manglende medisinalister og manglende utstyr. Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth (2020) viser at sykehus og kommuner ikke bare har ulike interesser, men også ulike situasjonsforståelser. Sykehusansatte beskriver i større grad vurderingene som faglig og pasientorientert begrunnet, mens kommunene opplever at sykehusene er mer internt orienterte og at kapasitetsforhold spiller en større rolle enn det sykehusene selv erkjenner. I praksis betyr det at sykehusene sitter med en legitim medisinsk definisjonsmakt, mens kommunene ofte opplever at de må bære konsekvensene av beslutninger de i liten grad har innflytelse over.

EVASAM tilfører også et viktig poeng om brukermedvirkning. Sluttrapporten viser at brukerne i begrenset utstrekning medvirket i utformingen av avtalene mellom kommuner og helseforetak, og at kommuneledelsen i liten grad hadde et tydelig pasientfokus i dette arbeidet. Økonomi og organisering ble gitt høyere prioritet.

Spørsmålet om samhandling er tett knyttet til evalueringens tema om etterlevelse av prosesskravene i forskriften. Forskriften stiller blant annet krav om tidlig varslings til kommunen når pasienten antas å få behov for kommunale tjenester etter utskrivning, varsel når pasienten er definert som utskrivningsklar, og oversendelse av epikrise og nødvendige helseopplysninger ved utskrivning (jf. kapittel 3.2). Litteraturen gir ikke grunnlag for en samlet kvantitativ vurdering av etterlevelsen, men flere studier peker på svikt nettopp i disse leddene. Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun (2020) beskriver korte varslingstider og mangelfull informasjonsoverføring. Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth (2020) viser at kommunene bruker betydelige ressurser på å overvåke meldingsflyten og innhente supplerende opplysninger. Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen (2014) peker på forsinkede epikriser, mangelfulle medisinalister og pasienter som sendes ut med uavklarte forhold.

Teknologibruk er en viktig del av dette bildet. EVASAM framhever at nesten alle kommuner ved utgangen av 2015 hadde tatt i bruk digitale pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger), og at dette hadde bidratt til bedre pasientsikkerhet, informasjonskvalitet og oversikt over pasientstrømmer. EVASAM understreker likevel at elektronisk samhandling ikke er tilstrekkelig alene, og at det fortsatt var et betydelig uutnyttet potensial i mer direkte flerparts dialog mellom pasient, fastlege og spesialist. Dette samsvarer med Hellesø & Gautun (2018), som viser at elektronisk meldingsutveksling må suppleres med muntlig kontakt og situasjonstilpasset kommunikasjon. Det samsvarer også med Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth (2020), som beskriver høyt meldingsvolum og betydelig ressursbruk i kommunene knyttet til å overvåke og tolke meldingene.

4.5 Palliasjon som eksempel på mer velfungerende samhandling

Palliasjon skiller seg ut i litteraturen som et område der samhandlingen ofte beskrives som mer velfungerende enn i andre pasientforløp. Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth (2020) gir et tydelig bilde av dette. Informantene beskriver palliasjon som et prioritert område der kontakt og samarbeid gjennomgående fungerer godt, både i hjemmetjenesten, på sykehjem og i kontakten med sykehus. Forklaringene som gis, er at pasientgruppen er tydeligere avgrenset, tidsperspektivet er mer overskuelig, og at det ofte finnes dedikerte funksjoner og ressurser, som kreftkoordinator eller palliativ kompetanse i kommunen. Forløpene beskrives som mer kjente, med få overraskelser og relativt god samhandling på tvers av nivåer.

Palliasjon er analytisk interessant fordi området viser at god samhandling ikke bare avhenger av formelle regler. Forskningen peker også på betydningen av prioritering, kjente forløp, tydelig ansvarsdeling og tilgjengelig kompetanse. Palliasjon fungerer dermed som et kontrastpunkt til mer uavklarte utskrivningsforløp, der ansvar, informasjonsflyt og mottakskapasitet er mer omstridt.

4.6 Overliggerdøgn, liggetid, reinnleggelser og pasientsikkerhet

Flere studier og rapporter har undersøkt hvordan samhandlingsreformen har påvirket forekomsten av reinnleggelser etter sykehusopphold. Resultatene gir et sammensatt bilde. Noen analyser viser at det ikke er grunnlag for å si at reformen i seg selv ga en generell økning i reinnleggelser, mens andre peker på at raskere utskrivning og mer medisinsk krevende oppfølging i kommunen gjør overgangene mellom nivåene mer sårbare (Hagen et al., 2016; Helsedirektoratet, 2024b; Melberg, 2017).

EVASAM oppsummerer dette på en måte som fortsatt er relevant. Sluttrapporten viser at betalingsordningen reduserte liggetiden, men at noen av de samme virkemidlene også kunne bidra til mer oppstykkede forløp. EVASAM peker dessuten på at det fortsatt var usikkert om reformen faktisk hadde gitt merkbare uttellingene når det gjaldt helhetlige pasientforløp. Denne forsiktigheten er viktig fordi den viser at den tidlige evalueringen ikke tolket redusert liggetid som tilstrekkelig dokumentasjon på bedre forløp, men åpnet for at effektene kunne være motstridende og at enkelte virkninger først ville vise seg over tid.

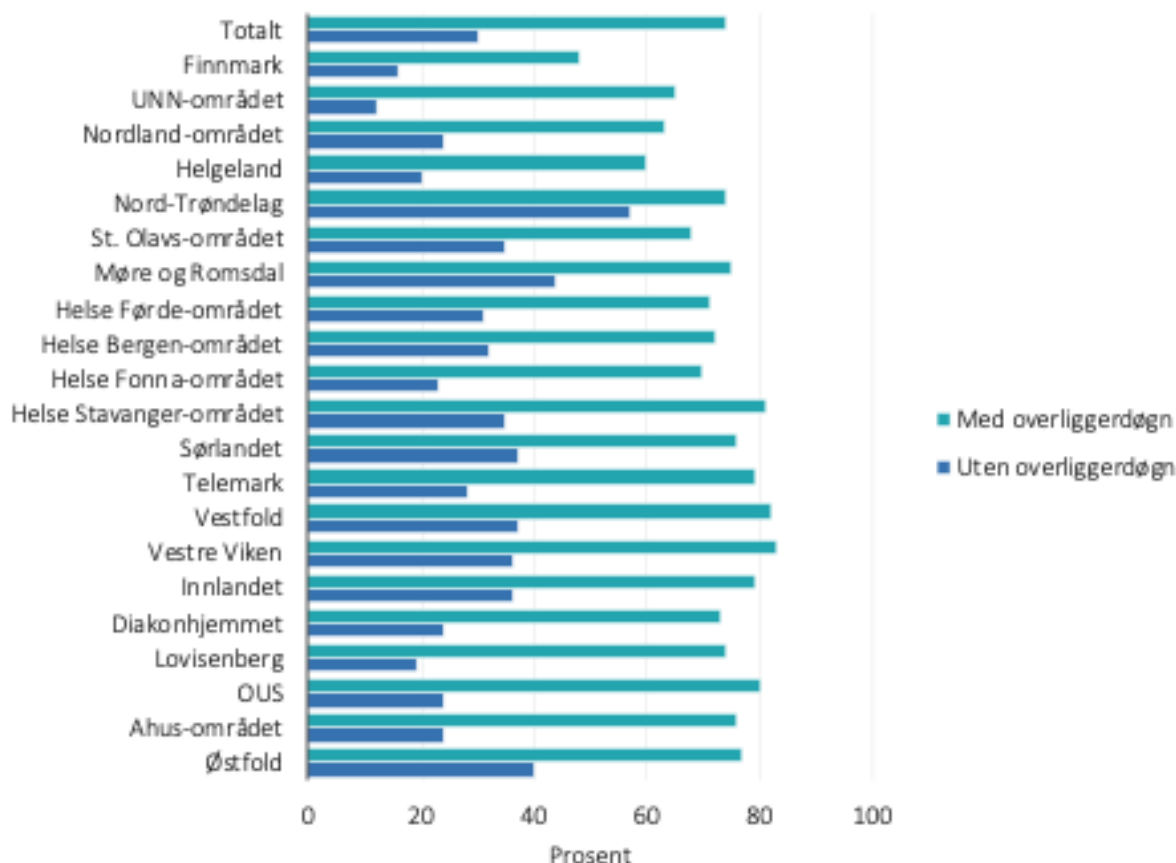
Senere studier av utskrivningsprosessen nyanserer bildet ytterligere. Kommunene opplever at pasienter blir skrevet ut for tidlig og at de i liten grad trekkes direkte inn i prosessene fram mot utskrivning. Spørsmålet om reinnleggelser blir dermed tett knyttet til kvaliteten i selve overgangen, og ikke bare til om liggetiden i sykehus er kortere (Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth, 2020). Nyere analyser viser også at omtrent én av fem utskrivningsklare pasienter ble reinnlagt innen 30 dager, og at pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklare, hadde den høyeste andelen reinnleggelser. Et slikt mønster kan tyde på at noen utskrivninger skjer på et tidspunkt der pasienten fortsatt er svært sårbar (Helsedirektoratet, 2024b; Vista Analyse, 2022).

Litteraturen peker dermed mot at overliggerdøgn, liggetid og reinnleggelser må ses i sammenheng, ikke som isolerte indikatorer. Kort liggetid og få overliggerdøgn kan være uttrykk for effektiv ressursbruk, men kan også innebære mer sårbare overganger dersom mottak, oppfølging og informasjonsflyt ikke er tilstrekkelig ivarettatt. Statens helsetilsyn har pekt på at utskrivningsklare pasienter som blir liggende på vent i sykehus, kan være utsatt for risiko, særlig skrøpelige eldre med kognitiv svikt. Vurderingen av gode pasientforløp må derfor også omfatte hvordan overgangen mellom nivåene påvirker sikkerhet og kvalitet (Statens helsetilsyn, 2024).

4.6.1 Forløp etter utskrivning beskrevet i 2022

Helsedirektoratet (2024a) viser at en stor andel av utskrivningsklare pasienter blir skrevet ut fra sykehus til et tidsbegrenset institusjonsopphold. Pasienter med overliggerdøgn blir langt oftere skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold enn pasienter uten overliggerdøgn. Dette kan tyde på at pasienter som blir liggende på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare i større grad venter på ledig institusjonsplass.

Figur 4.1 Andel utskrivningsklare pasienter som hadde tidsbegrenset institusjonsopphold rett i etterkant av et døgnopphold i sykehus, bostedsområder og totalt, 2022.



Kilde: Samdata (Helsedirektoratet, 2024)

4.7 Særlige utfordringer innen rus og psykisk helse

Pasientforløp innen psykisk helse og rus er ofte mer langvarige og mindre lineære enn somatiske pasientforløp. Mange pasienter har sammensatte behov knyttet til både helse, rus, bolig og sosial oppfølging, og utskrivning fra døgnbehandling markerer ofte bare overgangen til et langvarig kommunalt oppfølgingsforløp (Helsedirektoratet, 2024a; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Flere studier viser at dette feltet oppleves som mer uoversiktlig enn somatikken. Kommunene beskriver ofte samarbeidet med Distriktpsikiatrisk senter (DPS) som svakt, og det pekes på situasjoner der

spesialisthelsetjenesten avviser pasienter som ikke responderer på behandling, eller der ansvar for oppfølging av svært krevende pasienter blir uklart. Forskningen peker også på at kommunene etterlyser mer oppfølging, veiledning og opplæring for å kunne håndtere disse pasientene på en forsvarlig måte (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020).

Andre studier viser at psykisk helse og rus er preget av uklarheter både i informasjonsutveksling og samarbeidsformer. Kommunene opplever særlige utfordringer knyttet til pasienter som kan utgjøre en risiko, og rollen til kommunen i disse forløpene framstår ofte som uklar (Rødal, Frisvoll, Hungnes, Myhre, & Aarseth, 2020). Funnene samsvarer med evalueringer av pakkeforløpene for psykisk helse og rus, som viser at disse har gitt tydeligere struktur i spesialisthelsetjenesten, men at kommunenes rolle fortsatt oppleves som uklar (Ådnanes, Kaspersen, Melby, & Lassemo, 2020). Andre analyser viser også at veksten i kommunale tjenester gjelder rus og psykiatri, og at dette stiller større krav til fagkompetanse og ressursbruk i kommunene (Vista Analyse 2019; 2022).

4.8 Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern

Helsedirektoratet utarbeider styringsinformasjon til helsefelleskapene om de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Rapporten Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2024a) belyser hvordan ulike tjenester henger sammen i individuelle pasientforløp, med særlig vekt på perioden etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern.

Pasientgruppen i studien er definert som personer over 18 år som har vært i kontakt med psykisk helsevern for schizofreni, bipolar lidelse, depresjon eller personlighetsforstyrrelse. Utvalget omfatter 15 587 pasienter utskrevet fra døgnbehandling i 2020. Av disse har 24 pst. samtidig ruslidelse, og 27 pst. har vært underlagt tvang i løpet av året.

Rapporten følger pasientene ett år etter utskrivning og beskriver bruk av spesialisthelsetjenester, primært psykisk helsevern, kommunale tjenester som fastlege, legevakt og helse- og omsorgstjenester, samarbeidsmøter og integrerte tilbud som ACT/FACT-team. Den viser også forskjeller mellom undergrupper basert på diagnose, ruslidelse og bruk av tvang.

Rapporten viser at 60 pst. mottok vedtaksbaserte kommunale tjenester etter utskrivning, særlig helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand og kommunal bolig. Blant pasienter som mottok kommunale tjenester etter utskrivning fra psykisk helsevern, hadde 73 pst. en tjeneste som startet allerede før utskrivning. For øvrige pasienter tok det i gjennomsnitt 110 dager til oppstart av første tjeneste, med en median på 70 dager.

Helsedirektoratet (2024a) viser også at en stor andel utskrivningsklare pasienter skrives ut til et tidsbegrenset institusjonsopphold. Pasienter med overliggerdøgn blir langt oftere skrevet ut til et slikt opphold enn pasienter uten overliggerdøgn. Dette kan tyde på at pasienter som blir liggende i sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare, i større grad venter på ledig institusjonsplass. Samdata viser tilsvarende mønstre i 2022, med variasjon mellom bostedsområder og samlet på nasjonalt nivå (Helsedirektoratet, 2024).

Tabell 4.1er hentet fra rapporten og viser alle typer kommunale tjenester samlet. Som tabellen viser, var andelen pasienter med oppstart av tjeneste før utskrivning høyere blant utskrivningsklare pasienter

(84 pst.) enn blant øvrige pasienter i utvalget (69 pst.). Blant utskrivningsklare pasienter som ikke hadde tjeneste før utskrivning, tok det i gjennomsnitt 56 dager til oppstart av første tjeneste, med en median på 11 dager. For øvrige pasienter i utvalget var tilsvarende tall 119 dager i gjennomsnitt og 83 dager i median.

Tabell 4.1 Tid til oppstart av kommunale tjenester etter utskrivning fra døgntilpasset behandling i psykisk helsevern, fordelt etter utskrivningsklar status. Avgrenset til pasienter som mottok kommunale tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning. UKP =utskrivningsklare pasienter.

Kategori	Detalj	Totalt	UKP	Øvrige pasienter
Alle pasienter med kommunal tjeneste etter utskrivning	Antall pasienter	9379	2338	7041
Herav pasienter med oppstart av tjeneste før utskrivning	Antall pasienter	6855	1966	4889
	Andel pasienter (%)	73	84	69
Herav pasienter med oppstart av tjeneste etter utskrivning	Antall pasienter	2524	372	2152
	Andel pasienter (%)	27	16	31
	Dager til oppstart, gj. snitt	110	56	119
	Dager til oppstart, median	70	11	83

Kilde: (Helsedirektoratet, 2024a, s. 31)

Videre viser rapporten at 75 pst. av gruppen utskrivningsklare pasienter mottok helsetjenester i hjemmet den første måneden etter utskrivning, mot 37 pst. blant øvrige pasienter. Også praktisk bistand, kommunal bolig, institusjonsopphold og andre kommunale tjenester var mer utbredt blant utskrivningsklare pasienter. Samtidig hadde utskrivningsklare pasienter noe mindre poliklinisk kontakt enn øvrige pasienter de første 30 dagene etter utskrivning (64 mot 69 pst.). Andre tjenester var like mye eller mer utbredt blant utskrivningsklare pasienter, og forskjellen var særlig tydelig for ACT/FACT-team (10 mot 5 pst.) og samarbeidsmøter (28 mot 18 pst.).

Rapporten viser også forskjeller mellom pasientgrupper og geografiske variasjoner. Pasienter med schizofreni hadde høyest bruk av døgntilpasset behandling, kommunale tjenester og ACT/FACT-team. Legevaktkontakt var mest utbredt blant pasienter med personlighetsforstyrrelser og ruslidelser, som også hadde flest kontakter og kortest tid til ny innleggelse. Pasienter underlagt tvang hadde høyere bruk av alle tjenester, kortere tid til ny innleggelse og mer bruk av kommunal bolig og ACT/FACT-team. Det framgår videre at det er store regionale forskjeller i antall polikliniske kontakter, tid til ny innleggelse, samarbeidsmøter, ambulante kontakter og ACT/FACT-team.

Det presiseres i rapporten at kvaliteten på rapporteringen til NPR for utskrivningsklare pasienter i 2020 vurderes som usikker, og at resultatene derfor må tolkes med varsomhet. Til tross for denne usikkerheten viser rapporten at det er et relativt lavt antall utskrivningsklare pasienter fra døgntilpasset behandling i psykisk helsevern. Det framstår også som et robust funn at en stor andel av dem som legges inn med døgntilpasset opphold, allerede har kommunale tjenester før innleggelsen. Videre vurderer vi det som et interessant funn at samarbeidsmøter brukes oftere for gruppen utskrivningsklare pasienter enn for øvrige pasienter. Dette framstår samtidig som naturlig, gitt kompleksiteten som ofte kjennetegner denne pasientgruppen.

At median tid til oppstart av kommunale tjenester er 11 dager, innebærer at halvparten av de utskrivningsklare pasientene som ikke hadde tjeneste før utskrivning, fikk en kommunal tjeneste innen 11 dager. Når gjennomsnittet samtidig er 56 dager, tyder det på at enkelte pasienter venter svært lenge fra de meldes utskrivningsklare til de mottar kommunale tjenester. Sammenholdt med funnene om tidsbegrensede institusjonsopphold peker dette i retning av at venting på egnet kommunalt tilbud, herunder institusjonsplass, er en viktig del av forklaringen på overliggerdøgn også i psykisk helsevern. Med små utvalg og usikker datakvalitet er det likevel ikke grunnlag for å konkludere sikkert om signifikante forskjeller mellom utskrivningsklare pasienter og øvrige pasienter i utvalget.

4.8.1 Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien

De fleste pasienter i sikkerhetsavdelinger er ikke frivillig innlagt. Noen står under straffeloven § 62 med gjennomføring regulert av psykisk helsevernloven kapittel 5, andre under psykisk helsevernloven § 3-3, straffeprosessloven § 188 om varetektssurrogat eller straffeprosessloven § 167 om tvungen undersøkelse. Enkelte soner også etter straffegjennomføringsloven i sikkerhetsavdeling.

Sluttrapporten fra prosjektet Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020) gir en samlet vurdering av hvordan utskrivning og mottak av sikkerhetspsykiatriske pasienter fungerer i Norge. Kartleggingen bygger på en spørreundersøkelse til sikkerhetsavdelinger, andre psykiatriske avdelinger og kommuner, samt en gjennomgang av pasienter som var utskrivningsklare ved utgangen av 2019. Forskrift om kommunal betaling hadde da vært gjeldende i ett år.

Funnene viser at kommuner og mottakeravdelinger ofte får ansvar for pasienter med svært komplekse behov, alvorlige psykiske lidelser, forhøyet voldsrisiko og ofte rusproblematikk. Antallet utskrivelser har økt, noe som tyder på større pasientflyt fra sikkerhetsavdelinger til kommunale tjenester og ambulante spesialisttjenester. Rapporten konkluderer med at vellykkede prosesser finnes, men at resultatene tyder på at disse ofte skjer mer på tross av enn på grunn av de ytre rammene som foreligger.

Rapporten identifiserer en rekke utfordringer i utskrivningsprosessen knyttet til lovverk, finansiering, kompetanse, ulik praksis og manglende felles forståelse mellom tjenestenivåene. Dette gjelder både pasientenes egne behov og forhold ved institusjonene og kommunene som skal overta ansvaret, men særlig vurderinger og tolkninger av når en pasient er utskrivningsklar.

Kartleggingen av årsaker til at pasienter venter på utskrivning viser stor grad av overlapp mellom informantgruppene. Innad i spesialisthelsetjenesten viser funnene samtidig en viss forskjell: sikkerhetsavdelingene vektlegger i større grad mangel på sengeplasser og botilbud i kommunene, mens andre avdelinger i større grad framhever utfordringer med å videreføre behandling, som medisinerer og ruskontroll. Kommunene peker på sin side på at en av de viktigste årsakene til at pasienter venter med å bli utskrevet, er uenighet om hvorvidt pasienten faktisk er utskrivningsklar.

Rapporten peker videre på tiltak som kan styrke pasientsikkerhet, rettssikkerhet, livskvalitet og pasientflyt, samtidig som samfunnsvern ivaretas. Det anbefales blant annet at eksisterende verktøy og regelverk brukes mer systematisk, at uklarheter i lovverket avklares, og at finansieringsordninger tilpasses et helhetlig og differensiert tjenestetilbud, inkludert trygge og egnede boligtiltak.

Rapporten understreker også behovet for mer forskning, særlig om pasientenes egne erfaringer og om undergrupper som er spesielt vanskelige å bosette i kommunen. Et bedre og mer enhetlig system for registrering av denne pasientgruppen vurderes som nødvendig for å få bedre oversikt over behovene.

4.9 Saker i Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren

I tillegg til forsknings- og evalueringslitteraturen har vi sett på saker i Tvisteløsnings-nemnda for helse- og omsorgssektoren. Gjennomgangen viser en relativt stabil praksis i tolkningen av regelverket om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Nemnda legger gjennomgående til grunn at det er sykehusets medisinske vurdering som avgjør om en pasient er utskrivningsklar, og at manglende kapasitet eller kompetanse i kommunen normalt ikke fritar kommunen for betalingsplikt.

Sakene viser likevel at samarbeidsavtalene mellom partene kan ha betydning for når betalingsplikt oppstår. Dersom avtalene stiller konkrete krav til varsling, dokumentasjon eller prosedyrer ved utskrivning, kan manglende oppfyllelse av disse føre til at betalingsplikt ikke inntreffer. Sakene illustrerer derfor at forskriftens formelle rammer og de lokale avtalene må ses i sammenheng.

4.10 Implikasjoner for evalueringen

Gjennomgangen av tidligere forskning viser at samhandlingsreformen har hatt tydelige effekter på pasientstrømmer og ansvarsfordeling i helsetjenesten. Litteraturen viser også at slike effekter ikke kan vurderes isolert ut fra liggetid i sykehus. Nyere forskning peker særlig på hvordan utskrivningsklarproblematikken handler om hvordan overganger mellom nivåene faktisk organiseres og håndteres i praksis (Norges forskningsråd, 2016; Rohde et al., 2020; Rødal et al., 2020).

EVASAM gir et viktig referansepunkt for denne vurderingen. Den tidlige evalueringen viste at reformen hadde klare styringseffekter, særlig i form av kortere liggetid og sterkere gjennomstrømming i sykehus. Videre vises det at samarbeidsavtalene i liten grad endret styrkeforholdet mellom partene, at sykehusene beholdt definisjonsmakten i spørsmål om utskrivningsklarhet, at brukerne hadde begrenset innflytelse i avtaleprosessene, og at det fortsatt var usikkert om reformen faktisk hadde gitt mer helhetlige pasientforløp. Denne kombinasjonen av sterk styringseffekt og vedvarende maktubalanse er sentral for den videre evalueringen. Den viser at ordningen kan fungere effektivt som kapasitetsvirkemiddel for sykehusene, uten at det nødvendigvis innebærer likeverdig samhandling eller gode forløp for pasientene.

Litteraturen gir et relativt tydelig grunnlag for å vurdere i hvilken grad forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter støtter gode pasientforløp og effektiv ressursbruk. Forskingen viser at betalingsordningen har bidratt til redusert liggetid og færre overliggere i sykehus innenfor somatikk. Forskingen viser også at gode pasientforløp ikke følger automatisk av raskere utskrivning. Mangelfull informasjonsoverføring, korte varslingsstider, svakt integrerte samarbeidsformer og sårbare overganger kan svekke kvaliteten i forløpet og bidra til mer oppstykkede pasientløp, reinnleggelser og økt belastning i kommunene. På dette punktet er det stor kontinuitet fra de første evalueringene til nyere rapporter. Den første evalueringen var forsiktig og åpen i sine konklusjoner om helhetlige pasientforløp. De senere rapportene gjør det tydeligere hvilke mekanismer som hindrer at reformens styringseffekter automatisk blir til gode og sammenhengende forløp.

Litteraturen gir et mer begrenset grunnlag for å vurdere beløpet på dagens døgnpris opp mot sykehusenes kostnader ved overliggerdøgn og kommunenes kostnader ved alternative tilbud. Flere studier drøfter økonomiske insentiver og ressursforskyvning, men få går direkte inn i en systematisk sammenligning av dagens døgnpris med faktiske kostnader på begge nivåer.

Når det gjelder behovet for endringer i forskriften eller andre nasjonale virkemidler, peker litteraturen i flere retninger. Flere studier tyder på at det kan være behov for sterkere virkemidler eller tydeligere krav knyttet til informasjonsflyt, varsling, oppdaterte medikamentlister, epikriser og praktisk tilrettelegging ved utskrivning. Forskingen peker også på behov for mer likeverdig samhandling, bedre medisinsk kompetanse i kommunene, sterkere kobling mellom fastleger og pleie- og omsorgstjenesten, og bedre løsninger for pasientgrupper med sammensatte og langvarige behov, særlig innen psykisk helsevern og rusbehandling. I lys av tidligere undersøkelser er det også grunn til å vurdere om regelverket og de nasjonale virkemidlene i tilstrekkelig grad korrigerer for den maktubalansen som oppstår når sykehusene både har definisjonsmakten og kan overføre tidspress og oppfølgingsansvar til kommunen.

Litteraturen og regelverket bygger på at den avgjørende medisinskfaglige vurderingen av om pasienten har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ligge hos spesialisthelsetjenesten. Forskingen utfordrer i liten grad dette ansvarsprinsippet som sådant. Litteraturen problematiserer i større grad hvordan denne definisjonsmakten virker i praksis når kommunene opplever at de får for lite tid, for lite informasjon eller for svakt grunnlag til å overta ansvaret på en god måte. Det er nettopp i dette spennings-feltet mellom legitim medisinsk definisjonsmakt og opplevd maktubalanse at en stor del av utskrivningsklarproblematikken oppstår.

Sett opp mot mandatet peker litteraturen samlet mot flere forhold som er særlig viktige for den videre evalueringen. Pasienter skrives tidligere ut og med mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov enn før. Ansvar, risiko og ressursbehov er i større grad flyttet til kommunene. Korttidsplasser og andre mellomløsninger har fått en mer sentral rolle i pasientforløpene, men kunnskapen om forflytninger og konsekvensene av mer oppstykkede forløp er fortsatt begrenset. Teknologi og elektronisk meldingsutveksling er viktige verktøy i utskrivningsprosessen, men fungerer ikke godt nok uten supplerende kontakt og god etterlevelse av prosesskravene. Overganger mellom nivåene framstår fortsatt som sårbare, særlig når det gjelder informasjonsflyt, forberedelse av mottak og oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Flere studier peker også på fordelingsvirkninger innad i kommunene, der eldre med mer langsiktige omsorgsbehov kan tape når mer spesialiserte og akutte behov må prioriteres. Prioritering av mottak kan også gå på bekostning av forebygging og habilitering.

Forløpsdata fra hhv. somatikk og psykisk helsevern viser at disse to områdene er svært forskjellige. I og med psykisk helse først (og Psykisk helsevern og TSB) i 2019. Denne delen av ordningen er derfor mindre studert. Vi har derfor gitt en mer utdypende gjennomgang litteratur som har studert forløp etter utskrivning for denne gruppen enn for somatikk. Kunnskap om forløpet er relevant for å svare på evalueringens problemstillinger.

Samlet gir litteraturen dermed et tydelig bakteppe for evalueringen. Ordningen med ut-skrivningsklare pasienter må vurderes ikke bare som et virkemiddel for å redusere over-liggere, men også som en ordning som påvirker kommunal kapasitet, prioritering, kompetansebehov, samhandling, pasientsikkerhet og likeverdighet i tjenestetilbudet.

5 Utskrivningsklare pasienter i tall

Dette kapittelet gir en oversikt over omfanget av utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn i sykehusene, og hvordan dette varierer mellom regioner og kommuner. Analysene bygger på registerdata fra Helsedirektoratet/FHI og andre nasjonale datakilder.

Formålet er å belyse i hvilken grad utskrivningsklare pasienter utgjør en belastning på sykehusenes kapasitet, og hvordan dette varierer mellom ulike deler av landet. Kapittelet er særlig relevant for evalueringens mandat om å kartlegge systematiske forskjeller mellom kommuner og sykehusområder der utskrivningsklare pasienter i større eller mindre grad utgjør et kapasitetsproblem.

Analysene viser at antall utskrivningsklare pasienter har økt betydelig de siste årene, både innen somatikk og psykisk helsevern. Samtidig har antall overliggerdøgn også økt, selv om andelen utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare har gått noe ned over tid. Dette tyder på at kommunene samlet sett har økt mottaket av pasienter, men at veksten i antall utskrivningsklare pasienter har vært større enn økningen i kommunenes mottakskapasitet. Analysene viser også betydelige geografiske forskjeller i omfanget av overliggerdøgn, samt tydelige forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern.

Kapittelet er strukturert som følger: I avsnitt 5.1 beskriver vi datagrunnlaget og usikkerheten i registreringen av utskrivningsklare pasienter. I avsnitt 5.2 presenterer vi utviklingen i utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn over tid. Deretter analyserer vi geografiske forskjeller og kommunale kjennetegn som er forbundet med mange overliggerdøgn eller lange overliggeropphold.

Avslutningsvis gir vi et innblikk i helseforetakenes egne vurderinger av utviklingen i 2025. Ettersom vi ikke har mottatt kvalitetssikrede tall for utviklingen i 2025, bruker vi helseforetakenes egne vurderinger som den best tilgjengelige informasjonen om status per nå.

5.1 Usikkerhet i dataene

Vi har fått data fra Helsedirektoratet om utskrivningsklare pasienter. Flere av variablene har to målepunkter; første tidspunkt for utskrivningsklar og siste tidspunkt for utskrivningsklar. Det er også brudd i tidsserien i 2019, og det er uklart hvorvidt første eller siste tidspunkt for utskrivning er mest sammenlignbare med dataene før 2019. Begge målepunktene medfører tidsbrudd. Når ikke annet er oppgitt, har vi brukt data for siste tidspunkt for utskrivningsklar.

Tabell 5.1 viser hvor mye lavere tallene blir når siste tidspunkt for utskrivningsklar legges til grunn, sammenlignet med første tidspunkt. Det er altså betydelige forskjeller i tallene, og analysene av overliggerdøgn og overliggeropphold som presenteres i kapittelet er derfor beheftet med usikkerhet. Merk at avvikene er beregnet på grunnlag av nasjonale tall, og at avvikene kan variere mellom helseforetak og kommuner. Avvikene presentert i tabellen kan dermed ikke brukes lokalt uten videre.

Tabell 5.1 Prosentvis avvik mellom første og siste tidspunkt for utskrivningsklar

År	Overliggerdøgn - somatikk	Overliggeropphold - somatikk	Overliggerdøgn - PHV	Overliggeropphold - PHV
2019	-38,6 %	-21,2 %	-26,6 %	-11,1 %
2020	-41,7 %	-26,5 %	-24,5 %	-12,4 %
2021	-37,6 %	-23,1 %	-19,7 %	-14,5 %
2022	-38,7 %	-22,4 %	-27,8 %	-17,0 %
2023	-37,6 %	-22,3 %	-33,0 %	-18,5 %
2024	-40,1 %	-23,3 %	-38,0 %	-20,5 %

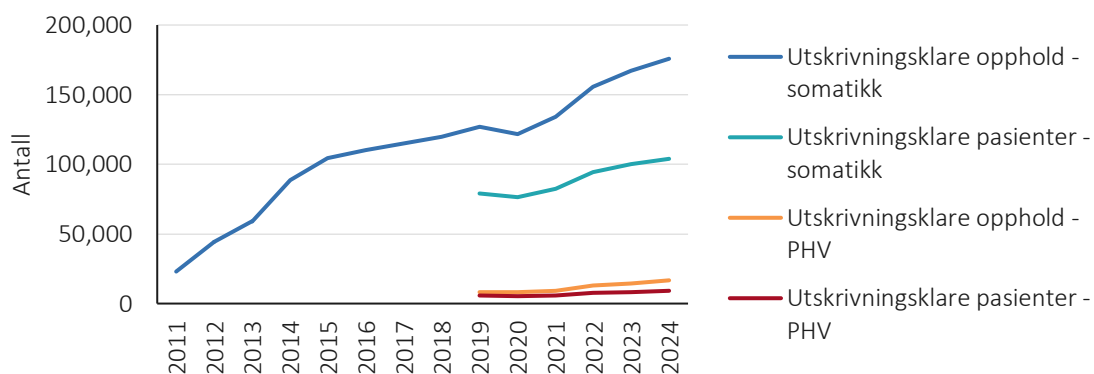
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Dataene vi har fått er basert på en ny beregningsmetode, og det har tidligere ikke vært levert tall for psykisk helsevern. Videre er det verdt å merke at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ikke var en del av modellen for utskrivningsklare pasienter før i 2019. Dette kan ha medført at registreringen av utskrivningsklare pasienter gradvis er blitt mer fullstendig etter 2019. Dette gjør det mer utfordrende å tolke utviklingen innen psykisk helsevern enn innen somatikk.

5.2 Utvikling i utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn

Som vist i Figur 5.1 har antall opphold for utskrivningsklare pasienter økt kraftig fra 2011 til 2024. I 2024 var det rundt 176 000 utskrivningsklare opphold innen somatikk, fordelt på omtrent 104 000 utskrivningsklare pasienter. Innen psykisk helsevern var det omtrent 16 500 utskrivningsklare opphold fordelt på omtrent 9 000 pasienter i 2024. Dette tilsvarer en økning i antall opphold på hhv. 39 pst. og 103 pst. sammenlignet med 2019, og en økning på hhv. 31 pst. og 62 pst. i antall utskrivningsklare pasienter. Dette tilsier at økningen i antall utskrivningsklare opphold har vært større enn økningen i antall utskrivningsklare pasienter innen både somatikk og psykisk helsevern. Med andre ord har det også vært en økning i antall utskrivningsklare pasienter som har flere utskrivningsklare opphold i løpet av et år. Videre viser tallene at 91 pst. av oppholdene for utskrivningsklare pasienter gjelder somatikk.

Figur 5.1 Nasjonal utvikling i antall utskrivningsklare pasienter og opphold for utskrivningsklare pasienter



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet (2019-2024), Samdata (2018) og Hdir-rapport (2011-2017). Merk at det er brudd i tidsserien i 2019.

Utskrivningsklare opphold gir imidlertid kun ekstrabelastning for sykehuset dersom pasienten ikke overføres til et kommunalt tilbud samme dag som pasienten meldes utskrivningsklar. Figur 5.2 viser at antall opphold med overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter har økt med 23 pst. fra 2019 til 2024

innen somatikk, og 14 pst. innen psykisk helsevern. Dette er en vesentlig lavere prosentvis økning sammenlignet med økningen i totalt antall utskrivningsklare opphold. Dette illustreres også av andelen opphold med overliggerdøgn som innen somatikk har gått ned med omtrent 2 prosentpoeng fra 2019 til 2024, mens andelen innen psykisk helsevern har gått ned med 6 prosentpoeng i samme periode.

Tabell 5.2 viser at det er betydelige regionale forskjeller i andelen av alle utskrivningsklare opphold som har overliggerdøgn i 2024, innenfor begge tjenesteområder. Helse Midt-Norge har en langt høyere andel utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn sammenlignet med andre regionale helseforetak. Helse Vest har lavest andel opphold med overliggerdøgn innen begge tjenesteområder, som indikerer at kommunene i stor grad henter pasientene til avtalt tid. Resultatene må sees i sammenheng med Figur 5.4 og Figur 5.5, som viser hhv. gjennomsnitt av opphold med overliggerdøgn og antall utskrivningsklare opphold. Vi ser da at Helse Midt-Norge har betydelig færre utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere enn de øvrige regionene, men at en større andel av oppholdene ender med overliggerdøgn.

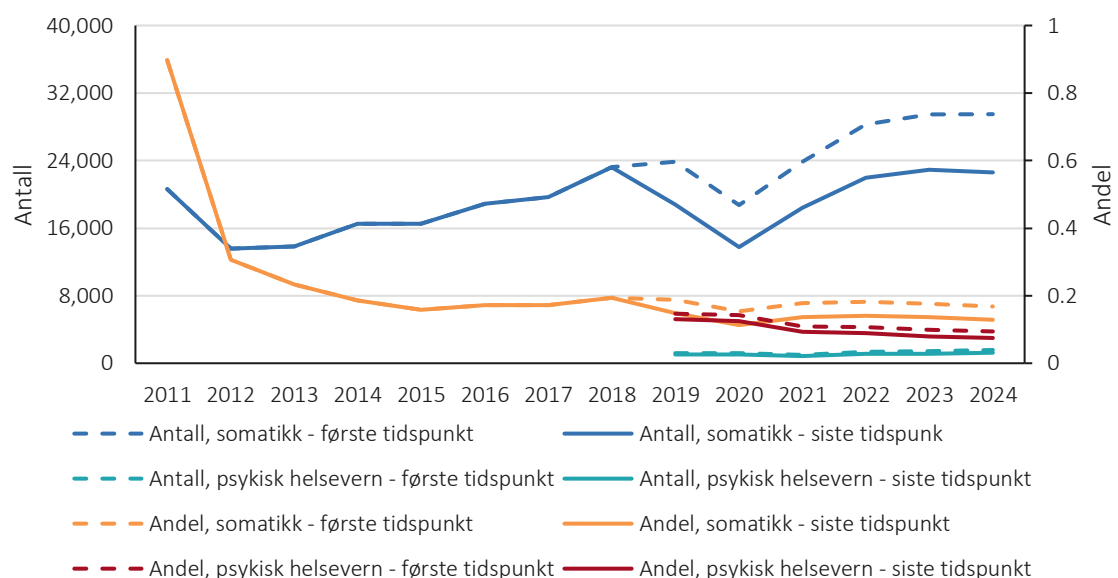
Tabell 5.2 Andel av utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn, 2024

Regionalt helseforetak	Somatikk	Psykisk helsevern
Helse Sør-Øst	12,0 %	7,1%
Helse Vest	8,4 %	5,1 %
Helse Midt-Norge	28,4 %	20,1 %
Helse Nord	15,1 %	7,3 %
Totalt	12,9 %	7,4 %

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

At flere pasienter skrives ut til videre oppfølging i kommunale tjenester, samtidig som andelen med overliggerdøgn går ned, kan tyde på at kommunene samlet sett har styrket evnen til å ta imot pasienter til avtalt tid.

Figur 5.2 Nasjonal utvikling i antall utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn og andel utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn



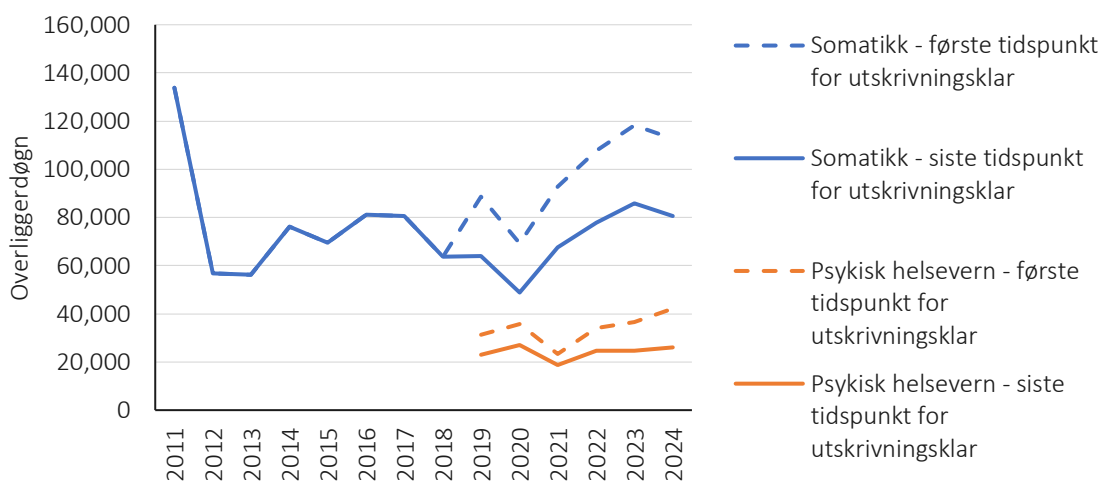
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet (2019-2024) og [Hdir-rapport](#) (2011-2018). Tall for 2018 var årsestimater beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2018. Merk at det er brudd i tidsserien i 2019.

Videre viser Figur 5.3 den nasjonale utviklingen i antall overliggerdøgn innen somatikk og psykisk helsevern. Fra 2019 til 2024 økte antall overliggerdøgn innen somatikk med 26 pst. til omtrent 80 500 overliggerdøgn. Innen psykisk helsevern økte antall overliggerdøgn med 14 pst. i samme periode, og var på omtrent 26 000 overliggerdøgn i 2024. I samme periode som kommunene har klart å hente hjem flere utskrivningsklare pasienter til avtalt tid, har altså antall overliggerdøgn økt, både innen somatikk og psykisk helsevern. Dette kan ha sammenheng med to utviklingstrekk:

1. antall utskrivningsklare opphold har vokst mer enn økningen i antallet utskrivningsklare pasienter som kommunen har hentet hjem til avtalt tid, slik at det også har vært en økning i antall overliggere, eller
2. en gjennomsnittlig overligger blir liggende lengre på sykehus enn tidligere i påvente av et kommunalt tilbud.

Både innen somatikk og psykisk helsevern har økningen i antall utskrivningsklare opphold vært omtrent proporsjonal med økningen i overliggerdøgn. Dette tilsier at økningen i antall opphold med overliggerdøgn er den viktigste forklaringen bak økningen i antall overliggerdøgn. Fra 2019 til 2024 har det også vært en liten økning i overliggerdøgn per overligger, fra 3,4 døgn til 3,6 døgn innen somatikk, mens den har gått ned fra 21,4 døgn til 20,9 døgn innen psykisk helsevern. Det vil si at begge forklaringene ser ut til å være relevante innen somatikk, mens innen psykisk helsevern er det økningen i antall overliggere som driver økningen i antall overliggerdøgn.

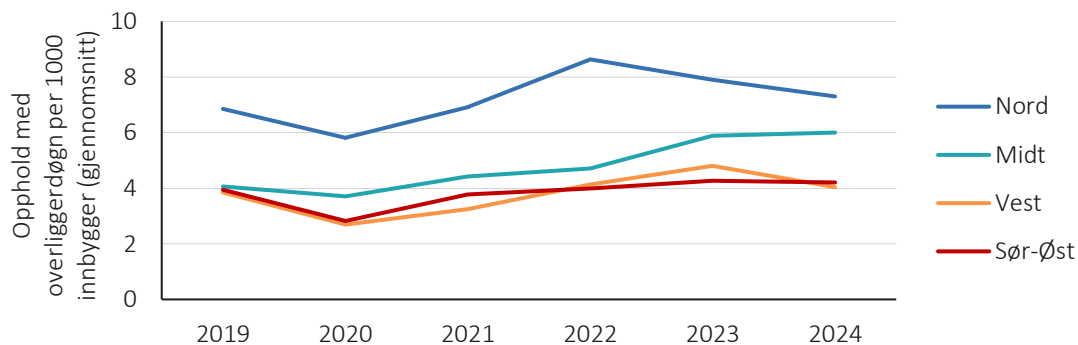
Figur 5.3 Nasjonal utvikling i antall overliggerdøgn



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet (2019-2024), Samdata (2018) og Hdir-rapport (2011-2017).
Merk at det er brudd i tidsserien i 2019.

Figur 5.4 viser gjennomsnittlig antall opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere for kommunene i hvert regionale helseforetak. I hele perioden fra 2019 til 2024 er det kommunene i Helse Nord som i snitt har hatt flest opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger (7,3 i 2024). Kommunene i Helse Vest og Helse Sør-Øst har i snitt hatt færrest opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger gjennom perioden, med henholdsvis 4,0 og 4,2 opphold per 1 000 innbyggere i 2024. Det er dermed vesentlige forskjeller mellom regioner i antall opphold med overliggerdøgn sett opp mot innbyggertall.

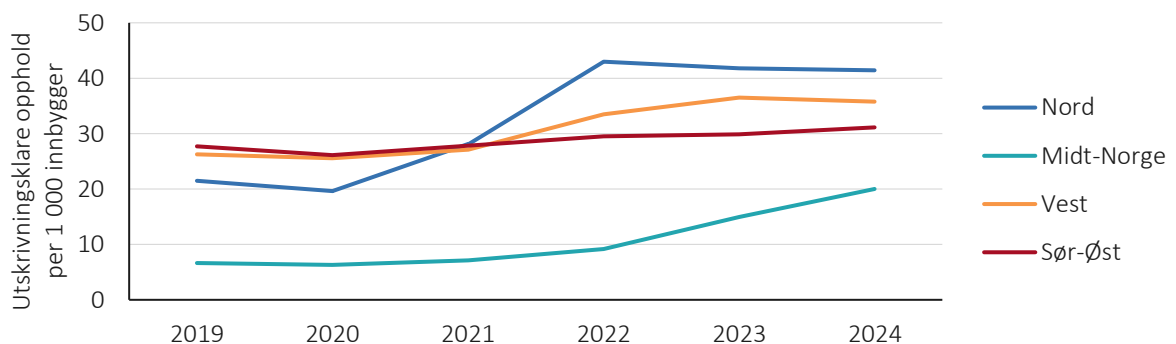
Figur 5.4 Gjennomsnitt av opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger, etter RHF, somatikk



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Helse Midt-Norge har en høy andel overliggere sammenlignet med de andre regionale helseforetakene (jf. Tabell 5.2). Samtidig har regionen et middels antall opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger. Dette indikerer at Helse Midt-Norge har få utskrivningsklare opphold per 1 000 innbygger, noe som også framgår av Figur 5.5.

Figur 5.5 Antall utskrivningsklare opphold (med og uten overliggerdøgn) per 1 000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

5.2.1 Indikatorer for utskrivningsklare pasienter innen somatikk og psykisk helsevern

Utskrivningsklare pasienter utgjør en betydelig andel av alle døgnpasienter

Hvor stor andel av pasientene som skal skrives ut til et kommunalt tilbud, har betydning for kommunens kapasitet til å hente hjem pasientene til avtalt tid. Figur 5.6 viser utviklingen i andelen opphold for somatikk og andelen pasienter for psykisk helsevern, som meldes utskrivningsklare. Indikatorene er dermed beregnet ulikt og ikke direkte sammenlignbare, men gir likevel et bilde av hvor stor andel av pasientene kommunen må fremskaffe et tilbud til.

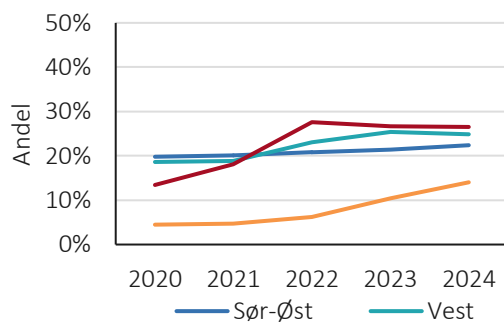
Som vist i Figur 5.6.1 utgjør utskrivningsklare opphold innen somatikk mellom 4 pst. og 30 pst. av alle døgnopphold for alle helseregioner. Innen psykisk helsevern utgjør utskrivningsklare pasienter mellom 10 pst. og i overkant av 40 pst. for alle helseregioner gjennom perioden, jf. Figur 5.6.2. Med unntak av psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, er det en økende trend for samtlige RHF-er gjennom perioden innen begge tjenesteområder. Utviklingen er imidlertid mer stabil innen somatikk enn for psykisk

helsevern. Fra 2022 har særlig veksten i utskrivningsklare pasienter i prosent av alle døgnpasienter innen psykisk helsevern i Helse Vest og Helse Nord vært høy, sammenlignet med veksten innen somatikk. I 2024 har indikatoren høyere nivåer innen psykisk helsevern enn innen somatikk for samtlige RHF.

Det er verdt å merke at det i antall er langt flere utskrivningsklare opphold og døgnopphold innen somatikk enn innen psykisk helsevern. Dermed må kommunen hente hjem flest somatiske pasienter til et kommunalt tilbud. Likevel kan forskjellene i nivåer mellom somatikk og psykisk helsevern indikere at kommuner, særlig i Helse Vest og Helse Nord, kan oppleve en betydelig pågang av utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern. Denne pasientgruppen kan være særlig utfordrende for kommunene å gi et forsvarlig tilbud til, ettersom store deler av den kommunale helsetjenesten er rettet mot somatikk (for eksempel korttids- og langtids plass for eldre). At hele 40 pst. av alle døgnpasienter innen psykisk helsevern er pasienter som skal følges opp videre i et kommunalt tilbud, kan dermed gjøre det krevende for kommuner å hente hjem denne pasientgruppen til avtalt tid.

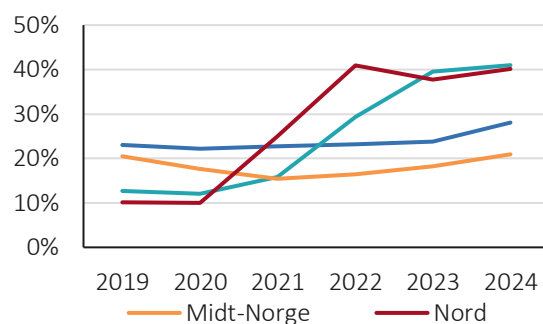
Figur 5.6 Indikator 1: Andel UKP-opphold i prosent av alle døgnopphold⁵

Figur 5.6.1 Somatikk



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Hdir

Figur 5.6.2 Psykisk helsevern



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Hdir

Sykehusenes merbelastning ved overliggerdøgn

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn gir sykehusene en merbelastning, ettersom overliggere opptar kapasitet på sykehuset. Figur 5.7 gir et mål på hvor stor merbelastning sykehuset får i forbindelse med overliggere, sett opp mot sykehusets totale sengekapasitet. Som vist i Figur 5.7.1 har overliggerdøgn over tid tatt opp en større del av den somatiske kapasiteten i sykehusene. Videre er det sykehusene i Helse Nord som har høyest merbelastning som følge av overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter innen somatikk. I 2024 var hele 5 pst. av alle somatiske liggedøgn ved sykehusene i Helse Nord overliggerdøgn. Sykehusene i Helse Vest og Helse Sør-Øst har hatt klart lavest merbelastning innen somatikk gjennom hele perioden, og hadde til sammenligning hhv. 1,4 pst. og 1,9 pst. overliggerdøgn i 2024.

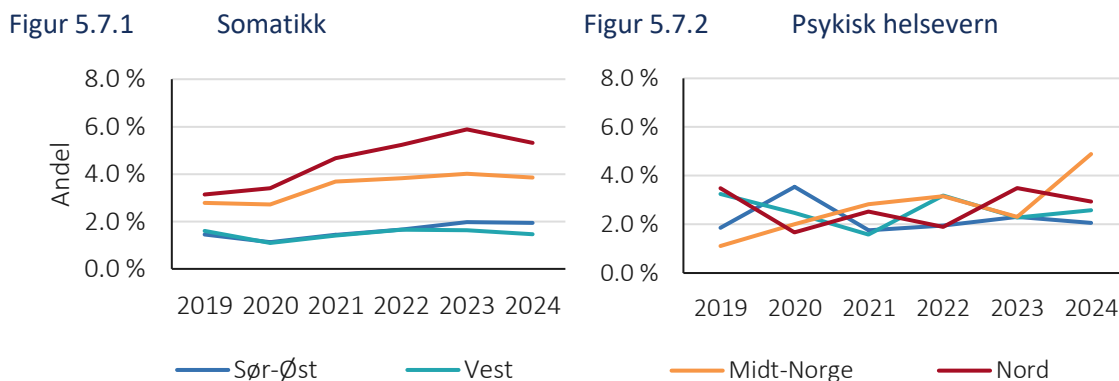
Innen psykisk helsevern er bildet mer utydelig, og det varierer fra år til år hvilket RHF som har flest overliggerdøgn som andel av alle liggedøgn, jf. Figur 5.7.2. Det er imidlertid mindre variasjon mellom RHF-ene per år innen psykisk helsevern enn innen somatikk. I 2024 var det Helse Midt-Norge som hadde den høyeste indikatorverdien på 5 pst. I snitt ser overliggerdøgn ut til å utgjøre en mindre andel av

⁵ For psykisk helsevern er indikatoren regnet som antall utskrivningsklare pasienter i prosent av alle døgnpasienter. Data for Helse Midt-Norge har tidsseriebrudd som følge av overføring til Helseplattformen. Det er også oppgitt at det kan være feil i tidligere data fordi pasienter ved St.Olavs ble overført til en egen post når de ble meldt utskrivningsklare og at de da ble registrert som utskrevet fra sykehuset.

sengekapasiteten innen psykisk helsevern enn innen somatikk. Dette kan trolig forklares av at en noe større andel pasienter innen psykisk helsevern hentes hjem til avtalt tid sammenlignet med pasienter innen somatikk, og at en større andel pasienter innen somatikk ikke er utskrivningsklare pasienter.

Innen psykisk helsevern er det også utfordrende å si noe om utvikling over tid, ettersom det er betydelige variasjoner i indikatornivå fra år til år, uten en tydelig trend. Dette understreker også at det er forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern i hvilke underliggende faktorer som driver utviklingen i antall overliggerdøgn.

Figur 5.7 Indikator 2: Andel UKP-overliggerdøgn som andel av alle liggedøgn⁶



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Hdir

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Hdir

Overliggere innen psykisk helsevern blir liggende betydelig lenger på sykehus enn somatiske overliggere i påvente av et kommunalt tilbud

Gjennomsnittlig liggetid for overliggere er en viktig indikator på belastningen knyttet til utskrivningsprosessen. Figur 5.8.1 viser at Helse Nord har høyest gjennomsnittlig liggetid for overliggere innen somatikk, og er det RHF-et som har hatt størst økning i overliggerdøgn per overligger over tid. Helse Vest og Helse Sør-Øst følger hverandre relativt tett innen somatikk, og ligger på et lavt nivå. Mens Helse Vest over tid har hatt en liten nedgang i antall overliggerdøgn per somatiske overligger, har Helse Sør-Øst hatt en flatere utvikling med en liten økning de siste årene.

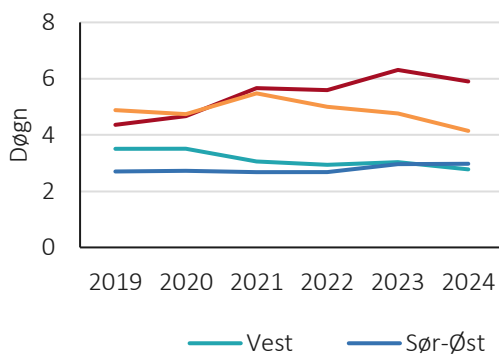
Figur 5.8.2 viser at overliggere innen psykisk helsevern i snitt har langt flere overliggerdøgn enn overliggere innen somatikk. Dette gjelder for samtlige regionale helseforetak gjennom hele perioden, og indikerer at overliggere innen psykisk helsevern kan gi en høyere merbelastning i forbindelse med utskrivningsprosessen enn overliggere innen somatikk. Videre kan dette tyde på at det er mer krevende for kommunene å sikre et forsvarlig kommunalt tilbud innen psykisk helsevern enn innen somatikk.

⁶ Merknad: Data for Helse Midt-Norge har betydelige feil og mangler frem til 2024.

Figur 5.8 Indikator 3: Gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overliggeropphold.⁷ Merk forskjell i aksene.

Figur 5.8.1

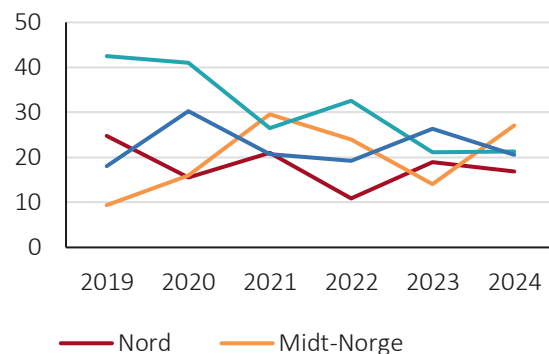
Somatikk



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Hdir

Figur 5.8.2

Psykisk helsevern



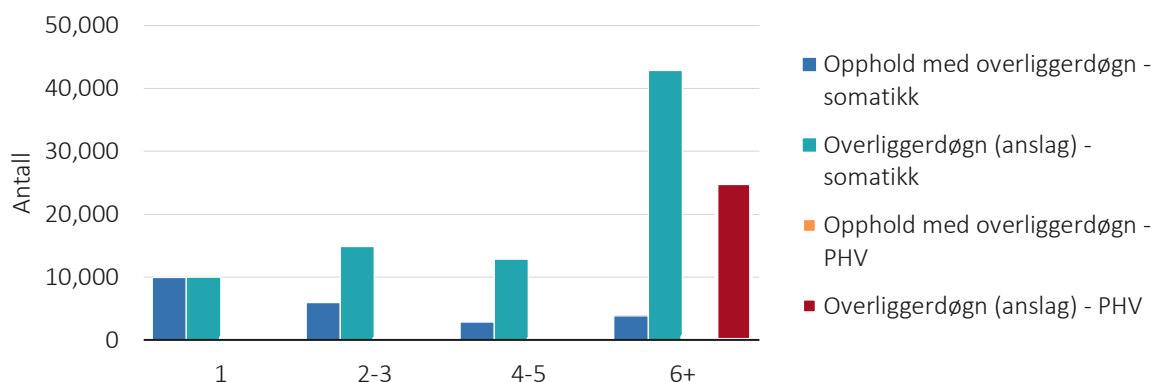
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Hdir

En svært liten andel utskrivningsklare opphold står for en stor andel av overliggerdøgnene

I Tabell 5.2 viste vi at kun 12,9 pst. av alle utskrivningsklare opphold innen somatikk hadde overliggerdøgn i 2024. Over 70 pst. av overliggeropphold innen somatikk hadde 1-3 overliggerdøgn i 2024. Andelen har vært relativt jevn over tid. Som nevnt har en gjennomsnittlig somatisk overligger 3,6 overliggerdøgn, noe som innebærer at minst 70 pst. av overliggeropphold har færre overliggerdøgn enn gjennomsnittet. Det betyr at en liten andel overliggere står for det store flertallet av overliggerdøgn. Dette understrekes av at kun 17 pst. av overliggeropphold har seks eller flere overliggerdøgn. Merk at 17 pst. av alle opphold med overliggerdøgn i 2024 tilsvarte 2 pst. av alle utskrivningsklare opphold innen somatikk. Dersom man antar at snittet for overliggerdøgn i gruppen med 2-3 overliggerdøgn er 2,5 døgn og snittet i gruppen med 4-5 døgn er 4,5 døgn, kan man beregne et omtrentlig estimat på antall overliggerdøgn hver gruppe står for, og hvor stor andel av alle overliggerdøgn som kan tilskrives opphold med minst seks overliggerdøgn. Antall opphold med overliggerdøgn og et anslag på antall overliggerdøgn for hver gruppe vises i Figur 5.9. Vi har estimert at omtrent 50 pst. av alle overliggerdøgn tilskrives opphold med minst seks overliggerdøgn. Dette tilsier at 17 pst. av alle overliggeropphold, og 2 pst. av alle utskrivningsklare opphold, står for omtrent 50 pst. av alle overliggerdøgn i 2024. Dette tallet er usikkert, men illustrerer like fullt at en svært liten andel av utskrivningsklare opphold står for omtrent halvparten av alle overliggerdøgn.

⁷ Merknad: Data for Helse Midt-Norge har betydelige feil og mangler frem til 2024.

Figur 5.9 Opphold med overliggerdøgn og anslått antall overliggerdøgn per gruppe, 2024



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

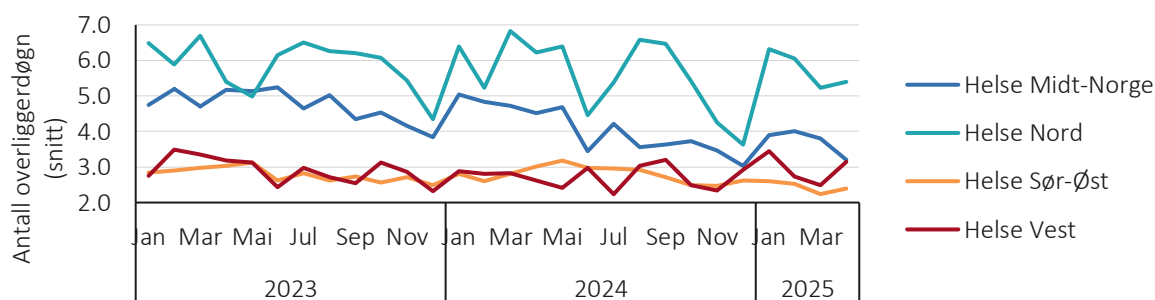
Innen psykisk helsevern har derimot i underkant av 50 pst. av alle overliggere seks eller flere overliggerdøgn, som igjen støtter opp under at kommunene har større utfordringer med å skaffe et forsvarlig kommunalt tilbud for denne pasientgruppen sammenlignet med pasienter innen somatikk.

Vi har ikke data på antall opphold med overliggerdøgn fordelt på antall overliggerdøgn på RHF-nivå for noen av tjenesteområdene. Likevel så vi i Figur 5.8 at både Helse Nord og Helse Midt-Norge i snitt lå over landsgjennomsnittet for antall overliggerdøgn per overliggeropphold. Dette kan indikere at dette er en særlig utfordring for disse helseregionene, og særlig for Helse Nord som hadde betydelig flere overliggerdøgn per overliggeropphold sammenlignet med Helse Midt-Norge. Dette bekreftes av at de tre kommunene med flest overliggerdøgn per overliggeropphold tilhører Helse Nord. Disse kommunene har svært høye gjennomsnittlige overliggertider med 12-17 døgn per overliggeropphold. Se kapittel 5.3.1 for nærmere omtale.

Sesongvariasjoner i overliggerdøgn og liggetid

Figur 5.10 viser betydelige sesongvariasjoner i gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overligger. Blant annet ser man en tendens til at gjennomsnittlig antall overliggerdøgn øker i januar (influenzasesong) og i juli (feriesesong). I perioder med mye sykdom og sykehusinnleggelser, eller når ferieavvikling begrenser sykehusenes og kommunenes kapasitet, vil antall overliggere og overliggerdøgn kunne øke fordi kommunene ikke har kapasitet til å tilby alle pasientene et forsvarlig kommunalt tilbud.

Figur 5.10 Gjennomsnittlig liggetid for overliggere etter helseforetak



Kilde: Vista Analyse basert på data fra FHI

Merknad: Data for Helse Midt-Norge har betydelige feil og mangler frem til 2024.

5.3 Kjennetegn ved kommuner med mange overliggere og overliggerdøgn

I dette delkapittelet ser vi på hvilke kommuner som har flest overliggerdøgn og opphold med overliggerdøgn, og hva som kjennetegner disse kommunene. Ettersom vi kun har data for noen få kommuner innen psykisk helsevern, vil vi ikke trekke frem enkeltkommuner på dette området, ettersom det er usikkert om kommunene vi har data for, har flere eller færre overliggere og overliggerdøgn enn det store flertallet av kommuner vi ikke har data for.

5.3.1 Somatikk

Ti kommuner sto for 36 pst. av overliggerdøgn og 27 pst. av landets innbyggere i 2024

Tabell 5.3 viser de ti kommunene i Norge med flest overliggerdøgn. Disse kommunene står for totalt 36 pst. av alle overliggerdøgn. Dette er uproporsjonalt høyt sett opp mot kommunenes samlede befolkning, ettersom disse kommunene kun har 26,6 pst. av landets innbyggere, og 21 pst. av befolkningen i Norge som er 80 år eller eldre. Syv av de ti kommunene med flest overliggerdøgn har uproporsjonalt mange overliggerdøgn i forhold til innbyggertall. Disse kommunene er uthevet med fet skrift i tabellen. Samtlige av disse kommunene har også like mange eller flere overliggerdøgn per overligger sammenlignet med landsgjennomsnittet på 3,6 døgn.

Bykommuner med sykehus er overrepresentert blant kommunene med flest overliggerdøgn. Noe av dette skyldes at disse kommunene også har flere innbyggere enn de fleste andre kommuner, men som nevnt står flere av disse kommunene for en uproporsjonalt stor andel overliggerdøgn i forhold til folketall.

Tabell 5.3 De ti kommunene med flest overliggerdøgn

Kommune	RHF	Andel av Norges befolkning	Andel av Norges befolkning 80+	Overliggerdøgn	Andel av overliggerdøgn	Opphold	Overliggerdøgn per overligger
Tromsø*	Nord	1,4 %	1,1 %	7 347	9,1 %	473	15,5
Oslo*	Sør-Øst	12,8 %	9,0 %	4 536	5,6 %	1 757	2,6
Skien*	Sør-Øst	1,0 %	1,1 %	3 577	4,4 %	608	5,9
Trondheim*	Midt	3,8 %	3,1 %	2 725	3,4 %	1 039	2,6
Nordre Follo	Sør-Øst	1,1 %	1,1 %	2 068	2,6 %	463	4,5
Lillestrøm	Sør-Øst	1,7 %	1,5 %	1 981	2,5 %	453	4,4
Ålesund*	Midt	1,0 %	1,0 %	1 773	2,2 %	491	3,6
Kristiansund	Midt	0,4 %	0,5 %	1 630	2,0 %	208	7,8
*8							
Stavanger*	Vest	2,7 %	2,1 %	1 594	2,0 %	778	2,0
Molde*9	Midt	0,6 %	0,7 %	1 528	1,9 %	217	7,0
Totalt		26,6 %	21,2 %	28 759	35,7 %	6 487	5,6**

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Merknad: *Kommunen hadde somatisk sykehus i 2024. **Gjennomsnitt av overliggerdøgn per overligger for de ti kommunene

⁸ Akuttfunksjoner og sengeposter ble flyttet fra Kristiansund sykehus til det nye fellessykehuset for Nordmøre og Romsdal i april 2025.

⁹ Molde sykehus ble nedlagt i april 2025, og erstattet av det nye fellessykehuset for Nordmøre og Romsdal.

Antall opphold med overliggerdøgn må vurderes i forhold til befolkningsstørrelse

Dersom man sorterer kommunene etter antall opphold med overliggerdøgn som i Tabell 5.4, er det med unntak av to kommuner (Molde og Kristiansund), de samme kommunene på toppen som for antall overliggerdøgn. Det er imidlertid verdt å merke at andelen av alle overliggeropphold disse kommunene står for (32 pst.), er omtrent proporsjonal med andelen av Norges befolkning som er bosatt i disse kommunene (29 pst.).

Et tydelig eksempel på en kommune med et svært uproporsjonalt antall overliggerdøgn i forhold til innbyggere, men som står for en relativt proporsjonal andel overliggeropphold, er Tromsø kommune. Tromsø sto i 2024 for hele 9 pst. av alle overliggerdøgn, men kun 2 pst. av alle overliggeropphold. Til sammenligning er 1,4 pst. av innbyggerne i Norge bosatt i Tromsø. Dette antyder at Tromsø i forhold til befolkningstall ikke ser ut til å ha særlige utfordringer med å hente hjem store deler av de utskrivningsklare pasientene til avtalt tid, men at kommunen bruker lang tid på å finne et egnet tilbud for en liten gruppe pasienter. Dette reflekteres i at en gjennomsnittlig overligger fra Tromsø kommune har hele 15,5 overliggerdøgn, som er langt over landsgjennomsnittet på 3,6 døgn.

Tabell 5.4 De ti kommunene med flest opphold med overliggerdøgn

Kommune	RHF	Andel av Norges befolkning	Andel av Norges befolkning 80+	Overliggerdøgn	Opphold med overliggerdøgn	Andel av overliggeropphold	Overliggerdøgn per overligger
Oslo*	Sør-Øst	12,8 %	9,0 %	4 536	1 757	7,8 %	2,6
Trondheim*	Midt	3,8 %	3,1 %	2 725	1 039	4,6 %	2,6
Stavanger*	Vest	2,7 %	2,1 %	1 594	778	3,4 %	2,0
Skien*	Sør-Øst	1,0 %	1,1 %	3 577	608	2,7 %	5,9
Fredrikstad	Sør-Øst	1,5 %	1,6 %	1 072	569	2,5 %	1,9
Drammen*	Sør-Øst	1,9 %	1,9 %	1 341	502	2,2 %	2,7
Ålesund*	Midt	1,0 %	1,0 %	1 773	491	2,2 %	3,6
Tromsø*	Nord	1,4 %	1,1 %	7 347	473	2,1 %	15,5
Nordre Follo	Sør-Øst	1,1 %	1,1 %	2 068	463	2,0 %	4,5
Lillestrøm	Sør-Øst	1,7 %	1,5 %	1 981	453	2,0 %	4,4
Totalt		29,0 %	23,5 %	28 014	7 133	31,5 %	4,6**

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Merknad: *Kommunen hadde somatisk sykehus i 2024. **Gjennomsnitt av overliggerdøgn per overligger for de ti kommunene

Andelen innbyggere som er 80 år eller eldre er en viktig forklaringsfaktor for kommunale forskjeller i antall opphold

Når kommunene sorteres etter flest opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger, tegner det seg et annet bilde. Kommunene i Helse Nord er overrepresenterte. Åtte av ti kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere, og i hele ni av ti kommuner er mer enn 5 pst. av befolkningen 80 år eller eldre. For landet som helhet er 4,6 pst. av befolkningen 80 år eller eldre, som kan tyde på at alder er en

medvirkende forklaringsfaktor bak forskjeller i kommunenes evne til å hente hjem pasienter til avtalt tid. Det kan være flere årsaker til at kommuner med en høy andel eldre har større utfordringer med å hente hjem pasienter til avtalt tid. For det første er det rimelig å anta at kommuner med mange eldre kan ha større utfordringer med kapasitet i korttidsplasser ved sykehjem fordi behovet for slike tjenester er større. For det andre er utskrivningsklare pasienter innen somatikk for det meste eldre mennesker. Dermed vil kommuner med en stor andel eldre trolig kunne oppleve en større pågang av utskrivningsklare pasienter som skal hentes hjem i forhold til folketall.

Små kommuner vil naturlig nok også kunne ha større årlige variasjoner i overliggerdøgn per 1 000 innbyggere nettopp fordi de er små. Små variasjoner i overliggerdøgn kan gi store utslag i overliggerdøgn per 1 000 innbyggere. For små kommuner er det derfor mer relevant å se på utviklingen i antall overliggerdøgn over en periode framfor å se på et enkelt år. Formålet med å ta fram overliggerdøgn for små kommuner i ett enkelt år (2024) er først og fremst å vise sammenhengen mellom overligger og andelen av befolkningen som er over 80 år. Tidsseriedataene vi har viser at det kan variere hvilke av de små kommunene som har flest overliggere i forhold til befolkningen. Det er likevel en robust sammenheng at små kommuner med en høy andel overliggere i forhold til befolkningen også har en høy andel eldre over 80 år.

Tabell 5.5 **Ti kommuner med høyest antall opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger, 2024**

Kommune	RHF	Befolkning	Andel 80+	Overliggerdøgn*	Opphold med overliggerdøgn*	Overliggerdøgn per overligger
Kvænen	Nord	1 157	8,9 %	150	18,2	8
Andøy	Nord	4 553	7,4 %	172	14,3	12
Vega	Nord	1 208	7,9 %	64	13,2	5
Loppa	Nord	864	9,7 %	49	12,7	4
Orkland	Midt	18 793	5,7 %	68	12,6	5
Rennebu	Midt	2 484	7,4 %	59	12,5	5
Lebesby	Nord	1 215	5,4 %	33	12,3	3
Ibestad	Nord	1 311	10,4 %	18	12,2	1
Eigersund	Vest	15 221	4,7 %	56	11,9	5
Åmot	Sør-Øst	4 289	5,9 %	43	11,9	4

**Per 1 000 innbyggere. For opphold med overliggerdøgn har vi brukt data for siste tidspunkt for utskrivningsklar.*

Andelen innbyggere over 80 år ser også ut til å ha betydning for overliggerdøgn

Alder ser også ut til å være en relevant forklaringsfaktor for kommunene med flest overliggerdøgn per overligger. Med unntak av Tromsø har samtlige kommuner med flest overliggerdøgn per overligger en høyere andel eldre enn for landet som helhet. Likevel har disse kommunene i snitt en lavere andel personer som er 80 år eller eldre enn kommunene med flest opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger. Dette indikerer at alder ikke er en like fremtredende forklaringsfaktor som for opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger. Videre tilhører fem av ti kommuner Helse Nord, og fire kommuner tilhører Helse Midt-Norge. Ingen av de ti kommunene med flest overliggerdøgn per overligger tilhører Helse Vest. Vi så tidligere at Helse Vest i 2024 i snitt hadde færrest overliggerdøgn per overligger.

Tabell 5.6 **Ti kommuner med høyest antall overliggerdøgn per overligger, 2024**

Kommune	RHF	Befolkning	Andel 80+	Overliggerdøgn*	Opphold med overliggerdøgn*	Overliggerdøgn per overligger
Bardu	Nord	3 986	5,3 %	102,4	6,0	17,0
Tromsø	Nord	78 745	3,4 %	93,3	6,0	15,5
Andøy	Nord	4 553	7,4 %	172,4	14,3	12,1
Vestre Toten	Sør-Øst	13 691	5,5 %	12,2	1,2	10,4
Vestnes	Midt	7 147	5,3 %	93,0	9,9	9,4
Kvænangen	Nord	1 157	8,9 %	150,4	18,2	8,3
Rauma	Midt	7 299	6,3 %	81,7	10,3	7,9
Kristiansund	Midt	24 404	4,9 %	66,8	8,5	7,8
Sykkylven	Midt	7 617	5,7 %	60,5	8,1	7,4
Nordreisa	Nord	4 794	5,5 %	60,9	8,3	7,3

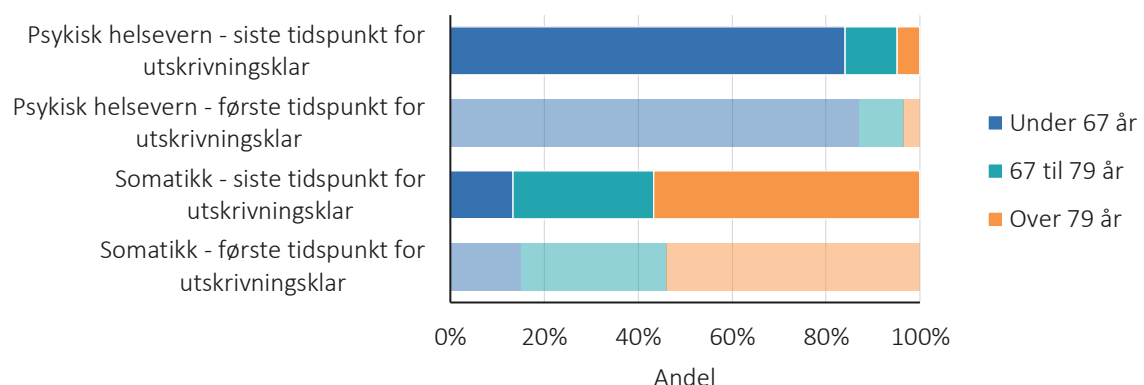
**Per 1 000 innbyggere. For opphold med overliggerdøgn har vi brukt data for siste tidspunkt for utskrivningsklar.*

I Figur 5.8 så vi at Helse Nord har klart flere overliggerdøgn per overligger enn de andre regionale helseforetakene. Alle de tre kommunene med flest overliggerdøgn per overligger tilhører Helse Nord. Disse kommunene har svært høye gjennomsnittlige antall overliggerdøgn per overligger sett mot landsgjennomsnittet på 3,6 døgn per overligger. Disse kommunene trekker derfor gjennomsnittet for antall overliggerdøgn per overligger kraftig opp for regionen generelt. Ved å fjerne disse kommunene fra beregningen av overliggerdøgn for en gjennomsnittlig overligger i Helse Nord, blir nivået i 2024 noe lavere enn snittet i Helse Midt-Norge. Dersom man kun fjerner Tromsø fra beregningen blir snittet for Helse Nord omtrent likt som for Helse Midt-Norge. Dette viser at ekstreme verdier i noen få kommuner i Helse Nord i stor grad forklarer hvorfor regionen ligger høyere enn øvrige regioner i gjennomsnittlig antall overliggerdøgn for overliggere.

5.3.2 Alder som forklaringsfaktor: Ulik aldersfordeling i somatikk og psykisk helsevern

Figur 5.11 viser at det er systematisk forskjell mellom psykisk helsevern og somatikk når det gjelder hvordan antall overliggerdøgn fordeler seg på de ulike aldersgruppene. Mens over 80 pst. av overliggerdøgnene innen somatikk kan tilskrives personer fra 67 år og eldre, tilskrives i overkant av 80 pst. av overliggerdøgn innen psykisk helsevern personer som er under 67 år.

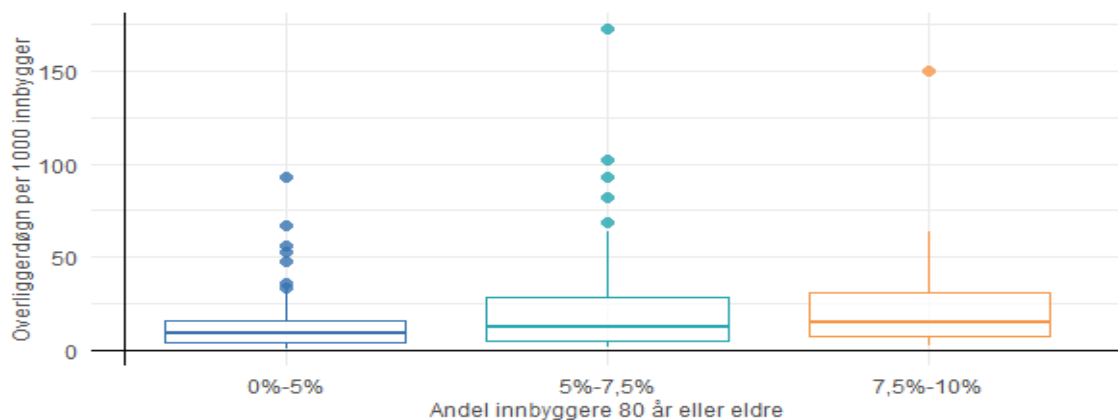
Figur 5.11 **Antall overliggerdøgn fordelt på alder**



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Figur 5.12 bekrefter at kommuner med en høy andel personer som er 80 år eller eldre, har en høyere medianverdi for somatiske overliggerdøgn per 1 000 innbygger sammenlignet med kommuner med en lav andel personer som er 80 år eller eldre. Sammenhengen mellom andelen som er 80 år eller eldre og overliggerdøgn per overligger er noe mindre tydelig. Dette kan tyde på at innen pasientgruppene som typisk har overliggerdøgn, kan alder være en mindre viktig forklaringsfaktor for hvor lang tid det tar å hente hjem en pasient. Overliggere vil typisk være pasientgrupper som det er utfordrende for kommunene å finne et forsvarlig tilbud til. Dette kan for eksempel gjelde unge personer som har behov for tett oppfølging i kommunehelsetjenesten etter utskrivning, men som for eksempel ikke er i målgruppen for korttidsplass på sykehjem.

Figur 5.12 Sammenheng mellom andel 80 år eller eldre og overliggerdøgn per 1 000 innbygger, 2024, kommunedata



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Tabell 5.7 viser gjennomsnittlig andel personer over 80 år, gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overligger og per 1 000 innbygger, samt gjennomsnittlig antall overliggeropphold per 1 000 innbygger, etter befolkningsstørrelse. Det er tydelig at det er liten forskjell mellom små og store kommuner i gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overligger. Dette til tross for at små kommuner har en større andel personer som er 80 år eller eldre. Ser man på antall overliggerdøgn per 1 000 innbygger, er det derimot de minste kommunene som har klart høyest nivå, etterfulgt av de største kommunene. Dette støtter opp under at det er en tydeligere sammenheng mellom alder og overliggerdøgn per 1 000 innbygger enn mellom alder og overliggerdøgn per overligger. For antall overliggeropphold per 1 000 innbygger er det også de minste kommunene som har høyest nivå. Dette kan tyde på at alder også her er en viktig forklaring, og at mindre kommuner til tross for at de har flest overliggeropphold per 1 000 innbygger, klarer å hente hjem en gjennomsnittlig overligger like raskt som større kommuner.

Tabell 5.7 Overliggerdøgn og -opphold etter befolkningsstørrelse, 2024-data

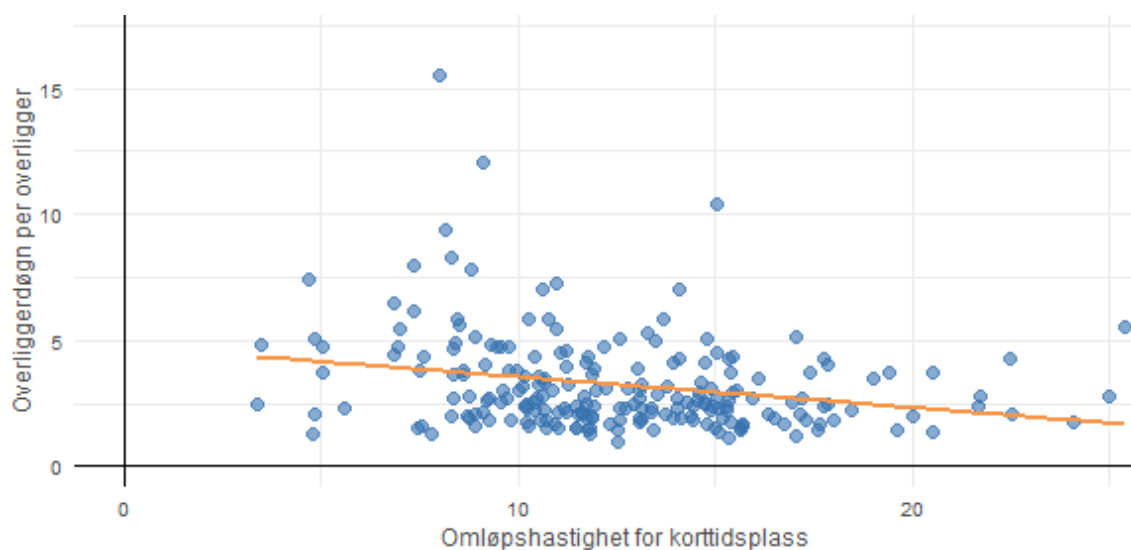
Befolkning	Andel 80+*	Overliggerdøgn per overligger*	Overliggerdøgn per 1 000 innbygger*	Overliggeropphold per 1 000 innbygger*
0 – 1 999	7,0 %	3,3	28,1	10,7
2 000 – 4 999	6,4 %	3,4	17,9	6,0
5 000 – 9 999	5,6 %	3,1	15,6	4,6
10 000 – 19 999	5,1 %	3,4	17,8	5,0
20 000 – 49 999	4,7 %	3,3	17,0	4,5
Mer enn 50 000	4,4 %	3,4	18,8	4,9

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet. *Snitt av alle kommuner i gruppen. Gruppe inndelt etter befolkningsstørrelse.

5.4 Økt omløpshastighet for korttidsplasser er assosiert med færre overliggerdøgn for somatiske pasienter

Figur 5.13 viser at kommuner med høy omløpshastighet på korttidsplasser har færre overliggerdøgn per overligger¹⁰. Det vil si at en økning i antall ganger per år en korttidsplass blir ledig/ruller, er forbundet med en nedgang i antall overliggerdøgn per overligger. Vi finner den samme sammenhengen mellom omløpshastighet og overliggerdøgn per 1 000 innbygger. Sammenhengen indikerer at god kapasitet og omløp i korttidsplasser i kommunehelsetjenesten kan være en viktig suksessfaktor for at kommunene raskt skal kunne hente hjem utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Enkle regresjoner viser at sammenhengen er signifikant på 1 pst. signifikansnivå, men vi kan ikke fastslå at det foreligger en kausal sammenheng.

Figur 5.13 Sammenheng mellom overliggerdøgn per overligger og omløpshastighet for korttidsplass, 2024-data, kommunenivå



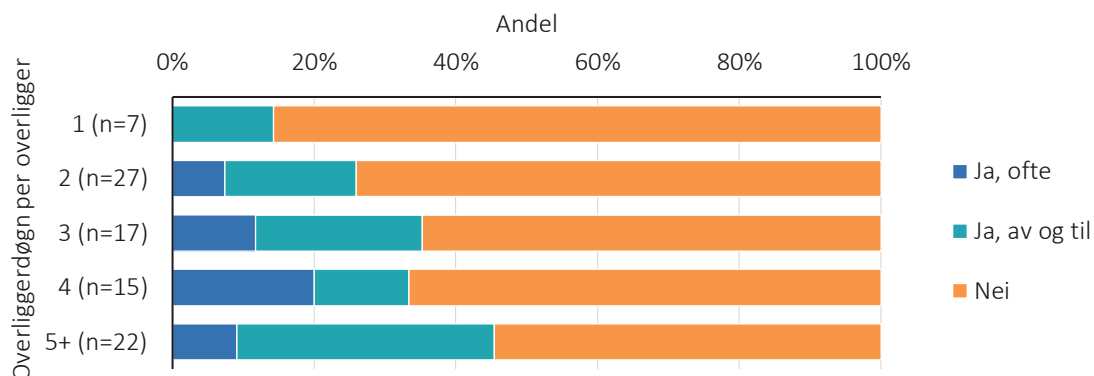
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

Kommuner med flere overliggerdøgn per overligger bruker i større grad KAD-plasser til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus

Vista Analyse har også gjennomført en utredning om kommunal akutt døgnenhet (KAD) på oppdrag fra Helsedirektoratet (Vista Analyse, 2026). I utredningen ble det gjennomført en spørreundersøkelse hvor ett av spørsmålene dreide seg om bruk av KAD-enheten til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Figur 5.14 viser at andelen kommuner som ofte eller av og til bruker KAD-enheten til å ta imot utskrivningsklare pasienter er høyere blant kommuner med flere overliggerdøgn per overligger. Med bakgrunn i sammenhengen mellom omløpshastighet på korttidsplass og overliggerdøgn per overligger, kan en mulig forklaring på dette være at kommuner med særlige utfordringer knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter tar i bruk KAD-plasser som korttidsplasser for utskrivningsklare pasienter. Behovet for å bruke KAD-plasser som skal ha funksjon som akuttplasser, til å ta imot utskrivningsklare pasienter, støtter antagelsen om at god kapasitet og omløpshastighet for korttidsplasser kan være viktig for kommunenes evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

¹⁰ Omløpshastighet er her definert som antall ganger en korttidsplass blir ledig i løpet av et år, og er beregnet som antall dager per år delt på gjennomsnittlig oppholdstid i korttidsplass.

Figur 5.14 Brukes KAD-enheten til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus? Etter gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overliggeropphold i 2024 (siste tidspunkt).

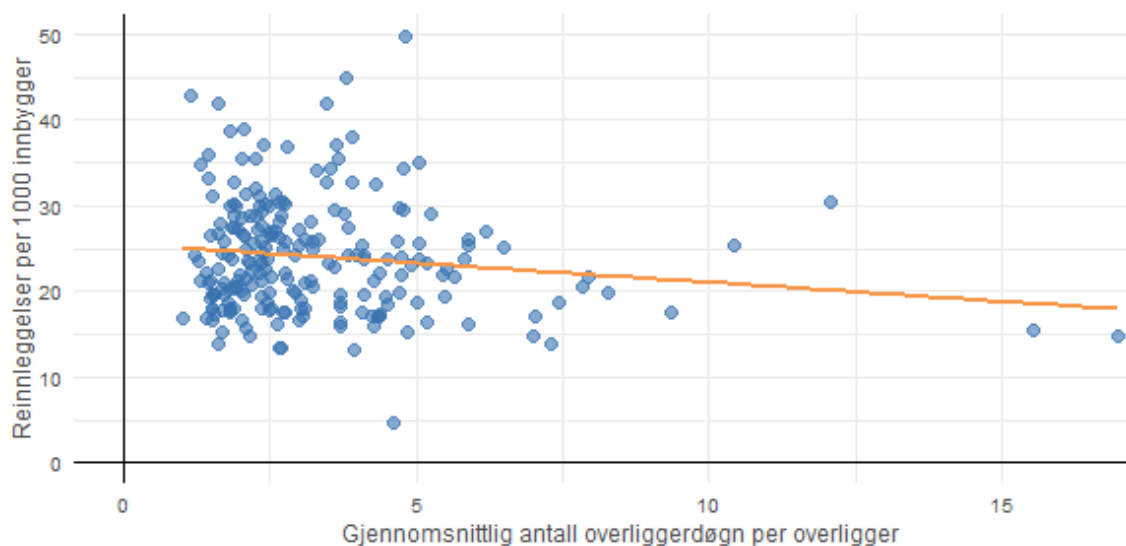


Kilde: Vista Analyse basert på data fra spørreundersøkelse om KAD og data fra Helsedirektoratet

5.5 Flere overliggerdøgn er forbundet med færre reinnleggelser

Tidligere undersøkelser har trukket frem at lengre liggetid på sykehus, for eksempel i form av flere overliggerdøgn, bidrar til færre reinnleggelser. Vi finner en sammenheng i dataene som er i tråd med denne påstanden. Figur 5.15 viser at en økning i gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overligger er forbundet med en reduksjon i antall reinnleggelser per 1 000 innbyggere innen 30 dager etter utskrivning. En enkel regresjon gir signifikante resultater på 5 pst. signifikansnivå. Analysen gir ikke grunnlag for å fastslå at det er en kausal sammenheng.

Figur 5.15 Sammenheng mellom gjennomsnittlig antall overliggerdøgn per overligger og reinnleggelser per 1 000 innbyggere, 2024-data, kommunenivå

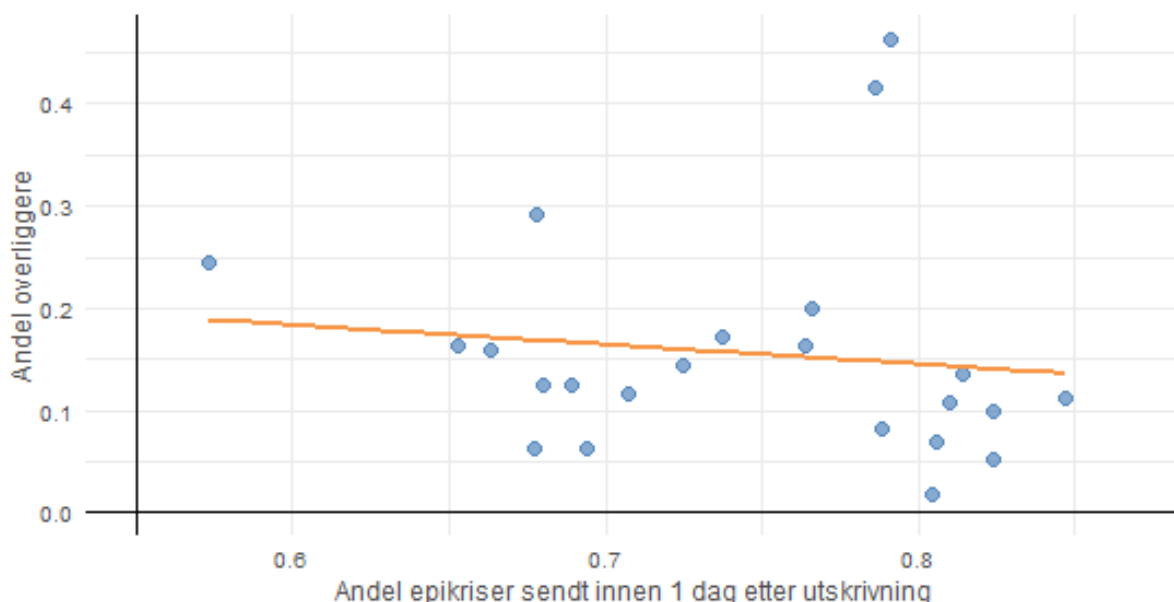


Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet og Samhandlingsbarometeret

5.6 Rask oversending av epikriser kan være positivt for rask hjemhenting av utskrivningsklare pasienter

For at kommunen skal kunne gi pasienten et forsvarlig tilbud, er de avhengige av god informasjon om pasientens tilstand og behov. Dermed er det viktig for kommunen å raskt få tilsendt epikriser for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Figur 5.16 viser en tendens til at helseforetak som sender en høy andel epikriser innen en dag etter utskrivning har en lavere andel utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn. Det er viktig å merke at det er få observasjoner i 2024, og at sammenhengen er usikker. Likevel er det verdt å følge med på om raskere oversending av epikriser kan være forbundet med at en større andel pasienter hentes hjem som avtalt, eller med færre overliggerdøgn per overligger. Figuren viser også at det er betydelig spredning på tvers av helseforetakene i andelen epikriser som sendes innen en dag etter utskrivning. Dette tyder på at kommuner tilknyttet ulike HF i varierende grad har tilgang til informasjon om pasienten innen én dag etter utskrivning.

Figur 5.16 Sammenheng mellom andel epikriser sendt innen en dag etter utskrivning og andel overliggere, 2024-data, HF-nivå



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet

5.7 Kommunale kostnader knyttet til overliggerdøgn

I tråd med at antall overliggerdøgn har økt de siste årene, har det også vært en økning i fakturerte kostnader for kommunene i forbindelse med utskrivningsklare pasienter som ikke hentes hjem til avtalt tid. Figur 5.17 viser utviklingen i kommunal betaling målt i 1 000 kroner for somatikk og samlet for psykisk helsevern og TSB.

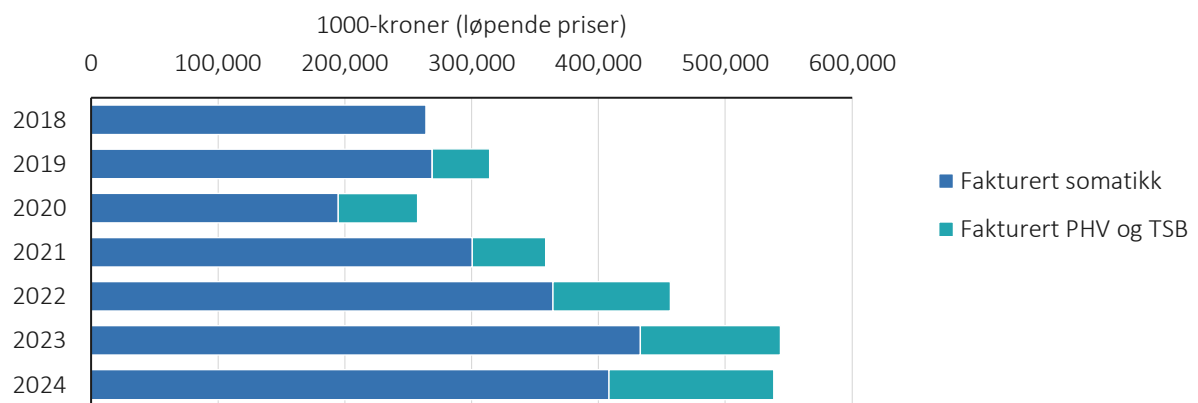
Som det framgår av figuren, var det en svak nedgang i kommunenes betaling for overliggere innenfor somatikk fra 2023 til 2024, mens det var en økning innenfor PHV og TSB.

Samlet fakturert beløp fra helseforetakene mot kommunene var i 2024 på i underkant av 540 millioner kroner. Dette tilsvarer omtrent halvparten (53 pst.) av overføringene til kommunene målt i 2024 kroner (jf. kapittel 3.3.) Overliggere innenfor PHV og TSB står for 24 pst. av samlet fakturert beløp, mens denne gruppen kun har 9 pst. av de registrerte utskrivningsklare oppholdene (jf. kapittel 5.2).

Vi ser også at fakturerte overliggerdøgn innen PHV og TSB har økt fra 45 millioner kroner i 2019 til nærmere 130 millioner kroner i 2024. Isolert sett tyder veksten i fakturerte beløp ikke på at innføringen av betalingsplikt i 2019 har redusert antall overligger for disse gruppene. Vi kan heller ikke konkludere med det motsatte. Mangelfulle data og dermed også grunnlag for å kunne fakturere kommunene kan ha blitt bedre som følge av innføring av betalingsplikt. Fakturerte døgn er dermed neppe en god indikator for å vurdere den reelle utviklingen i antall overliggerdøgn innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Sammenlignet med den momentane effekten av innføring av betalingsplikt innen somatikk i 2012 (jf. Figur 5.1 - Figur 5.3) og utviklingen i registrert antall overliggerdøgn, kan det neppe konkluderes med at innføringen av betaling for overliggerdøgn innen PHV og TSB har gitt noen vesentlig effekt på antall overliggerdøgn.

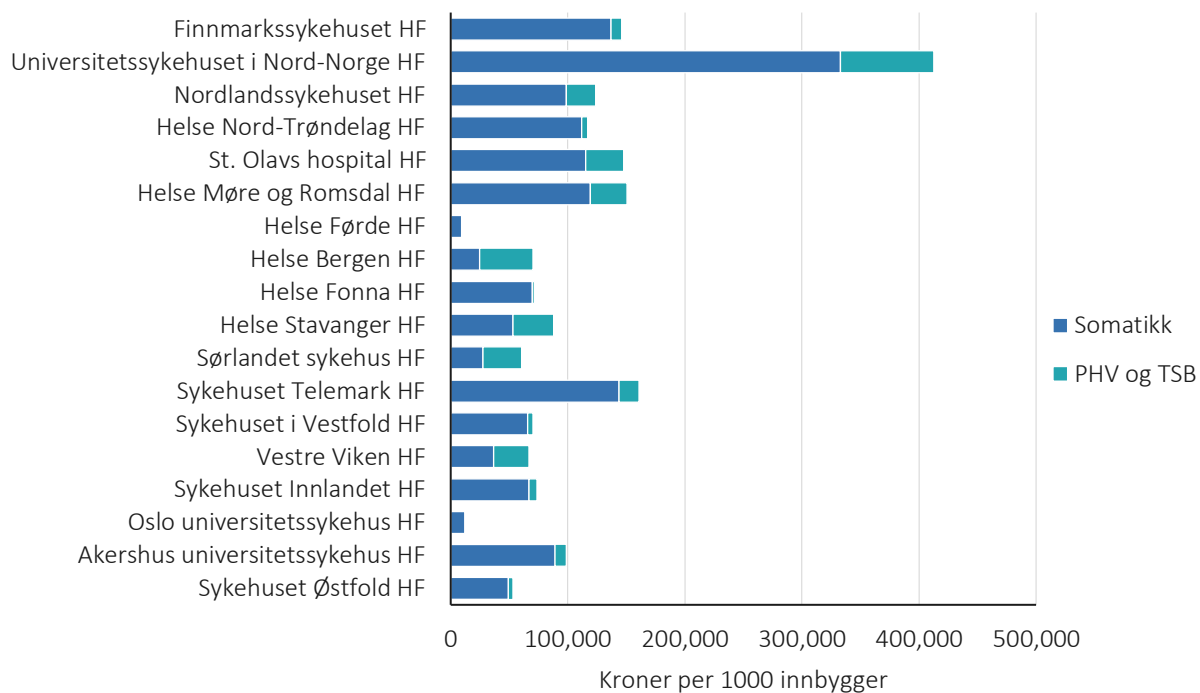
Figur 5.17 Fakturerte kostnader for utskrivningsklare pasienter



Kilde: Vista Analyse basert på SAMDATA

Videre viser Figur 5.18 kostnader per 1 000 innbygger for helseforetakene fra utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn. Av figuren fremkommer det at kommunene tilknyttet Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har klart høyest kostnader per 1 000 innbygger fra overliggerdøgn både innen somatikk og psykisk helsevern og TSB. Samlet for tjenestoområdene hadde UNN over 400 000 kroner per 1 000 innbygger i kompensasjon fra kommuner med overliggerdøgn. UNN har dermed betydelig flere overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter sett opp mot innbyggertallet sammenlignet med andre helseforetak. Dette samsvarer med tidligere funn i dette kapittelet som viser at blant annet Tromsø har svært mange overliggerdøgn i forhold til innbyggertall.

Figur 5.18 Fakturerte kostnader for utskrivningsklare pasienter, 2024



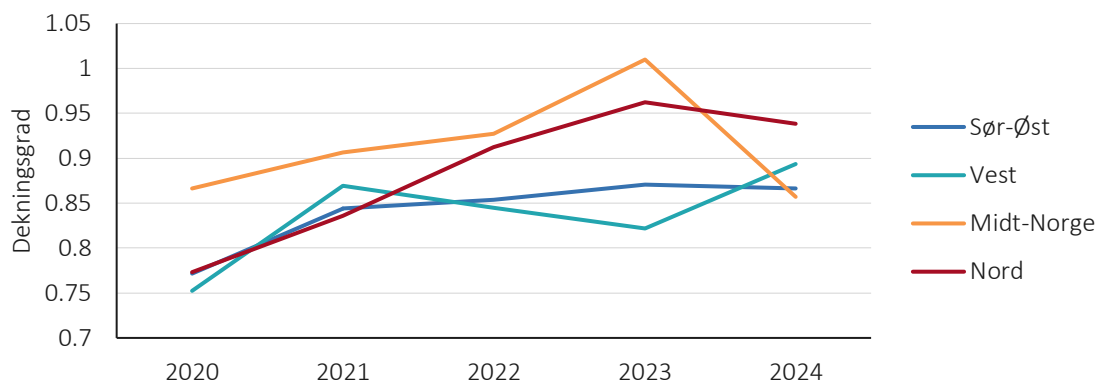
Kilde: Vista Analyse basert på SAMDATA

5.8 Dekningsgraden for overliggerdøgn har økt de siste årene

Dekningsgrad for utskrivningsklare pasienter knytter seg til hvor stor andel av de registrerte overliggerdøgnene helseforetakene har fakturert og fått betaling for. Avviket mellom registrerte og fakturerte overliggerdøgn stammer fra utskrivningsklare pasienter som har blitt avmeldte. Avmelding kan hovedsakelig tilskrives to årsaker: a) kommunen mener pasienten ikke er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og klager til sykehuset, eller b) pasienten får en ny infeksjon eller annen sykdom mens den ligger som utskrivningsklar, og får behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten.

Figur 5.19 viser at dekningsgraden for somatiske overliggerdøgn har økt de siste årene. Dette tilsier at sykehusene har fått betalt for en større andel av registrerte overliggerdøgn sammenlignet med tidligere. En mulig forklaring på dette kan være økt bevissthet fra kommunene på å klage dersom de er uenige i at en pasient er utskrivningsklar, noe som kan ha bidratt til at flere pasienter avmeldes før det sendes faktura. Vi har kun fått tall for avmeldte pasienter for 2024, og har derfor ikke grunnlag for å kunne kontrollere denne sammenhengen. I vurderingen av dekningsgrad har vi vurdert mot siste registrerte utskrivningsdato. Som vist i kapittel 5.1 er det usikkerhet knyttet til hva som er det reelle utskrivningstidspunktet. Det er likevel interessant å observere at antall fakturerte døgn gjennomgående er lavere enn det registrerte antallet overliggerdøgn beregnet ut fra siste registrerte tidspunkt for utskrivning.

Figur 5.19 Utvikling i dekningsgrad per RHF, somatikk



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet og SAMDATA

Vi har vurdert tilsvarende sammenheng mellom registrerte overliggerdøgn og fakturerte døgn innenfor psykisk helse. Resultatene viser store svingninger som vi ikke har forklaringer på. Innenfor dette området er det en større andel «langliggere», dvs. pasienter som kan ha vært utskrivningsklare over mer enn ett år. Hvordan og når disse pasientene registreres, og eventuelle avmeldinger registreres kan være en mulig forklaring bak store svingninger.

5.9 Utviklingen i 2025 – økende utfordringer i Nord

Styresak 85-2025 fra Universitetssykehuset Nord-Norge viser at omfanget av utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn ved UNN økte i 2025. I vedlegg til styresaken vises det til at kommunene i UNNs opptaksområde hadde et betydelig høyere antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere (61) enn resten av landet (20). Det rapporteres om en ytterligere økning i januar 2026 der det oppgis at det i snitt daglig lå 115 utskrivningsklare pasienter i hele Helse Nord mot 83 i januar 2025.

Rapportering fra Helse Sør-Øst per november 2025 viser en nedgang i antall overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter fra 2024 til 2025. Rapporteringen per november 2025 viser en økning på 1,9 pst. sammenlignet med 2019.

Helse Midt-Norge viser i sin tertialrapport fra 2. tertial 2025 at UKP har stor innvirkning på sykehusaktiviteten. I 2. tertial oppgis det at andelen utskrivningsklare pasienter var på 3,8 pst., en reduksjon på 0,9 prosentpoeng fra 1. tertial, og en reduksjon på 0,3 prosentpoeng fra samme periode i 2024.

Helseforetakene har benyttet data fra Norsk pasientregister for perioden 2019, data fra klinisk dokumentasjon og egne data. Tallene er etter det vi er kjent med basert på gammel metode, og ikke korrigert for feil som ble funnet i det første datasettet vi fikk tilgang til. Tallene er dermed ikke direkte sammenlignbare med resultatene fra våre analyser, men indikerer likevel at utfordringen med utskrivningsklare pasienter er økende i nord, og muligens avtakende eller noenlunde stabil i resten av landet. Utfordringen i Helse Nord synes i stor grad å være knyttet til kommunene Tromsø og Harstad.

5.10 Oppsummering

Kapittelet viser at antall utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn har økt de siste årene, både innen somatikk og psykisk helsevern. Samtidig har andelen utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus etter utskrivningsklar status gått noe ned. Dette indikerer at kommunene samlet sett har økt mottaket av pasienter til avtalt tid, men at veksten i antall utskrivningsklare pasienter har vært større enn økningen i kommunenes mottakskapasitet.

Analysene viser også tydelige forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern. Innen somatikk er volumet av pasienter høyt, men de fleste utskrivningsklare pasienter tas imot av kommunene samme dag eller kort tid etter utskrivning. Innen psykisk helsevern er pasientgruppen mindre i antall, men overliggerne blir i gjennomsnitt liggende lenger på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Dette tyder på at utfordringene i større grad knytter seg til mangel på egnede kommunale tilbud og mer komplekse og sammensatte behov i pasientgruppen.

Videre viser analysene at overliggerproblemet i stor grad er konsentrert om en liten andel pasienter med lange opphold. En svært liten andel av utskrivningsklare opphold står for en stor del av de samlede overliggerdøgnene. Dette tyder på at utfordringene i stor grad knytter seg til enkelte pasientgrupper med komplekse behov, der det kan være krevende å etablere et egnet kommunalt tilbud.

Det er også betydelige geografiske forskjeller i omfanget av utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn mellom helseregioner. Analysene viser blant annet at Helse Midt-Norge relativt sett har færre utskrivningsklare opphold enn de øvrige regionene. Dette bidrar til at det samlede antallet utskrivningsklare pasienter og overliggere i regionen er på et middels nivå, selv om en relativt stor andel av pasientene som først meldes utskrivningsklare blir liggende som overliggere. Dette kan indikere at forhold tidligere i pasientforløpet, som forebygging, oppfølging i kommunale tjenester eller samhandling mellom nivåene, påvirker behovet for sykehusinnleggelse og dermed også antallet pasienter som senere blir utskrivningsklare.

Funnene illustrerer at omfanget av overliggere påvirkes av flere ledd i pasientforløpet: hvor mange som legges inn i sykehus, hvor mange som meldes utskrivningsklare, og hvor raskt kommunene kan ta imot pasientene. Resultatene kan tyde på at terskelen for å definere pasienter som utskrivningsklare kan variere mellom regioner, eller at organiseringen av utskrivningsprosessene og samhandlingen med kommunene påvirker når pasienter meldes utskrivningsklare.

Resultatene indikerer videre at kommunal kapasitet og organisering har betydning for hvor raskt utskrivningsklare pasienter kan tas imot fra sykehus. Analysene viser særlig en sammenheng mellom høy omløpshastighet i korttidsplasser og færre overliggerdøgn, noe som understreker betydningen av hvordan kommunale tjenester organiseres.

Samlet sett peker analysene på at utviklingen i utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn påvirkes av både etterspørselen etter sykehustjenester og kommunenes kapasitet til å ta imot pasienter. Utfordringen ser i økende grad ut til å knytte seg til enkelte pasientgrupper med komplekse behov, forskjeller i kommunal kapasitet og organisering, samt tydelige forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern når det gjelder pasientforløp og muligheten til å etablere et kommunalt tilbud etter utskrivning. Samtidig viser analysene at utviklingen i antall sykehusinnleggelser og kvaliteten i samhandlingen mellom tjenestenivåene også har betydning for hvor mange pasienter som senere blir utskrivningsklare, noe som er sentralt i vurderingen av helsetjenestens langsiktige bærekraft.

6 Kartlegging og erfaringer fra praksisfeltet

I dette kapittelet besvarer vi evalueringens kartleggingsspørsmål med utgangspunkt i intervjuer gjennomført i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, supplert med skriftlige innspill fra kommuner, helseforetak, helsefellesskap og KS, samt øvrige analyser i rapporten. Informantene omfatter både ledere og fagpersoner på ulike nivåer. Intervjumaterialet er anonymisert, og verken kommune, helseforetak eller annen identifiserbar informasjon oppgis. Der vi viser til konkrete skriftlige innspill, oppgis kilden.

Kartleggingen gir innsikt i hvordan utskrivningsprosesser håndteres i praksis, hvilke forhold som fremmer god pasientflyt, og hvilke forhold som bidrar til at utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehus. Et gjennomgående funn er at utfordringene ikke kan forstås isolert til utskrivningstidspunktet, men må ses i sammenheng med kapasitet og organisering i kommunene, hvordan utskrivning planlegges, hvordan informasjon deles mellom nivåene, og hvordan pasienter følges opp etter utskrivning. Innspillene peker også på at utviklingen må forstås i lys av bredere rammebetingelser, herunder demografisk utvikling, mangel på personell, geografiske og rekrutteringsmessige forskjeller og redusert sengekapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Resultatene viser også tydelige forskjeller mellom somatikk og psykisk helse og rus. Innen somatikk framstår utfordringene i hovedsak som knyttet til kapasitet, organisering og logistikk. Intervjuene bekrefter samtidig funnene fra kapittel 5, som viser at de fleste pasientene som meldes utskrivningsklare innen somatikk, tas imot i kommunen samme dag eller dagen etter. Også disse pasientene mottar i dag ofte behandling og oppfølging i kommunen som tidligere kun ble gitt i sykehus. Pasienter som blir liggende flere døgn som utskrivningsklare, skiller seg likevel ofte fra den somatiske pasientgruppen kommunen vanligvis tar imot, ved at de har mer omfattende og sammensatte behov og krever tiltak eller kompetanse som det er krevende å etablere på kort varsel. Samtidig viser resultatene at enkelte kommuner skiller seg ut med mange overliggerdøgn, og at dette i stor grad henger sammen med kapasitetsproblemer i de kommunale tjenestene. Materialet peker også mot en bekymring for utviklingen framover: Det må forventes fortsatt vekst i antall utskrivningsklare pasienter som følge av demografiske endringer, samtidig som knapphet på helsepersonell allerede i dag er en betydelig utfordring. Erfaringene tilsier at disse utfordringene først har kommet tydelig til uttrykk i Nord-Norge og delvis i Midt-Norge, men at de samme utviklingstrekkene i økende grad gjør seg gjeldende også i resten av landet.

Innen psykisk helse og rus er utfordringene mer sammensatte og mindre avgrenset til selve utskrivningsprosessen. Her peker resultatene på et bredere utfordringsbilde knyttet til bolig, oppfølging, sikkerhet, manglende kommunale virkemidler, uklar ansvarsdeling og behov for mer integrerte tjenester på tvers av nivåene. Ordningen for utskrivningsklare pasienter framstår dermed som bare én del av forklaringen på de utfordringene som observeres for denne pasientgruppen.

6.1 Kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak

Intervjuene viser at kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester har stor betydning for hvor raskt utskrivningsklare pasienter kan tas imot, og for hvordan utskrivningsprosessene fungerer. Fra spesialisthelsetjenestens side beskrives manglende kommunal kapasitet som en hovedårsak til at utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehus. Det pekes særlig på mangel på korttidsplasser, men også på begrensninger i bemanning, sykepleierdekning og kommunenes evne til å håndtere pasienter med mer omfattende og sammensatte behov enn tidligere. Knapphet på personell pekes på som en særlig utfordring i nedslagsfeltet til Helse Nord.

Kommunene bekrefter at kapasitet er en sentral utfordring, men nyanserer samtidig bildet. Informantene opplyser at kommunen som regel klarer å etablere et forsvarlig tilbud, men at det i enkelte tilfeller kan være betydelig avstand mellom et forsvarlig tilbud og det tilbudet kommunen selv vurderer som faglig ønskelig. Det pekes på økt press på både institusjonsplasser og hjemmetjenesten, og på at pasientene i større grad enn tidligere skrives ut med omfattende hjelpebehov og behov for tettere og mer kompetansekrevende oppfølging.

Både i intervjuene og i innspillene fra kommunene på Helgeland og fra Rana understrekes det at utviklingen ikke kan forklares med ett forhold alene. Kortere liggetid og tidligere utskrivning oppleves som en del av bildet, men også demografiske endringer, økte behov i kommunene, mangel på personell og reduksjon i sykehusenes sengekapasitet trekkes fram som viktige forklaringer på dagens press. Det pekes uttrykkelig på at kommunene alene ikke kan bære ansvaret for dagens situasjon. Kortere liggetid i sykehus, kombinert med at pasienter skrives ut med betydelige restbehandlingsbehov og behov for avansert medisinsk oppfølging, er en gjennomgående problemstilling i intervjuene med kommunene.

Ulikt press og ulike forutsetninger i kommunene

Intervjuene viser tydelige forskjeller mellom kommuner. Kommuner som ser ut til å ha få overliggerdøgn, framstår ofte som kommuner med tydelig ledelsesforankring, god oversikt over kapasitet og ressurser, og en organisering der det er klart hvem som har ansvar for mottak og videre oppfølging. Enkelte av disse kommunene har styrket hjemmetjenesten, etablert vurderings- eller innsatsteam og lagt til rette for at pasientene kan komme raskt hjem når dette er faglig forsvarlig. Der pasienten som meldes utskrivningsklar hadde kommunale tjenester før innleggelsen, har kommunen som hovedregel god og relevant kunnskap om pasienten, noe som kan gjøre det enklere å etablere et tilpasset tilbud etter sykehusoppholdet. For pasienter som er nye for kommunen, eller i tilfeller der det kreves ekstra bemanning eller opplæring i medisinske prosedyrer for å kunne ta imot pasienten, vil enkelte pasienter måtte vente selv om det i prinsippet er kapasitet i kommunen. Følgende sitat er dekkende for vurderinger fra kommuner som oppgir at de kun sporadisk har overliggere som går over flere døgn:

«Vi har etablert systemer, kapasitet og kompetanse til å kunne ta imot og følge opp behandlinger vi ser ofte, men som tidligere kun ble utført på sykehus; intravenøs antibiotika, nedtrapping av oksygen, palliativ behandling, oppfølging av kreftpasienter etc. Hjemmetjenesten vår utfører det meste, men for noen er det både tryggere og mer effektivt med en korttidsplass. Når det kommer nye pasienter, eller pasienter med særskilte behov, barn, ungdommer eller unge voksne med helt andre behov, da kan vi trenge noe mer tid for å få på plass et forsvarlig tilbud selv om det kan være en ledig korttidsplass.»

Kommuner med flere overliggerdøgn framstår oftere som preget av knappere kapasitet, mindre fleksibilitet og større sårbarhet ved fravær, ferie og helg. Knapphet på kapasitet følger i noen tilfeller av politiske prioriteringer, eksempelvis i vekstkommuner der barnehage- og skoleutvikling har vært prioritert på bekostning av kapasitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren. Vi finner også kapasitetsutfordringer i kommuner med en aldrende befolkning og nedgang i antall barn og unge, der omstillingene i tjenestetilbudet til befolkningen ikke har gått raskt nok, og i kommuner der knapphet på helsepersonell er den begrensende faktoren i kapasitetsplanleggingen. Dette er særlig tilfelle i Nord-Norge og delvis i Midt-Norge, men rammer også kommuner i Sør-Norge. Fra intervjuene har vi også eksempler på kommuner som oppgir at de har holdt tritt med veksten i utskrivningsklare pasienter fram til det siste, men at de nå møter utfordringer som følge av knapphet på arbeidskraft og derfor forventer et økende antall overliggerdøgn de vil bli fakturert for framover.

Innspill fra Helse Midt og samhandlingssjefene i nord bekrefter at utfordringsbildet i somatikk ikke nødvendigvis er likt på tvers av regioner eller sykehusområder. Det pekes på at utskrivningsklare pasienter i somatikk i hovedsak ikke er en generell utfordring i alle helsefelleskap, men i større grad en særutfordring for enkelte kommuner, og at det etter deres vurdering finnes et betydelig mulighetsrom for kapasitetsøkning i kommunene gjennom bedre arbeidsprosesser, høyere omløp i korttidsplasser og andre organiseringsformer.

Særlige utfordringer innen psykisk helse og rus

Innen psykisk helse og rus er kapasitetsutfordringene av en annen karakter. Her handler det i mindre grad om antall plasser alene, og i større grad om mangel på egnede boliger, døgnbemannede tiltak og personell med relevant kompetanse. Kommunale informanter opplyser at pasientene ofte mangler grunnleggende forutsetninger for utskrivning, som bolig, økonomisk avklaring og praktisk oppfølging. Dette kan føre til svært lange opphold i sykehus, i enkelte tilfeller over ett år, selv etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. En informant beskriver dette slik:

«Det er et stort press på kommunale boliger. Det er vanskelig å forsvare at boliger står tomme over år i påvente av at en pasient skal skrives ut når andre står i kø for å få en egnet bolig.»

Manglende kapasitet i psykisk helsevern og rusbehandling bidrar i enkelte tilfeller til uheldige pasientforløp. Informanter beskriver at pasienter kan bli lagt inn på somatiske avdelinger for medisinsk avklaring, selv om hovedutfordringen er psykisk eller rusrelatert. Dette kan gjelde pasienter som mangler sykdomsinnsikt, har høy voldsrisiko eller behov for tett oppfølging, herunder kontinuerlig medisinerings, døgnbemanning og tilrettelagte botilbud. Når slike tiltak ikke er tilgjengelige i kommunen, kan det føre til forlenget opphold i sykehus, selv etter at pasienten i utgangspunktet er vurdert utskrivningsklar.

Et særtrekk ved rusbehandling er at deler av behandlingsforløpet i praksis er pasientstyrt. Dersom pasienter velger å avbryte behandling for å ruse seg, har spesialisthelsetjenesten begrensede muligheter til å forhindre dette. Reinnleggelser kan dermed i noen tilfeller forstås som en konsekvens av pasientens valg, snarere enn som uttrykk for svikt i tjenestene. Innen psykisk helse pekes det samtidig på at enkelte pasienter takker nei til kommunale oppfølgingstilbud etter utskrivning, noe som kan bidra til ustabile forløp og økt risiko for reinnleggelse.

Innspillene fra nord løfter også fram at enkelte juridiske og organisatoriske forhold kan føre til fastlåste situasjoner, blant annet ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold der pasienten samtidig er

bostedsløs. I slike tilfeller kan pasienten bli værende i døgnavdeling selv om vedkommende ellers er vurdert utskrivningsklar, fordi kommunen ikke har etablert bolig eller annen egnet løsning.

Helseforetakenes organisering og definisjonsmakt

Også helseforetakenes organisering har betydning for hvordan utskrivningsprosesser gjennomføres, og dermed for kommunenes muligheter til å ta imot pasientene. Intervjuene viser at prosessene fungerer best der sykehuset har tydelige rutiner, klar rollefordeling og personell som kjenner samhandlingsavtalene og de kommunale tjenestene. Samhandlingskoordinatorer peker samtidig på behov for løpende opplæring, særlig blant nye leger og vikarer, men også blant mer erfarne klinikere. Opplæring pekes på som viktig, både for å ivareta pasientene, men også for å gi pasienter, pårørende og samhandlingspartnere riktige forventninger. Fra kommunalt hold uttrykkes det oppgitthet over tilfeller der behandlende lege på sykehus har gitt forventninger om innholdet i den videre behandlingen etter utskrivning. Dette kan i seg selv bidra til kapasitetsutfordringer ved at pasienter som kommunen har planlagt å følge opp hjemme, oppfatter det som om institusjonsplass er lovet av behandlende lege før utskrivning.

Et viktig funn er at vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar ikke alltid skjer uavhengig av sykehusenes rammebetingelser. Informantene beskriver et betydelig press på sengekapasiteten. Selv om utskrivningsklar status formelt er en medisinsk vurdering, opplyser enkelte at høyt belegg og overbelegg i praksis kan skape forventninger om raskere utskrivning. Informantene understreker samtidig at det er behandlende lege som tar den endelige beslutningen.

Intervjuene viser også at vurderingen av forsvarlighet i noen tilfeller ses i sammenheng med kommunens oppfølgingskapasitet. En sykehuslege formulerer dette slik:

«Forsvarlighet handler om hele pasientforløpet – fra sykehus – transport og til kommunen overtar. Hva som vurderes som utskrivningsklar må sees i sammenheng med kommunenes kapasitet og kompetanse til å følge opp den enkelte pasient.»

Intervjuene tyder dermed på at vurderingen av utskrivningsklar status i praksis ikke bare påvirkes av pasientens medisinske tilstand, men også av organisatoriske og kapasitetsmessige forhold. Samtidig viser innspill fra KS og fra spesialisthelsetjenesten at definisjonsmakten knyttet til utskrivningsklar status er et sentralt spørsmål. Kommunene peker på at dagens modell gir sykehuset en sterk posisjon i vurderingen av når ansvar skal overføres. Sykehusene peker på sin side på at spesialisthelsetjenesten må beholde definisjonsmakten på når pasienten er ferdig behandlet i sykehus, blant annet av hensyn til pasientsikkerhet og praktisk håndtering. Fra kommunalt hold stilles det spørsmål ved om laveste omsorgsnivå nødvendigvis alltid er den mest effektive måten å gi forsvarlig helsehjelp på i tilfeller der restbehandlingen er omfattende og medisinsk krevende. Det reises også spørsmål om forventningene til kommunenes kapasitet og hvor store svingninger det er hensiktsmessig å planlegge for. Sykehusene peker på sin side på redusert sengekapasitet og at de er avhengige av høy omløpshastighet, der kommunene tar imot pasienter som vurderes som avklart og som kan følges opp i kommunen. Dette er viktig for å kunne ta imot nye pasienter.

Intervjuene viser også at kommunene gjerne kjøper eksterne tjenester til de mest krevende brukerne, med behov for kontinuerlig og forventet langvarig døgnappløp med 1:1, 2:1 eller høyere bemanning. Dette begrunnes med at det verken er kapasitetsmessig eller praktisk mulig å etablere boliger med tilstrekkelig sikring, personalrom, rømningsveier, kompetanse og personell til å ta imot utskrivningsklare pasienter som krever denne typen tiltak. Løsningen kan da bli å la pasienten bli værende på sykehus til

det er gjennomført en anskaffelsesprosess for å få etablert et tilbud. Det oppgis at denne typen prosesser kan ta lang tid, at det kan kreves politisk behandling før anskaffelsesprosessen settes i gang, og at det i tillegg kan være omfattende å utarbeide anbudsdokumenter og gjennomføre prosessen. Intervjuene viser at både små og store kommuner benytter private aktører for enkelte kategorier brukere, også i tilfeller der de selv har noe grunnkapasitet til å dekke deler av behovet. Ved eksterne kjøp kan tilbudet være lokalisert utenfor kommunens grenser. Alternativet er å etablere spesialtilpassede botilbud, noe som også tar tid og er beheftet med organisatorisk, økonomisk og politisk risiko. Fra intervjuene har vi fått oppgitt at kostnadene ved eksterne kjøp til personer med særskilte krav og døgnovervåking kan ligge mellom 5 og 15 millioner kroner per år.

Svingninger og toppler i belastningen

Svingninger i ulike pasientstrømmer, kombinert med ferieavvikling, høytider og influensaperioder, tas opp som en kapasitetsutfordring fra både sykehus- og kommunesiden. Influenza rammer både etterspørselen og tilbudssiden parallelt og kan gi opphopninger med pasienter som blir liggende på sykehus. Det reises spørsmål om hva som forventes av kommunenes kapasitet, og om det er sykehusene eller kommunene som bør ha ansvaret for å dimensjonere tjenestene slik at de kan håndtere toppler og ferieavvikling. Intervjuene viser en stor grad av sammenfallende vurderinger av at dagens modell for utskrivningsklare pasienter ikke har mekanismer for å håndtere toppene. Det synes også å være støtte for at det, med mulig unntak for noen store kommuner, neppe vil være effektivt at kommunene dimensjonerer kapasiteten etter toppene. Utfordringen for kommuner som over tid har et relativt høyt antall utskrivningsklare pasienter, er at de ikke har kapasitet til å ta imot pasientene som skrives ut på vanlige hverdager. Blant informantene finner vi også små kommuner med en stor reduksjon i antall overliggerdøgn per 1 000 innbygger fra ett år til et annet. Forklaringen som oppgis på store endringer i antall overliggerdøgn for små kommuner, viser seg ofte å være knyttet til én eller to pasienter som enten kommer til eller faller fra. Dette kan være pasienter med svært spesialiserte behov, eller et komplekst sykdomsbilde med flere innleggelser i løpet av et år.

KS peker videre på at det ikke framstår som realistisk at kommunene alene skal demme opp for ytterligere reduksjon i liggetid, samtidig som de skal møte økte behov som følge av demografiske endringer. Intervjuene gir støtte til at kommunene allerede opplever betydelig press, og at ytterligere reduksjon i liggetid vanskelig kan forstås som et spørsmål om kommunal kapasitet alene.

6.1.1 Oppsummering

Avsnittet viser samlet at både kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester er avgjørende for hvor raskt utskrivningsklare pasienter kan tas imot og for hvordan utskrivningsprosessene fungerer i praksis.

Tilstrekkelig kapasitet i form av institusjonsplasser, bemanning og kompetanse er en grunnleggende forutsetning, men materialet viser samtidig at hvordan tjenestene er organisert, har stor betydning for evnen til å håndtere pasientstrømmene. Kommuner med tydelig ledelse, klare ansvarsforhold og god oversikt over ressurser framstår som bedre i stand til å ta imot pasienter raskt, mens andre er mer sårbare for svingninger og personellmangel. Kapasitetsutfordringene er særlig tydelige i enkelte deler av landet, først i Nord-Norge og delvis i Midt-Norge, men gjør seg i økende grad gjeldende bredere.

Pasienter som blir liggende flere døgn skiller seg ofte fra de somatiske pasientene kommunene vanligvis tar imot, ved at de har mer sammensatte behov eller krever tiltak som er krevende å etablere på kort varsel.

For pasienter innen psykisk helse og rus peker funnene samtidig på et bredere utfordringsbilde som i stor grad ligger utenfor det ordningen for utskrivningsklare pasienter alene kan påvirke, blant annet knyttet til boligmarked, kommunale virkemidler og behovet for mer integrerte og langsiktige tjenestetilbud.

Samlet peker funnene på at utfordringene ikke kan forstås som et rent kapasitetsproblem i kommunene, men som et resultat av samspillet mellom kapasitet, organisering og rammebetingelser i hele tjenesten.

6.2 Bruk av korttidsplasser i kommunen og pasientforløp

Intervjuene viser at korttidsplasser har en sentral funksjon i mange kommuners håndtering av utskrivningsklare pasienter. Korttidsplass brukes ofte som en overgangsløsning når pasienten ikke kan skrives direkte hjem, eller når kommunen trenger tid til å vurdere videre behov og etablere nødvendige tjenester. Korttidsplassene er dermed både en del av pasientforløpet etter utskrivning og en sentral flaskehals i kommunenes mottak av utskrivningsklare pasienter.

For mange pasienter, særlig eldre med sammensatte behov, gir korttidsplass kommunen mulighet til observasjon, rehabilitering og avklaring av funksjonsnivå før videre oppfølging. Samtidig beskrives et betydelig press på korttidsplassene. Intervjuene viser at korttidsplasser også brukes til andre formål, blant annet som venteløsning for pasienter som trenger langtidsplass. Dette reduserer tilgjengelig kapasitet for utskrivningsklare pasienter.

Ulike kommunale strategier

Intervjuene viser at kommunene innretter seg ulikt. Noen kommuner arbeider målrettet for å redusere bruken av korttidsplass og legger til rette for at pasienter kan skrives direkte hjem når dette er faglig forsvarlig. Dette forutsetter en hjemmetjeneste med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Andre kommuner er i større grad avhengige av korttidsplass som buffer i systemet, blant annet fordi hjemmetjenesten ikke kan ta imot pasienten umiddelbart etter utskrivning.

Forflytninger som del av pasientforløpet

Materialet gir ikke grunnlag for å beskrive antall forflytninger systematisk. Intervjuene viser likevel at enkelte pasientforløp innebærer flere overganger, for eksempel fra sykehus til korttidsplass og deretter til hjemmet eller annen kommunal tjeneste. For noen pasienter framstår dette som en planlagt og hensiktsmessig del av forløpet. For andre kan flere forflytninger være uttrykk for at kommunen ikke har et mer direkte tilbud tilgjengelig. Andre ganger kan reinnleggelser som følge av at kommunene ikke følger opp forventet behandling fra spesialisthelsetjenestens side ved utskrivning gi uønskede forflytninger. Dette illustreres gjennom følgende sitat:

«Avtalene med kommunene sier hva de kan ta imot, eksempelvis om de kan gi intravenøs antibiotika eller trappe ned oksygen, men så viser det seg at det likevel ikke alltid er sånn i praksis, enten fordi kommunen mangler kapasitet, kompetanse eller annet. Så blir det likevel tabletter som ikke fungerer

og reinnleggelse. Denne type situasjoner er en belastning for pasienten, kommunehelsetjenesten, legevakt, mottak og avdelingen.»

Informanter fra kommuner som berøres av utsagnet over, bekrefter at det kan oppstå situasjoner som samsvarer med denne beskrivelsen. Selv i kommuner med en hjemmesykepleie som i utgangspunktet har høy kompetanse og kan gi avansert behandling, kan det oppstå situasjoner der akkurat den nødvendige kompetansen ikke er tilgjengelig når pasienten skrives ut. Dette gjelder særlig når pasienten skrives ut til eget hjem, det er lange reiseavstander, og dette sammenfaller med overbelegg på korttidsplassene.

Intervjuene gir også eksempler på at kommunen velger å betale for noen ekstra overliggerdøgn for å la pasienten fullføre en intravenøs antibiotikakur på sykehuset, for deretter å kunne reise hjem, framfor å ta pasienten ut til korttidsavdeling for noen få dager før pasienten sendes hjem. Hensynet til pasienten og ønsket om et mest mulig sammenhengende pasientforløp uten for mange forflytninger oppgis som en begrunnelse i noen av tilfellene med få overliggerdøgn.

Intervjuene tyder på at hensynet til et helhetlig og sammenhengende pasientforløp med færrest mulig forflytninger vektlegges ulikt. Pasientsikkerhet og forsvarlighet ser gjennomgående ut til å tillegges størst vekt, men vurderingene av hva som er best for pasienten varierer.

Organisering og gjennomstrømming

Innspill fra Helse Midt og samhandlingssjefene i nord peker på at det finnes et forbedringspotensial for høyere gjennomstrømming og bedre ressursutnyttelse i korttidsplassene, og at liggetiden i slike plasser varierer betydelig mellom kommuner. Eksempler fra helsefelleskapene viser også at det utvikles ulike organisatoriske løsninger, blant annet egne mottaksavdelinger for utskrevne pasienter for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette kan gi mer oppstykkede pasientforløp, men brukes samtidig som et virkemiddel for å sikre forsvarlig mottak og bedre flyt. Det opplyses også at det for noen pasienter oppleves som trygt å være innom en mellomstasjon før de sendes hjem.

Samlet tyder intervjuene på at korttidsplasser både kan bidra til å redusere overliggerdøgn og samtidig skape nye flaskehalser dersom kapasiteten er for lav eller plassene brukes til flere formål samtidig.

6.3 Innretning av samarbeid mellom kommuner og sykehus

Intervjuene viser at samarbeidet mellom kommuner og sykehus i hovedsak beskrives som bedre og mer strukturert enn tidligere, men også at kvaliteten varierer. Både kommuner og sykehus peker på at samarbeidet fungerer best når dialogen starter tidlig, når partene kjenner hverandre, og når det er tydelig hvem som har ansvar for hva. Erfaringene tilsier samtidig at det ikke er tilstrekkelig at partene samhandler; samhandlingen må også skje med riktig timing og i et tempo som gjør det mulig å omsette informasjon til handling. Å enes om hastighet og timing framstår dermed som selve kjernen i en effektiv samhandling.

Tidlig dialog og faste kontaktpunkter

Fra sykehusenes side beskrives det som vanlig praksis at planlegging av utskrivning starter ved innleggelse. Kommunen varsles gjennom PLO-meldinger dersom det er sannsynlig at pasienten vil ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Ved utskrivning sendes melding om utskrivningsklar

pasient og oppdaterte helseopplysninger som grunnlag for kommunens videre saksbehandling og planlegging.

Kommunene bekrefter betydningen av tidlig dialog og peker på at prosessene fungerer best når et begrenset antall faste personer håndterer oppgavene. Dette gir forutsigbarhet, opparbeidet kompetanse og bedre ressursutnyttelse. Tildelingskontor, koordinatore og andre dedikerte funksjoner trekkes fram som viktige for å sikre kontinuitet og flyt. Elektroniske samhandlingstavler trekkes også fram som et nyttig hjelpemiddel, fordi de gir oversikt over pasienter, planlagt utskrivningsdato og forventet behov.

Timing, tempo og maktubalanse

Intervjuene viser samtidig at partene ikke går inn i denne samhandlingen fra like posisjoner. Sykehuset kontrollerer i stor grad tempoet i prosessen gjennom tidspunktet for varslings, tidspunktet for når pasienten meldes utskrivningsklar, og gjennom at det i praksis er spesialisthelsetjenesten som definerer når pasienten ikke lenger anses å ha behov for sykehusbehandling. Kommunen må deretter håndtere konsekvensene innenfor egne rammer for kapasitet, bemanning, bolig og tjenestetilbud. Asymmetrien handler dermed ikke bare om definisjonsmakt, men også om at sykehuset i stor grad styrer tempoet i prosessen, mens kommunen bærer tilretteleggingsansvaret.

Samtidig beskriver kommunene utfordringer knyttet til sen varslings, mangelfulle helseopplysninger og ulik rolleforståelse. En gjentakende problemstilling er at sykehuspersonell overfor pasienter og pårørende formidler at bestemte kommunale tilbud vil bli gitt før kommunen selv har gjort sin vurdering. Dette kan skape press, urealistiske forventninger og i neste omgang friksjon i samarbeidet.

Særlige utfordringer i psykisk helse og rus

Innen psykisk helse og rus beskrives samarbeidet som mer krevende og mer avhengig av direkte dialog enn innen somatikk. Her fremheves møter mellom sykehus, kommune, pasient, fastlege og andre relevante aktører som særlig nyttige. Samtidig vises det til at private klinikker ikke alltid har like god kjennskap til samhandlingsavtalene som de offentlige aktørene, noe som kan gjøre samhandlingen mer sårbar i disse forløpene. Fra kommunehold gis det uttrykk for en opplevelse av at sykehusene har manglende forståelse og kunnskap om kommunenes rammebetingelser og tilbud. Følgende sitat gir uttrykk for opplevelser som framstår som felles for de aller fleste kommunene:

«Psykiatrien tenker ofte at kommunene har ansvaret for alt dette som er et problem å få på plass, men kommunen har ikke mulighet til å flytte møbler, skaffe bank-id etc ...»

Sitatet illustrerer at samarbeidet i disse forløpene ofte omfatter praktiske og sosiale forhold som ikke fanges godt opp i standardiserte utskrivningsrutiner. Dersom en pasient skrives ut, men takker nei til videre oppfølging, unnlater å ta medisiner, ruser seg eller på andre måter ikke samarbeider, har kommunen begrensede virkemidler til å sikre oppfølgingen.

Helsefellesskapenes rolle

Helsefellesskapene trekkes fram som viktige arenaer for samarbeid, utvikling av rutiner og felles forståelse av utfordringsbildet. Intervjuene viser samtidig at vurderingen av hvor operative og nyttige disse arenaene er, varierer geografisk. Samlet viser materialet at samarbeid mellom kommuner og

sykehus fungerer best når partene ikke bare er enige om ansvar og rutiner, men også om hastigheten i prosessen og tidspunktet for når ulike handlinger må skje.

6.3.1 Oppsummering

Samlet viser funnene at samarbeidet mellom sykehus og kommune i stor grad avhenger av om partene klarer å etablere en felles forståelse av både ansvar, tempo og tidspunkt i utskrivningsprosessen. Å enes om hastighet og timing framstår som selve kjernen i en effektiv samhandling. Samtidig peker intervjuene på en vedvarende maktubalanse i samhandlingen: Sykehuset har i praksis definisjonsmakten på når pasienten er utskrivningsklar og styrer i stor grad tempoet i prosessen, mens kommunen må etablere et forsvarlig tilbud innenfor egne kapasitets- og ressursrammer.

6.4 Bruk av teknologi som sørger for kommunikasjonsflyt i utskrivningsprosesser og forløp

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (§ 10–12) regulerer arbeidsdeling, varsling og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune. Intervjuene og de skriftlige innspillene viser at digital samhandling er en grunnleggende forutsetning for velfungerende utskrivningsprosesser, men også at det fortsatt er betydelige utfordringer knyttet til hvordan informasjonen deles, forstås og brukes i praksis. Digital samhandling påvirker både planleggingen før utskrivning og kvaliteten i oppfølgingen etterpå, og er dermed viktig for hele pasientforløpet.

Den elektroniske kommunikasjonen skjer i hovedsak gjennom PLO-meldinger, helseopplysninger og epikriser. Kommunene er avhengige av at disse inneholder tidsriktige, relevante og presise opplysninger for å kunne planlegge riktig omsorgsnivå og etablere nødvendige tjenester. Samtidig viser materialet at mangelfull eller forsinket informasjon er en viktig årsak til forsinkelser i utskrivningsprosessen og til at pasienter blir liggende unødvendig lenge i sykehus.

Journalssystemer og struktur i informasjonen

Et gjennomgående funn er at utfordringene i stor grad knytter seg til hvordan informasjon overføres mellom journalssystemene. Informantene beskriver at sykehusenes og kommunenes EPJ-systemer ikke samhandler godt nok. Når informasjon fra sykehusets journalssystem importeres i kommunens system, brytes ofte strukturen i opplysningene ned, og innholdet framstår som lange, lite strukturerte tekstblokker.

Sentrale opplysninger om funksjonsnivå, medisinsk tilstand, legemidler og videre oppfølgingsbehov blir dermed vanskelige å identifisere. Kommunene beskriver at informasjonen i praksis må gjennomgå og sorteres manuelt for å kunne brukes i planleggingen. Dette er tidkrevende, øker risikoen for misforståelser og kan bidra til forsinkelser og overliggerdøgn.

Samtidig varierer utfordringsbildet mellom kommuner og mellom ulike EPJ-løsninger. Kommuner med oppdaterte eller nyere systemer beskriver gjennomgående større grad av sømløshet, og intervjuene viser at mange kommuner er i prosesser med å anskaffe eller modernisere sine EPJ-systemer. Det uttrykkes betydelige forventninger til at utfordringene med manglende kompatibilitet mellom Dips Arena i sykehusene og kommunenes ulike systemer gradvis vil bli redusert.

Bedre data og større innsyn

Erfaringene fra Sørlandet illustrerer også hvordan digital samhandling kan understøttes gjennom bedre bruk av styringsdata. Her brukes dashboards for å følge utviklingen i liggedøgn etter meldt utskrivningsklar og regionale data om reinnleggelser. Dette gir partene en felles situasjonsforståelse og et mer operativt grunnlag for å identifisere utfordringer og følge utviklingen over tid.

Intervjuene bekrefter videre at økt tilgang til pasientinformasjon på tvers av nivåene kan styrke samhandlingen ytterligere. Kommuner tilknyttet Helseplattformen beskriver at innsyn i pasientforløpet under innleggelse gir bedre grunnlag for å starte planleggingen tidligere og gjøre mer presise vurderinger av tjenestebehovet. Samtidig kan økt transparens også gi kommunene et bedre grunnlag for å vurdere om vilkårene for utskrivningsklar status er oppfylt.

Teknologi og pasientsikkerhet

Digital samhandling har også direkte betydning for pasientsikkerhet. Erfaringer fra Sørlandet viser blant annet utfordringer knyttet til multidose, der sykehusets leger ikke kan sende endringer i medikasjon direkte til multidoseapoteket. Fra både sykehus og kommuner trekkes også kjernejournal fram som et nyttig og tidsbesparende verktøy, med forventninger om at videre utvikling kan lette utskrivningsprosessen og i noen tilfeller også bidra til å avklare flere pasienter direkte fra mottak.

6.5 I hvilken grad kommuner og sykehus etterlever prosesskravene i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Intervjuene tyder på at kommuner og sykehus i hovedsak forholder seg til prosesskravene i forskriften, men også at det er variasjon i hvordan kravene praktiseres og forstås. Det største konfliktpunktet gjelder vurderingen av når en pasient faktisk er utskrivningsklar, og om informasjonen som oversendes kommunen er tilstrekkelig til at kommunen kan planlegge og fatte vedtak.

Fra sykehusenes side beskrives det at rutiner for varsling og meldingsutveksling i hovedsak er etablert, og at planlegging av utskrivning som regel starter tidlig. Samtidig peker flere informanter på at praksis kan variere både mellom avdelinger og mellom personell, blant annet avhengig av erfaring, bemanning og kjennskap til samhandlingsavtalene.

Kommunene opplyser at de i mange tilfeller mottar nødvendige meldinger og opplysninger i tide, men også at det forekommer situasjoner der informasjonen kommer sent, er mangelfull eller ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å planlegge et forsvarlig tilbud. Når dette skjer, brukes det ressurser på å etterspørre informasjon, melde avvik eller bestride fakturagrunnlaget. Flere kommuner opplever at de ofte får medhold når de klager, og tolker dette som en indikasjon på at praksis rundt utskrivningsklar status ikke alltid er tilstrekkelig presis.

Intervjuene viser samtidig at formell etterlevelse ikke nødvendigvis innebærer at prosessene fungerer godt i praksis. Selv om meldinger sendes og frister formelt overholdes, kan prosessen likevel være krevende dersom informasjonen ikke er god nok, eller dersom kommunen ikke har reell kapasitet til å etablere et tilbud. Dette gjelder særlig innen psykisk helse og rus, der et formelt korrekt utskrivningsløp ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig overgang.

Flere kommunale informanter og KS framhever også at betalingsordningen primært bør fungere som et insentiv for bedre pasientflyt, og i mindre grad forstås som kostnadsdekning for sykehusenes utgifter. Samtidig understreker innspill fra Helse Midt og fra samhandlingssjefene i nord at kommunal betaling fortsatt vurderes som et viktig økonomisk virkemiddel i somatikk, og at ordningen ikke bør fjernes.

Når det gjelder psykisk helsevern, peker KS på at kommunal betalingsplikt bør avvikles og erstattes av tiltak som i større grad understøtter sammenhengende tjenester for pasienter som er avhengige av oppfølging fra begge nivåer over tid. Intervjuene og øvrige innspill viser at mange av utfordringene i disse forløpene nettopp gjelder manglende sammenheng og utilstrekkelige rammebetingelser, snarere enn utskrivningsprosessen i snever forstand.

6.6 Oppsummering av erfaringer fra praksisfeltet

Kartleggingen viser at kapasitet og organisering i kommunene har stor betydning for hvordan utskrivningsprosesser fungerer. Dette gjelder særlig tilgang på institusjonsplasser, korttidsplasser, bemanning og kompetanse, men også hvor tydelig tjenestene er organisert og ledelsesforankret. Korttidsplasser framstår som et viktig virkemiddel i mange pasientforløp, men også som en knapp ressurs som i noen kommuner skaper nye flaskehalser og flere forflytninger.

Samarbeidet mellom kommuner og sykehus beskrives i hovedsak som velfungerende, men med variasjon. Det fungerer best der dialogen starter tidlig, informasjonen er presis, og partene har tydelige roller og faste kontaktpunkter. Helsefellesskapene trekkes fram som viktige arenaer for utvikling av samarbeid og lokale løsninger. Teknologiske løsninger er viktige for kommunikasjonsflyten, men erstatter ikke behovet for direkte kontakt ved mer komplekse pasientforløp.

Kartleggingen viser videre at overliggerdøgn, reinnleggelser og liggetid må forstås i sammenheng. Intervjuene peker både på for tidlig utskrivning, mangelfull oppfølging etter utskrivning og innleggelser som kunne vært unngått med bedre kommunal kapasitet og forebygging. Et sentralt funn er at sykehusinnleggelse i noen tilfeller brukes som en måte å utløse et høyere kommunalt tjenestenivå på. Dette understreker at utfordringen ikke bare gjelder utskrivning, men hele pasientforløpet.

Intervjuene viser også at en del innleggelser i spesialisthelsetjenesten kunne vært unngått gjennom bedre forebygging og oppfølging i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder blant annet hjemmeboende pasienter med akutt funksjonsfall og behov for tilsyn eller medisinsk oppfølging, der manglende kapasitet i kommunen – særlig tilgang på korttidsplasser – fører til innleggelse i sykehus. Tilsvarende situasjoner oppstår når pasienter henvises via akuttmedisinske tjenester og legges inn for medisinsk avklaring, men raskt vurderes som utskrivningsklare. Dersom kommunen ikke har kapasitet til å ta imot pasienten, blir vedkommende værende i sykehus i påvente av et forsvarlig tilbud.

Flere informanter peker på at slike innleggelser representerer en betydelig belastning for spesialisthelsetjenesten, og at mange av situasjonene kunne vært avverget gjennom mer proaktive og koordinerte tiltak i kommunene. Det uttrykkes også bekymring for at sykehusinnleggelse i enkelte tilfeller benyttes strategisk for å utløse et høyere kommunalt tjenestenivå. Dette understreker at utfordringsbildet ikke bare handler om utskrivning, men om hele pasientforløpet og samspillet mellom nivåene.

Til slutt viser kartleggingen at kommuner og sykehus i hovedsak følger prosesskravene i forskriften, men at praktiseringen varierer og kan gi opphav til uenighet og administrative prosesser, særlig knyttet til vurderingen av utskrivningsklar status og kvaliteten på informasjonen som oversendes. Kartleggingen

viser også at det er betydelig oppmerksomhet om definisjonsmakt, press på kommunene ved kortere liggetid og behovet for å se utskrivningsprosessen i et helhetlig forløpsperspektiv. Særlig innen psykisk helse og rus peker intervjuene og de skriftlige innspillene mot et utfordringsbilde som er mer strukturelt og mindre egnet for standardiserte utskrivningsprosesser enn innen somatikk.

7 Rammebetingelser og bærekraft

I kapittel 2 la vi til grunn at et virkemiddels virkning ikke kan vurderes isolert fra konteksten det virker innenfor. For at et virkemiddel skal være styrings- og kostnadseffektivt, må sentrale forutsetninger være oppfylt. Dette gjelder blant annet tydelig ansvarsdeling, relevant styringsinformasjon, tilstrekkelig kapasitet og organisatoriske løsninger som gjør aktørene i stand til å tilpasse seg virkemiddelet. I evalueringen er langsiktig bærekraft og likeverdige tjenester dessuten løftet fram som supplerende vurderingskriterier. I dette kapittelet drøfter vi modellen for utskrivningsklare pasienter i lys av de rammebetingelsene den virker innenfor, og vurderer om disse fortsatt er til stede.

Analysene i kapittel 5 og kartleggingen i kapittel 6 viser at ordningen ikke virker i et statisk system. Antallet utskrivningsklare pasienter har økt, pasientene som skrives ut har gjennomgående mer krevende behandlings- og oppfølgingsbehov enn tidligere, og kommunenes evne til å ta imot pasienter påvirkes av kapasitet, organisering, tilgang på personell, teknologi og samhandlingsformer. Samtidig varierer utfordringsbildet mellom somatikk og psykisk helsevern/rus, og mellom ulike deler av landet. Dette tilsier at spørsmålet ikke bare er om ordningen har hatt effekt, men om forutsetningene for at den skal kunne virke etter hensikten, fortsatt er til stede.

7.1 Rammebetingelser – er forutsetningene for at virkemiddelet skal fungere til stede?

7.1.1 Oppgaveoverføring og finansiering

Ved innføringen av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ble det overført midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunesektoren. Ordningen bygget på en forutsetning om at kommunene samlet sett skulle ha økonomiske rammer til å overta oppfølgingen av pasienter som ikke lenger hadde behov for døgnopphold i sykehus. Samtidig var overføringen knyttet til beregninger av sykehusenes kostnader for pasienter som ble værende i sykehus etter at de var meldt utskrivningsklare, og til den pasientpopulasjonen som lå til grunn ved innføringen av reformen. Ordningen var dermed basert på en bestemt oppgavefordeling og en bestemt forståelse av hvilke oppgaver som skulle overføres til kommunene.

Evalueringen tyder på at oppgaveoverføringen ikke har stått stille siden 2012. Tidligere forskning og våre egne analyser peker i samme retning: Pasienter skrives ut tidligere enn før og med mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov. Kommunene overtar ansvar for pasienter med mer alvorlige og sammensatte tilstander, og må i større grad håndtere oppgaver som stiller krav til medisinsk kompetanse, kapasitet og koordinering. Samtidig viser litteraturen at kommunene ofte får kort tid til å forberede mottak, og at sentral informasjon og praktiske avklaringer ikke alltid er på plass når pasienten skal overføres.

Sett i sammenheng kan disse glidningene i oppgaveinnhold kan utviklingen forstås som en stille reform i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er ikke snakk om en reform i formell eller politisk vedtatt forstand, men om en gradvis utvikling der innholdet i de oppgavene kommunene forventes å løse, har endret seg vesentlig over tid. Endringen har i stor grad skjedd gjennom

medisinskfaglig utvikling, praksis og endringer i pasientforløpene, snarere enn gjennom eksplisitte beslutninger om ny oppgavefordeling, finansiering og kapasitetsbehov.

Dette er viktig i lys av finansieringsprinsippet mellom stat og kommune (jf. Tekstboks 7.1). Når staten pålegger kommunene nye eller utvidede oppgaver, skal de økonomiske og administrative konsekvensene utredes, og kommunene skal kompenseres for merutgiftene. Vår vurdering er at utviklingen på dette området reiser spørsmål om hvorvidt dette prinsippet i praksis er fulgt opp. Våre funn tyder på at kommunene ikke bare har overtatt flere pasienter, men også pasienter med mer krevende oppfølgingsbehov enn det som opprinnelig lå til grunn for ordningen. Samtidig finner vi ikke at denne utviklingen har vært fulgt opp av tilsvarende systematiske konsekvensutredninger eller ny kompensasjon til kommunesektoren.

Vår vurdering er derfor at det har skjedd en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som går utover oppgavene kommunene opprinnelig ble kompensert for. For de fleste pasientene framstår denne oppgaveforskyvningen som faglig og samfunnsøkonomisk begrunnet, og i tråd med LEON-prinsippet. Samtidig viser evalueringen at en liten gruppe pasienter med svært komplekse behov står for en stor andel av overliggerdøgnene. Innen somatikk står 2 pst. av utskrivningsklare opphold for halvparten av overliggerdøgnene. Det reiser spørsmål om hvor grensen går for hvilke oppgaver det er hensiktsmessig å overføre til kommunene, og om kommunene i alle tilfeller representerer laveste effektive omsorgsnivå.

Manglende samsvar mellom oppgaveutvikling, finansiering og formelle avklaringer svekker etter vår vurdering modellens langsiktige bærekraft. Når kommunene får et større ansvar uten at endringen er tydelig erkjent, tilstrekkelig utredet og økonomisk fulgt opp, øker risikoen for at kostnader og kapasitetsutfordringer skyves nedover i systemet. Det kan igjen forsterke presset på kommunale tjenester, bidra til hardere prioriteringer og gjøre samhandlingen mer konfliktfylt. Spørsmålet er dermed ikke bare om oppgaveoverføringen har funnet sted, men om rammebetingelsene for å lykkes med den er til stede.

Tekstboks 7.1 Finansieringsprinsippet mellom stat og kommune

Det er nedfelt et klart prinsipp i norsk forvaltning som sier at kommuner skal kompenseres når staten overfører oppgaver. Dette kalles ofte finansieringsprinsippet, og er lovfestet i kommuneloven § 2-2. Følgende prinsipper er i denne sammenheng relevante (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2024)

- Når staten pålegger kommunene nye oppgaver, skal økonomiske og administrative konsekvenser utredes grundig.
 - Kommunene skal kompenseres fullt ut for anslåtte merutgifter som følge av nye oppgaver eller regelverksendringer.
 - Dersom kommunene avlastes for oppgaver, skal inntektsrammene reduseres tilsvarende.
 - Nye reformer skal finansieres fullt ut, slik at kommunene settes i stand til å gjennomføre oppgavene på en forsvarlig måte.
 - Dette skal skje innenfor rammene av nasjonal økonomisk politikk, men med mål om å sikre reelt økonomisk handlingsrom for kommunene.
-

Et beslektet spørsmål er hvordan risiko er fordelt mellom nivåene. I kapittel 2 la vi til grunn at risiko, av hensyn til kostnadseffektivitet, i størst mulig grad bør plasseres hos den aktøren som best kan påvirke, håndtere eller bære den til lavest kostnad. Betalingsordningen innebærer samtidig at en del av risikoen knyttet til variasjoner i behovet for tjenester til utskrivningsklare pasienter i praksis bæres av

kommunene. Kommunene må etablere kapasitet uten sikkerhet for hvor stort behovet vil være, hvilke pasienter som kommer, og når utskrivning faktisk skjer. For små kommuner og kommuner med presset arbeidsmarked kan slik usikkerhet være særlig krevende å håndtere. Etter vår vurdering er det derfor grunn til å stille spørsmål ved om dagens modell overfører mer risiko til kommunene enn det som er kostnadseffektivt, særlig når sykehusene gjennom størrelse, kompetanse og mer fleksibel kapasitetsutnyttelse i mange tilfeller har bedre forutsetninger for å håndtere svingninger og usikkerhet.

7.1.2 Særlig om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Behovet for å vurdere om virkemiddelets forutsetninger faktisk er oppfylt, er særlig stort for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I motsetning til somatikk dreier behandlingen og oppfølgingen av disse pasientene seg ofte ikke om et avgrenset forløp der pasienten er ferdigbehandlet i sykehus og deretter kan overføres til et kommunalt tilbud. Mange av pasientene har tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen samtidig, og behandlings- og oppfølgingsforløpene er ofte langvarige, sammensatte og mindre lineære enn somatiske pasientforløp. Pasientgruppene er små i volum, men svært heterogene, og mange har behov knyttet til både helse, rus, bolig og sosial oppfølging. Dette innebærer at utskrivning fra døgntilbud ofte ikke markerer slutten på et behandlingsforløp, men snarere en overgang til et nytt og fortsatt omfattende forløp på tvers av nivåer og sektorer.

Utvidelsen av betalingsordningen til disse områdene bygget samtidig på flere forutsetninger som bare delvis framstår å ha vært oppfylt. Allerede før innføringen ble det vist til usikkerhet om omfanget av pasientgruppen og behov for klarere ansvarsdeling. Da ordningen senere ble utvidet, ble det lagt til grunn at kommunereformen ville gi mer robuste kommuner med større kapasitet og kompetanse. Denne forutsetningen er i begrenset grad realisert. Kommunestrukturen er fortsatt preget av mange små kommuner, og for disse blir det særlig krevende å planlegge for en liten, men uforutsigbar og ressurskrevende pasientgruppe. Når datagrunnlaget samtidig er svakt, og det fortsatt mangler god styringsinformasjon om omfang, behov og kostnader, må kommunene planlegge under betydelig usikkerhet. Det svekker både styringseffektiviteten og muligheten for en rasjonell dimensjonering av tilbudet.

I tillegg er flere av de sentrale flaskehalsene knyttet til forhold som kommunene bare delvis kan påvirke. Dette gjelder blant annet mangel på egnede boliger og institusjonsplasser, uklare rolle- og ansvarsforhold og målkonflikter mot annet lovverk. Mange pasienter innen psykisk helsevern og rus har lange behandlingsløp der både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og ofte også andre sektorer, er involvert. Når pasientforløpene er så langvarige og tverrsektorielle, blir betalingsordningen et lite treffsikkert virkemiddel. Incentivene i betalingsordningen forutsetter at kommunen kan påvirke utfallet gjennom egen tilpasning, men for denne pasientgruppen ligger flere av de avgjørende forutsetningene utenfor den enkelte kommunes kontroll. Etter vår vurdering er dette en viktig forklaring på at ordningen verken framstår som styrings- eller kostnadseffektiv på disse områdene.

Etter vår vurdering innebærer dette at utvidelsen til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble innført under rammebetingelser som ikke var tilstrekkelig robuste. Problemet gjelder ikke bare nivået på den økonomiske kompensasjonen, men også at sentrale forutsetninger for målrettet og kostnadseffektiv virkemiddelbruk ikke er oppfylt: god styringsinformasjon, tydelig ansvarsdeling, tilstrekkelig kapasitet og et kommunalt tjenesteapparat med mulighet til å håndtere en liten, men svært sammensatt pasientgruppe. Når disse forutsetningene mangler, blir ordningen lite treffsikker og særlig krevende for små kommuner.

7.1.3 Tilgang på arbeidskraft og kompetanse

Tilgang på arbeidskraft er en grunnleggende rammebetingelse for at modellen for utskrivningsklare pasienter skal kunne fungere etter hensikten. Samhandlingsreformen hadde som mål å bidra til bedre ressursutnyttelse og en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved å flytte et større ansvar for oppfølging av pasienter til kommunene slik at flere tjenester kunne ytes nærmere der folk bor. Dette er i tråd med LEON-prinsippet, som bygger på at kommunen kan gi forsvarlige tjenester på et lavere og mindre ressurskrevende nivå enn sykehusene, forutsatt at nødvendig kompetanse og kapasitet faktisk er til stede.

Evalueringen tyder på at denne forutsetningen er blitt mer krevende over tid. Tidligere forskning viser at pasienter som skrives ut til kommunale tjenester, er sykere og har mer medisinskfaglig krevende behandlings- og oppfølgingsbehov enn tidligere. Riksrevisjonens undersøkelse viste at 95 pst. av kommunene opplevde at pasientene var sykere ved utskrivning etter reformen enn før, og litteraturgjennomgangen viser at kommunene i økende grad må håndtere oppgaver som krever høyere sykepleierandel, flere legetimer og mer avansert medisinsk oppfølging. Samtidig viser kartleggingen at tilstrekkelig kapasitet i form av institusjonsplasser, bemanning og kompetanse er en grunnleggende forutsetning, og at kommuner med svakere organisering framstår som mer sårbare for svingninger og personellmangel.

Dette innebærer at reformens forventede effektivitetsgevinst i økende grad utfordres av knapphet på kvalifisert arbeidskraft. Når pasientene skrives ut tidligere og med større behov for medisinsk oppfølging, øker også behovet for personell med riktig kompetanse i kommunehelsetjenesten. Vi finner samtidig et mer omfattende press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En ytterligere reduksjon i liggetid i sykehus og en økende pasientgjennomstrømning kan neppe møtes gjennom økt kommunal kapasitet alene. Arbeidskraftmangel blir dermed ikke bare et spørsmål om generell knapphet, men om hvorvidt kommunene faktisk har forutsetninger for å realisere LEON-prinsippet i praksis.

Utfordringen ser ut til å komme særlig tydelig til uttrykk i nord. De kvantitative analysene viser at Helse Nord har høyest merbelastning i sykehusene som følge av overliggerdøgn innen somatikk, og at kommunene i Helse Nord i gjennomsnitt har hatt flest opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere. Kartleggingen viser samtidig at kapasitetsutfordringene er særlig tydelige i Nord-Norge og delvis i Midt-Norge, men gjør seg i økende grad gjeldende flere steder i landet. Rapporter fra 2025 viser dessuten økende utfordringer i nord, og Tromsø peker seg ut som en kommune med svært høyt antall overliggerdøgn og særlig lang gjennomsnittlig overliggertid for en liten gruppe pasienter.

Etter vår vurdering innebærer dette at tilgang på arbeidskraft og kompetanse må forstås som en sentral del av modellens bærekraft. Dersom kommunene ikke har personell til å bemanne korttidsplasser, hjemmetjenester, helsehus og andre kommunale tilbud med tilstrekkelig kompetanse, svekkes forutsetningen for at pasienter kan overføres til kommunen uten at kvaliteten reduseres. Mangel på arbeidskraft blir dermed ikke bare en ytre utfordring, men en faktor som direkte påvirker om virkemiddelet kan være styrings- og kostnadseffektivt over tid.

7.1.4 Kapasitet, organisering og variasjon mellom kommuner

Kartleggingen viser at kapasitet og organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester har stor betydning for hvor raskt utskrivningsklare pasienter kan tas imot. Tilstrekkelig bemanning, kompetanse

og tilgang på institusjonsplasser er grunnleggende, men også hvordan tjenestene er organisert, påvirker evnen til å håndtere pasientstrømmene. Små kommuner framstår som særlig sårbare, fordi enkeltpasienter med omfattende behov kan gi store utslag i belastning og overliggerdøgn.

Korttidsplassene peker seg ut som en sentral flaskehals. De fungerer ofte som en nødvendig overgangsløsning, men er samtidig under press fra flere brukergrupper. For de mest krevende pasientene er det derfor ikke tilstrekkelig å peke på kapasitet alene; utfordringene må forstås som et resultat av samspillet mellom kapasitet, organisering og øvrige rammebetingelser.

7.1.5 Andre virkemidler og samspill i styringen

Betalingsforskriften virker ikke alene, men i samspill med andre virkemidler som samarbeidsavtaler, veiledere, journalsystemer og øvrig regelverk. Flere av utfordringene som identifiseres i evalueringen, blant annet knyttet til informasjonsdeling og praktisk samordning, kan ikke løses gjennom betalingsplikten alene.

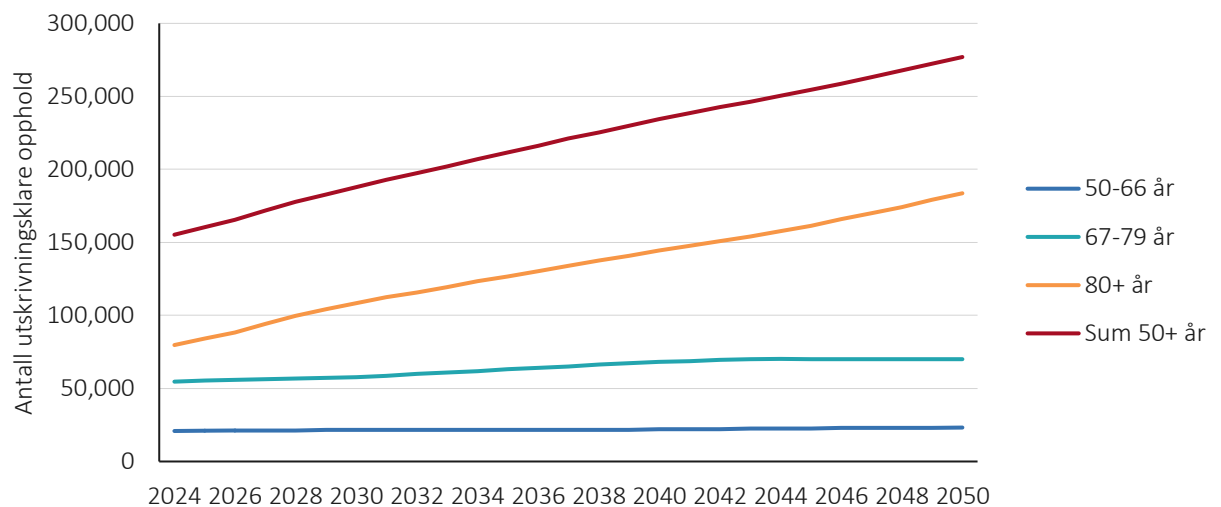
Intervjuene viser også at lokal samarbeidskultur har betydning for hvordan modellen fungerer i praksis. Selv om forskriften gir formelle rammer, påvirkes virkningen av hvordan avtalene praktiseres, hvilke teknologiske løsninger som brukes, og i hvilken grad ulike virkemidler trekker i samme retning.

7.2 Bærekraft, forebygging og trengselseffekter

Samhandlingsreformen hadde ikke bare som mål å bedre arbeidsdelingen mellom nivåene, men også å bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Forebygging, mestring, rehabilitering og habilitering er senere løftet fram som sentrale forutsetninger for å møte veksten i behov og redusere presset på den samlede helse- og omsorgstjenesten. Dette er også relevant for vurderingen av modellen for utskrivningsklare pasienter. Dersom antallet innleggelser og reinnleggelser øker, vil også antallet pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester øke. På lengre sikt kan derfor ikke utfordringen med utskrivningsklare pasienter løses gjennom mottakskapasitet alene. Den må også ses i sammenheng med kommunenes evne til å forebygge innleggelse, støtte opp under mestring og gi tidlig oppfølging som reduserer behovet for nye sykehusopphold.

Framskrivningen av antall utskrivningsklare opphold viser at utviklingen kan bli svært krevende dersom innleggingsrater og andelen utskrivningsklare opphold i aldersgruppene holder seg på dagens nivå. En aldrende befolkning vil i så fall gi en betydelig vekst i antallet utskrivningsklare opphold og dermed også et økt press på både sykehus og kommuner. Dette understreker at bærekraftutfordringen ikke bare handler om hvordan pasientene tas imot etter utskrivning, men også om hvordan behovet for innleggelse og reinnleggelse kan reduseres. Betalingsforskriften er ikke i seg selv et virkemiddel som kan løse denne utfordringen.

Figur 7.1 Framskrivning av antall utskrivningsklare opphold fordelt på aldersgruppe forutsatt samme innleggingsrate i aldersgruppene som i dagens situasjon



Et sentralt spørsmål er om betalingsordningen også kan gi trengselseffekter i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I kapittel 2 viste vi at økonomiske insentiver kan påvirke hvordan kommunene prioriterer mellom oppgaver. Når mottak av utskrivningsklare pasienter insentiveres, kan det føre til at andre tjenester nedprioriteres dersom kommunene ikke har tilstrekkelig økonomisk og personellmessig handlingsrom. Litteraturgjennomgangen viser at prioritering av mottak kan gå på bekostning av forebygging og habilitering, og intervjuene peker på at det i kommunene er kjent at sykehusinnleggelse i noen tilfeller brukes som en vei inn til et høyere kommunalt tjenestenivå. Omfanget av dette fenomenet er usikkert, men dersom det er reelt, kan modellen bidra til flere innleggelser og et økt press på kommunale tjenester. Det vil i så fall være en kontraproduktiv effekt, fordi virkemiddelet ikke bare forskyver ressurser mot mottak av utskrivningsklare pasienter, men også kan svekke forebyggende og avlastende tjenester som ellers kunne redusert behovet for sykehusinnleggelse.

Det er også grunn til å se trengselseffekter i sammenheng med risiko for reinnleggelser. Evalueringen viser at virkemiddelet innen somatikk har bidratt til raskere mottak og færre overliggere, men også at det finnes tendenser til for tidlig utskrivning og at enkelte pasienter kan være særlig sårbare i overgangen mellom nivåene. Dersom kortere liggetid og høyere pasientgjennomstrømning kombineres med press på kommunale tjenester og svake forebyggende tilbud, kan resultatet bli mer ustabile pasientforløp og økt risiko for nye innleggelser. Dette vil svekke både kostnadseffektiviteten og den langsiktige bærekraften i modellen.

Forebyggende og avlastende tjenester framstår derfor som en viktig forutsetning for bærekraftige pasientforløp. Kommunale tiltak som bidrar til å stabilisere tilstander tidlig, styrke oppfølgingen hjemme og avlaste presset på sykehusene, kan redusere både innleggelser, reinnleggelser og behovet for midlertidige venteløsninger etter sykehusopphold. Slike tiltak har dermed betydning langt utover den enkelte utskrivningssituasjonen. De påvirker også hvor godt modellen samlet sett fungerer. Når betalingsforskriften alene ikke kan løse utfordringen med økende behov, blir det desto viktigere å se ordningen i sammenheng med øvrige virkemidler som støtter forebygging, tidlig innsats og mer helhetlige forløp.

Sett i et bærekraftperspektiv tilsier dette at modellen for utskrivningsklare pasienter ikke bare må vurderes ut fra om den reduserer overliggerdøgn på kort sikt. Den må også vurderes ut fra om den understøtter en tjenesteutvikling som demper veksten i behov og bidrar til mer robuste pasientforløp over tid. Dersom økonomiske insentiver til mottak bidrar til å fortrenge forebyggende og avlastende tjenester, kan modellen på lengre sikt svekke egne forutsetninger for å virke etter hensikten.

7.3 Samlet vurdering av rammebetingelsene opp mot evalueringskriteriene

Samlet sett tilsier analysene at modellen innen somatikk fortsatt har styringseffektive trekk. Ordningen ga en tydelig reduksjon i utskrivningsklare pasienter som ble liggende i sykehus etter innføringen, og kommunene har i hovedsak klart å ta imot en stor andel av pasientene raskt også etter at antallet utskrivningsklare opphold har økt. Dette taler for at virkemiddelet fortsatt bidrar til ønsket atferd innen somatikk.

Samtidig er rammebetingelsene blitt mer krevende. Oppgaveinnholdet er forskjøvet, arbeidskraften er knappere, og presset på forebyggende og avlastende tjenester ser ut til å øke. Dette svekker både den langsiktige bærekraften og forutsetningene for kostnadseffektivitet. For enkelte pasienter med svært komplekse behov er det dessuten usikkert om det er rasjonelt eller bærekraftig at hver kommune skal ha nødvendig kompetanse og beredskap tilgjengelig. Dette utfordrer forutsetningen om at kommunen alltid vil være laveste effektive omsorgsnivå.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er bildet vesentlig annerledes. Her er de grunnleggende forutsetningene for at et økonomisk virkemiddel skal være styringseffektivt og kostnadseffektivt ikke tilstrekkelig oppfylt. Målgruppene er små og heterogene, behandlingsforløpene er ofte langvarige og tverrsektorielle, datagrunnlaget er svakt, og flere av de avgjørende flaskehalsene ligger utenfor kommunenes direkte kontroll. Usikkerheten i registreringene gjør det vanskelig å dokumentere virkning presist, men det er samtidig vanskelig å se klare spor av at betalingsordningen i seg selv har løst hovedutfordringene på disse områdene.

Sett opp mot evalueringskriteriene er hovedbildet derfor todelt. Innen somatikk framstår modellen fortsatt som relativt styringseffektiv, men under mer pressede rammebetingelser enn tidligere. Kostnadseffektiviteten svekkes dersom oppgaveoverføringen går lenger enn kommunenes kompetanse og kapasitet tilsier, og dersom trengselseffekter og reinnleggelser øker. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er rammebetingelsene for svake til at ordningen kan forventes å være et treffsikkert og bærekraftig virkemiddel. Når også hensynet til likeverdige tjenester trekkes inn, forsterkes denne vurderingen, fordi små kommuner og kommuner med særlig knapphet på arbeidskraft har svakere forutsetninger for å håndtere risikoen og kompleksiteten i disse pasientforløpene.

Den overordnede vurderingen er dermed at modellen fortsatt har virkning innen somatikk, men at bærekraften er under økende press. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling framstår rammebetingelsene som for svake til at betalingsordningen kan forventes å virke etter intensjonen. Skal modellen videreføres og fungere over tid, må den derfor vurderes i lys av bredere rammebetingelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder arbeidskraft, kapasitet, organisering, styringsinformasjon, forebygging og samspill med andre virkemidler.

Evalueringen tilsier også at modellen innebærer en risikooverføring til kommunene som ikke uten videre framstår kostnadseffektiv. Dette gjelder særlig der behovet er uforutsigbart, pasientene er ressurskrevende og kommunene har begrenset kapasitet til å bære usikkerheten.

8 Evaluering – samlet analyse

Dette kapittelet besvarer evalueringens tre vurderingsspørsmål. Analysen bygger på gjennomgangen i kapitlene 3 til 7 og på evalueringskriteriene styringseffektivitet, kostnadseffektivitet, langsiktig bærekraft og likeverdige tjenester. Hovedbildet er todelt. Innen somatikk fungerer betalingsordningen i hovedsak etter hensikten, men med tydelige utilsiktede virkninger og under mer krevende rammebetingelser enn tidligere. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fungerer ordningen derimot ikke etter intensjonen.

8.1 I hvilken grad forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter støtter opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk

8.1.1 Somatikk

Evalueringen viser at forskriften i hovedsak støtter opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk innen somatikk. Det viktigste grunnlaget for denne konklusjonen er at ordningen har gitt tydelige styringseffekter. Antallet utskrivningsklare pasienter som ble liggende i sykehus, falt kraftig etter innføringen i 2012, og ordningen har fortsatt effekt: over 85 pst. av de utskrivningsklare pasientene tas imot samme dag, og i overkant av 95 pst. hentes hjem innen tre døgn. Dette viser at betalingsplikten fortsatt påvirker aktørenes prioriteringer i ønsket retning.

Samtidig følger det av analysen at styringseffekt ikke er det samme som at alle pasientforløp er gode. Forskriften har også utilsiktede virkninger. Den bidrar til tidligere utskrivning, men skaper samtidig tendenser til for tidlig utskrivning for enkelte pasienter. Den utløser dessuten betydelige transaksjonskostnader gjennom diskusjoner om fakturagrunnlag og om når en pasient faktisk er utskrivningsklar. Evalueringen viser også at ordningen har bidratt til en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene utover det kommunene opprinnelig ble kompensert for. For de fleste pasientene framstår denne forskyvningen som faglig og samfunnsøkonomisk begrunnet, men for en liten gruppe med svært komplekse behov er det mer usikkert om kommunen faktisk er laveste effektive omsorgsnivå.

Hovedkonklusjonen er derfor at forskriften innen somatikk fungerer, men ikke friksjonsfritt. Den støtter i hovedsak opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk for de mange pasientene med relativt avklarte behov. Den fungerer svakere for pasienter med mer komplekse og spesialiserte oppfølgingsbehov, og den påfører systemet kostnader som kan reduseres gjennom justeringer i regelverk og praksis.

8.1.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er konklusjonen en annen. Her støtter forskriften i liten grad opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk. Pasientgruppene er små og svært heterogene, behandlingsløpene er ofte langvarige, og mange pasienter mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen samtidig. Dermed passer logikken i betalingsordningen dårligere

enn i somatikk, der utskrivning oftere markerer et tydelig skille mellom sykehusbehandling og kommunal oppfølging.

Det er også klart at de viktigste flaskehalsene på disse områdene i liten grad påvirkes av betalingsplikten. Manglende institusjons- og botilbud, uklare roller og ansvarsforhold, målkonflikter mot annet lovverk og svakt datagrunnlag gjør at ordningen treffer dårlig både juridisk og praktisk. Når diskusjonene om utskrivningsklarhet framstår som regelen heller enn unntaket, og når enkelte pasienter blir liggende svært lenge i påvente av kommunale løsninger, er det vanskelig å hevde at ordningen skaper mer helhetlige eller mer forutsigbare pasientforløp.

Vi konkluderer derfor med at forskriften ikke støtter opp under gode pasientforløp og effektiv ressursbruk innen psykisk helsevern og TSB. På disse områdene er virkemiddelet lite treffsikkert og dårlig tilpasset de faktiske forløpene og utfordringene.

8.2 En vurdering av beløpet på dagens døgnpris

Evalueringen gir ikke grunnlag for å fastsette én presis «riktig» døgnpris. Sykehusenes kostnader ved overliggere varierer mellom pasientgrupper, over tid og med kapasitetsutnyttelsen i sykehuset. Samdata oppgir kostnadene per oppholdsdøgn i 2024 til 26 153 kroner i somatikk og 17 082 kroner i psykisk helsevern og TSB, men utskrivningsklare pasienter er ferdigbehandlet og vil normalt ha lavere ressursbruk enn gjennomsnittspasienten. Samtidig opptar de kapasitet og kan medføre betydelige logistikk- og produksjonstap. De anslagene evalueringen har innhentet for relevante sykehuskostnader per overliggerdøgn, ligger mellom 10 000 og 25 000 kroner før inntektstap regnes inn. Dagens døgnpris er dermed klart lavere enn sykehusenes kostnader.

Det mest relevante spørsmålet er likevel om døgnprisen fungerer som et reelt kommunalt insentiv. For at ordningen skal virke etter hensikten, må kommunens alternativkostnad ved å ta imot pasienten være lavere enn betalingen for at pasienten blir liggende på sykehus. Her viser evalueringen flere tegn til at dagens døgnpris er for lav, særlig for de mest ressurskrevende pasientene. Både institusjonsplass og avanserte hjemmetjenestetilbud kan koste mer enn dagens døgnpris. Isolert sett taler dette for en høyere sats.

Samtidig viser analysen at høyere døgnpris også kan gi mer uttalte trengselseffekter. Kommunene har mange lovpålagte oppgaver og begrenset handlingsrom. En sterkere økonomisk prioritering av utskrivningsklare pasienter kan derfor gå på bekostning av forebyggingstiltak og andre kommunale tjenester. Intervjuene peker også på mulige kontraproduktive virkninger, blant annet at sykehusinnleggelse i noen tilfeller brukes som vei inn til et høyere kommunalt tjenestenivå. Det er derfor ikke grunnlag for å anbefale en oppjustering uten nærmere konsekvensutredning.

Konklusjonen er dermed todelt: En reduksjon i døgnprisen bør frarådes. En eventuell økning bør utredes nærmere før den eventuelt gjennomføres. For psykisk helsevern og TSB er døgnprisen underordnet et mer grunnleggende problem: her er det ikke først og fremst satsens nivå som svikter, men ordningens treffsikkerhet.

8.3 Behov for endring for å realisere forskriftens formål?

Det er grunnlag for å konkludere med at det er behov for endringer både i forskriften og i øvrige nasjonale virkemidler dersom forskriftens formål skal realiseres fullt ut. Behovet for endringer er imidlertid ulikt i somatikk og i psykisk helsevern/TSB.

8.3.1 Somatikk

Innen somatikk bør betalingsforskriften videreføres, men justeres. Hovedbegrunnelsen er at ordningen fortsatt virker, men at styrings- og kostnadseffektiviteten svekkes av uklarheter og unødvendige transaksjonskostnader. Det mest nærliggende forbedringsområdet er vilkårene for når en pasient kan defineres som utskrivningsklar. Evalueringen viser at det brukes uforholdsmessig mye ressurser på å utfordre fakturagrunnlaget, og at tydeligere rammer derfor vil kunne styrke både legitimitet og effektivitet.

Det følger også av analysen at informasjonsflyten i utskrivningsprosessen må forbedres. Epikrise, legemiddelliste og nødvendige helseopplysninger bør foreligge senest når pasienten meldes utskrivningsklar. I tillegg bør samarbeidsavtaler, veiledere og økonomiske insentiver i større grad trekke i samme retning. Evalueringen peker dessuten på praktiske forsinkelser knyttet til ambulanse, hjelpemidler og støttetjenester, og på erfaringer fra Helse Midt-Norge som tyder på at bedre journalsamhandling kan redusere både forsinkelser og unødvendige innleggelser.

Hovedkonklusjonen for somatikk er derfor klar: Forskriften bør videreføres, men forbedres. Den virker, men den virker ikke optimalt. Justeringer i vilkår, informasjonskrav og samspill med andre virkemidler vil kunne gjøre ordningen mer presis og mindre ressurskrevende.

8.3.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For psykisk helsevern og TSB er konklusjonen mer grunnleggende. Her er det ikke tilstrekkelig med justeringer innenfor dagens modell. Når datagrunnlaget er svakt, behandlingsforløpene er langvarige og tverrsektorielle, og sentrale flaskehalser ligger utenfor kommunenes kontroll, er betalingsplikten ikke et egnet hovedvirkemiddel.

Det følger av evalueringen at utfordringene på disse områdene først og fremst krever andre grep: bedre data om omfang og behov, tydeligere ansvarsdeling mellom nivåer og sektorer, og bedre oversikt over og tilgang til boliger, institusjonsplasser og andre tilrettelagte tilbud. Før slike forhold er avklart og håndtert, er det vanskelig å se at betalingsplikt kan fungere etter intensjonen.

8.4 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør tas ut av forskriften

Evalueringen gir grunnlag for en tydelig konklusjon: Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør tas ut av forskriften, eller settes på pause, til nødvendige rammebetingelser er på plass. Begrunnelsen er ikke bare at dagens ordning fungerer svakt, men at den bygger på forutsetninger som ikke er oppfylt. Det gjelder styringsinformasjon, ansvarsdeling, kapasitet og kommunenes mulighet til faktisk å påvirke utfallet.

Det er derfor først når disse forholdene er bedre avklart, at det kan være aktuelt å vurdere en betalingsplikt på nytt. På disse områdene bør økonomiske insentiver ikke brukes før de underliggende rammebetingelsene er tilstrekkelig robuste. Ellers er risikoen stor for at ordningen bidrar til mer konflikt, mer usikkerhet og dårligere pasientforløp, heller enn bedre arbeidsdeling og mer effektiv ressursbruk.

Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S., & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS - 2014/382.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S., Melby, L., & Lassemø, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. SINTEF Digital. Helsetjenesteforskning 2020-01-20.
- Eriksen, H., Kvamme, H., & Gross-Benberg, A. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og retspsykiatri. Trondheim: SIFER.
- Fineide, M., Haug, E., & Bjørkquist, C. (2021). Organisational and Professional Integration Between Specialist and Primary Healthcare Services: A Municipal Perspective. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), Article 21.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. OsloMet, Nova rapport nr. 14/20.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *forskning nr 2, 2013; 8: 148-155 doi:10.4220/sykepleienf.2013.0053*.
- Grimsmo, A. (2015, september 22). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskr Nor Legeforen nr. 17, 2015; 135*.
- Grimsmo, A., Kirshhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier © 2015 Fagbokforlaget*.
- Hagen, T. P., McArthur, D. P., & Tjerbo, T. (2013). *Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året*. Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, HERO Universitetet i Oslo. Skriftserie 2013:5.
- Hagen, T., Ambugo, E., & Melberg, H. (2016). *Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen*. Univesirtetet i Oslo. HERO. Working paper 2016: 5.
- Hagen, T., & Melberg, H. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 02, s. 143-158*.
- Hellesø, R., & Gautun, H. (2018). Digitalized Discharge Planning Between Hospitals and Municipal Health Care. *Studies in Health Technology and Informatics, 250*, ss. 217-220.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Høringsnotat Forslag til forskrift om endring av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Utsendt: 23.08.2016.
- Helsedirektoratet. (2018). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter. 2011-2018*. SAMDATA kommune. IS-2813.
- Helsedirektoratet. (2024). *Utskrivningsklare pasienter. Utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning*. Helsedirektoratet. Rapport 2024.

- Helsedirektoratet. (2024a, 05 27). *Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser [nettdokument]*. Hentet fra Helsedirektoratet (siste faglige endring 30. januar 2024, : <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forlop-etter-dognbehandling-i-psykisk-helsevern-for-pasienter-med-alvorlige-psykiske-lidelser#referere>
- Helsedirektoratet. (2024b). *Utskrivningsklare pasienter - Utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning*.
- Helsetilsynet. (2023). *Pasienter på «feil avdeling» - helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten*. Helsetilsynet rapport 1/2022, juni 2023.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 2019/11.
- Holmström, B., & Milgrom, P. (1991). *Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design*. Journal of Law, Economics, & Organization, 7, 24–52.
- Johansen, L. B. (2020, 02 13). «De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere». Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2020/02/de-pasientene-vi-far-na-var-de-som-fikk-behandlingen-pa-sykehuset-tidligere>
- Kilden, S., Eidhammer, G., & Narud, K. (2024). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*. Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner Med prinsipper og retningslinjer*.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2011). *Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2012 Grønt hefte*. Beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S (2011-2012) .
- Lovdata. (2025, 08 15). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=kommunal%20betaling>
- Melberg, H. (2017). Samhandlingsreformen og kausal inferens – effekter på utskrivningsklare dager, behandlingstid og reinnleggelser. *Michael 2017; 14: Supplement 19*, ss. 119–26.
- Meld. St. 26. (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. mai 2015, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg).
- Meld. St. 30. (2011 - 2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. juni 2012, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II).
- Meld. St. 7. (2019 – 2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. Melding til Stortinget. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. november 2019, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg).
- Meld. St. 9. (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*.
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Divisjon for samfunn og helse.

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Norway: Country health profile 2023*. OECD Publishing.
- Prop. 115 S. Kommuneproposisjonen 2012. (2011-2012).
- Prop. 15 S. (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2015, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg).
- Prop. 91 L. (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011. (Regjeringen Stoltenberg II).
- Rødal, I., Frisvoll, I., Hungnes, T., Myhre, E., & Aarseth, T. (2020). *Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter – et møte mellom to verdener?* Møreforskning Molde AS. Tapport nr. 2005.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Riksrevisjonen, Dokument 3:5 (2015–2016).
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J., & Anthun, K. S. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. Sintef rapport 2020-05-13 .
- Statens helsetilsyn. (2024). *Utskrivningsklare pasienter: Risiko ved å ligge «på vent»*.
- St.meld.nr 47 . (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Steihaug, S., Paulsen, B., & Melby, L. (2017). Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers – a qualitative study of structural conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), ss. 344-351.
- Vista Analyse . (2026). *Utredning av kommunalt aktutt døgntilbud (KAD)*. Vista Analyse rapport 2026/12. Av Pernille Parmer, Annbjørg Gentenaar, Siri Øye, Ingeborg Rasmussen og Sidsel Sverdrup.
- Vista Analyse. (2019). *Ingen går i fakkeltog for pleie og omsorg! Sykepleiemangelen vil gjøre det stadig mer krevende å sikre forsvarlige og like- verdige helse- og omsorgstjenester*. Vista Analyse rapport 2019/27. Av Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen og Inger Lande Bjerkmann.
- Vista Analyse. (2022). *Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Vista Analyse rapport nr. 2022:12. Av Ingeborg Rasmussen, Mari Brekke Holden og Mina Skille Mariussen.
- Vista Analyse, Vali og Haavind. (2025). *Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen*. Vista Analyse rapport 2025/38. Av Kristian Roksvaag, Pernille Parmer, Ina Sandaker, Siri Øye, Kari Gimmingsrud, Espen Stranger Seland, Ingeborg Rasmussen.
- Vrangbæk, K., & Sheikh, Z. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS - 2014/382.

A Evalueringsdesign og metode

Dette vedlegget presenterer evalueringsdesignet som er benyttet, og redegjør for de kvalitative og kvantitative datakildene som inngår i evalueringen.

Evalueringen er en analyse av dagens modell for utskrivningsklare pasienter, herunder forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Formålet er å etablere et kunnskapsgrunnlag for å vurdere om dagens virkemidler bidrar til forutsigbare utskrivningsprosesser, gode og sammenhengende pasientforløp og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom tjenestenivåene, og om det er behov for endringer i statlig virkemiddelbruk. Dette formålet danner utgangspunkt for valg av evalueringsdesign og metode.

A.1 Evalueringsdesign

Et evalueringsdesign er en plan for hvordan evalueringen er lagt opp og gjennomført, og hvilke metoder som er anvendt for å besvare spørsmålene som reises. Evalueringens formål og mandat, samt budsjett og tidsramme, er førende for valg av design.

Problemstillingene i dette prosjektet er komplekse, og det er nødvendig å anvende flere datakilder for å kunne besvare dem på en dekkende måte. I denne evalueringen har vi derfor benyttet et multimetodisk design. Dette innebærer bruk av flere ulike metoder i én og samme studie for å få en mer helhetlig forståelse av fenomenet som undersøkes.

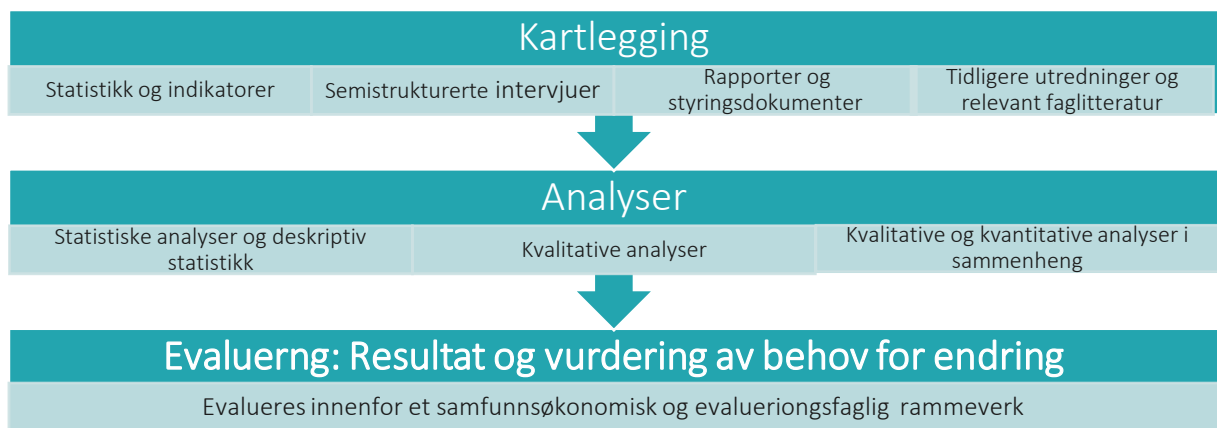
Ved å kombinere kvalitative og kvantitative metoder kan vi både utforske dybden i individuelle erfaringer og undersøke bredere mønstre i større datamaterialer. Kombinasjonen gir også mulighet for triangulering, der funn fra én metode kan bekrefte, nyansere eller utdype funn fra en annen. Dette styrker evalueringens validitet.

Hensikten med tilnærmingen er å belyse relevante forhold på flere nivåer: mellom helseregioner, helseforetak og ulike kommunetyper, og mellom aktører i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I både datainnhenting og analysene har vi vært opptatt av hvordan modellen virker, hvilke tilpasninger og virkninger som kan tilskrives virkemidlene, hvilke betingelser som må være oppfylt for at modellen skal kunne virke, og hvilke forhold som kan forklare forskjeller mellom regioner, foretak, sykehus, pasientgrupper og kommuner.

Samlet gir dette et bredt datagrunnlag for å besvare oppdragsgivers problemstillinger innenfor et samfunnsøkonomisk og evalueringsfaglig rammeverk.

Evalueringsdesignet er oppsummert i figur A.1.

Figur A.1 Evalueringsdesign



A.2 Metode og datagrunnlag

I dette avsnittet presenteres metodene og datagrunnlaget som er anvendt. Først beskrives den kvalitative undersøkelsen, deretter den kvantitative. Avslutningsvis redegjør vi kort for hvordan vi har søkt etter og brukt tidligere undersøkelser, forskning og annen litteratur.

Evalueringen bygger på tre hovedkilder: intervjuer, registerdata og eksisterende litteratur. Registerdata og statistikk brukes til å beskrive utviklingen i omfanget av utskrivningsklare pasienter og variasjon mellom kommuner og helseforetak. Intervjuene brukes primært til å belyse hvordan ordningen fungerer i praksis, herunder aktørenes erfaringer med planlegging, kapasitet og samhandling. Litteraturgjennomgangen gir et kunnskapsgrunnlag for å vurdere funnene i lys av tidligere evalueringer og forskning.

Vi har gjennomført en omfattende intervjuundersøkelse med et utvalg kommuner og sykehus, der vi har intervjuet personer med ulike fagområder, funksjoner og nivåer. Informantene er lovet full anonymitet, noe som har gjort det nødvendig å anonymisere hvilke kommuner og sykehus/helseforetak som er intervjuet. Informantene er rekruttert som fagpersoner, og uttaler seg dermed ikke på vegne av egen arbeidsgiver. En slik innretning ville krevd lederforankring og godkjenninger som evalueringens tidsrammer ikke ga rom for, og kunne også ha begrenset informasjonstilgangen.

Vista Analyse, i samarbeid med Vali, har samtidig hatt et parallelloppdrag om KAD/ØHD, ferdigstilt i januar 2026. I samråd med oppdragsgiver ble deler av intervjuene samordnet, ved at vi supplerte med enkelte spørsmål om KAD/ØHD i deler av utvalget intervjuet om utskrivningsklare pasienter, og tilsvarende inkluderte enkelte spørsmål om utskrivningsklare pasienter i deler av utvalget intervjuet om KAD/ØHD. Dette har gjort det mulig å hente inn kunnskap fra flere informanter, men innebærer også at noen informanter kun har besvart deler av intervjuguidens temaer.

Vista Analyse, Vali og Haavind har også hatt et parallelloppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet om fordeler og ulemper ved Helseplattformen. Utskrivningsklare pasienter var blant temaene som ble berørt i flere av intervjuene i dette oppdraget. Enkelte informanter derfra har fått oppfølgende spørsmål med relevans for denne evalueringen. Vi har også trukket på dette arbeidet i vurderingen av teknologi i kommunikasjonsflyten i utskrivningsprosesser og pasientforløp.

Flere av kartleggingsspørsmålene retter seg mot temaer der det allerede foreligger nyere analyser og utredninger. Rapporten Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og

forløp etter utskrivning (Helsedirektoratet, 2024) inneholder for eksempel analyser av pasientforløp etter utskrivning basert på koblinger mellom registre for utskrivningsklare pasienter og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Slike analyser krever koblinger på individnivå og særskilte søknader og godkjenninger. Innenfor rammene for denne evalueringen vurderte vi det ikke som hensiktsmessig å starte en slik prosess. Vi har derfor basert oss på eksisterende forløpsanalyser for å belyse problemstillinger knyttet til pasientforløp etter utskrivning. Sammen med intervjuundersøkelsen gir dette etter vår vurdering et tilstrekkelig grunnlag for de aktuelle problemstillingene.

A.2.1 Kvalitative intervjuer av sentrale nøkkelinformanter

For å få mer inngående kunnskap om hvordan arbeidet med utskrivningsklare pasienter foregår, og hvilke erfaringer og vurderinger som er gjort i denne forbindelse, har vi gjennomført kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter på ulike nivåer og i ulike stillinger.

I spesialisthelsetjenesten har vi intervjuet informanter med ulike funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Dette omfatter ledere, samhandlingsdirektører, koordinatore og andre fagpersoner som arbeider særskilt med utskrivningsklare pasienter og samhandling med kommunene, samt leger og sykepleiere som arbeider klinisk.

I kommunehelsetjenesten har vi intervjuet kommunalsjefer, enhetsledere, ledere for tildelingskontor, direktører for samhandling, tjenesteledere, samhandlingskoordinatorer og ansatte i mottaks- og tildelingsenheter. Samtlige informanter har erfaring med og innsikt i utskrivningsprosesser og samhandling mellom sykehus og kommune.

Det er gjennomført 36 intervjuer som omfatter 70 personer. I tillegg har vi, gjennom parallellprosjektet om Helseplattformen, gjennomført 43 intervjuer med til sammen 104 personer. Relevante funn om utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser fra disse intervjuene inngår i vårt samlede råmateriale. Vi har også gjennomført to Teams-møter med nettverk for helsefelleskapene, ett temamøte med fagressurser i Sykepleierforbundet, samt enkelte avgrensede temamøter og samtaler med fagpersoner på enkeltområder.

Utvalget inkluderer informanter fra samtlige helseregioner. Vi har søkt å dekke erfaringer både fra kommuner som har få overliggere og fra kommuner som har mange. Vi har også lagt vekt på å intervjuer både sykehus og kommuner innenfor de samme opptaksområdene, for å få fram vurderinger fra begge sider av de samme utfordringsbildene.

Informantene er dels valgt ut ved direkte henvendelser per e-post og telefon, og dels gjennom snøballmetoden, der vi har fått navn på nye informanter gjennom personer vi allerede hadde intervjuet. Denne tilnærmingen har vært særlig nyttig for å identifisere informanter med erfaring fra psykisk helsevern og rusfeltet.

Datainnsamlingen er gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervjuguider. Det er utarbeidet egne guider for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tilnærmingen er godt egnet til å få fram erfaringer, vurderinger og forhold som er av betydning for dem som arbeider på feltet, og gir samtidig fleksibilitet til å følge opp temaer som kommer opp underveis.

Intervjuene omfatter både en-til-en-intervjuer og gruppeintervjuer. De fleste intervjuene varte om lag én time og ble hovedsakelig gjennomført på Teams, noen per telefon og noen ansikt til ansikt. Informantenes svar ble notert av intervjuer. Etter samtykke ble det gjort opptak av de fleste Teams-

intervjuene, med påfølgende transkripsjon. Opptak og transkripsjon har først og fremst hatt en funksjon som kvalitetssikring av intervjuers notater.

Intervjumaterialet er analysert tematisk, med vekt på å identifisere mønstre, sammenfall og forskjeller mellom informantgrupper og mellom nivåene i tjenesten. Informantene er lovet anonymitet, og både kommuner og sykehus er derfor anonymisert.

A.2.2 Kvantitative data

I den kvantitative delen av evalueringen har vi benyttet data fra Samhandlingsbarometeret.no, der vi blant annet har hentet data og indikatorer for utskrivningsklare pasienter, reinnleggelser, liggetid og oppholdsdøgn. I tillegg har vi hentet inn kommunedata og statistikk fra SSB, herunder KOSTRA-data, samt direkte uttrekk og supplerende datagrunnlag fra Helsedirektoratet og enkelte helseforetak.

Analysene i hovedrapporten bygger på oppdaterte data for perioden 2019–2024 mottatt fra Helsedirektoratet i februar 2026. Endringer i registrering og rapportering innebærer et tidsseriebrudd i 2019. Det er også knyttet usikkerhet til enkelte variabler, blant annet tidspunkt for utskrivningsklar status. Denne usikkerheten er omtalt og håndtert i analysene i kapittel 5. Hovedbildet vurderes som robust på overordnet nivå innen somatikk, mens datagrunnlaget for psykisk helsevern og rus er mer usikkert og må tolkes med større varsomhet.

Innenfor evalueringens tidsrammer vurderte vi det ikke som hensiktsmessig å søke om data på individnivå som gjorde det mulig å koble data fra NPR og KPR. Vi har derfor ikke gjennomført egne forløpsanalyser på individnivå, men basert oss på eksisterende analyser for å belyse problemstillinger knyttet til pasientforløp etter utskrivning.

8.4.1 Dokumentanalyse og litteratur

For å etablere et evalueringsgrunnlag har vi støttet oss på tre hovedtyper dokumenter: styringsdokumenter og offentlige utredninger, forskningslitteratur og evalueringer, samt fagrapporter fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Evalueringsens rammer har ikke gjort det mulig å gjennomføre en fullstendig systematisk litteraturgjennomgang. Vi har derfor oppsummert det vi vurderer som de mest relevante funnene fra tidligere undersøkelser og forskning i et eget kapittel, og i tillegg trukket inn annen litteratur der det har vært relevant for analysene og den samlede vurderingen.



Vista Analyse AS
Meltzers gate 4
0257 Oslo

post@vista-analyse.no
vista-analyse.no