



Foreløpig rapport til Helsedirektoratet

72 timers utvidet behandlingsansvar etter utskrivelse

Erfaringer og resultater fire måneders pilot
Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune

Innbyggerne

**Samhandlingsarena
Kongsberg**
- fra sølv til gull



VESTRE VIKEN



KONGSBERG
KOMMUNE

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet av prosjektgruppe Samhandlingsarena Kongsberg på forespørsel fra Helsedirektoratet/Prosjekt X

Rapporten har som hovedformål å beskrive erfaringer etter fire måneders pilot med **72 timers utvidet behandlingsansvar etter utskrivelse** ved Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune.

Piloten er inspirert av en lignende ordning som nå er etablert som et nasjonalt tilbud i Danmark. Ordningen gir kommunale sykepleiere direkte tilgang til lege ved utskrivende sykehusavdeling de første 72 timene etter utskrivelse. Formålet er tryggere overganger, raskere avklaringer og færre unødvendige pasientforflytninger.

Piloten startet 26. januar 2026 og omfattet i første fase medisinske pasienter utskrevet til kommunal oppfølging i en kommune. Erfaringene så langt er svært positive. Kommunale sykepleiere beskriver økt trygghet og bedre beslutningsstøtte, mens sykehuset vurderer merbelastningen som håndterbar innenfor eksisterende ressurser.

Telefonhenvendelsene i pilotperioden omhandler hovedsakelig legemidler, behandlingsavklaringer og endringer i pasientens tilstand. De fleste samtalene var korte, og tilbakemeldingene viser at problemstillingene ofte ble avklart uten behov for transport til fastlege, legevakt eller sykehus.

Foreløpige analyser viser en tydelig reduksjon i reinnleggelser i pilotgruppen sammenlignet med historiske data. I pasientgruppen der ordningen er innført er har reinnleggelsesraten falt fra 21% til 11,8 % fra 2025 til pilotperiode 2026. Datagrunnlaget er fortsatt begrenset, og funnene må tolkes med forsiktighet, men utviklingen peker i retning av at ordningen kan bidra til bedre pasientforløp og færre unødvendige reinnleggelser.

Ordningen har en effekt utover det enkelte pasientforløp ved at den bygger tillit, styrker relasjoner og bidrar til en kultur og praksis der kommune og sykehus i større grad tar felles ansvar for «vår pasient i vår helsetjeneste».

Fra 1. juni 2026 er piloten utvidet til alle fagområder ved Kongsberg sykehus og alle kommunene i lokalsykehusområdet.

Samlet vurderes ordningen som en praktisk, nyttig og skalerbar modell for bedre samhandling etter utskrivelse.

Vår erfaring og tolkning av egne data tilsier at vi tror at en nasjonal ordning tilsvarende vår pilot kan og bør kunne inngå som et viktig virkemiddel i kommende helsereform.

72 timers utvidet behandlingsansvar etter utskrivelse

Erfaringer etter fire måneders pilot ved Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune

1. Bakgrunn

Samhandlingsarena Kongsberg ble etablert i 2024 som en arena for mer forpliktende samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og innbyggere, med mål om å utvikle framtidens helsetjenester gjennom likeverdig partnerskap. Arenaen bygger på prinsippet om å gå fra å være «parter» til å være reelle «partnere», der aktørene har felles mål, felles ansvar og gjensidig avhengighet i tjenesteutviklingen.

Samhandlingsarena fikk status som del av regjeringens Prosjekt X sommeren 2025.

God samhandling ved utskrivning er avgjørende for at pasienten får riktig oppfølging, informasjon og tjenester når ansvaret overføres fra sykehus til kommune.

Reinnleggelser er derfor en viktig kvalitetsindikator fordi høye rater kan tyde på svikt i oppfølgingen eller samhandlingen mellom tjenestenivåene. Se: [Reinnleggelse blant eldre innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus - Helsedirektoratet](#)

Lokal erfaring og nylig rapport fra Riksrevisjonen ([Riksrevisor: Sjukehusa blir overbelasta om dagens bruk held fram](#)) tilsier at det er behov for å styrke samarbeid og oppfølging av pasientene i den sårbare fasen like etter utskrivelse. Riksrevisjonen konkluderer med at samhandlingen mellom sykehus og kommuner for eldre pasienter ikke fungerer godt nok, noe som kan bidra til økt belastning på sykehusene. Samtidig viser Helsedirektoratets kvalitetsindikator at om lag én av fem eldre pasienter blir akutt reinnlagt innen 30 dager etter utskrivning.

Som et konkret svar på disse utfordringene er piloten «72 timers utvidet behandlingsansvar for spesialisthelsetjenesten» etablert.

Ordningen er inspirert av en modell fra Danmark. 72 timer behandlingsansvar startet som en pilot i Region Hovedstaden 2021. Publiserte erfaringer og rapporter fra Danmark er grundig gjennomgått som forberedelse til vår pilot. Grunnet positive erfaringer har man i Danmark stadig utvidet ordningen frem til 2025 da 96 timer behandlingsansvar ble en nasjonal ordning med 96 timer ved alle utskrivelser både innen somatikk og psykiatri. Dette som en del av Sundhedsreformen ([Om sundhedsreformen | Sundheds- og Kirkeministeriet](#))

Det er etablert en tverrgående arbeidsgruppe med deltakelse fra Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune og man har gjort et stort og grundig lokalt arbeid før oppstart og underveis for å tilpasse ordningen til norske forhold.

Vi har tilpasset den danske ordningen med mål om å oppnå enda større effekt og gjennomslag hos oss. Man har holdt undervisning og utarbeidet informasjonsmateriell og praktiske rutiner for å sikre at ansatte i kommune og sykehus kan gjøre nytte av ordningen på en standardisert, effektiv og nyttig måte. Ettersom reduksjon av unødvendige reinnleggelser var et mål i prosjektet var det viktig å få på plass riktige datasett og målinger angående dette.

Piloten ved Kongsberg sykehus startet 26. januar 2026 og omfattet i første fase medisinske pasienter som ble skrevet ut fra sengepost til kommunal oppfølging. Fra 1. juni er ordningen utvidet til alle fagområder ved sykehuset og alle 5 kommuner i lokalsykehusområdet.

Denne rapporten baserer seg på data og erfaringer frem til 1. juni 2026, dvs 4 måneder pilot. Man vil fremover fortløpende utarbeide nye rapporter med vesentlig større datagrunnlag og lengre tidserfaring.

2. Hva går ordningen ut på?

Formålet med ordningen er å gjøre overgangen mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester tryggere, redusere risiko for unødvendige reinnleggelser og generelt styrke samhandlingen rundt pasienten etter utskrivelse.

Ordningen innebærer at kommunen kan ta direkte kontakt med lege på sykehuset de første **72 timene etter utskrivelse**, dersom det oppstår behov for avklaringer knyttet til pasientens behandling, medisiner, funksjonsnivå eller kliniske utvikling.

I praksis får sykepleiere i hjemmetjeneste, omsorgsbolig eller institusjon tilgang til et direktenummer til lege ved utskrivende avdeling på sykehuset. På dagtid håndteres henvendelsene av overlege ved medisinsk avdeling, mens vakthavende LIS ivaretar henvendelser utenom ordinær dagtid. Informasjon om ordningen legges inn i pasientens epikrise.

Kommunale sykepleiere kan ringe om det de lurer på hvilket i praksis ofte vil være er:

- Spørsmål om legemidler
- Uklarheter i behandling eller behandlingsnivå
- Forverring av pasientens tilstand
- Behov for vurdering av om pasienten bør reinnlegges

Ordningen innebærer i vår modell ikke at ansvaret formelt flyttes fra kommune til sykehus. Pasient defineres som før som kommunal når den skrives ut, men spesialisthelsetjenesten tar et utvidet ansvar i en særlig sårbar overgangsfase. Målet er at kompetanse, informasjon og beslutningsstøtte skal følge pasienten ut av sykehuset og bidra til tryggere oppfølging i kommunen.

3. Hva ønsker man å oppnå?

Piloten har fire hovedmål:

- 1. Tryggere overgang mellom sykehus og kommunehelsetjeneste**
De første døgnene etter utskrivelse er et kjent risikoområde. Ordningen skal bidra til raskere avklaringer og redusert usikkerhet hos kommunalt helsepersonell, pasient og pårørende.
 - 2. Bedre brukeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten**
Pasienten skal i mindre grad oppleve å bli «kasteball» mellom nivåene. Ordningen skal understøtte mer sømløse tjenester der aktørene tar felles ansvar og snakker med hverandre
 - 3. Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåene**
Ved å gi rask faglig støtte kan man unngå unødvendige transporter, konsultasjoner og reinnleggelser, samtidig som pasienter som faktisk trenger reinnleggelse raskere blir identifisert.
 - 4. Utvikle en skalerbar modell**
Erfaringene fra piloten skal kunne brukes i videre arbeid lokalt, regionalt og eventuelt nasjonalt. Et viktig premiss er at løsningen må kunne tilpasses både små og store kommuner, ulike sykehus og ulike geografiske forhold.
-

4. Resultater og erfaringer etter fire måneders pilot

Erfaringene etter fire måneders pilot er totalt sett meget positive. Ordningen er godt mottatt både i kommunen og merbelastningen oppleves akseptabel på sykehuset innenfor dagens ressurser. Kommunale sykepleiere beskriver at tilgangen til rask avklaring med sykehuslege gir økt trygghet i arbeidshverdagen. Sykepleier i kommune uttrykker at ordningen gjør at man «ikke føler seg så alene om ansvaret».

Det gjøres fortløpende en rekke målinger med hensikt å kartlegge effekt av ordningen på tvers av sykehus og kommune. Man overvåker også den merbelastning sykehus har ved å svare på en ny type telefonhenvendelser utenfra.

Målinger som gjøres:

- Antall pasienter/utskrivelser som omfattes av tilbudet
- Registeringer av telefoner mottatt på sykehus inkludert antall, tidspunkt og hva samtale omhandler
- Erfaringer sykepleier i kommune
- Måling av reinnleggelser

I denne rapporten gjengis en kortversjon av de data som foreligger. Ytterligere data kan ettersendes og det planlegges også følgeforskning og publikasjoner på blant annet dette datasettet og mer.

Antall pasienter som har fått tilbudet:

Analyseavdelingen Vestre Viken HF bidrar inn i arbeidet og leverer fortløpende data angående hvor mange pasienter som omfattes av ordningen og også reinnleggelser innenfor denne målgruppen og øvrige pasienter. Via NIMES kan pasienter med kommunale tjenester identifiseres via PLO-melding om utskrivningsklar pasient i journalen. Dermed har man dermed etablert et nytt, målrettet datasett som identifiserer målgruppen for ordningen, det vil si de som skrives ut til kommunal oppfølging i eget hjem eller heldøgnsinstitusjon.

Antall utskrivelser til kommunal oppfølging og reinnleggelser blant disse gjengis som en løpende månedlig rapport. Det foretas ingen lagring av pasientdata på individnivå.

I pilotperioden på 4 måneder ble det skrevet ut 190 pasienter til videre kommunal oppfølging fra medisinsk avdeling til Kongsberg kommune. Det er disse pasientforløpene som har fått direkte tilgang på tilbudet så langt.

Ved gjennomgang av bakgrunnsdata fra 2025 ser man at 40% av pasientene som utskrives fra medisinsk avdeling Kongsberg sykehus har kommunal sykepleieoppfølging/PLO fra sin kommune. Den høye andel pasienter med kommunale tjenester bekrefter tidligere inntrykk av at en høy andel av pasientene innlagt ved en medisinsk avdeling har stort tjenestebehov fra flere aktører.

Telefonhenvendelser mottatt på sykehus

Det er etablert en egen rutine for håndtering av telefonhenvendelser ved sykehuset. Legen som mottar henvendelsen dokumenterer dette i et telefonnotat i pasientjournalen (DIPS Arena). Notatet sendes til fastlege, kommunal sykepleietjeneste og det gjøres også en manuell telling av antall telefoner og hva telefonene omhandler

Løpende innsamling av anonymiserte data gjør at vi samler informasjon om antall telefoner, tidspunkt, oppringende instans og hva henvendelsen gjelder.

Antall telefoner

I løpet av pilotens første fire måneder er det registrert 49 telefonhenvendelser fra Kongsberg kommune til medisinsk avdeling, fordelt på 47 unike pasienter. To pasienter har hatt mer enn én henvendelse.

Det er en klar oppfatning at de aller fleste telefonene er registrert. Likevel må det tas høyde for noe underrapportering, ved at enkelte leger kan ha glemt å sende intern melding. Antall ikke-registrerte henvendelser estimeres til maksimalt 10. Det totale antallet telefoner anslås videre i rapporten til å være 60 og 58 unike pasienter.

Totalt antall utskrivelser av pasienter fra medisinsk avdeling som skulle ha kommunal oppfølging fra Kongsberg kommune medisinsk avdeling var 160. Det betyr at det har vært kontakt med sykehuset i 36% av disse forløpene.

En såpass høy andel telefoner per utskrivelse tilsier at man har lyktes med å gjøre ordningen kjent og tilgjengelig i tillegg til at sykepleier i kommunen opplever et reelt behov for den tjenesten som tilbys i ordningen.

Hvor og når det ringes fra

Av de 49 registrerte telefonene fordeler henvendelsene seg slik:

- 47 % fra hjemmesykepleien
- 49 % fra kommunale heldøgns korttidsinstitusjoner
- 3 % fra heldøgnsbemannet bolig

Det er så langt ikke registrert henvendelser fra langtidsinstitusjoner.

Tidspunkt for henvendelsene:

- 41 % på dagtid hverdager (kl. 08–16)
- 27 % på kveldstid hverdager (kl. 16–22)
- 27 % på dag/kveld helg og helligdager (kl. 08–22)
- 6 % på natt (kl. 22–08)

Hva telefonene omhandler

Basert på gjennomgang av telefonnotatene er henvendelsene i piloten kategorisert i tre hovedgrupper. Enkelte henvendelser omfatter flere temaer; disse er klassifisert etter det som vurderes som hovedproblemstilling.

1. Medikamentrelaterte spørsmål (49 %, n=24)

Dette omfatter et bredt spekter av problemstillinger, blant annet:

- bekreftelse eller korrigerende av medisinlister (samstemming)
- manglende resepter

- behov for dosejustering
- oppstart av medikamenter ved endret klinisk behov

2. Behandlingsmål og informasjon (25 %, n=12)

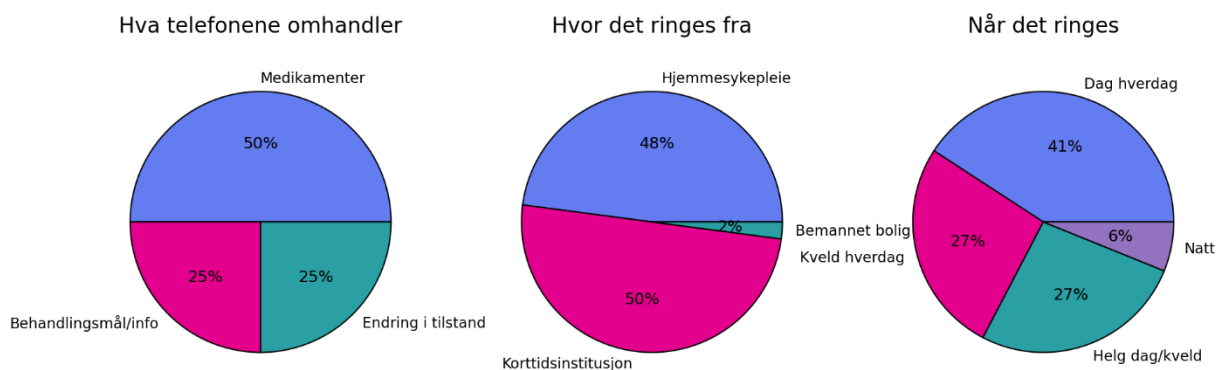
Disse henvendelsene gjelder behov for avklaringer knyttet til videre behandling:

- manglende eller feil mottatt epikrise
- behov for presisering av behandlingsnivå eller mål
- råd om spesifikke tiltak, som for eksempel oksygenbehandling, utstyr/katetre

3. Endring i pasientens tilstand (25 %, n=12)

Her dreier det seg i hovedsak om medisinsk rådgivning ved kliniske endringer:

- vurdering og råd om videre oppfølging
- tiltak som kan iverksettes i hjemmet
- i enkelte tilfeller anbefaling om transport tilbake til sykehus og eventuell reinnleggelse



Vurdering av mengde telefoner og ekstrabelastning sykehuslege

Under planlegging og gjennomføring av pilot har det vært viktig å avklare den ekstrabelastningen sykehuslege får ved at sykepleier i kommune nå kan ta direkte kontakt. Et av hovedpremissene for at ordningen skal fungere er at lege på sykehus kjenner innholdet i ordningen og har tid og mulighet for å besvare og dokumentere henvendelsene på en god måte. Medisinsk avdeling har innført ordningen uten tilførsel av ressurser.

Telefonen betjenes av leger som ellers også har andre oppgaver enten som visittgående leger eller vakthavende. Man ga fra piloten en forsikring om at belastningen skulle overvåkes og at man også hadde håp og tro om at ordningen ville være veldig nyttig for pasientene og også kanskje kunne gi mindre unødige reinnleggelser som jo er gunstig og ressursbesparende for alle involverte.

Man har fått 60 telefoner hvorav 83% (se neste avsnitt) har en varighet på under 10 minutter og de fleste er under 5 minutter. Tidspunkt for anrop varierer, 41 % er på hverdag dagtid. Øvrige telefoner er til LIS på vakttid.

På vakttid er antall leger på jobb lavere og det er økt risiko for samtidighet. Det gjør at det på vakttid kan være vanskeligere å svare umiddelbart.

Belastningen for avdelingen beskrives etter 4 måneder som akseptabel, samtidig som legene totalt sett rapporterer henvendelsene oppleves å gjøre en praktisk forskjell i pasientforløpene.

Forutsatt lik bruk i de øvrige 4 kommuner sett opp mot opptaksområde estimerer man at det vil bli 110 telefoner til medisinsk avdeling 4 mndr. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på i underkant av en telefon per dag.

Ved videre skalering vil medisinsk avdeling fortsette å bemanne telefonen på samme måte uten tilførte ressurser.

Brukererfaring sykepleier i kommune:

Erfaringer innhentes fortløpende ved at sykepleier oppfordres til å besvare et standardisert, anonymisert skjema i Forms via QR-kode etter hver telefon de har tatt til sykehuset. Denne digitale registreringen startet 22.mars. Før dette var registreringen på papirskjema med litt andre spørsmål. De tidlige dataene fra papirskjema gjengis ikke her, men gjennomgang viser at erfaringene er tilsvarende det som nå publiseres

Fra 22.mars til utgangen av mai i er det mottatt 23 digitale skjema med erfaringer utfyllt av sykepleier som jobber i kommunen. Det kan man anta er et bra utvalg og responsrate fra denne perioden. Men man skal være observant på at man ikke har med erfaringen fra alle samtaler og hele pilotperioden

Disse 23 digitale skjemaene viser som hovedfunn:

- 21 av 23 har svart at de opplevde faglig bistand og **20 av 23 at problemstillingen ble avklart.**
- **14 av 23 svarte at pasienten slapp flytting** til fastlege/legevakt/sykehus som en konsekvens av hjelpen sykepleieren fikk på telefon.

- 14 av henvendelsene tok under fem minutter og **19 av 23 tok under 10 minutter** for sykepleier i kommunen.

I tillegg til disse skjemaene har det vært flere erfaringsmøter og dialog med ansatte og ledere i kommunen som er brukere av ordningen. Målet med disse møtene har vært å avklare spørsmål og informere om ordningen samt å få frem positive og negative erfaringer. Tilbakemeldingene som gis er svært positive:

«Ordningen gir en helt annen trygghet i arbeidshverdagen. I alle epikriser står det nå at vi kan ta direkte kontakt med lege på sykehus. Bare det å vite at vi kan ringe for raske avklaringer betyr veldig mye. Man føler seg ikke så alene om ansvaret»

- Sykepleier hjemmetjenesten

«Vi sparer tid og det kan bli lettere å rekruttere»

- Enhetsleder hjemmetjenesten

Brukererfaringer pasienter og pårørende:

Innbyggerne, inkludert pasienter og pårørende, er en viktig partner i Samhandlingsarena Kongsberg og har bidratt aktivt i utviklingen av ordningen. Innbyggere som kjenner til ordningen, opplever den som svært positiv og betryggende.

Det er ennå ikke gjennomført systematisk innhenting av erfaringer fra pasienter og pårørende. Erfaringene tilsier imidlertid at økt støtte til helsepersonell også gir økt trygghet for pasientene.

Ordningen har i tillegg betydelige tidsgevinster fra kommunal sykepleier.

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

Foreløpige analyser reinnleggelser:

Det primære målet for piloten har vært at man skal skape økt trygghet for helsearbeidere, pasienter og pårørende i etterkant av utskrivelse fra sykehus.

Sekundært til denne tryggheten og avklaringer i overgangene er det et mål om at det skal avverge unødige reinnleggelser og dermed også reinnleggelser totalt sett.

Det gjøres fortløpende omfattende analyser for å se på utvikling av reinnleggelser for de pasientene som mottar ordningen og også resten av pasientene på Kongsberg sykehus og i Vestre Viken.

Hovedfunn og konklusjon ut fra de data som foreligger er at man i forbindelse med pilot ser et betydelig fall i reinnleggelser. Det er et særlig stort fall i reinnleggelser i pilotgruppen, men det er også fall i reinnleggelser ved Kongsberg sykehus totalt sett. Foreløpig har vi kort observasjonstid og begrensede data, men endringer i reinnleggelser er såpass store at vår foreløpige konklusjon er at endringen neppe skyldes tilfeldig variasjon, men er en konsekvens av gjennomført pilot.

Denne påstanden begrunner man med data som foreligger.

Vi har i arbeidet brukt allerede offentlige definisjoner og data på innleggelser og utskrivelser (RDAP data) hentet fra rapportsenderet Helse Sør-Øst. Analyseavdelingen Vestre Viken HF leverer i tillegg fortløpende data angående hvor mange pasienter som omfattes av ordningen også fortløpende reinnleggelser i den samme definerte gruppen og tilsvarende pasienter i andre kommuner. Via NIMES identifiseres pasienter med kommunale tjenester etter utskrivelse via PLO-melding om utskrivningsklar pasient i journalen.

Som definisjon på reinnleggelse har vi i alle analyser i denne rapporten brukt samme definisjon på reinnleggelser som i Nasjonal kvalitetsindikator, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskrivning>

Denne definisjonen av reinnleggelser er veletablert og gir mulighet for bred sammenligning med historiske data og andre sykehus og kommuner og vurderes så langt som formålstjenlig og representativ indikator for reinnleggelser også i dette prosjektet. Men man skal være klar over at man bare får med reinnleggelser for pasienter over 67 år og at det er begrensinger på diagnoser både ved innleggelse og utskrivelse.

Vi vil i denne rapporten vise utvikling av reinnleggelser før og etter pilot på 3 ulike pasientkohorter og også med litt ulike historiske data og også sammenligningsmetode.

- Utvikling reinnleggelser pilotgruppen Kongsberg kommune:
- Utvikling reinnleggelser medisinsk avdeling Kongsberg
- Utvikling reinnleggelser Kongsberg sykehus

Reinnleggelser eldre pasienter utskrevet fra medisinsk avdeling til kommunal oppfølging Kongsberg kommune opp mot øvrige kommuner

I denne mest målrettede analysen ser man på reinnleggelser hos pasienter som får kommunal oppfølging i pilotkommune Kongsberg(=pilotpopulasjonen) sett opp mot

pasienter uten kommunal oppfølging og tilsvarende grupper i andre kommuner. For å skille pasienter med og uten kommunal oppfølging begrenses historisk sammenligningsgrunnlag til 2025 og da hele kalenderåret, 12mndr. Dette fordi man teknisk ikke har mulighet til å innhente data om hvem som hadde kommunale tjenester (PLO) før innføring av DipsArena

Reinnleggelser pasienter med kommunale tjenester utskrevet til Kongsberg kommune før og under pilot:

	Kohort	Reinnlagte	Rate	95%KI lav	95% KI høy
2025 jan-des	148	31	0.210	0.152	0.282
2026 feb-mai	68	8	0.118	0.061	0.215

Reinnleggelser pasienter med kommunale tjenester utskrevet til øvrige kommuner før og under pilot:

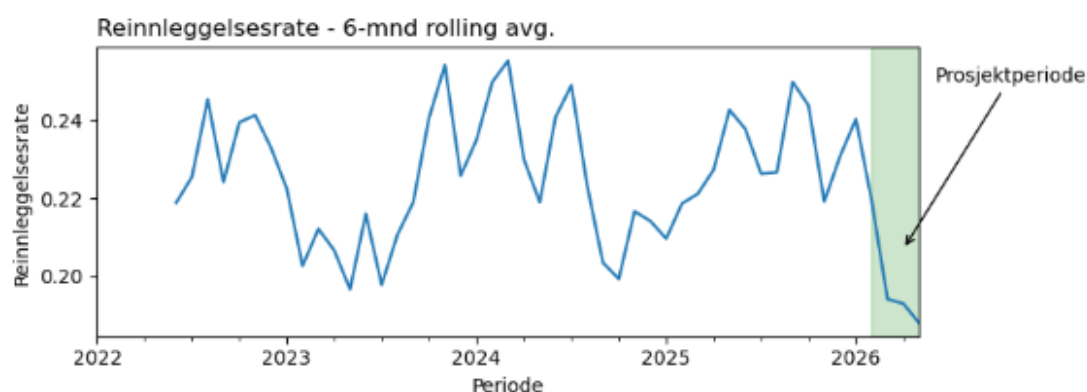
	Kohort	Reinnlagte	Rate	CI lav	CI høy
2025 jan-des	182	50	0.275	0.136	0.258
2026 feb-mai	76	20	0.263	0.177	0.372

Reinnleggelser eldre pasienter utskrevet fra medisinsk avdeling uavhengig av kommunale tjenester og kommune:

Disse data er hentet direkte fra Rapportsenteret og skiller ikke på hvilken kommune man tilhører eller om man har kommunale tjenester:

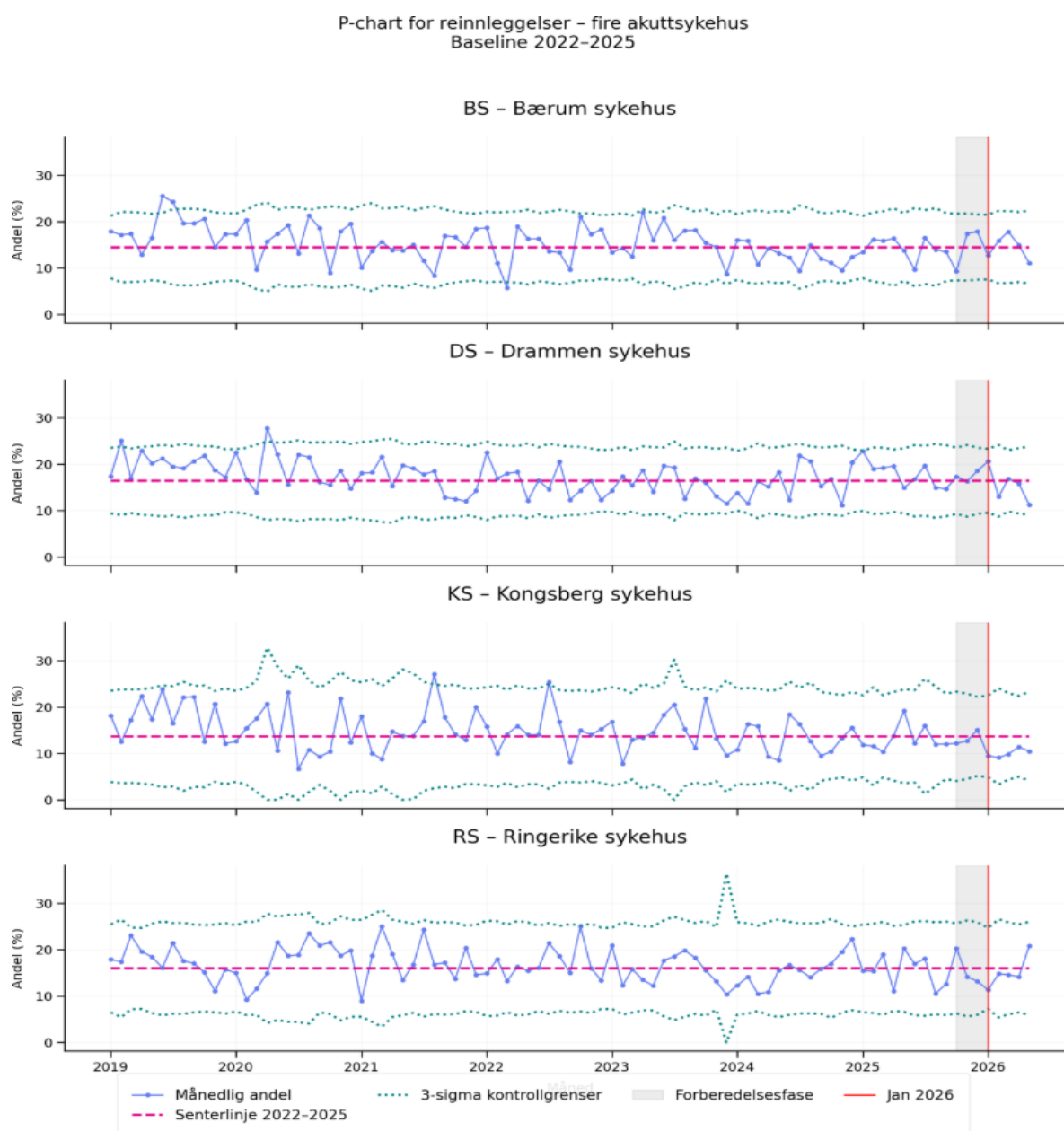
	Innleggelser	Reinnlagte	Rate	CI lav	CI høy
2025	619	146	0.236	0.204	0.271
2026	251	40	0.159	0.119	0.210

Reinnleggelser alle pasienter utskrevet til alle kommuner fra med avd Kongsberg kan også illustreres vha 6 mndr glidende gjennomsnitt av andel reinnleggelser:

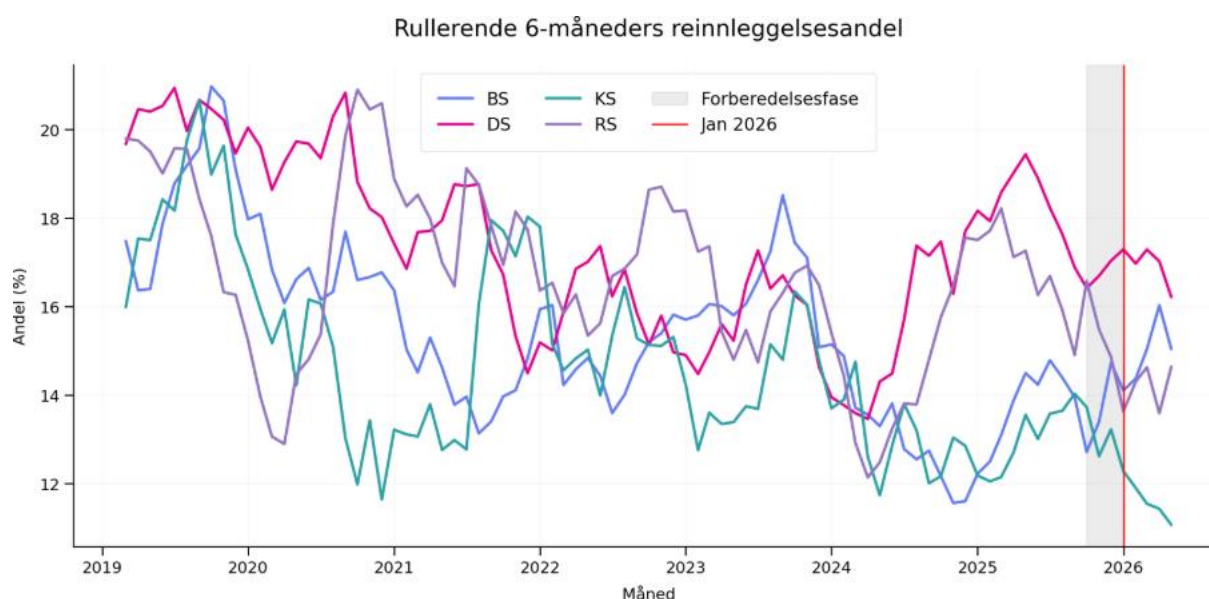


Utvikling reinnleggelser blant eldre Kongsberg sykehus sett opp mot andre sykehus Vestre Viken

Med hensikt å sammenligne egne historiske data og utvikling av reinnleggelser opp mot andre sykehus gjengis data fra rapportsender på innleggelser og reinnleggelser alle 4 sykehus i Vestre Viken HF. Man har valgt å se på data fra og med 2022. Absolutte forskjeller i reinnleggelser kan skyldes mange årsaker inkludert oppgavedeling mellom sykehus, men man har tenkt at en evt ulik utvikling i 2026 skulle kunne skyldes denne piloten. Både p-chart og rullende gjennomsnitt 6 mndr reinnleggelser viser en trend ved Kongsberg sykehus som avviker fra de andre sykehusene i VV på tross av et allerede lavere utgangsnivå.



Kontrollkart og rullerende gjennomsnitt for månedlig reinnleggesandel. Figuren viser utviklingen over tid og markerer hvordan januar–mai 2026 ligger i forhold til historisk nivå og forventet variasjon.



Rullerende utvikling i reinnleggesandel. Figuren glatter ut månedlige utslag og viser retningen over tid.

Vurdering datagrunnlag reinnleggelser:

I pasientgruppen der ordningen er innført har reinnleggesatesraten blant eldre falt fra 21 til 11,8% fra 2025 til pilotperiode 2026. Denne endringen er svært tydelig og nær grensen til statistisk signifikans med p-verdi 0,05. Mistanken om at det foreligger en reell effekt av kausal årsak understøttes av at vi ikke ser tilsvarende utvikling hos andre pasientgrupper og heller ikke ved nærliggende sykehus i samme periode. For pasienter med kommunal oppfølging som utskrives til andre kommuner er det en mye mindre endring der reinnleggelser blant eldre har falt fra 27,5% til 26,3%

Selv om vi ikke ser like stort fall i reinnleggelser i andre pasientgrupper så ser vi også en **tydelig trend mot færre reinnleggelser blant eldre for hele medisinsk avdeling og fra hele Kongsberg sykehus** i etterkant av innføring av piloten. Ved medisinsk avdeling har andel reinnleggelser for alle pasienter utskrevet falt fra 23,6% til 15,9%. Heller ikke dette er signifikant og noe av dette “dras” av den større absolutte effekten i pilotgruppen. Endringen er likevel markant og gjenfinnes ikke i samme grad ved andre sykehus i Vestre Viken. Denne endringen tror vi skyldes pilotordningen i seg selv og i tillegg en generelt økt bevissthet på gode vekslinger og samarbeid mellom kommuner og sykehus i forbindelse med pilotarbeidet.

Skalering til flere kommuner og pasientgrupper som nå pågår er nyttig og nødvendig også for å kunne gi mer eksakt kunnskap om varig effekt på reinnleggelser.

Samtidig er det viktig å understreke at datagrunnlaget foreløpig er begrenset. Fire måneders pilot gir nyttige indikasjoner, men videre skalering og lengre observasjonstid er nødvendig for å vurdere effekt på reinnleggelser, ressursbruk og pasientopplevelse mer sikkert.

5. Læringspunkter så langt

De foreløpige erfaringene tyder på at tiltaket bidrar til:

- Økt trygghet for kommunalt helsepersonell og dermed også økt trygghet for pasienter og pårørende
- Raskere avklaringer
- Færre unødvendige pasientforflytninger og færre reinnleggelser
- Tydeligere felles ansvar for pasienten etter utskrivelse
- Styrket relasjon og dialog mellom sykehus og kommune
- Akseptabel belastning for sykehuset

Piloten viser at ordningen er enkel å forstå og relativt enkel å innføre når den bygges inn i eksisterende arbeidsprosesser, særlig gjennom epikrise og etablerte vaktordninger. Det har vært viktig at kontaktveien er tydelig, og at kommunen vet hvem de kan kontakte og når.

En sentral erfaring er at verdien av ordningen ikke bare ligger i de konkrete telefonavklaringene, men også i **kulturbygging og lagfølelse mellom tjenestenivåene**. Ordningen bidrar til at kommune og sykehus i større grad opptrer som partnere rundt samme pasient, fremfor som separate aktører med avgrensede ansvarsområder. Leger i sykehus rapporterer om at telefonene øker forståelse for hvordan det er å jobbe i kommunen og at de også får konkret læring og unngår fremtidige feil og forglemmelser gjennom disse samtalene.

Det er også et viktig læringspunkt at en slik ordning kan oppleves som en ny oppgave for ansatte i spesialisthelsetjenesten. Videre innføring må derfor ta hensyn til praktisk belastning, vaktordninger, tydelig avgrensning og forankring hos klinikere.

6. Plan videre

Pilotperioden er forlenget. Fra **1. juni 2026** planlegges ordningen utvidet til å omfatte alle pasienter som skrives ut til kommunal oppfølging fra sykehuset, ikke bare medisinske pasienter. Ortopedi inkluderes, og ordningen utvides til hele lokalsykehusområdet Kongsberg. Dette omfatter kommunene **Kongsberg, Øvre Eiker, Nore og Uvdal, Rollag og Flesberg**. I praksis betyr dette at drøyt 55000 av Norges befolkning nå får dette tilbudet fra sitt lokalsykehus

Man vil gjøre de samme type målinger som er presentert i denne rapporten under den videre skaleringen.

Målet med videre skalering er å få et bedre datagrunnlag og mer erfaring med hvordan ordningen fungerer på tvers av diagnosegrupper, kommuner og geografiske avstander. Erfaringene vil kunne gi nyttige innspill til nasjonalt reformarbeid og vurdering av om 72 timers utvidet behandlingsansvar kan inngå som et virkemiddel i framtidens helsetjeneste.

Vår erfaring i tillegg til erfaring fra Danmark gjør at vi tror det kan være grunnlag for relativt rask skalering til en nasjonal ordning også i Norge.

7. Foreløpig konklusjon

Etter fire måneders pilot vurderes **72 timers utvidet behandlingsansvar som en praktisk, nyttig og skalerbar modell** for bedre samhandling etter utskrivelse fra sykehus. Ordningen gir kommunalt helsepersonell rask tilgang til spesialistkompetanse, styrker tryggheten i pasientovergangen og kan bidra til å redusere unødvendige pasientforflytninger og reinnleggelser.

De foreløpige resultatene ikke minst med tanke på reinnleggelser er svært positive, men må tolkes med forsiktighet på grunn av begrenset observasjonstid og datagrunnlag. Videre utvidelse fra juni 2026 vil gi et bedre grunnlag for å vurdere effekt, ressursbruk, bærekraft og overføringsverdi til andre sykehus- og kommuneområder. Vi vil fortløpende publisere data og erfaringer etterhvert som ordningen utvides.

Ordningen har samtidig en verdi utover selve tiltaket: Den bygger tillit, styrker relasjoner og bidrar til en kultur og praksis der kommune og sykehus i større grad tar felles ansvar for «vår pasient i vår helsetjeneste».

Vår erfaring tilsier at vi tror at en nasjonal ordning tilsvarende vår pilot kan og bør kunne inngå som et viktig virkemiddel i kommende helsereform.

Vi imøteser en videre dialog omkring hvordan vi i Samhandlingsarena Kongsberg kan avklare dette ytterligere i samarbeid med dere.

Mvh

2.august 2026

Delprosjektgruppe Helsebro -72 timer utvidet ansvar
Samhandlingsarena Kongsberg

Kontaktpersoner:

Rannveig Aaker, delprosjektleder rannveig.aaker@vestreviken.no

Stian Kristoffersen, ansvarlig lege stian.kristoffersen@vestreviken.no

Heidi Eidskrem Kommunedirektør/prosjekteier
heidi.eidskrem@kongsberg.kommune.no

Lukas Månsson, Klinikkdirktør lukas.mansson@vestreviken.no