

# Felleskapet sitt sjukehus

**NOU 2023: 8 Styring, finansiering, samhandling og leiding –  
Høringsfrist 30.06.2023**

**Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetenesta**

# Bakgrunn og mandat

- I Hurdalsplattformen vart det slått fast følgjande:
- Regjeringa vil utgreie endringar i styringa av sjukehusa og helseforetaksmodellen, med mål om å sikre framleis eigarskap, sterk regional, politisk og demokratisk styring og stadleg leiing, samt redusere marknadstenking og mindre bruk av innsatsstyrt finansiering



1. Gi en vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen og foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesia-listhelsetjenester av god og likeverdig kvalitet.
2. Utgreie forslag til endringer i styringen av sykehusene innenfor en modell med statlig eigarskap som sikrer regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene.
3. **Utgreie forslag til korleis helsefelleskapa kan brukast til å sikre betre samhandling med kommunehelsetenesta om heilskaplege pasientforløp.**
4. Gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte.
5. Vurdere tiltak for å redusere markedstenkingens plass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg.
6. Vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring.
7. Gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurdere regelverk og eventuelt andre tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur og som legger til rette for stedlig ledelse.
8. Vurdere økonomiske, juridiske, administrative og samfunnsmessige konsekvenser av for-slagene i tråd med kravene i Utredningsinstruksen, herunder synliggjøre konsekvenser for:
  - a) statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar
  - b) styringsstruktur, effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar
  - c) økonomistyring og kontroll
  - d) **ressursutnyttelse og samordning mellom sykehus og andre institusjoner i spesialist-helsetjenesten og mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten**
  - e) **pasienters, brukeres, kommunenes, den samiske befolkningens og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet**

Utvalet skal legge fram sin tilråding innen 31. mars 2023.

# Sjukehusutvalet kjem med følgjande framlegg;

- Å gjere rammefinansiering av sjukehusa til et hovudprinsipp.
- Meir gunstig finansiering når sjukehus skal byggjast.
- **Betre samspel mellom kommunehelsetenesta og sjukehus.**
- Større demokratisk medverknad.



FIKK RAPPORT: Sykehusutvalget med utvalgsleder Jon Magnussen leverer sin utredning til helse- og omsorgsminister Ingvild K. Oslo. Foto: Lise Åserud / NTB

# Samhandling mellom tenesteniåa

- Samhandlingsreforma har endra karakteren til den kommunale helse og omsorgstenesta
- Pasientar med meir komplekse tilstandar enn før vert skrivne ut fra sjukehus med forventning om vidare oppfølging og behandling av fastleger og øvrig kommunal helse- og omsorgsteneste.
- Utvalet vurdering er at kvaliteten på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten varierer, og at den i fleire tilfelle er for dårleg

# Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetenesta

- Utvalet meiner det er eit betydelig potensial for å forbedre pasientbehandlinga gjennom bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak, og at dette kan realiserast ved å bygge vidare på helsefellesskapa.
- Målet er at pasientane skal møte ein helseteneste, uavhengig om ansvaret ligg i kommune eller sjukehus
- Utvalet meiner at helsefellesskapa kan brukast til å få sett vellukka prosjekt ut i ordinær drift og til å spreie gode løysingar, i større grad enn i dag.
- For å lukkast med det,fordrar det at finansieringsordningar, faglege virkemidler og regulering legg til rette for samhandling

# Døme på samarbeid om pasientforløp

## Boks 6.5 Eksempler på samarbeid om pasientforløp

Det er en rekke eksempler på konkrete samhandlingstiltak og -modeller som kan vise til gode resultater. Blant annet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er det omtalt flere slike, for eksempel:

- *Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT)* ved Universitetssykehuset Nord-Norge og samarbeidende kommuner. PSHT er et tverrfaglig team med mål om å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer. Grunntanken bak tilbudet er «hva er viktig for pasienten».
- *ACT- og FACT-team*. ACT retter seg mot mennesker med et stort og kontinuerlig hjelpebehov, mens FACT har en noe bredere målgruppe med et mer varierende hjelpebehov. Teamet gir alle typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet integrert behandling av rus- og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig. Det er utviklet en tilpasning av FACT-modellen for ungdom. Diakonhjemmet sykehus har etablert FACT-team for eldre.
- *SAM-AKS* står for samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet og kommunale sykehjem. Sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten bistår sykehjem med veiledning, opplæring av personell og ved direkte pasientkontakt. I tillegg motive-res kommunene til kunnskapsheving og forskningsarbeid.
- *ParkinsonNet* er en nettverksmodell for deling av kompetanse. Kjernen i modellen er at fagpersoner med ulik kompetanse er knyttet sammen i faglige nettverk gjennom grunnkurs, e-læring og regionale nettverk, og at pasienter enkelt kan kontakte faglig kompetanse og andre pasienter og pårørende med brukererfaring.
- *Akuttkjedeprosjektet i Telemark*. Prosjektet skal forbedre akutt-tjenestene ved å styrke samarbeidet mellom sykehuset og kommunene og øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De ansatte i hjemmetjenesten får opplæring og utstyr som gjør at de kan vurdere akuttsituasjoner og gjøre bruk av rutiner for hvordan situasjoner skal håndteres. De ansatte i hjemmetjenesten er sentrale fordi de ofte møter pasienten først.
- *Avansert hjemmesykehus for barn (AHS)* er etablert ved flere helseforetak i Norge. AHS ved Helse Bergen er et tilbud til barn og ungdom som har behov for behandling og pleie fra spesialisthelsetjenesten, men uten behov for å være fysisk på sykehuset. AHS samarbeider med kommuner/bydeler i opptaksområdet for å sikre god kvalitet og kontinuitet. Samarbeidet med kommunene rundt enkelt-pasienter består ofte i opplæring i sykepleiefaglige prosedyrer til ansatte i kommunene hjemme hos pasientene. På denne måten kan AHS og hjelpeinstanser i og utenfor sykehuset samarbeide om oppgaver som for eksempel antibiotikabehandling, mekanisk ventilasjon og palliasjon. AHS vil også kunne fungere som koordinator for pasienter som trenger helsetjenester på ulike nivåer.

# Betre samspel mellom kommunehelsetenesta og sjukehus

Samhandlingsbudsjett – ein felles pott som er øymerka pasientar som spesialisthelsetenesta/kommunehelsetenesta må samarbeide om:

- Eit felles, øymerka samhandlingsbudsjett mellom kommunar og helseforetak.
- Det bør settes av minst ein til to milliarder i samhandlingsbudsjettet.
- Det bør gjennomføres pilot i nokre helsefellesskap.

- Riset bak speilet er at dersom vi ikkje blir samde, blir pengene liggande.
- Eller om det ikkje kjem friske midlar til.....



FIKK RAPPORT: Sykehusutvalget med utvalgsleder Jon Magnussen leverer sin utredning til helse- og omsorgsminister Ingvild K. Oslo. Foto: Lise Åserud / NTB

## Samhandlingsbudsjett

- Utvalet foreslår å innføre samhandlingsbudsjett for kommunar og helseforetak. Det ligger to premisser til grunn for forslaget: Samhandlingsbudsjettene må legge til rette for varig finansiering av samhandlingstiltak og bidra til at tidsavgrensa prosjekt kan takast inn i ordinær drift.
- Samhandlingsbudsjetta skal kun utløyast som ein følge av at kommunar og helseforetak i fellesskap har identifisert områder der samhandling vil gi betre og meir heilskaplege pasientforløp og vedtak om å allokere ressursar dit.
- Utvalet meiner helsefellesskapa er den naturlige arenaen for å identifisere aktuelle områder, og at bruken av samhandlingsbudsjett må regulerast i avtalar mellom kommunar og helseforetak.
- Utvalet tilrår at samhandlingsbudsjett som eit minimum må være på éin til to mrd. kroner samla sett.
- Utvalet foreslår at staten tek ei tydeleg rolle i å fastsette dei økonomiske rammene for et slikt samhandlingsbudsjett. I praksis vil det bety at staten definerer at ein del av dei respektive løyvingane til kommunar og helseforetak skal legges inn i et samhandlingsbudsjett, og som bare kan bli utbetalt på bakgrunn av planar og prosesser i helsefellesskapa.
- Helsefellesskapa er ikke eigne rettssubjekt, og kan ikke tildelast midler over statsbudsjettet slik dei er organisert i dag.
- Eventuelle midlar er fastsett i et nasjonalt samhandlingsbudsjett bør derfor fordelast til den eine parten kommunane eller helseforetakene – med klare vilkår om kva formål midlane skal brukes til. Utvalet meiner at omsyn til enkel koordinering og oversiktligheit tilseier at midlene bør fordelast til helseforetak
- Som ein illustrasjon utgjer ein eit samhandlingsbudsjett på 1 milliard kroner om lag 18,4 millionar kroner per 100 000 innbyggjarar. Konsekvensane for LSU Volda er om lag 9 millionar i samhandlingsbudsjett
- Utvalet vil peike på at det ligg informasjon både i inntektssystem for regionale helseforetak og kommunar, som kan nyttast til å anslå fordelinga av eit eventuelt uttrekk frå dei regionale helseforetaka og kommunane sine budsjett.

# Større demokratisk medverknad?

DAGENS  
**Medisin**

[DM Debatt](#) [DM Pharma](#) [DM Arena](#) [DM Jobb](#)

[Logg inn](#)



IKKE MER RHF OG HR: Jon Magnussen, leder i Sykehusutvalget, ber om andre navn. Michael Simonsen

## Vil helseforetakene til livs – men bare i navnet

Ut med navn som Vestre Viken helseforetak og Helse Sør-Øst regionale helseforetak, foreslår Sykehusutvalget.



# Utskrivingsklare pasientar og KAD plassar kompetansenivå

- Betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar vert oppretthalde – ordninga skal evaluerast.
- Døgnsatsen som er no vert vidareført
- Store variasjonar mellom kommunane og om lag halvparten av kommunane hadde 30 eller færre liggedøgn for utskrivingsklare pasientar i 2021
- Utvalet viser også til at samhandlingsbudsjett over tid vil kunne redusere behovet for kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar – det er også ein del av grunngjevinga for at ein ikkje vil ha endring av dagens ordning
- Utvalet vil peike på at antall utskrivningsklare pasienter i sjukehus indikerar at det er behov for kommunale korttids plasser for oppfølging og rehabilitering etter sjukehusopphald
- KAD plassar viser ein beleggsprosenten for 2019 på 42pst og at det er stor variasjon mellom kommunane.
- Utvalet stiller spm om den låge beleggsprosenten om tilbodet er berekraftig og ikkje minst om den samla sengekapasiteten i kommune/sjukehus blir sett godt nok i heilskap.
- Målsettingen med dette utvida ansvaret for kommunene, saman med overføringa av midler frå sjukehusa, var å etablere eit meir kostnadseffektivt tilbod samtidig som pasienten fikk eit minst like godt tilbud som før.

# Fagleg samarbeid, kommunikasjon og IKT

- Utvalet er samde om det må framskaffast betre styringsinformasjon og framskrivingsverktøy for felles forståing av verklegheita. Avgjerande for god planlegging og god utnytting av samla ressursar
- Grunnleggande at arbeidet med digitaliseringstiltak og bruk av standardar blir vidareført og prioritert. Utvalet meiner at Pasientens legemiddelliste (PLL), som nå er under utvikling, er den IKT-samhandlingsløysningen det er aller viktigst å få ferdig og i nasjonal bruk.

## Boks 6.6 IKT-løsninger for bedre samhandling

Ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten har forskjellige IKT-løsninger og -systemer. Fastlegens systemer er forskjellige fra pleie- og omsorgstjenestens og sykehusene sine systemer. Unntaket er kommunene og helseforetakene i Helseregion Midt-Norge, som har innført eller arbeider med å innføre en felles løysning for spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom Helseplattformen.

Deling av informasjon må skje i form av meldinger mellom partene og ved bruk av nasjonale felleskomponenter i en samhandlingsplattform som utvikles og forvaltes av Norsk Helsenett. Eksempler på slike løysninger er e-resept, kjer-

nejournal og helsenorge.no. En slik deling av opplysninger forutsetter standardisering, både teknisk og faglig.

Samhandlingsløysninger handler om deling (tilgjengeliggjøring og oppslag) av kjent informasjon, og kommunikasjon om pasienter og forløp. Deling av historisk informasjon som resultat av undersøkelser, behandling og vurderinger, forventes å øke kvaliteten og redusere overforbruk av helsetjenester. Planlegging og veiledning gjennom kommunikasjon mellom helsepersonell vil kunne bidra til at færre pasienter må henvises til sykehus fra fastlegen og til tryggere utskriving fra sykehus.

- Utvalet tilrår at det vert etablert eit nasjonalt kompetansemiljø for samhandling. Kompetansemiljøet skal bidra med forskingsbasert kunnskap om kva samhandlingstiltak som verkar og kunne bistå med utforming

# Framlegg frå utvalet om STRUKTURELLE FORHOLD

- Det har skjedd omfattande strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten etter helseforetaks-reformen i 2002.
- Antall helseforetak som driver pasientbehandling har blitt redusert fra 43 til 20, og antall regionale helseforetak er redusert fra fem til fire.
- Utvalget har ikke innenfor den tiden som har vært til rådighet, hatt mulighet til å vurdere om en annen inndeling av de regionale helseforetakene eller helseforetakene ville være meir hensiktsmessig. Dette er komplekse problemstillingar der ulike hensyn trekk i ulike retningar
- Utvalget viser til forslaget fra Helsepersonellkommissjonen om å utrede en framtidig bærekraftig sykehusstruktur.
- Utvalget slutter seg til dette forslaget, og anbefaler at en slik utredning også inkluderer ein vurdering av talet helseføretak og regionale helseføretak i ein framtidig struktur

# Framtidsperspektiv

- Det går fram av utvalet sitt mandat at pasienter i heile landet skal sikrast nærhet og likeverdig utgreiing og behandling ved sjukehusa. Regjeringen vil at Norge skal ha en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggerne forsvarlig, trygg og omsorgsfull behandling på sjukehus. Norske sykehus må organiseres slik at helsepersonell får bruke tiden til pasientkontakt

Tre tilhøve som kan gi bekymring

- Redusert økonomisk handlingsrom som utfordrer mulighetene til å opprettholde velferdsstaten på dagens nivå
- Mulighetene til å rekruttere og beholde tilstrekkelig personell i helsetjenesten
- Endringer i bosettingsmønster og mulighetene til å gi et geografisk likeverdig tilbud.