

TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester

Del 1

Samhandlingsbudsjett

Del 2

Vurdering av mulige tilskudd som kan innlemmes i et eventuelt samhandlingstilskudd

Del 3

Mulige justeringer innenfor de aktivitetsbaserte finansieringsordningene

Innhold

Sammendrag	4
1. Bakgrunn, organisering og prosess	8
1.1 Oppdraget	8
1.2 Organisering av oppdraget og prosess.....	8
1.3 Forutsetninger for arbeidet.....	9
2. Situasjonsbeskrivelse/status	10
2.1 Tilnærming til oppdraget gjennom case	10
2.2 Pasientsentrerte helsetjenesteteam	11
2.3 ACT og FACT modellene	12
2.4 Digital behandling og oppfølging.....	13
2.4.1 Digital sårbehandling.....	13
2.4.2 Regional telemedisinsk servicesentral	14
2.5 Barn og unges helsetjeneste	15
3. Etablering av samhandlingsbudsjetter	16
3.1 Samarbeidsavtalen	17
3.2 Samhandlingsbudsjett	18
3.3 Overgang fra tilskuddsfinansiering til ordinær driftssituasjon.....	19
3.4 Vurderinger av innføring av samhandlingsbudsjett	21
4. Samhandlingstilskudd og eksisterende ordninger	23
4.1 Velferdsteknologiordninger.....	23
4.2 Ordninger for teambaserte modeller	23
4.3 Kompetanseløft-ordninger	24
5. Utvikling av de aktivitetsbaserte finansieringsordningene	26
5.1 Finansieringsmodeller og aktiviteter som understøtter samhandling og samarbeid på tvers av nivåene	26
5.1.1 Innsatsstyrt finansiering	26
5.1.2 Resultatbasert finansiering.....	28
5.1.3 Helserefusjonsområdet	29
5.1.4 Kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger)	30

5.1.5	Utskrivningsklare pasienter	30
5.2	Hva er utfordrende med systemene – problemer og mangler	30
5.2.1	Endringer i ISF	31
5.2.2	Endringer i RBF	36
5.2.3	Endringer i de takstbaserte systemene innenfor helserefusjonsområdet.....	37
6.	Hvilke tiltak anbefales	42
6.1	Samhandlingsbudsjett	42
6.2	Samhandlingstilskudd.....	42
6.3	Endringer i innsatsstyrt finansiering (ISF).....	42
6.4	Endringer i resultatbasert finansiering (RBF)	43
6.5	Endringer på helserefusjonsområdet	43
6.6	Tiltakene skal virke sammen	43
6.7	Alternative utviklingsretninger på lengre sikt	43
Vedlegg 1	Andre samarbeidstiltak	45

TB 2023–81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester

Sammendrag

Behovet for utvikling av helhetlige og godt koordinerte pasientforløp for pasienter med behov for tjenester på tvers av forvaltningsnivåene er godt dokumentert, blant annet gjennom Nasjonal Helse og sykehusplan (NHSP) 2020-2023.

I oppsummeringer fra gjennomførte piloter og ulike utviklingsprosjekt meldes det tilbake at dagens finansieringsordninger ikke understøtter ønsket samhandling på en tilfredsstillende måte.

Helsedirektoratet er i tildelte oppdrag¹ bedt om å utrede hvordan finansieringsordningene bedre kan understøtte samhandling, samarbeid, et desentralisert tjenestetilbud, herunder samlokaliserte tilbud mellom sykehus og kommuner, samt tidlig innsats og forebygging i tjenesten.

Oppdraget er tredelt:

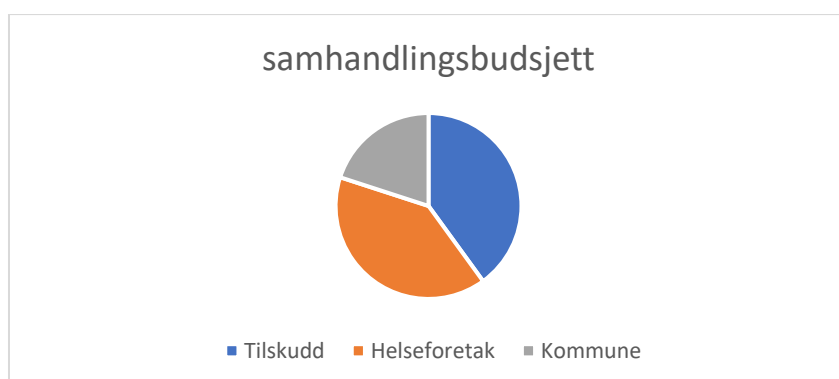
- 1) Hvordan kan samhandlingsbudsjetter bidra til bedre sammenheng og samarbeid i tjenestene, et desentralisert helsetilbud og forebyggende innsats
- 2) Vurdere opprettelse av et samhandlingstilskudd, herunder vurdere om eksisterende tilskudd kan innlemmes
- 3) Vurdere om det kan og bør gjøres justeringer innenfor dagens aktivtetsbaserte finansieringsordninger for å understøtte situasjoner der det er behov for samhandling og samarbeid på tvers.

Oppdraget er svart ut innenfor de forvaltningsstrukturer og finansieringsordninger som eksisterer i dag og er forankret hos relevante aktører og fagorganisasjoner gjennom møter med Nettverk for Helsefellesskap og Referansegruppe for arbeidet med NHSP.

Del 1. Samhandlingsbudsjett

Gjennom en forpliktende samarbeidsavtale, som både konkretiserer samhandlingstiltaket og synliggjør partenes økonomiske forpliktelser vil tiltaket gjennomføres ved bruk av finansiering fra egne finansieringskilder i tillegg til midler fra et samhandlingstilskudd.

Illustrativt kan et samhandlingsbudsjett vises som figur 1.



¹ TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester

Med samhandlingsbudsjett forstår vi den delen av en forpliktende samarbeids- eller samhandlingsavtale mellom helseforetak og kommune(r), der partenes kostnader i samarbeidet er fordelt og benyttes i styring og prioritering av ressurser. Avtalen må beskrive et konkret samhandlingstiltak.

Tiltaket må være prioritert gjennom helsefellesskapets utviklingsstrategi, og avtalen må være forankret i eksisterende samarbeidsstrukturer. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Gjennom inngåelse av en forpliktende avtale mellom helseforetak og kommune(r) kan et samhandlingstilskudd sammen med partenes egenfinansiering inngå i et samhandlingsbudsjett og stimulere til gjennomføring av avtalte samarbeidstiltak.

I dette samhandlingsbudsjettet forutsettes det at det ikke flyttes midler teknisk ut fra helseforetak og kommune. Samhandlingstilskuddet kan være en del av samhandlingsbudsjettet og må følges opp etter de kriteriene som gjelder for tilskuddet (herunder den forpliktende samarbeidsavtalen).

Etter å ha sett nærmere på utvalgte samarbeidsmodeller som er i bruk mellom helseforetak og kommuner ser vi at følgende elementer vil være sentrale og må inngå i en forpliktende samarbeidsavtale:

- Hvilken pasientgruppe eller tiltak som skal være omfattet av avtalen
- Hva er formålet, herunder måloppnåelse
- Organisering av tiltaket
- Avklaring av roller og ansvar
- Dokumentasjon og oppfølging av tiltaket
- Dersom samarbeidet/tiltaket i første omgang er basert på, eller involverer tilskuddsmidler må en overgang til varig drift omtales
- Avtalen sett opp mot helsefellesskapets strategi
- Oppsigelse – dersom noen av partene ikke ser et behov/ ønsker å delta videre

I tillegg må samarbeidsavtalen inneholde et samhandlingsbudsjett som beskrives hvordan tiltaket skal finansieres og hvordan partene skal fordele kostnader seg mellom. Dette vil si hvem som bidrar med hvilke ressurser til samhandlingstiltaket (det kan være både personell, lokaler, investeringer/anskaffelser m.v). Hvordan tilskuddsmidler skal benyttes og fordeles mellom partene må beskrives i avtalen.

Helsedirektoratet vurderer at en forpliktende samarbeidsavtale forankret i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner(r) vil være et risikoreduserende tiltak i forbindelse med pilotering og overgang til nye måter å organisere og samhandle om pasientene på, da partenes forpliktelser er tydeliggjort i avtalen og prosessen i forkant. Samarbeidstiltaket vil også kunne bidra til kompetanseoverføring mellom partene.

Vi gjør oppmerksom på at samhandlingsbudsjett kan defineres på ulike måter, herunder at det er en annen definisjon i NOU:2023 8 Felleskapets sykehus, der samhandlingsbudsjett er forstått mer som et samhandlingstilskudd og der midler er foreslått flyttet ut av eksisterende rammer til kommunene og de regionale helseforetakene.

Del 2 Opprettelse av et samhandlingstilskudd

Mandatets punkt 2 hadde leveransefrist 1.april. Helsedirektoratet har der foreslått kriterier for opprettelse og forvaltning av et samhandlingstilskudd. Leveransen er vedlagt.

Helsedirektoratet ser at det er behov for et stimuleringstilskudd, og vi foreslår derfor et samhandlingstilskudd på 0,1-0,5 mrd. kr for å understøtte utvikling av gode tjenester til pasienter som trenger samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet ble også bedt om å vurdere mulige eksisterende tilskudd som kunne inngå i et slikt samhandlingstilskudd. Vi har organisert vurderingen omkring de tre grupperingene velferdsteknologiordninger, ordninger for teambaserte modeller og kompetanseløft-ordninger. Etter en nærmere vurdering av ulike tilskudd Helsedirektoratet er forvalter av, finner vi ikke grunnlag for å foreslå tilskudd som bør innlemmes et samhandlingstilskudd. Dette skyldes i hovedsak foreliggende bindinger og planer. Vi vurderer at de eksisterende tilskuddene til kommunene i hovedsak fungerer godt, og at det kommunene som vil ha størst nytte av en videreføring av tilskuddsmidlene.

Del 3 Eventuelle justeringer i de aktivitetsbaserte finansieringsordningene

De aktivitetsbaserte finansieringsordningene er løpende gjenstand for utvikling i takt med medisinsk utvikling, faglige nasjonale føringer og ønsket tjenesteutvikling som økt fokus på samhandling og digitalisering.

For å understøtte situasjoner der det er behov for samhandling og samarbeid på tvers av nivåene foreslår vi her endringer både i innsatsstyrt finansiering (ISF), helserefusjonsområdet og resultatbasert finansiering (RBF). Enkelte av tiltakene kan gjøres allerede fra 2024, mens andre endringer som beskrives vil kreve mer utredning og er av mer langsiktig karakter.

Vi foreslår at det fortsatt jobbes med utvikling av tjenesteforløpsgrupper (TFG) i spesialisthelsetjenesten. Dette for å legge til rette for fleksibilitet i hvordan tjenestene gis innenfor en gitt periode, og der man ved endring i måte å yte tjenesten på ikke opplever bortfall av ISF-inntekter. Dette kan enten gjelde andre måter å yte tjenesten på innad i spesialisthelsetjenesten eller berøre oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak. I tillegg foreslås at vi i ISF-regelverket ser på muligheter for en mer generisk utforming av de beskrevne teambaserte modellene, samt regelverkets punkt om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester.

En tidligere løftet problemstilling er knyttet til mulighetene for finansiering av samkonsultasjoner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Slike samkonsultasjoner utfordrer blant annet egenandelsmuligheten, der denne kun kan tas én gang for samme konsultasjon. Notatet beskriver en modell for hvordan slike konsultasjoner kan finansieres, med hovedvekt på egenandel og kompensasjon for bortfall av denne for den parten som i de enkelte tilfellene ikke har pasienten hos seg med formelt ansvar for konsultasjonen (og dermed kan avkreve egenandel).

For resultatbasert finansiering (RBF) foreslår vi for 2024 noen justeringer i modellen, samt en inkludering av somatiske helsetjenester i indikatorer som til nå kun inkluderer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette dreier seg om indikatorer for samhandling og digitale helsetjenester. Vi foreslår at ordningen på sikt bygges ut til å omfatte flere indikatorer som støtter opp under ønsket utvikling på dette. Blant annet bør det utredes om det kan utvikles indikatorer som måler aktivitet knyttet til samhandlingsbudsjetter, effektene av disse eller indikatorer som mer konkret måler gevinster eller resultater av samhandling framfor å måle bruk av verktøy eller prosess.

I det videre arbeidet med ISF-utviklingen vurderes det generelt å styrke insentivene for aktuelle tjenester i ISF som understøtter samhandling og samhandlingsbudsjetter. Dette kan gjelde

løsningene for samarbeidsaktiviteter, teambaserte løsninger og digital hjemmoppfølging. Det legges opp til å håndtere dette innenfor ISF-bevilgningen.

På sikt kan andre finansieringsmodeller for samhandling på tvers også være aktuelle. Ulike modeller er beskrevet i tidligere konseptrapport fra Helsedirektoratet². Dette kan for eksempel dreie seg om tverrgående pasientforløp mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og en medfinansieringsmodell som kan være rettet mot definerte pasientgrupper som har et spesielt stort behov for samhandling.

Samlet forslag til tiltak:

Tiltakene som skisseres i notatet er en del av en samlet tiltakspakke for å understøtte bedre sammenhengende tjenester for de pasientene som trenger det. Det er et spesielt fokus på følgende grupper; barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Det foreslås etablering av forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner der samhandlingsbudsjettet er konkretisert, og hvor samhandlingstilskudd inngår som en delfinansiering. Videre foreslås også justeringer av de aktivitetsbaserte ordningene for å støtte opp om samhandlingstiltak mellom helseforetak og kommune. Tiltakene vil være en del av helsefelleskapenes strategi og med fokus på pasientgruppene som trenger tjenester både fra helseforetak og kommuner. Helsefelleskapene forutsettes å være en viktig arena og et nettverk for kommuner og helseforetakene i arbeidet med å etablere gode samhandlingstiltak og samarbeidsavtaler for pasientgruppene som trenger det.

Det foreslås et samhandlingstilskudd på 0,1-0,5 mrd. kr for å understøtte gode tjenester til pasienter som trenger samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Dette samhandlingstilskuddet foreslås å komme i tillegg til allerede eksisterende tilskuddsordninger, for å understøtte mer samhandling og flere forpliktende avtaler om sammenhengende tjenester for pasientgrupper som trenger det.

² TB2021-tillegg 44: Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenesten.

Oppdraget

1. Bakgrunn, organisering og prosess

Med bakgrunn i dagens utfordringsbilde³ med økende antall eldre og knapphet på helsepersonell og kompetanse er det viktig at ressursene i større grad ses i sammenheng. Videre er det et behov for å utvikle godt koordinerte pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene. Det er en opplevelse av at finansieringsordningene ikke på en god nok måte understøtter ønsket og nødvendig samhandling.

I rapporten "Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene" (se note 2) ble ulike mulige konsepter skissert. Det ble samtidig understreket at finansiering kun er ett av flere virkemidler som må virke sammen.

Helse- og omsorgsdepartementet har i dette oppdraget ønsket å se nærmere på hvordan et samhandlingsbudsjett, et mulig samhandlingstilskudd og enkelte justeringer innen dagens aktivitetsbaserte finansieringsordninger kan bidra til økt bærekraft og gode sammenhengende pasientforløp.

1.1 Oppdraget

Oppdraget er tredelt:

Helsedirektoratet skal vurdere på hvilken måte samhandlingsbudsjetter kan bidra til bedre sammenheng og samarbeid i tjenestene, et desentralisert helsetilbud og forebyggende innsats.

Helsedirektoratet skal vurdere opprettelse av et samhandlingstilskudd, eventuelt benyttet for å stimulere til samhandlingsbudsjetter, jf punkt 1, samt utforming og forvaltning av en slik tilskuddsordning. Det bes om at vi vurderer om det er eksisterende tilskudd som bør innlemmes i et slikt eventuelt. tilskudd.

Helsedirektoratet skal vurdere om det kan og bør gjøres justeringer innenfor dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodeller som kan understøtte situasjoner der det er behov for samhandling og samarbeid på tvers av nivåene.

1.2 Organisering av oppdraget og prosess

Oppdraget har vært forankret i divisjon helse økonomi og kompetanse og organisert som et prosjekt med deltakelse fra flere divisjoner og avdelinger i Helsedirektoratet for å sikre forankring opp mot tilgrensede oppdrag⁴.

Avdeling finansiering har ledet arbeidet med deltakelse fra avdeling tilskudd og avdeling helserefusjoner. Representanter fra avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, avdeling spesialisthelsetjenester, avdeling barn og unge og avdeling velferdsteknologi og rehabilitering har

³ NOU 2023:4 Helsepersonellkommisjonen

⁴ Blant annet: TB2023-52 Støtte til helsefellesskapene, TB2023-76/56 Innsatsstyrt finansiering av den spesialiserte fødselsomsorgen, TV2023-57 Fødselsomsorg, TB2023-TB2023-62 Rehabilitering, habilitering og mestring og TB2023-39 Nasjonalt velferdsteknologiprogram, arbeidet med å flytte tjenester hjem (DigiHjem) og helseteknologiordningen.

vært knyttet til prosjektet som ressurspersoner på sine respektive fagområder og forankring mot andre pågående oppdrag i Helsedirektoratet. I tillegg har det vært avholdt flere møter med sekretariatet for Helsedirektoratets innspill til NHSP/NHSaP.

Oppdraget er presentert og diskutert med Nettverk for Helsefellesskap og referansegruppen for arbeidet med NHSP, der både KS, RHF og fagorganisasjonene er representert. I tillegg er oppdraget presentert for økonomidirektørene i RHF-ene.

1.3 Forutsetninger for arbeidet

Oppdraget er løst innenfor dagens organisering av helse- og omsorgssektoren og innenfor gjeldende finansieringsordninger, samt den generelle føringen om å begrense innføring av nye rapporteringskrav.

Del 1 Samhandlingsbudsjett

2. Situasjonsbeskrivelse/status

Behovet for utvikling av helhetlige og godt koordinerte pasientforløp for pasienter med behov for tjenester på tvers av forvaltningsnivåene er godt dokumentert, blant annet gjennom NHSP 2020-2023.

Gjennom utprøving og pilotering av ulike samhandlingstiltak, samt omtalt i vår rapport om utvikling av finansieringssystemene (jf note 2) er det avdekket hvilke hindringer som gir utfordringer for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Her nevnes følgende:

- Organisering
- Virksomhetsstyring og kultur
- Asynkronitet i finansieringssystemene

For å redusere utfordringene med ulik organisering, virksomhetsstyring og kultur ble Helsefellesskapene opprettet. Gjennom dette tiltaket er det lagt til rette for at representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere kan møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Prioriterte pasientgrupper er barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Helsedirektoratet er tildelt ansvar for ulike utviklings- og oppfølgingsoppgaver knyttet til Helsefellesskapene, bla utvikling av nødvendig styringsinformasjon for å understøtte helsefellesskapenes arbeid med de prioriterte pasientgruppene.

Som svar på oppdraget (se note 2) om hvordan finansieringsordningene i helse- og omsorgstjenesten kunne innrettes for å understøtte bedre sammenheng og økt bærekraft ble 4 ulike konseptskisser beskrevet. Vi er herbedt om å se nærmere på hvordan samhandlingsbudsjetter kan bidra til å løse eventuelle hindringer dagens finansieringsmodeller gir for utvikling av gode pasientforløp på tvers av tjenestenivåene.

2.1 Tilnærming til oppdraget gjennom case

Et samhandlingsbudsjett må forstås som del av en forpliktende avtale mellom helseforetak og kommune(r) om et samhandlingstiltak, der partenes kostnader i samarbeidet er fordelt og benyttes i styring og prioritering av ressurser. Tiltaket må være prioritert gjennom helsefellesskapets utviklingsstrategi, og avtalen må være forankret i eksisterende samarbeidsstrukturer. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6⁵ forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak har vært et fokusområde siden samhandlingsreformen i 2012, og det er mange gode eksempler på at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak fungerer godt.

Vi har nærmet oss oppdraget gjennom å se nærmere på utvalgte modeller for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, for å hente erfaring til dette arbeidet. Det gjelder både i forhold til

⁵ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

hvordan samarbeidet er avtaleregulert, organisert og finansiert i tillegg til hvilke effekter disse tiltakene kan vise til for både avtaleparter og pasienter/brukere.

Samarbeidsmodellene som er sett nærmere på er:

- Pasientsentrerte helsetjenesteteam (Universitetssykehuset i Nord-Norge)
- ACT-FACT-modellen (opprinnelig utviklet i USA/Nederland)
- Telemedisinsk servicesentral (Arendal)
- Digital sårbehandling (blant annet i Vestre Viken)
- Barn og unges helsetjeneste (Helse Fonna)

Felles for disse modellene er at de har vært utviklet over tid, gått fra å være et forsøk/en pilot og nå breddes. I tillegg tenker vi at disse kan representere modeller som treffer prioriterte pasientgrupper nevnt i oppdraget. Vi er også kjent med at det er flere gode initiativ og tiltak som kunne vært beskrevet her, men vi har tenkt at de nevnte samarbeidsmodellene kan være dekkende for ulike måter å organisere samarbeid mellom sykehus og kommuner på.

I tillegg viser vi til vedlegg 1, der vi har nevnt noen andre samarbeidsprosjekter som kan være interessante å se nærmere på i denne sammenhengen. Vi har ikke sett nærmere på case som omhandler kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid eller den akuttmedisinske kjede da det pågår egne prosesser for disse områdene. Imidlertid er dette også områder som er naturlig å se på i forbindelse med videreutvikling av samarbeidet mellom kommuner og helseforetak.

2.2 Pasientsentrerte helsetjenesteteam

Med basis i oppdrag fra Helse Nord RHF i 2013 tok Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) initiativ til et samhandlingsprosjekt med kommunene om utvikling av en pasientsentrert helsetjenestemodell. En pasientsentrert tilnærming betyr å sette pasienten og dens behov i sentrum og innebærer en systematisk innhenting av pasientens personlige mål, tett dialog med involverte parter samt planlegging og samkjøring av planer fra andre instanser pasienten har vært i kontakt med.

Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) ble etablert på tvers av sykehus og kommune, der målsettingen var å bidra til tidlig vurdering av hjemmeboende og tidlig støttet utskrivning og oppfølging etter sykehusinnleggelse til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. Teamet skulle i tillegg utvikle godt planlagte og helhetlige pasientforløp der pasient og pårørende involveres aktivt. Det startet med et samarbeid mellom UNN, Tromsø kommune og Harstad kommune, men modellen er nå under utbredelse ved flere sykehus og kommuner.

Teamet er organisert med tverrfaglig kompetanse og består av ansatte fra både sykehuset og kommunene som møter pasienter både hjemme hos pasienten, på sykehjem og i sykehus. Teamet er lokalisert i sykehuset og har gjennom innhenting av pasientens samtykke tilgang til informasjon om pasienten i hverandres journalsystemer.

Teamet ble i oppstartsfasen finansiert gjennom midler fra RHF-et, mens driften nå deles likt mellom partene. Sykehusets andel av finansieringen er et internt spleiselag fra spesifikke avdelinger, mens kommunene finansierer sine respektive personellressurser inn i teamet. De nye teamene som er under oppbygging, kan ha annen organisering og dermed også ha andre finansieringsmodeller. Etter dialog med sektoren er ISF-ordningen utviklet til å støtte opp om tiltaket gjennom finansiering av aktiviteten. Dette er nærmere omtalt i del 3.

I starten var målgruppen skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte kroniske lidelser, mens den nå vurderes utvidet til å gjelde stormottakere av helsetjenester over 60 år på tvers av tjenestenivåene. Henvisning til teamet kan gjøres av fastlege, kommunenes helse- og omsorgstjeneste eller sykehus.

Teamet ivaretar nødvendig koordinering på tvers av tjenestenivåene og inn i de ulike organisasjonene. Dette muliggjør økt innsats på forebygging for pasienter med gradvis funksjonssvikt i hjemmet.

Det har gjennom hele utviklingsperioden vært viktig for prosjektet å dokumentere effekter og følge opp om målsettingene for samarbeidet er nådd. Dette er gjort ved å etablere en forskningsgruppe ledet av Nasjonalt senter for e-helsetjenesteforskning som fikk i oppdrag å både forske på og evaluere resultatene fra PSHT. Resultatene prosjektet har oppnådd færre ø-hjelpsinnleggelser men flere planlagte polikliniske konsultasjoner, færre øyeblikkelighjelps liggedager bidratt til en fortsatt satsing på videreutvikling av modellen og utbredelse av PSHT-modellen til andre helseforetak og kommuner rundt om i landet⁶.

2.3 ACT og FACT modellene

ACT og FACT-modellene er teambaserte behandlingsmodeller som gjennom en tverrfaglig tilnærming skal gi helhetlige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og med lavt funksjonsnivå på mange livsområder. Det er ofte også en tilleggsproblematikk knyttet til rusproblemer.

Hovedforskjellen mellom de to behandlingsmodellene er at ACT retter seg mot mennesker med stort og kontinuerlig hjelpebehov grunnet psykoseproblemer, mens FACT har en noe bredere målgruppe med et bredere hjelpebehov.

Modellene krever en forpliktende samhandlingsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommune/bydeler når de etableres, da teamene skal gi et helhetlig tjenestetilbud på tvers av tjenestenivåer. Den forpliktende samhandlingen forankres gjennom egen samarbeidsavtale mellom partene i samarbeidet, dvs. mellom kommunen(e) og helseforetaket/distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Avtalen regulerer partens budsjettbidrag, for å sikre både etablering og videreføring av tiltaket etter at oppbyggingsfasen er over. Staten gir i oppbyggingsfasen støtte via øremerkede tilskuddsordninger, Aktivitet som er definert som spesialisthelsetjeneste gis ISF-finansiering. Det meldes at å definere om en aktivitet er spesialisthelsetjeneste eller kommunehelsetjeneste er krevende. Problemstillingen er nærmere omtalt i del 3.

Valg av organisasjonsform og finansieringsmodeller er avhengig av mange faktorer, spesielt geografi og størrelse på målgruppen. Den vanligste organisasjonsformen er imidlertid at det er flere kommuner som samarbeider med ett DPS om ett team.

Forskning viser at ACT- og FACT-team modellen har vært vellykket når det gjelder å fremme likeverdige, helhetlige og integrerte tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, at FACT modellen har en brobyggerfunksjon og at FACT-modellen kan gi muligheter tross barrierer det norske

⁶ Gro Berntsen, Dalbakk, j. Hurley, t. Bergmo, I. Spansvoll, j. Bellika, S. Skrøvseth, T. Brattland, M. Rumpsfeld *Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial* : BMC Health Services Research volume 19, 682 (2019)

tjenestesystemet har for integrering⁷. Resultater viser bl.a at det ble registrert færre innleggelser under tvang i psykisk helsevern etter inntak i FACT og at brukerne har oppnådd bedring på ulike områder i livet (bolig, funksjon mm).

2.4 Digital behandling og oppfølging

De siste årene har ulike typer velferdsteknologi og digitale behandlings- og oppfølgingsprogrammer vært prøvd ut og innført på flere områder innen helse- og omsorgstjenesten. Formålet er nært knyttet til samfunns målet *"Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling"*.

I vårt arbeid har vi sett nærmere på prosjektet digital sårbehandling ved kommunene knyttet til Vestre Viken HF og ved Helse Fonna, samt Telemedisinsk servicesentral et samarbeid mellom Arendal kommune og Sørlandet sykehus HF.

2.4.1 Digital sårbehandling

Sårbehandling er en vanlig oppgave for kommunehelsetjenesten, både i hjemmesykepleie, institusjoner og legekantor. Ved behov for spesialist har det vært vanlig at disse pasientene henvises til sykehus for å møte behandler (sårsykepleier) i poliklinikken.

Flere sykehus, fastleger og kommuner har nå etablert praksis der såret kan vurderes og behandles via videokonsultasjoner med sårpoliklinikk eller fastlege der helsepersonell fra kommunen eller pasienten selv gjør sårstellet.

Et av prosjektene med digitale sårtjenester er et samarbeid mellom Vestre Viken HF og kommunene, der Kongsberg kommune har vært først ut. Flere andre helseforetak og kommuner har etablert lignende tjeneste. Prosjektet har utviklet et godt pasientforløp for sårbehandling⁸, der pasienten starter sin behandling i sykehuset, men følges opp hjemme med hjelp fra kommunens hjemmesykepleiere. Oppfølgingen skjer via videokonferanse/konsultasjon. Pasientene slipper å reise til sykehuset og har dermed behov for mindre hjelp/bistand fra kommunen.

Resultater som er oppnådd så langt viser til fornøyde pasienter. Pasientene slipper unødvendig transport til sykehus, får raskere oppfølging og reduserte komplikasjoner og innleggelser.

Prosjektet ble i oppstartsfasen finansiert gjennom samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst RHF og Regionalforvaltning i Viken fylkeskommune.

Flere sykehus og kommuner har lignende felles tjenestemodeller for digitale sårtjenester. Blant annet gjelder dette aktiviteter tilknyttet Sunnaas sykehus, Sørlandet sykehus, Sykehuset Innlandet og Helse Fonna med tilhørende kommuner. Vi er kjent med at det pågår mini-metodevurdering av modellen med utspring i Helse Fonna (gjøres i samarbeid med FHI).

⁷ Landheim et.al., 2015, Kristin Thrane m.fl ([Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams - International Journal of Integrated Care \(ijic.org\)](#), [Evaluering FACT-team i Norge - Sluttrapport \(rop.no\)](#))

⁸ Tjenesteinnovasjonen gjennomføres etter metodikken utviklet i Veikart for tjenesteinnovasjon (2015) og Veiviser for videokommunikasjon (2020)

2.4.2 Regional telemedisinsk servicesentral

Etableringen av Telemedisinsk servicesentral (TMS) i Arendal kommune er resultatet av et langt utviklingsarbeid mellom kommunene på Agder og Sørlandet sykehus HF⁹ om en satsing på velferdsteknologi for å møte den fremtidige utfordringen med endret demografi og knapphet på helsepersonell.

Utviklingsarbeidet har vært støttet gjennom ulike tilskuddsordninger fra bl.a. Statsforvalter, Helsedirektorat og Forskningsrådet. I tillegg har universitetet i Agder fulgt utviklingsarbeidet og evaluert måloppnåelse i tidlig fase av dette arbeidet.

Målet for utviklingsarbeidet har vært at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenestene og at valgte løsninger skal gi gode helsetjenester med mindre bruk av helsepersonell. Tilbudet skal være rettet mot pasienter med kroniske sykdommer, f.eks KOLS, hjertesvikt og diabetes type 2, og risiko for forverring av tilstanden, risiko for reinnleggelser i sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester.

Utviklingsprosjektet¹⁰ har hatt stort fokus på tjenesteutvikling med tanke på å styrke samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og jobbe mot sømløse forløp på tvers med pasienten i sentrum. Brukerrepresentasjon har vært til stede gjennom hele utviklingsperioden.

TMS i Arendal følger i dag opp KOLS pasienter fra 12 kommuner på Agder i samarbeid med helseforetaket. Hvilke pasienter som skal følges opp bestemmes av helseforetaket og det er flere kriterier som må oppfylles for at pasientene tilbys denne oppfølgingen. Bla må f.eks KOLS pasienter være orientert om tid og sted, kunne betjene enkel teknologi (nettbrett) og ha 3G/4G dekning hjemme.

Pasientene følges opp av sykepleier på TMS når de har kommet hjem etter et sykehusopphold gjennom en kombinasjon av måling av medisinsk tilstand, f.eks. oksygenmetning og puls, spørsmål via nettbrett og video- eller telefonkonsultasjon. Det gjennomføres egen kartleggingssamtale ved oppstart av tilbudet hjemme og det er lagt vekt på å ha tett kontakt med pasientens fastlege.

Forskning har vist at bruk av velferdsteknologi (Prosjektet Felles Telemedisinsk løsning Agder (TELMA) kan bidra til kostnadseffektiv bruk av helse- og omsorgstjenester (sykehus, legevakt, fastlege og hjemmetjenester), fører til økt trygghet og mestring slik at pasienten opplever bedre livskvalitet og økt samhandling mellom aktørene ved oppfølging av pasienter med kronisk hjertesvikt

Helseforetaket er ansvarlig for innkjøp og utlevering av alt utstyr pasienten har behov for, TMS har ansvar for opplæring og veiledning. Tilbudet er gratis for pasienten.

Kommuner utenfor Farsund, Kristiansand og Arendal må ha samarbeidsavtaler med kommunen, og tjenesten må søkes om via tjenestekontoret i hjemkommunen. Tiltaket dekker både forebyggende og behandlende tilbud.

Det er utviklet egen betalingsmodell for tjenestetilbudet, der helseforetaket er ansvarlig og tar kostnaden for utstyret samt nødvendige ressurspersoner/helsepersonell i helseforetaket, mens kommune betaler en månedssats per pasient som inngår i tilbudet ut fra driftsbudsjettet Arendal kommune har knyttet til driften av TMS.

⁹ På Agder har kommunene etablert Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi (RKG e-helse) som er forankret hos Rådmannsgruppen i Regionalplan Agder (2016)

¹⁰ Sluttrapport digital hjemmeoppfølging Agder

2.5 Barn og unges helsetjeneste

Prosjektet barn og unges helsetjeneste ved Helse Fonna oppsto som en følge av en endring i prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge i 2015. Kommunene skulle da ta over ansvar for milde til moderate tilstander og førte til stor usikkerhet i kommunene knyttet til roller og ansvar. I tillegg så helseforetaket at en stor andel av henvisningene til utredning og behandling i BUP fikk avslag da de ikke ble vurdert til å oppfylle kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Alle kommunene i foretakets opptaksområde ble invitert til Samhandlingsprosjektet Barn og unges helsetjeneste der målet var å tydeliggjøre roller og ansvar gjennom beskrivelser av helhetlige forløp på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste.

Det ble etablert 7 tverrfaglige arbeidsgrupper som jobbet med hvert sitt utfordringsbilde. En styringsgruppe ble etablert med representanter fra både kommuner, helseforetak og brukere.

I tråd med prinsippene i Veikart for tjenesteinnovasjon utviklet av KS ble det utarbeidet 7 samhandlingsforløp som tjenestetilbudet på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste i forhold til de vanligste psykiske plagene hos barn og unge. Forløpene gir oversikt over de ulike tjenestenes roller og ansvarsområder og er et verktøy til bruk for fagfolk for å kunne gi barn og unge et sammenhengende hjelpetilbud.

Samhandlingsforløpene breddes nå til flere foretaksområder og Helse Fonna har etablert en forvaltningsordning som skal sikre revisjon av forløpene årlig i regi av Helsefellesskapet.

Utviklingsprosjektet er støttet med midler fra det regionale helseforetaket for frikjøp av ansatte i helseforetaket gjennom utviklingsfasen. Kommunenes ressurser er dekket av kommunenes rammer.

3. Etablering av samhandlingsbudsjetter

Kommuner og helseforetak er fremover avhengige av å samarbeide bedre om pasienter med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester på tvers av tjenestenivåene. Et slikt samarbeid kan utfordres ved at kommuner og helseforetak er grunnleggende ulike i organisering, struktur, kulturog tilnærming til pasienter og brukeres behov. I tillegg må kommuner og helseforetak forholde seg til ulike lover og regelverk og finansieringsordninger.

I rapporten "Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene" (se note 2) er det referert til at en av årsakene til at tjenestene oppleves som fragmenterte og dårlig koordinerte, er manglende finansiell understøttelse av de sammenhengende pasientforløpene. Siden finansieringssystemene også er grunnleggende forskjellige, kan det ligge disinsentiver i systemene som ikke fører til optimal arbeidsdeling og samhandling. Det pekes også på at finansiering er en nødvendig, men langt fra tilstrekkelig forutsetning for å skape sammenhengende tjenester. Finansieringsvirkemidlet må ses i sammenheng med andre virkemidler for å oppnå full effekt.

Funn fra gjennomgangen av de utvalgte samarbeidsmodellene støtter opp om denne konklusjonen.

Vi finner følgende:

- Helseforetak og kommuner må se at det er et behov og bli enige om å samarbeide om eksplisitt definerte pasientgrupper
- Det må utvikles helhetlige pasientforløp med deltakelse fra begge parter, der roller og ansvar er avklart
- Det må defineres og avsettes ressurser til samhandlingen
- Samhandlingstiltaket bør støttes med tilskuddsmidler

Gjennomgangen viser også at det ikke er én samarbeidsmodell eller én samarbeidsavtale som vil løse alle utfordringer. Valg av samarbeidsmodell vil være avhengig av hvilket behov samarbeidet skal dekke og av den lokale konteksten. Det er godt dokumentert¹¹ at et godt samarbeid er avhengig av god ledelsesforankring, organisering, kultur og at partene oppleves likeverdige.

Det er likevel elementer i de ulike samarbeidsavtalene som er felles og verdt å merke seg:

- Samarbeidet er nedfelt i en forpliktende avtale
- Det er konkretisert hva det skal samarbeides om
- Målsettinger for samarbeidet er tydelig beskrevet
- Hvem som har ansvaret for hva, når og hvor er avklart og dokumentert
- Hva skal finansieres av hvem er konkretisert

Gjennomgangen har også avdekket at tverrsektorielle samarbeidsteam på tvers av forvaltningsnivåene utfordrer eksisterende systemer for dokumentasjon og finansiering, samt juridiske forhold som ansvar for pasienten og ansettelsesforhold for helsepersonellet.

I dag dokumenteres behandling og oppfølging av pasienter som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for i sykehusenes pasientjournalssystemer og oppfølging og behandling som kommunene er ansvarlige for i kommunenes journalssystemer. Systemene er ikke tilrettelagt for en felles dokumentasjon, slik at det er nødvendig med egne tilpasninger, enten organisatorisk eller på annen måte for å sikre at nødvendig dokumentasjon av pasientoppfølgingen er tilgjengelig for relevante deltakere i teamet.

¹¹ Evalueringsrapport av Samhandlingsreformen, Forskningsrådet 2016

I finansieringssammenheng er det i dag slik at oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten finansieres delvis via helseforetakenes rammefinansiering og delvis via den aktivitetsbaserte finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF). Oppfølging og behandling i kommunene finansieres gjennom takster til behandlere som inngår i den kommunale helsetjenesten og gjennom kommunenes rammefinansiering. Denne forskjellen (asynkroniteten) krever oppmerksomhet fra partene i samarbeidet, da det kan tolkes som at spesialisthelsetjenestens tjenester er gitt høyere prioritet gjennom den aktivitetsbaserte finansieringen. Det kan bidra til å forsterke inntrykket av at spesialisthelsetjenesten er en sterkere part i vurdering og beslutning omkring pasientenes hjelpebehov.

3.1 Samarbeidsavtalen

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Inngåelse av en forpliktende samarbeidsavtale forutsetter at begge parter stiller ressurser til disposisjon slik at beskrevne tiltak kan realiseres. Avtalen må derfor være tydelig på hvilke ressurser de enkelte partene skal bidra med inn i samarbeidet. Dette vil være avhengig av formålet med samarbeidet, hva skal oppnås og hvilke roller og ansvar de enkelte partene skal ha i samarbeidet. Slik vi beskriver samhandlingsbudsjett vil dette kunne inngå som en nødvendig del av en detaljert samarbeidsavtale om bestemte pasientgrupper og tiltak.

Når en skal opprette en forpliktende samarbeidsavtale mellom helseforetak og en eller flere kommuner må det være knyttet opp til en målsetting om å dekke et behov. Dette vil variere mellom helseforetak og kommune(r). I denne forbindelse vil arbeid med en omforent utviklingsstrategi i det enkelte helsefellesskap bidra til å avklare hvilke tiltak en lokalt bør samarbeide om. En forankring i helsefellesskapet kan også bidra til en bredere implementering enn om enkeltkommuner og sykehus selv utvikler tjenester. Dette betyr ikke at det ikke kan utarbeides gode avtaler som kun dekker en (eller flere) kommuner og sykehus.

Poenget med en forpliktende samarbeidsavtale er at behovet/målsettingen må anerkjennes av begge parter, både helseforetak og kommune(r) og konkretisering av samarbeidsavtalen må utarbeides av berørte parter i fellesskap.

Gjennom å formalisere samarbeidet i en forpliktende samarbeidsavtale forankret på ledelsesnivå i kommuner og helseforetak vil samarbeidstiltaket få økt oppmerksomhet på om målsettingene nås, og at samarbeidet gir resultater. Avsatte ressurser vil ellers kunne bli prioritert til andre formål.

Utarbeidelsen/konkretisering av samarbeidsavtalen vil derfor være et vesentlig punkt i samarbeidet, da en gjennom dette arbeidet får knyttet aktuelle aktører/medarbeidere sammen. Involvering av utførende helsepersonell sikrer at de involverte også er godt kjent med innholdet i avtalene og hva som skal oppnås. Gjennom tidlig involvering av de ansatte legger en til rette for å bygge felles kultur. Samarbeid er avhengig av tillit, og tillit skapes gjennom å bli kjent med hverandre, hverandres kompetanse, organisasjoner og kulturer. Etablering/utarbeidelse av samarbeidsavtalen kan derfor også ses på som et nødvendig forprosjekt for å realisere samarbeidet. Dette arbeidet er krevende, og det er pekt på at det kan være behov for prosessstøtte for å sikre likeverdigheten mellom partene. Dette kan være interne ressurser fra kommune eller helseforetak, helsefellesskapet eller for

eksempel miljøer som Innomed¹² som bistår ved tjenesteinnovasjon og som bruker ulike metoder og verktøy etter behov.

Elementer som må inngå i avtalen er:

- Hvilken pasientgruppe eller tiltak som skal være omfattet av avtalen
- Hva er formålet, herunder måloppnåelse
- Organisering av tiltaket
- Avklaring av roller og ansvar
- Dokumentasjon og oppfølging av tiltaket
- **Finansiering – hvem bidrar med hvilke ressurser til samhandlingstiltaket (det kan være både personell, lokaler, investeringer/anskaffelser m.v))**
- Dersom samarbeidet/tiltaket i første omgang er basert på tilskuddsmidler må en overgang til varig drift omtales
- Avtalen sett opp mot helsefelleskapets strategi
- Oppsigelse – dersom noen av partene ikke ser et behov/ ønsker å delta videre

3.2 Samhandlingsbudsjett

Vi gjør oppmerksom på at samhandlingsbudsjett kan defineres på ulike måter, herunder at det er en annen definisjon i NOU:2023 8 Felleskapets sykehus, der samhandlingsbudsjett er forstått mer som et samhandlingstilskudd og der midler er foreslått flyttet ut av eksisterende rammer til kommunene og de regionale helseforetakene.

Med samhandlingsbudsjett forstår vi den delen av en forpliktende samarbeids- eller samhandlingsavtale mellom helseforetak og kommune(r), der partenes kostnader i samarbeidet er fordelt og benyttes i styring og prioritering av ressurser. Avtalen må beskrive et konkret samhandlingstiltak. Tiltaket må være prioritert i helsefelleskapets utviklingsstrategi og avtalen må være forankret i eksisterende samarbeidsstrukturer¹³.

Det etableres et felles budsjett for tiltaket med basis i definert personellinnsats og andre driftskostnader uten at dette endrer de overordnede strukturer når det gjelder organisering og ansvarslinjer. Dette kan for eksempel være personellressurser, leie av lokaler, innkjøp av nødvendig utstyr mv. Det vanligste er at partene finansierer egen ressursinnsats inn i tiltaket, men det finnes finansieringsmodeller som er basert på en 50/50 splitt, eventuelt at Helseforetaket står for en større andel/fast andel (50 prosent) og at deltakende kommuner spleiser på den resterende. Hvordan kommunenes kostnader fordeles kan variere ut fra befolkningsstørrelse, andel brukere relatert til folketall eller pasientpopulasjon eller antall brukere i ordningen. Der samarbeidet krever innkjøp av utstyr eller andre driftsmidler må fordelingsmodeller avtales.

I de tilfeller samarbeidstiltaket har vært understøttet av ulike tilskuddsmidler, eller genererte inntekter, for eksempel gjennom ISF-ordningen viser mange eksempler at disse kommer til fratrekk, slik at partenes kostnader har blitt redusert tilsvarende.

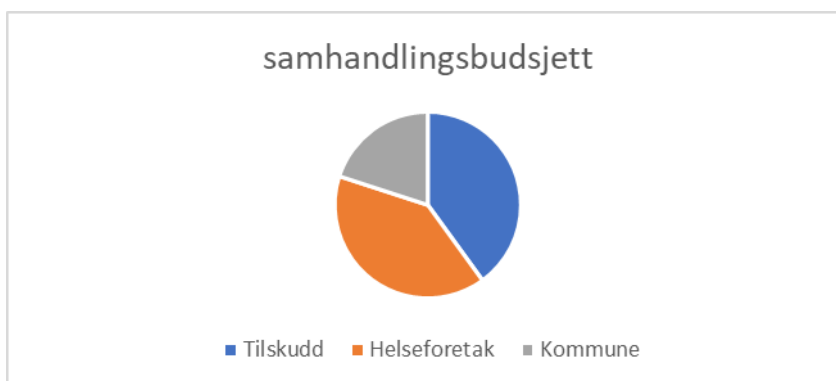
Gjennomgangen av de utvalgte samarbeidsmodellene (kapittel 2) viser at det også når det gjelder finansiering av samarbeidstiltaket er utviklet ulike modeller. Ulike samarbeidsmodeller vil kreve ulike budsjettfordelingsmodeller. Vi har derfor ikke definert en fast modell, da denne må avpasses valgt

¹² InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon innen helsesektoren. InnoMed eies og styres av de fire regionale helseforetakene (Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord) og KS.

¹³ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.

organisering og behov som skal løses. Budsjettet må inneholde de elementer som er viktige for å få gjennomført tiltaket, og være konkret på hva partene er ansvarlige for å bidra inn med. Valgt budsjettfordelingsmodell vil også være avhengig av lokale forhold, samt partenes tilgang på nødvendig kompetanse. I tillegg vil etablering av et samhandlingstilskudd bidra til å stimulere partene til å inngå en forpliktende samarbeidsavtale om omforente samarbeidstiltak, da tilskuddet i en oppstartsfase vil bidra til å reduseres de totale kostnadene for samarbeidstiltaket.

Illustrativt kan et samhandlingsbudsjett vises som figur 1. Gjennom en forpliktende samarbeidsavtale, som både konkretiserer samarbeidstiltaket og synliggjør partenes økonomiske forpliktelser i et samhandlingsbudsjett vil tiltaket gjennomføres ved bruk av finansiering fra egne finansieringskilder i tillegg til midler fra et samhandlingstilskudd.



I dette samhandlingsbudsjettet er avtalen grunnlaget og fordrers ikke at det flyttes midler teknisk ut fra helseforetak og kommune. Samhandlingstilskuddet vil kunne være en del av samhandlingsbudsjettet og må følges opp etter de kriteriene som gjelder for tilskuddet (herunder den forpliktende samarbeidsavtalen).

3.3 Overgang fra tilskuddsfinansiering til ordinær driftssituasjon

Evaluerings av ulike piloter og forsøksordninger har vist at det er vanskelig å få videreført samarbeidet etter at piloten eller forsøksordningen er avsluttet. Det kan være mange grunner til det, men ofte begrunnes dette med bortfall av eller manglende finansiering.

For de samarbeidstiltak vi har valgt å se nærmere på har alle fått tilskuddsmidler i oppstartsfasen. Tilskuddsmidlene har kommet fra øremerkede tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet (ACT/FACT-team), regionale helseforetak/helseforetak og kommuner (Pasientsentrerte helsetjenestetteam) og regionale innovasjonsmidler (digital sårbehandling og telemedisinsk servicesentral).

Vi ser at utformingen av tilskuddene har vært forskjellig, både når det gjelder hvilke elementer som inngår og hva som forventes dekket av partene og varigheten av tilskuddsordningen. Dette skyldes blant annet innretning av tiltaket. Det er forskjell på å etablere en godkjent modellmetode versus å skulle utvikle helt nye tjenestemodeller som også kan inkludere utvikling og anskaffelse av digitale verktøy.

Oppstart av utviklingen av den pasientsentrerte helsetjenestetteam modellen (PHST) ved UNN og Tromsø kommune ble finansiert med kvalitetsmidler fra Helse Nord. Videreutvikling av modellen og utvidelse til å inkludere flere kommuner inn i eksisterende samarbeid med UNN og Tromsø kommune er gjort gjennom et spleiselag fra berørte avdelinger ved UNN og fortsatt prioriterte midler

fra kommunene. For oppbygging av nye team rundt UNN Harstad og UNN Narvik er andre finansieringsmodeller valgt for å hensynta de mange små kommunene.

Tilskuddsmidlene i oppstartsfasen var sentrale både for å få forankret modellen og få etablert nødvendig infrastruktur. Med dette forstås både forankring av hva dette konkret betydde for medarbeiderne i teamet og de ulike tjenestene en skulle samarbeide med i de ulike organisasjonene. Videreutvikling og utvidelse har vært mulig gjennom å vise til oppnådde resultater og gitt synlige gevinster for pasienter, helseforetak og kommuner, jf omtale i kapittel 2.

Etablering av ACT/FACT-team modellen understøttes av tilskuddsmidler forvaltet av Helsedirektoratet. Tilskuddet er utformet for å understøtte etableringen (forprosjekt) samt oppbygging og drift av teamet, der tilskuddssatsen er knyttet til et gitt antall stillinger i teamet som trappes ned i løpet av tilskuddsperioden. Graden av egenfinansiering øker dermed gjennom prosjektperioden noe som bidrar til å lette overgangen til normal driftssituasjon.

Videreføring av teamne etter tilskuddsperioden har vist seg å være utfordrende spesielt for de mindre kommunene. Erfaringer viser at de i større grad møter prioriteringssituasjoner og må velge mellom tiltak og pasientgrupper, i tillegg til å møte utfordringer med å videreføre nødvendig kompetanse inn i teamet. Gjennom utarbeidelse av god styringsinformasjon og dokumentasjon av oppnådde effekter for alle parter, herunder pasienter ser en at tiltaket prioriteres og videreføres. En ser også at en videreføring kan skje med endret organisering og utvidet pasientgruppe, da det spesielt fra kommunesiden oppleves å være et for eksklusivt tilbud til en liten pasientgruppe. Modellene videreutvikles og tilpasses norsk kontekst, blant annet pågår det nå et implementeringsarbeid for FACT-ung som retter seg mot ungdom mellom 12-25 år.

I vurderingene som gjøres underveis og til slutt i tilskuddsperioden er det sentralt at en vurderer oppnådde resultater, herunder gevinster og kostnader ved samarbeidstiltaket versus hva en oppnådde ved å ikke videreføre tiltaket.

God dokumentasjon og utvikling av målepunkter/indikatorer for å følge opp samarbeidstiltaket synes å være sentralt ved vurdering av videreføring etter endt tilskuddsperiode. Fra samarbeidsmodellene vi har sett nærmere på ser vi at sentrale måleindikatorer er:

- Reduksjon i utskrivningsklare liggedøgn
- Reduksjon i antall øyeblikkelig hjelpsinntak (fra disse pasientgruppene)
- Forsinket behov for heldøgns omsorgsplass
- Antall pasienter som følges opp gjennom digitale verktøy/digital hjemmeoppfølging
- Reduksjon i avslag til rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten på grunn av feil eller misforståelser mht roller og ansvar ved henvisning

Hvilke indikatorer eller målepunkter en skal utvikle og bruke vil være avhengig av målsettingen for det forpliktende samarbeidstiltaket. Det er viktig at en finner målepunkter av betydning for partene i samarbeidet og her kan Helsefellesskapet spille en vesentlig rolle gjennom standardiserte metoder.

Utvikling av nye tjenestemodeller, herunder utvikling av nye pasientforløp med endrede roller og ansvar, bruk av digitale verktøy i både behandling og oppfølging betyr at medarbeidere både i helseforetak og i kommunene må gjøre tingene på en annen måte enn i dag. Utvikling, kvalitetssikring og implementering krever både tid og ressurser. I en travel hverdag, med utfordringer knyttet til rekruttering, demografi og begrensede budsjetter kan derfor være utfordrende å ta initiativ til å utvikle noe nytt/gjøre tingene på en annen måte. Stimulering gjennom tilskuddsmidler kan være en utløsende faktor, med de ulemper det også kan ha. Dette er nærmere omtalt under

omtalen av etablering av et samhandlingstilskudd, jf vår leveranse per 1.april som er vårt svar på del 2 i mandatet.

3.4 Vurderinger av innføring av samhandlingsbudsjett

Behovet for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse -og omsorgstjeneste er godt dokumentert. Selv om det er mange eksempler på at kommuner og spesialisthelsetjenesten samhandler godt er det også dokumentert store geografiske variasjoner. Kommuner og helseforetak står overfor ulike rammebetingelser; organisering, lovverk og finansiering, samt demografi og geografi.

Gjennom opprettelsen av helsefellesskapene i NHSP 2020-2023 ønsker en å legge til rette for en konsensusbasert tjenesteutvikling med basis i lokale utfordringer. Norge har 356 kommuner hvorav 49 prosent har færre enn 5000 innbyggere. Utfordringsbildet er likt, men kommunene har ulike forutsetninger for å møte dem. I NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet sies det følgende:

"For å løse både lovpålagte og andre oppgaver framover, og kunne drive utvikling av kommunen i ønsket retning, er tilgang til relevant kompetanse og tilstrekkelig kapasitet en nødvendig forutsetning. Små og usentrale kommuner har større utfordringer i dag enn andre kommuner med å oppfylle lovkrav. Den demografiske utviklingen vil i større grad påvirke små kommuner enn store kommuner når det gjelder forutsetninger for å levere tjenester og utvikle lokalsamfunnene. I tillegg står kommunene overfor store samfunnsutfordringer som må løses lokalt eller i samhandling med andre aktører. Det krever at kommunene har utviklingskapasitet også internt i organisasjonen."

Helsefellesskapene vil gjennom sitt samarbeid kunne tilby en felles utviklingskapasitet gjennom tilretteleggelse av nødvendig styringsdata som grunnlag for en lokalt tilpasset utviklingsstrategi og felles prioritering av tiltak overfor ulike pasientgrupper. Gjennom etablering av forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak og enkelt kommune(r) forankret i felles strategiarbeid i regi av Helsefellesskapet kan en sikre innføring av nye og dokumenterte tjenestemodeller også i kommuner som mangler egen utviklingskompetanse.

Helsefellesskapet vil dermed være en ekstra pådriver for å sette fokus på utvikling og satsing på nødvendige tiltak i en mer systematisk og prioritert kontekst. Gjennom felles prioritering av tiltak med bakgrunn i lokalt utfordringsbilde sikres nødvendig fokus og utviklingsarbeidet gjøres dermed mindre avhengig av lokale ildsjeler, der en ofte ser at utviklingsarbeidet avsluttes eller må utsettes når kompetansen forsvinner.

Gjennom en forpliktende samarbeidsavtale, der et samhandlingsbudsjett er konkretisert med fordeling av partenes kostnader og inntekter, sikres også nødvendig fokus i de ulike organisasjonene. Erfaring fra blant annet opptappingsplanen for rehabilitering og habilitering (avsluttet 2019) og Velferdsteknologiprogrammet viser at jo tettere en følger opp hvilken effekt de tildelte midlene har på måloppnåelsen jo større er sannsynligheten for at målene nås og at tiltakene videreføres. Gjennom disse prosjektene er det også erfart hvor viktig det er å støtte slike samarbeidstiltak med ekstra prosessstøtte i form av veiledning eller gjennom en veileder. Dette kan bidra til å fremskaffe nødvendig informasjon, strukturere prosessen og etablere systemer for dokumentasjon.

Gjennom etablering av forpliktende samarbeidsavtaler vil samarbeidet skje innenfor rammen av dagens organisering og finansieringsordninger. Gjennom konkretisering av et samhandlingsbudsjett oppfylles kriteriet for å søke på særskilte midler fra et nytt samhandlingstilskudd. Samhandlingstilskuddet vil samlet sett bidra til å redusere partenes ressursinnsats i en oppstarts- og eller innføringsperiode og gjennom oppfølging og analyse av dokumenterte effekter, gjerne med

bistand fra ressurser i Helsefellesskapet, kan en både sikre videreføring av samarbeidstiltaket når tilskuddet opphører eller avvikle tiltaket om forventede effekter ikke står i forhold til kostnadene partene har med det.

Etablering av en forpliktende samarbeidsavtale med et omforent målbilde vil bidra til at partene i større grad opptrer som likeverdige parter i samarbeidet og forhindre at en av partene kan skyve kostnader over på den andre parten. Partene står jo nå felles ansvarlig for gjennomføring av tiltaket og måloppnåelsen vil være avhengig av at partene gjennomfører tiltaket som avtalt og nedfelt i avtalen. Sann sett vil avtalen også fungere som et risikoreduserende tiltak.

Helsefellesskapene gir helseforetak og kommuner også en ny arena for deling av resultater fra gjennomførte samarbeidstiltak. Noe som kan bidra til både kvalitetssikring av nye tjenestemodeller og spredning til andre. Spredning av tjenestemodellen for Digital sårbehandling er et eksempel på en slik utvikling. Tjenestemodellen ble utviklet i et samarbeid mellom helseforetaket Vestre Viken og Kongsberg kommune og presentert blant annet i nettverkskonferanser. Interessen fra andre helseforetak og kommuner har vært stor om modellen er nå under innføring flere steder i landet. Samarbeidsprosjektet har bidratt til en bedre tjeneste for pasientene, redusert antall konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og redusert ressursbruk i kommunehelsetjenesten. I tillegg har prosjektet bidratt til både kompetanseoverføring til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og økt motivasjon hos de ansatte. ("Nye arbeidsmetoder gir økt motivasjon og arbeidsglede og vi har fra starten opplevd dette som et vinn-vinn prosjekt." – Sitat fra Erfaringsdeling fra Søndre Land kommune 11.nov 2021).

Del 2 Samhandlingstilskudd

4. Samhandlingstilskudd og eksisterende ordninger

Helsedirektoratet bes i oppdragets pkt. 2 vurdere om det er eksisterende tilskudd som bør innlemmes i et samhandlingstilskudd. Notatet levert 1. april gir en kort omtale av direktoratets tilskuddsportefølje. Her presiserer vi at en forutsetning for en vellykket sammenslåing, er at det løses opp i eksisterende bindinger og planer for tilskuddene (strategier, handlingsplaner o.l.). Eksisterende tilskuddsordninger for kommunesektoren beskrives i notatets Vedlegg 3, hvor vi nevner noen tilskuddsordninger med relevans for de prioriterte pasientgruppene i NHSP.

Vi har organisert vurderingen omkring de tre grupperingene velferdsteknologiordninger, ordninger for teambaserte modeller og Kompetanseløft-ordninger. Vi gjør oppmerksom på nylige innspill for noen av ordningene i besvarelsen av oppdrag om programfinansiering på området utsatte barn og unge og deres familier, med frist 24. mars.

4.1 Velferdsteknologiordninger

Direktoratet forvalter i 2023 ordningene:

- Velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser (8,8 mill. kr + midler over 21-post)
- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke (17,5 mill. kr + midler over 21-post)

For å få best mulig effekt av tilskuddene til velferdsteknologi har Helsedirektoratet en tett oppfølging med tilskuddsmottakerne ved hjelp av omfattende implementeringsstøtte som finansieres over 21-post. Tett oppfølging og støtte vurderes som helt nødvendig for er å legge til rette for at nye løsninger som testes ut kan iverksettes i større skala. Direktoratet for e-helse har en satsing som løper parallelt. Direktoratenes arbeid tas videre i helseteknologiordningen som forberedes i 2023, og skal tilrettelegge for innføring av teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Eksisterende og planlagte rammer for arbeidet med velferdsteknologi innebærer at en eventuell innlemming i et samhandlingstilskudd vil kreve omfattende endringer av dagens strategier på området.

4.2 Ordninger for teambaserte modeller

Tilskudd til primærhelseteam og oppfølgingsteam gis i 2023 over to ordninger:

- Primærhelseteam (54,8 mill. kr + midler over 21-post)
- Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging (5,9 mill. kr)

I notatet 1. april skriver vi at det kan finnes et budsjettmessig handlingsrom knyttet til ordninger med et klart samhandlingsformål, som skal avsluttes etter 2023 (bl.a. ordningene for primærhelseteam og oppfølgingsteam). Se også vårt innspill til rammefordelingsforslaget, hvor det foreslås et samhandlingstilskudd på 8,6 mill. kr til helsefellesskapene.

ACT- og FACT-team støttes i 2023 med midler fra tre av Helsedirektoratets tilskuddsordninger:

- Tilbud til barn og unge med behov for langvarig/sammensatt oppfølging (166,5 mill. kr)
- Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov (166,5 mill. kr)

- Individuell jobbstøtte (IPS) i helse- og omsorgstjenesten (45,2 mill. kr)

De to ordningene for langvarige tjenester forvaltes av statsforvalteren. Ordningene har en lang historie, og ulike alternativer er allerede skissert for veien videre. Mange ordninger ble slått sammen til én i 2015, som ble delt i to ut fra alder i 2019. Midler fra ordningen for barn og unge er også blitt brukt til forsøk med programfinansiering av 0-24 samarbeidet. En mindre del av midlene har fra 2023 fått en tilknytning til helsefelleskapene. På kort sikt vil det foreligge klare forventninger om tildeling tilskudd ut prosjektenes fireårsperiode. På lang sikt har direktoratet foreslått å innlemme tilskuddene i kommunenes rammefinansiering. Ordningen for barn og unge er sentral for andre planprosesser for målgruppen, jf. besvarelsen av vårt oppdrag om programfinansiering med frist 24.03.2023. Det var i fjor et underforbruk av tilskuddsmidler, som indikerer at deler av midlene kan disponeres på andre måter enn i dag.

I en vurdering av innlemming i et samhandlingstilskudd må det tas hensyn til at ordningen for langvarige tjenester til voksne i dag er en av få målrettede satsinger rettet mot kommunene for ROP-gruppen (personer med samtidig rus- og psykisk lidelse). I et eventuelt samhandlingstilskudd vil bare deler av midlene komme denne målgruppen til gode, samtidig som at midlene ikke vil være rettet mot kommunene i like stor grad. Metodene med ACT- og FACT-team og andre varianter vil heller ikke bli vektlagt på samme måten. Direktoratet har per i dag ingen normerende produkter for disse metodene.

Tilskuddet til individuell jobbstøtte (IPS) forvaltes av Helsedirektoratet, og har som formål styrke en bestemt metode for arbeidsrehabilitering. Det er et formål som er svært forskjellig fra samhandlingstilskuddets formål om å styrke pasientforløp, slik at eventuell innlemming ikke framstår som et alternativ.

4.3 Kompetanseløft-ordninger

Blant de ca. 50 tilskuddsordningene under Kompetanseløft 2025 finner vi:

- Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd (totalt 367,4 mill. kr i 2023)
 - o Foreslått styrket i vår rapportering for 2021¹⁴
- Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund (10,6 mill. kr)
 - o Foreslått omdisponert i vår rapportering for 2021
- Lønntilskudd for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (13,0 mill. kr)

Vi har ikke funnet det relevant å gå nærmere inn på Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund (spesifikk politisk forhistorie) og Lønntilskudd for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (profilert kompetansetiltak).

Ordningen Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd har hatt betydelige budsjettmidler, og har over tid framstått som det viktigste virkemiddelet i Kompetanseløft-planene. Tilskuddet er det største tiltaket på strategiområde 1: *Rekruttere, beholde og utvikle personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Tjenesteutviklingsdelen av tilskuddet spesifiseres ikke i bevilgningene og rapporteringen, men anslås grovt til ca. 80 mill. kr. Fra sentralt hold er det hittil ikke gitt sterke føringer for tjenesteutviklingsprosjektene. Ordningen har en desentralisert oppfølging der midlene forvaltes av statsforvalteren og tildeles kommunene, øremerket til omsorgstjenestene. Hvert år søkes de om langt mer enn budsjettet gir rom for å innvilge. Så å si alle landets kommuner mottar tilskudd over ordningen.

¹⁴ Årlig rapportering på status personell og kompetanse fra Kompetanseløft 2025. Oversendt 12.08.2022.

Fra 2023 er ordningen også et sentralt virkemiddel i Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten, og egne midler er fra 2023 bevilget for regional implementeringsstøtte i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet

Eksisterende planer og målsettinger betyr at en eventuell innlemming i et samhandlingstilskudd vil kreve betydelige omlegginger av strategier og planer for de kommunale omsorgstjenestene.

Del 3 De aktivitetsbaserte finansieringsordningene

5. Utvikling av de aktivitetsbaserte finansieringsordningene

De aktivitetsbaserte ordningene utvikles fortløpende med tanke på å støtte opp under ønsket utvikling i tjenesten. Dette kan være ønske om tilrettelegging for mer samhandling mellom nivå eller økt grad av digitalisering.

Gjennom oppdragsteksten bes Helsedirektoratet om å vurdere om det kan og bør gjøres justeringer innenfor dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodeller som kan understøtte situasjoner der det er behov for samhandling og samarbeid på tvers av nivåene. Det er også en føring at arbeidet skal legge dagens organisering av helse- og omsorgstjenesten til grunn. Dette medfører at finansieringsordningene skal, som i dag, følge de overordnede ansvarsforholdene i tjenesten. De tiltakene som drøftes og som til slutt anbefales vil derfor være innenfor disse rammene.

En justering av de aktivitetsbaserte ordningene som foreslått vil være et supplement og en ytterligere understøttelse til ønsket aktivitet og vil på denne måten virke sammen med samhandlingsbudsjetter (del 1) og samhandlingstilskudd (del 2).

5.1 Finansieringsmodeller og aktiviteter som understøtter samhandling og samarbeid på tvers av nivåene

Nedenfor følger en kort beskrivelse av de delene av de aktivitetsbaserte finansieringsordningene som understøtter eller berører samhandling og samarbeid på tvers av nivåene. I tillegg til de aktivitetsbaserte ordningene som i hovedsak er Innsatsstyrt finansiering, takstrefusjoner for helserefusjonsområdet og Resultatbasert finansiering har vi også tatt med to andre ordninger som berører samhandlingen mellom tjenestenivåene, nemlig kommunale akutte døgnplasser og ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter. Selv om vi ikke utreder og forslår endringer for disse i dette notatet, er disse tatt med fordi de er med på å beskrive aktiviteter eller helsehjelp som ligger i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og er en del av totalbildet.

5.1.1 Innsatsstyrt finansiering

Innsatsstyrt finansiering bygger på tre ulike typer kategorier eller pasientgrupper¹⁵: 1) Diagnoserelaterte grupper (DRG) hvor pasientbehandling (sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner) i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene, 2) Særtjeneste grupper (STG) som inneholder aktivitet som foregår utenfor rammene av fysiske besøk i sykehus. Aktivitet i STG-er kan ofte være pasientadministrert og foregå over en viss periode og der helsepersonell ikke nødvendigvis er i direkte kontakt med pasienten når selve helsehjelpen skjer, og til slutt 3) Tjenesteforløpsgrupper (TFG) der aktivitet fra DRG og/eller STG slås sammen til et helhetlig forløp. Disse forløpene er begrenset til å gjelde for spesialisthelsetjenesten og innenfor rammen av et budsjettår.

¹⁵ Jf beskrivelser i [ISF-regelverk](#).

I Innsatsstyrt finansiering, som dekker spesialisthelsetjenestens aktiviteter, har vi gjennom flere år hatt fokus på å utvikle løsninger som understøtter samhandling og samarbeid på tvers av nivåene.

Samarbeid og samhandling om pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan innenfor ISF grovt sagt deles i to hovedgrupper:

1. Samarbeid i utskrivningsprosessen om pasient som skal bytte nivå, for eksempel ved utskrivning fra sykehus til videre oppfølging gjennom helse- og omsorgstjenester i kommunen.
2. Samarbeid om å behandle eller følge opp en pasient tverrfaglig og med behandlere fra ulike nivå (sykehus og kommunale helsetjenester) (integrerte tjenestetilbud). Tjenesten er bygget opp rundt et kontinuerlig og koordinert samarbeid, for eksempel FACT- eller ACT-team. En variant av denne samarbeidsmåten kan være kontinuerlig digital oppfølging av kronisk syke, for eksempel KOLS pasienter eller digital sårbehandling. Dette er eksempler på integrerte helsetjenester der samlokalisering, samtidighet, deling av utstyr, samordning av arbeidsprosesser og til dels fleksibel bruk av personell fra de ulike forvaltningsnivåene til oppgaver på tvers av nivåene.

Samarbeidsaktiviteter med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten

I Innsatsstyrt finansiering finnes refusjonskategorier (STG-er) for samarbeidsaktiviteter. Dette gjelder både for somatikk og psykisk helsevern. Med samarbeidsaktiviteter menes kontakt med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten med formål om samarbeid om oppfølging eller behandling av én bestemt pasient. Kontakten skal ha en karakter som bidrar til god helsehjelp og samhandling om pasient. Aktiviteten er definert å være kontakter der spesialisthelsetjenestens bidrag er nødvendig for den videre oppfølgingen og/ eller behandlingen av pasienten. Aktuelle samarbeidspartnere kan være kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet. For somatikk finansieres også slik aktivitet som skjer i løpet av, eller i forbindelse med utskrivning fra døgntil behandling.

Samarbeid om å følge opp en pasient tverrfaglig og med behandlere fra ulike nivå

Teamarbeid/ teambaserte modeller

ISF beskriver en rekke ulike former for teamarbeid. Teamarbeid kan gjelde ulike helsepersonellgrupper i en avdeling i et sykehus, kan gå på tvers av fagområder (tverrfaglige team), kan gå på tvers av sykehus eller kan gå på tvers av både fagområder, faggrupper og på tvers av kommuner og sykehus. Som eksempler på teambaserte tjenester som i hovedsak dekker tverrfaglige tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten kan nevnes tverrfaglig utredning av ulike tilstander, rehabilitering eller palliativ behandling gjennom palliative team.

For at pasienter skal oppleve koordinerte tjenester på tvers av nivå, er team-modellen blitt en stadig mer vanlig måte å organisere tjenestene på. I ISF dekkes spesialisthelsetjenestens del av teambasert oppfølging der den foregår i samarbeid med kommunen slik at denne skal bidra til helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Modell for denne løsningen i ISF er Helse Nord sine Pasientsentrerte Helsetjenesteteteam (PSHT). En av teamets hovedfunksjoner, slik det er beskrevet i ISF-regelverk, er å skape gode overganger for pasientene når de overføres fra

spesialisthelsetjenesten til egenomsorg eller kommunale tjenester. En annen teambasert strukturert oppfølging som beskrives er oppfølging gjennom integrerte tverrfaglige team, for eksempel FACT/ACT-modellen i psykisk helsevern og TSB. Selv om tjenestene er integrerte og framstår som helhetlige er hensynet til ulik finansiering ivarettatt. Det ligger til grunn at ISF-refusjonen som går til de regionale helseforetakene skal dekke spesialisthelsetjenestens kostnader knyttet til tjenesten, mens kommunens del dekkes av kommunens inntektssystemer.

Nedenfor gjengis andre områder der det kan være spesielt aktuelt med samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og som ikke nødvendigvis dekkes av direkte team-baserte ordninger. Aktiviteten kan i mange tilfeller kun berøre ansatte i spesialisthelsetjenesten, men kan også i faser involvere kommunalt ansatte.

Hjemmesykehus

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå i regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell eventuelt supplert med video- eller telefonkontakt. Hjemmesykehus kan dekke både innleggelser og mer ambulant oppfølging av pasienten ved sjeldnere kontakt enn det som er nødvendig ved en innleggelse. Pasienter i hjemmesykehus kan i mange tilfeller få oppfølging av helsepersonell både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunen.

Digital hjemmeoppfølging

Det er et nasjonalt mål at pasienter i større grad skal møte spesialisthelsetjenestene hjemme hos seg selv. Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt. En slik oppfølging brukes gjerne for oppfølging av kroniske syke for å unngå at pasienten trenger å møte i sykehuset for unødvendige fysiske konsultasjoner eller for å unngå hyppige innleggelser i sykehus. Oppfølgingen av disse pasientgruppene skifter mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, og en god samhandling er derfor nødvendig. I tillegg benyttes det ofte utstyr (for eksempel nettbrett) som brukes for oppfølging fra begge nivå i tjenesten.

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester

I ISF åpnes det for at kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.

5.1.2 Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering (RBF) har som formål å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. Resultatbasert finansiering er et supplement til øvrige finansieringsordninger som rammebevilgning og ISF. For flere av indikatorene er datagrunnlaget felles med det som benyttes i ISF.

Ordningen har 7 indikatorer som dekker de nevnte områdene gjennom 1) video- og telefonkonsultasjoner, 2) samarbeidsmøter i PHV/TSB, 3) teambasert oppfølging av pasienter (FACT- og ACT-team, 4) digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering, 5) gjennomførte nettbaserte behandlingsprogram, 6) andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan og 7) epikrisetid – antall epikriser sendt innen 1 dag.

Selv om ordningen har relativt beskjedent omfang, er det fokus fra både regionale helseforetak og helseforetak om å følge utviklingen i de valgte indikatorene og sette inn tiltak der dette er ønskelig. Dette kan være å få på plass bedre datakvalitet, men kan dreie seg også om å utvikle helsetjenestene for å nå de måltall som er angitt i modellen.

5.1.3 Helserefusjonsområdet

Helserefusjoner er en betegnelse for folketrygdens stønadsordning til helsetjenester. Folketrygden er en obligatorisk trygdeordning for alle som er bosatt i Norge, og folketrygdloven kapittel 5 regulerer folketrygdens stønad til helsetjenester. Formålet er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd. Ordningen er i hovedsak rettet inn mot kurative tjenester. Det innebærer at f.eks. screening og forebyggende tiltak ikke faller innenfor formålsbestemmelsen. Det er i folketrygdloven og i tilhørende forskrifter satt detaljerte regler for hvilke utgifter som kan dekkes og hvor mye som dekkes.

Folketrygdloven er subsidiær, slik at dersom utgiftene dekkes etter annen lovgivning, gis det ikke stønad etter folketrygdloven kapittel 5. Ansvar for å tilby og finansiere helsetjenester er i hovedsak lagt til stat og kommune. Folketrygdens stønadsordninger gjelder i hovedsak hjemmeboende pasienter, og det gis ikke stønad til primærhelsetjenester for beboere i alders- og sykehjem. Folketrygden gir heller ikke stønad for personer som er innlagt i helseinstitusjon.

Regelverket er bygget opp på den måten at det er pasientens møte med den enkelte behandler som gir grunnlag for et økonomisk krav behandler kan rette mot pasienten. Men i stedet for å kreve dette betalt fra pasienten sender behandler pasientens krav til Helfo og det er behandler som mottar utbetalingen fra Helfo. Dette innebærer at helserefusjoner først og fremst er en stønadsordning og ikke en finansieringsordning. Ordningen er likevel en statlig delfinansiering av enkelte helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

På de ulike tjenesteområder er det egne forskrifter som regulerer nivået på hva som gis i refusjon. Refusjonen er angitt i form av takster som medfører at ulike konsultasjoner og prosedyrer gir en refusjon tilsvarende nivået på taksten. På tjenesteområdene lege, psykolog og fysioterapeut fastsettes takstene gjennom årlige takstforhandlinger.

For behandlere som har inngått avtale med kommunene eller regionalt helseforetak er består behandlers totaløkonomi av driftstilskudd, egenandeler og refusjon fra folketrygden.

Det er ingen helhetlig aktivitetsbasert finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Staten v/folketrygden bidrar til finansiering av undersøkelse og behandling hos lege, tannlege, fysioterapeut, jordmor, logoped og audiopedagog, kiropraktor mm. Det gis også stønad til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept for pasienter utenfor institusjon. Spesialisthelsetjenesten finansierer pasientreiser både innenfor den kommunale helse og omsorgstjenesten og innenfor spesialisthelsetjenesten.

Folketrygdens stønadsordninger understøtter samarbeid mellom tjenestenivåene når det gjelder deltakelse i flerfaglige møter og telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten

og annet helsepersonell, men dette gjelder kun for helsepersonell som omfattes av stønadsordningen, f.eks. fastleger, avtalefysioterapeuter, private logopeder og audiopedagoger. Jordmødre i helsestasjon har ikke takst for slik møtevirksomhet. I forbindelse med utprøving av primærhelseteam, er det også honorering av deltakelse i flerfaglige møter for sykepleiere i primærhelseteam. Det er også lagt til rette for digitale konsultasjoner.

5.1.4 Kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger)

KAD er et tilbud som skal gis til pasienter som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, og der innleggelse i KAD kan erstatte innleggelse i sykehus. KAD er en kommunal oppgave, og det er kommunen som har ansvar for å sikre god kvalitet på tjenesten. KAD skal være i stedet for sykehus, og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten kan komme til anvendelse i vurderinger rundt innleggelser i KAD både på systemnivå og i enkelttilfeller.

5.1.5 Utskrivningsklare pasienter

Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (se note 6). Her framgår at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter, og at kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Alle de nevnte områder har innretninger som kan treffe de pasientgruppene som er beskrevet i oppdraget, 1) tjenester til barn og unge, 2) personer med flere kroniske lidelser, 3) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, 4) skrøpelige eldre samt 5) kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

5.2 Hva er utfordrende med systemene – problemer og mangler

Som tidligere skissert kan det være hensiktsmessig å kategorisere samarbeid og samhandling på tvers av nivå i to grupper 1) samarbeid om pasient som skal bytte nivå. For eksempel ved utskrivning fra sykehus til annen omsorg, 2) samarbeid om å behandle eller følge opp en pasient. Enten ved tverrfaglige team på tvers av nivå, eller der helsetjenesten som ytes hyppig veksler mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og der de har behov for en mer kontinuerlig understøttelse fra begge nivå mer eller mindre samtidig, for eksempel ved digital hjemmeoppfølging.

Disse to måtene å samarbeide eller samhandle på krever ulik tilnærming i de aktivitetsbaserte finansieringsordningene.

Selv om de aktivitetsbaserte finansieringsordningene i seg selv ikke utgjør et direkte hinder for god samhandling, kan systemene slik de er innrettet gi noen disinsentiver eller kunne virke hemmende på en god oppgavefordeling mellom nivåene. Det trekkes fram at det er lett å bli fokusert på de aktiviteter som gir inntekter man kan påvirke, det vil si aktiviteter som dekkes av aktivitetsbaserte løsninger. Dette er til dels også vårt inntrykk gjennom flere av de henvendelser og innspill Helsedirektoratet får knyttet til ISF. For eksempel kan man kvie seg for å legge om til digitale tjenester fordi man da mister synlig og ofte høyere refusjon. Det samme gjelder dersom man bidrar

til at pasienten følges opp i kommunehelsetjenesten, og således unngår besøk i sykehuset eller der man står i en situasjon der man kan vurdere om det er helsepersonell i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten som skal utføre tjenesten. Dette kan medføre at man finner løsninger som ikke er optimale verken med tanke på kvaliteten på selve tjenesten eller på bærekraft, men for å opprettholde den aktivitetsbaserte delen av finansieringen.

Generelt vil betalingsordninger som dekker et større sett av aktiviteter og et lengre tidsperspektiv stimulere til sammenhengende tjenester, mens betalingsordninger som kun dekker enkeltaktiviteter (takster) stimulerer høy produksjon av enkeltaktiviteter¹⁶. Incentivene til samhandling vil være sterkere dess større sett av aktiviteter og tjenester som inngår, og dess lengre tidsrom betalingen dekker. Dette kan til dels være utfordrende innenfor dagens rammer, men mekanismer som forløp som allerede eksisterer i noen grad i spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra på en positiv måte.

For å redusere noen av de systembetingede disincentiver er det viktig at både spesialisthelsetjenesten og kommunene gis samme styringssignaler. Dette for at tjenestene skal utvikles i tråd med ønsket politikk og skape den nødvendige dynamikken som må til for å få samhandlingen på rett spor.

5.2.1 Endringer i ISF

Det har i de siste årene kommet flere innspill knyttet til hva som kan eller bør gjøres i de aktivitetsbaserte finansieringsordningene slik at disse i økt grad skal understøtte ønsket utvikling i tjenesten. Med utgangspunkt i en tjeneste som retter seg inn mot den enkelte pasients behov, kan dette blant annet dreie seg om økt bruk av digital hjemmeoppfølging og mer sammenhengende tjenester, herunder teambaserte tjenester. Utfordringer knyttet til de aktivitetsbaserte finansieringssystemene er også beskrevet i konseptrapporten som ble levert til HOD i fjor (se fotnote 15).

Et hovedspor i utviklingen av innsatsstyrt finansiering vil være å gjøre løsningen så fleksibel som mulig, men der ønskene om økt tilgjengelighet og effektivitet allikevel stimuleres. Tre viktige spor i utviklingen vil være økt fokus på digitalisering av tjenestetilbudet og økt grad av forløpstenkning samt utvikling av teambaserte tjenester på tvers av nivåene. Disse retningene vil kunne utfordre det som pasientene, men også enkelte tjenesteutøvere, opplever som kunstige grenser mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne utredningen er ment å skulle svare ut dette ved å se samarbeidsavtaler med samhandlingsbudsjetter, samhandlingstilskudd og justering av de aktivitetsbaserte finansieringsordningene i sammenheng. Utfordringene i ISF blir å utvikle systemet ytterligere for å skape sammenhengende tjenester, men der man allikevel tar hensyn til det todelte forvaltnings- og budsjettssystemet som er en forutsetning.

I det videre arbeidet med ISF-utviklingen vurderes å styrke incentivene for aktuelle tjenester i ISF som understøtter samhandling og samhandlingsbudsjetter. Det legges opp til å håndtere dette innenfor ISF-bevilgningen.

Videre utvikling av tjenesteforløpsgrupper (TFG)

Forløpsbasert finansiering kan gi en fleksibilitet til å innrette tjenesten på en effektiv, samordnet og pasientsentrert måte uten at det oppleves som om den innsatsstyrte finansieringen bortfaller eller

¹⁶ Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene. Helsedirektoratet. Svar på tillegg nr. 44 til tildelingsbrev 2021.

blir lavere om man velger alternativ måte å yte tjenesten på. Dette kan gjelde enten det er ved digital hjemmeoppfølging eller der kommunehelsetjenesten kan gjøre deler av oppfølgingen. Dette må basere seg på at tilsvarende tjenesteinnhold (samme verdi for pasienten) gir samme finansiering uavhengig av på hvilken måte man velger å organisere tjenesten. En slik fleksibilitet vil i første rekke treffe spesialisthelsetjenesten ved at likt tjenesteinnhold gir lik refusjon i større grad enn i dagens system for refusjon av deltjenester. Forløp kan være både dagens Særtjenestegrupper (STG) og dagens Tjenesteforløpsgrupper (TFG).

Forløp i spesialisthelsetjenesten kan også gi insentiver til å utføre enkelte deler av tjenesten i kommunehelsetjenesten. Et forløp som kan ha elementer av utbyttbare tjenester mellom nivå vil kunne medføre at det er nødvendig med avtaler mellom nivåene, at det må avklares hvordan aktivitet skal registreres og hvordan inntekter fra innsatsstyrt finansiering eventuelt kan fordeles fra helseforetak til kommune. Et eksempel kan være forløp innenfor svangerskap, fødsel og barselomsorg der deler av oppfølgingen kan gjøres digitalt eller der deler gjøres av jordmor i kommunen. Et annet eksempel kan være dagens FACT-team der man til dels ser at både tjenester og personell benyttes "på tvers". Selv om man bidrar inn med sine respektive ansatte vil det nødvendigvis kunne være enkelttjenester som ikke er lett definerbare som tilhørende på det ene eller andre nivå. I tillegg vil man ved slike tette integrerte tjenester være avhengig av at informasjon om aktivitet og pasient deles på tvers av nivå. I slike modeller kan ansvaret for pasientbehandlingen ligge til teamet som ofte har sin forankring i spesialisthelsetjenesten.

For å understøtte forebygging, kostnadseffektiv behandling og bærekraft bør det også vurderes om enkelte forløp bør gjøres uavhengig av om helsehjelpen kan kategoriseres med komplikasjoner og bitilstander eller uten. Man må imidlertid være klar over at ikke alle komplikasjoner eller bitilstander kan forebygges og at det i en slik modell kan bli et problem med kostnadsdekning for de mest kostbare pasientene. Det må derfor vurderes på hvilke områder det vil være hensiktsmessig med slike forløp framfor forløp der man i likhet med DRG skiller på med og uten komplikasjoner. Grovere grupper kan ha den fordel at de kan gi mindre trykk på detaljoppfølging, oppkoding og styring av aktivitet mot lønnsomme grupper og aktiviteter.

En utvikling mot forløpsfinansiering, både internt i spesialisthelsetjenesten og på tvers av forvaltningsnivåene vil være avhengig av følgende:

- Vilje til større risiko i form av at tjenester ikke alltid direkte kan klassifiseres som spesialisthelsetjeneste eller kommunal (digitalisering og samarbeid vil i seg selv utfordre dette skillet og gjør det i dag).
- Tilgang til styringsinformasjon, internt i spesialisthelsetjenesten og på tvers. Her kan styringsdata til Helsefellesskapene avhjelpe, men fullverdig styringsinformasjon krever også endring i Norsk pasientregister (NPR) sin databehandling og tilgjengeliggjøring.
- Utvikling av avtalebaserte modeller for fordeling av ISF-refusjon, både mellom foretak, avdelinger og også på tvers av nivå i noen grad. Her bør Helsedirektoratet kunne bistå med sin kunnskap og sammen med de regionale helseforetakene/ helseforetakene jobbe fram modeller som i større grad er "grovere" enn det vi oppfatter ofte er tanken om en "korrekt" fordeling mellom enheter som har bidratt i pasientbehandlingen/ -oppfølgingen. En slik tankegang om en tilnærmet korrekt fordeling vil vanskelig kunne la seg gjøre da ISF-refusjonen uansett vil være basert på nasjonalt gjennomsnitt. Her vil det derfor være rom for mer sjablonmessige fordelingssystemer. Det gjøres oppmerksom på at fordelingssystemene varierer mellom helseforetak, fra til dels detaljerte til mer grovmaskede fordelingssystemer også i dag.

- Benytte styringsdata som utarbeides til Helsefellesskapene til å identifisere aktuelle forløp og rette disse inn mot de fire (fem) gruppene nevnt i oppdraget

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester

Dagens ISF-modell har åpning for at kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan gis refusjon. Dette krever imidlertid at tjenesten er velavgrenset og definert som spesialisthelsetjeneste. Utvikling av nye tjenestemodeller som tar sikte på å flytte tjenester hjem utfordrer ISF-regelverket og vil kunne være avhengig av hvordan de forpliktende avtalene utformes. Vi ser et behov for å utvikle ISF-regelverk på dette området, og vi vil se nærmere på regelverket for 2024.

Digital hjemmeoppfølging/ digitale tjenester

Bruk av digital hjemmeoppfølging (inklusive video- og telefonkonsultasjoner) bidrar til at samarbeid om pasienten mellom behandlere, mellom nivå eller andre tjenesteytere blir enklere. I tillegg til at digital hjemmeoppfølging er en effektiv og fleksibel tjenesteform, bidrar den også til gode måter å samhandle på. ISF har per i dag sidestilt telefon- og videokonsultasjoner med fysiske frammøter i sykehus hva gjelder refusjonens størrelse. Når det gjelder digital hjemmeoppfølging finnes det kategorier som er dekkende for det meste av slik aktivitet. Gruppene skiller mellom oppfølging via skjema, eller oppfølging og monitorering via medisinsk utstyr. Aktiviteten i de aktuelle STG-ene, 14 grupper, er ikke kostnadsberegnet.

Det har hittil vist seg utfordrende å kostnadsberegne denne type aktivitet da den for det første er under oppbygging og har relativt beskjedent omfang foreløpig, dernest at den kan organiseres og ytes ulikt (kan også gå på tvers av nivå) og til sist at den tradisjonelle måten med at personellkostnader utgjør store deler av kostnaden ved en behandling utfordres. Ved digital hjemmeoppfølging erstattes en del av personellet som ellers ville fulgt opp pasienten med algoritmer og databehandlede skjema eller avlesninger. Helsepersonell involveres ikke før datamaskinen gir beskjed om at det er endringer i pasientens innmeldte data eller målinger som tilsier at helsepersonell må vurdere medikasjon eller annen oppfølging. Et alternativ til kostnadsberegnet refusjon vil være en enkel form for fastsettelse av normative kostnader eventuelt at slike tjenester beregnes med utgangspunkt i hva den alternative oppfølgingsformen ville kostet (typisk vil dette være fysisk frammøte). Ved en overgang til forløp vil kostnadsvekten for den enkelte aktivitet sann sett ha mindre betydning, selv om også refusjonene for forløp tar utgangspunkt i faktiske kostnader for den enkelte aktivitet. Forløp vil derfor kunne gi større insentiv til å gå over til andre måter å følge opp pasienten på, siden ISF-refusjonen ikke direkte og synlig påvirkes.

Digital hjemmeoppfølging skiller seg fra flere andre tjenesteformer ved at det ofte benyttes utstyr som kan brukes på tvers av nivå. Gjennom arbeidet med denne og tidligere utredninger og oppdrag er vi kjent med at det er gjort avtaler om innkjøp av utstyr fra sykehuset sin side, og der kommunen betaler en leie til sykehuset mot å benytte samme utstyr i oppfølgingen av pasienten. For eksempel kan dette gjelde nettbrett til oppfølging av kronikere. Samhandlingsavtaler og -budsjetter vil være egnet for å regulere også denne formen for spleiselag eller leieavtale. For denne type oppfølging er det også utviklet ulike samarbeidsformer og organisering av mottaksapparatet for oppfølging (for eksempel telemedisinsk servicesentral på Agder) som reguleres av samarbeidsavtaler og der helseforetakene får deler av sine refusjoner gjennom ISF.

For at digital hjemmeoppfølging skal tas i bruk for å bedre pasientbehandlingen og samarbeidet mellom nivå er det viktig at man ikke i for stor grad opplever bortfall av inntekter ved omlegging. Det anbefales derfor at det rettes ytterligere fokus mot mulighetene av å kostnadsberegne eventuelt på annen måte se på ISF-refusjonen for digitale tjenester. En innlemming av digital hjemmeoppfølging i naturlige tjenesteforløp vil minske fokuset på en nøyaktig refusjon, men vil allikevel være med å danne grunnlag for refusjon i TFG gjennom beregnet kostnad for STG-en aktiviteten grupperer til.

For at samme tjeneste skal gi mest mulig lik refusjon er det også viktig at hele tjenesten ses samlet. Flere former for digital hjemmeoppfølging benyttes ofte sammen med fysiske frammøter for de fleste pasientgruppene. Dette kan være både skjemabasert oppfølging, monitorering eller målinger via utstyr i tillegg til fysiske frammøter, video- og telefonkonsultasjoner eller innleggelser. For større fleksibilitet bør denne type aktivitet ses på som forløp og utvikles innenfor disse rammene i ISF. Dette vil gi fleksibilitet til hvordan tjenesten tilpasses den enkelte pasient, og de behov man ser for pasientgrupper som kan være ulikt mellom sykehus.

Teambaserte tjenester

Dagens ISF-ordning inneholder flere elementer som understøtter integrerte tjenestetilbud. Teammodellen som brukes for FACT- og ACT-team, i tillegg til en mer generelt utformet løsning for annen teambasert oppfølging som omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For begge disse løsningene er det kriterier eller krav som skal være oppfylt for at aktiviteten skal inngå i ISF. Det har kommet innspill på at kriterier for hvilke pasientgrupper som kan inngå i FACT- og ACT-modellen kan oppleves for snever, da arbeidsmåten i seg selv også vil ha god effekt for andre pasientgrupper enn de som dekkes i dag. For eksempel kan dette gjelde pasienter med langvarig psykisk sykdom. ISF-regelverk bør gjennomgås slik at de beskrevne teammodellene gjøres så generiske at de fanger opp aktivitet som gjennom framtidige samhandlingsbudsjetter og samhandlingstilskudd for de tidligere nevnte fire (fem) pasientgruppene vil være dekkende. Det er også et moment å ta med i utviklingen at teambaserte modeller også kan utvides til å jobbe helhetlig med familien der det er behov for dette. Det pekes også på at det for enkelte pasienter/pasientgrupper kan være behov for samtidige behandlingsløp (ikke sekvensielle). Dette er i hovedsak i varetatt i dagens ISF-system da det vil være mulig med samtidige behandlingsløp, men kun i mindre grad der de direkte overlapper i tid. Dette er et punkt vi må se nærmere på i forbindelse med utvikling av løsninger for flere av de aktuelle pasientgruppene.

Samarbeidsaktiviteter

Samarbeidsaktiviteter slik de er utformet i dag innebærer kontakt både med parter som har ansvar for helse- og omsorgstjenester men også andre parter som barnevern, NAV, skole, barnehage og andre. Helsedirektoratet har flere ganger fått innspill på at det kan være utfordrende å skille samarbeidsaktiviteter fra konsultasjoner med pasienten fra tjenestens side. Dette gjelder spesielt i psykisk helsevern. Utfordringen oppstår når pasienten deltar i samarbeidsaktiviteten og partene som deltar retter seg inn mot selve helsetjenesten. Vi har forstått det slik at det i tillegg til at det faglig og innholdsmessig kan være noen utfordringer, også er en utfordring at refusjonen for en konsultasjon vil være høyere enn refusjonen for en samarbeidsaktivitet (bl.a DRG- vs STG-refusjon).

Samarbeidsaktiviteter foregår oftest som enkeltstående aktiviteter/møter. Dette gjelder både for somatikk og psykisk helsevern (aktiviteten samles i STG). For somatikk vil også samarbeidsaktiviteter

for utskrivningsklare pasienter inkluderes. For denne pasientgruppen vil samarbeidsaktivitetene foregå mens pasienten er innlagt. Dette gjelder foreløpig ikke for psykisk helsevern, men kan vurderes inkludert selv om selve innleggelsen ikke inngår i ISF.

Samarbeidsaktiviteter vil være en del av den totale oppfølgingen av pasientene, og vil slik sett naturlig kunne inngå i et forløp. Hvorvidt man velger å klassifisere aktiviteten som behandling/konsultasjon eller som en samarbeidsaktivitet vil være av mindre betydning dersom all aktivitet inngår i forløp. Dette vil spesielt gjelde den delen av utfordringen med kategoriseringen som er knyttet til forskjeller i refusjon. Det er også grunn til å nevne at det er til dels stor variasjon i antall samarbeidsaktiviteter for tilsynelatende like pasientgrupper, noe som både kan skyldes forskjeller i praksis men også i måten man definerer og registrerer aktiviteter på. Her åpner ISF-regelverk for noen grad av skjønn der aktivitet kan oppfattes å være i grenseland. Dette i tillegg til at det kan være forhold ved selve pasienten og apparatet rundt.

Samkonsultasjoner

Se kapittel 5.3, der temaet beskrives felles for helserefusjonsområdet og for aktivitet i sykehus (ISF).

Veiledning

Veiledning mellom helsepersonell er en viktig aktivitet i helsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, utdypet i rundskriv I-3/2013 (Helse- og omsorgsdepartementet). Veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å gi veiledning med begrunnelse i ressurser eller arbeidsbelastning. Plikten gjelder «helsemessige forhold», og omfatter ethvert tiltak som angår pasientens fysiske eller psykiske helse.

Veiledningen kan for eksempel være mellom fastlege og personell i sykehus, internt mellom helsepersonell i sykehus eller mellom sykehuspersonell og ambulanse. Et eksempel kan være bruk av videoutstyr i ambulansetjenesten. Ambulansearbeider kan koble opp video med legevakt/sykehjemslege/ fastlege/ spesialist for å få bistand, råd eller støtte for å kunne finne gode og riktige tiltak for pasienten. Digital sårbehandling som nevnt tidligere kan ha elementer av slik veiledning. Helsepersonell i omsorgstjenesten kontakter enten sykehuspersonale via video eller ved å sende inn bilder av sår, og der de får veiledning til hvordan de best kan innrette sårbehandlingen for den enkelte pasient.

Veiledning kan være en del av forebyggende virksomhet og kan som et eksempel medføre at pasienten kan behandles og følges opp i kommunehelsetjenesten slik at man unngår unødvendig oppfølging i sykehus. Et eksempel her kan være samtaler fastlege tar med vakthavende lege i sykehuset for å avklare pasientens situasjon før en eventuell henvisning til sykehusutredning eller behandling.

Selv om dette er en viktig aktivitet, vil det etter vår oppfatning ikke være hensiktsmessig å registrere all slik aktivitet med tanke på refusjon gjennom ISF, da dette vil medføre en betydelig registreringsbyrde. I tillegg kan deler av slik veiledning gjelde for pasienter som på tidspunktet ikke er pasienter i spesialisthelsetjenesten, noe som vil forvanske en registrering av aktivitet.

Delte stillinger – "hus-hytte konseptet"

Helsepersonellkommisjonen har i sin rapport (jf note 3) beskrevet konseptet Hus-hytte som en modell for delte stillinger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Selv om de fleste stillinger i helse- og omsorgstjenesten vil være knyttet til ett tjenestested, mener Helsepersonellkommisjonen at personell i slike kombinerte stillinger kan representere en effektiv kanal for overføring av kunnskap og bidra til bedre kulturforståelse og innsikt mellom og innenfor tjenestestedene. Slike stillinger kan være attraktive for personellet, og representere en kontinuitet for pasientene, og kan skje innenfor samme nivå (for eksempel ulike helseforetak eller avdelinger i spesialisthelsetjenesten) eller på tvers av primær- eller spesialisthelsetjenesten. Slike modeller kan for eksempel kombineres med forløpsbaserte finansiering eller teambaserte tjenester. Modellen kan i noen grad utfordre finansieringsordningene dersom helsepersonellet jobber inn mot samme pasientgrupper fra begge nivå. Denne problemstillingen kan ligne på utfordringen med å skille mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester som nevnt både i forbindelse med teambaserte tjenester og det som i ISF er omtalt som "kommunalt utførte spesialisthelsetjenester".

5.2.2 Endringer i RBF

Resultatbasert finansiering har virket i to år uten at det er gjort justeringer av modellen. Hvordan modellen kan justeres hensiktsmessig kan tilnærmes på ulikt vis.

For det første kan tekniske justeringer i modellen vurderes. Dette kan være knyttet til datakomplettethet eller til hvordan poeng beregnes i modellen. For indikatorene digital skjemabasert pasientoppfølging og gjennomført nettbasert behandlingsprogram er andelen observasjoner lav slik at det er vanskelig å måle om RBF bidrar til å stimulere til ønsket tjenesteutvikling.

For det andre kan justeringer av de indikatorene som allerede er i modellen være aktuelt. Dette kan for eksempel være å utvide eksisterende indikatorer i PHV/TSB til også gjelde for somatisk helsetjeneste.

For det tredje kan selve sammensetning av indikatorer i modellen vurderes, herunder utvikling av nye indikatorer på områder som i dag ikke er dekket og forhold relatert til dette.

Et område som det i dag ikke er indikator for i modellen er legemidler og pasientsikkerhet. Legemidler og pasientsikkerhet er et område som også er pekt på som viktig i forbindelse med sammenhengende, gode og sikre pasientforløp. I nasjonal veileder for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang¹⁷ beskrives det at virksomhetsleder bør sørge for rutiner som beskriver ansvarsfordeling og tverrfaglig samarbeid ved gjennomføring av legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. I dette ligger at legemiddelinformasjon skal oppdateres gjennom pasientens behandlingsforløp og at dette er særlig viktig når helseforetak og kommuner samarbeider om pasienter. Legemiddelgjennomgang og/eller legemiddelsamstemming kan være en god indikator som fokuserer på digitalisering og samhandling. Dersom man ønsker å utvikle indikatorer for dette, må man tidlig sikre seg at det finnes registreringsmåter (dvs prosedyrekoder eller annen administrativ informasjon som er dekkende). Her finnes det for tiden ikke fullgode registreringsløsninger, men dette bør vurderes.

To av indikatorene i RBF kommer fra NKI-systemet (nasjonale kvalitetsindikatorer). Dette gjelder epikrisetid og individuell plan for schizofrenidiagnostiserte. Sistnevnte indikator er god i den forstand at kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket sammen har plikt til å sørge for at slik

¹⁷ [Nasjonal faglig retningslinje om legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming](#)

individuell plan utarbeides¹⁸. Antall slike planer er imidlertid lave, og vi har fått innspill som peker på at det kan være vanskelig å få korrekte tall på dette da det kan være at slik plan er utarbeidet i kommunen, mens det er Helseforetaket som skal registrere og rapportere aktiviteten. I tillegg er indikatoren kun rettet mot én bestemt pasientgruppe. På sikt bør det vurderes om det skal utvikles indikator for digitale planer (individuell plan og egenbehandlingsplan) på tvers av pasientgrupper.

Andre mulige indikatorer kan utvikles med tanke på den aktiviteten som genereres på tvers av nivå gjennom samhandlingsbudsjetter og den aktiviteten som foregår i Helsefellesskapene. Fra sektoren pekes det på at et relativt lavt antall indikatorer gir større fokus og økt grad av mulighet til å påvirke atferd enn om løsningen inneholder et høyt antall indikatorer. Det er derfor viktig at videreutvikling av løsningen gjøres i samarbeid med sektoren, og er så målrettet med tanke på formålet som mulig.

En svakhet med dagens system vil være at refusjonen går til regionale helseforetak/ helseforetak, mens det ikke eksisterer tilsvarende resultatbaserte systemer i kommunehelsetjenesten. På sikt kan man både tenke seg et resultatbasert system likt RBF også i kommunen, eventuelt at refusjoner for gitte indikatorer kan deles mellom nivåene.

Den danske modellen – "Nærhedsfinansiering"

I 2019 ble det i Danmark innført en ny styringsmodell som avløste den tidligere aktivitetsbaserte finansieringen basert på DRG. Den nye modellen har som mål å øke sammenhengen i tjenesten og bidra til omstilling av behandlingen. Modellen kalt "nærhedsfinansiering" utgjør en del av regionenes samlede finansiering. For at midlene skal utløses må regionene oppfylle en rekke kriterier. Kriteriene skal understøtte sammenheng i tjenesten slik at pasientene skal motta rett behandling på rett sted. Kriteriene kan justeres årlig ved behov.

For 2021 var kriteriene knyttet til påvist reduksjon i antall sykehusopphold per innbygger. Reduksjon i sykehusaktivitet for kronikere med KOLS og/eller diabetes, reduksjon i andelen somatiske innleggelser som fører til en akutt reinnleggelse innen 30 dager samt en økning i andelen virtuelle sykehuskontakter.

Regionene forplikter seg til å oppfylle kriteriene gjennom "økonomiavtalen", og regionene beholder den utbetalte finansieringen dersom de oppnår fastsatte kriterier eller nivå.

Tilsvarende indikatorer som benyttet i den danske modellen, kan også vurderes i den norske modellen. Indikatorer knyttet til målepunkter i pakkeforløp som omhandler samhandling eller utskrivning til hjemmet kan også vurderes.

Ved utvikling av nye indikatorer er det, som for ISF, viktig å vurdere om det finnes eller kan utvikles indikatorer som kan bygge på allerede registrert og rapportert aktivitet (registrerings- og rapporteringsbyrde).

5.2.3 Endringer i de takstbaserte systemene innenfor helserefusjonsområdet

Det er på helserefusjonsområdet særlig to utfordringer som er løftet fram i dialogen med tjenestene på hindringer for sammenhengende pasientforløp på tvers av tjenestenivåer:

¹⁸ Jf helse- og omsorgstjenesteloven §7-1, spesialisthelsetjenesteloven §2-5 og psykisk helsevernloven §4.1. I tillegg er nærmere regulering gitt i forskrift 16.12.2011 nr 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5.

- 1) Manglende honorar for samkonsultasjoner
- 2) Betaling av egenandel ved samkonsultasjoner

Folketrygdens stønadsordning understøtter i liten grad samkonsultasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er takster for samhandlingsaktivitet i form av møter eller kontakt om enkeltpasienter per telefon eller elektronisk kommunikasjon, men det er ikke honorar for å delta i samkonsultasjoner i regi av annen behandler. Hvis en fastlege deltar i en samkonsultasjon i regi av spesialisthelsetjenesten, er det i dag ikke honorar for dette. Er det en samkonsultasjon i regi av fastlegen, kan fastlegen utløse ordinær konsultasjonstakst for dette. Tilsvarende er det ikke honorar når en avtalespesialist deltar i samkonsultasjon i regi av en fastlege.

Egenandeler blir ofte trukket fram som en utfordring ved ulike former for samarbeid mellom tjenestenivåene. Både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ha hjemmel i lov for å kreve betaling av pasientene. Ved teamorganisering med deltakere fra begge nivå, kan det være en utfordring å avklare hvem som skal kreve egenandel.

Helsedirektoratet mener at det er mulig å innføre særskilte takster for samkonsultasjoner innenfor dagens regelverk og samtidig fastholde at folketrygdlovens oppbygning og intensjon tilsier at det som hovedregel ikke gis stønad til behandling hos to behandlere samtidig.

Det er viktig at folketrygdfinansiering ikke blir en hindring for gode pasientforløp. Det bør derfor legges til rette for samkonsultasjoner i bestemte situasjoner når det er medisinsk nødvendig for å sikre god og samordnet oppfølging av pasienten. Dette bør tydeliggjøres gjennom konkrete takster og merknader som åpner for samkonsultasjoner.

Det kan være ulike måter å honorere samkonsultasjoner på. Det kan innføres særskilte takster som dekker samkonsultasjoner som finner sted hos fastlegen, og en annen takst som dekker de tilfellene der f.eks. fastlegen bidrar inn i samkonsultasjon i regi av spesialisthelsetjenesten. I sistnevnte tilfelle må taksten dekke pasientens egenandel.

Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at alle endringene i takstene for leger (fastleger og spesialistleger), avtalepsykologer og fysioterapeuter vil være gjenstand for forhandlinger mellom staten og foreningene. Eventuelle endringer i takstene på disse områdene må derfor tas inn i de ordinære årlige takstforhandlingene.

Vi vil peke på et par mulige alternativer til innretning hvor det gis en egen takst for medvirkning. I eksemplene er det benyttet situasjonen hvor fastlege samhandler med spesialisthelsetjenesten, herunder avtalespesialist.

For avtalespesialister er totaløkonomien basert på driftstilskudd, egenandeler og refusjon fra folketrygden. Dette skiller seg fra den øvrige spesialisthelsetjenesten hvor den aktivitetsbaserte finansieringen skjer gjennom ISF. Løsningene vil av denne grunn ikke bli like for avtalespesialistene og sykehusene.

Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at det ikke er teknisk mulig å dele det pasienten skal betale i egenandel mellom flere behandlere. Det kan heller ikke avkreves mer enn en egenandel pr. konsultasjon. Ved samkonsultasjon må det betales egenandel til den ene av behandlerne, mens den behandleren som ikke mottar egenandel da må kompenseres gjennom takstnivået.

Alternativ 1:

Samkonsultasjon fastlege - avtalespesialist

Ved dette alternativet er det valgt en innretning hvor det utløses ordinær konsultasjonstakst og egenandel hos den behandleren som kaller pasienten inn til konsultasjonen, mens det opprettes en ny takst uten egenandel for den behandleren som deltar i samkonsultasjonen. Hvis en avtalespesialist deltar inn i en konsultasjon hos fastlegen, krever fastlegen ordinære takster og egenandeler, mens avtalespesialisten krever en ny takst for medvirkning i samkonsultasjon med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne taksten skal ikke ha egenandel. Hvis konsultasjonen er i regi av spesialisthelsetjenesten, krever spesialisten egenandel av pasienten, og fastlegen utløser en takst for medvirkning i samkonsultasjon med spesialisthelsetjenesten. Dersom det er ønskelig å merke samkonsultasjoner, kan fastlegen få en ny tilleggstakst, f.eks. slik: "Tillegg for samkonsultasjon med spesialisthelsetjenesten eller med samarbeidende personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Samkonsultasjon mellom fastlege og avtalespesialist

		Ordinær konsultasjonstakst	Egenandel	Medvirkningstakst
Etter innkalling fra fastlege	Fastlege			
	Avtalespesialist			
Etter innkalling fra avtalespesialist	Fastlege			
	Avtalespesialist			

Samkonsultasjon fastlege - sykehus

Dersom det er fastlege som kaller inn vil fastlegen kunne kreve ordinær konsultasjonstakst og også avkreve egenandel fra pasienten. Sykehuset vil ikke kunne avkreve egenandel og må derfor kompenseres på annet vis, f.eks. gjennom at det er gis et eget medvirkningstillegg eller på annen måte kompensasjon som del av ISF.

Kaller sykehuset inn til konsultasjon vil sykehuset få ISF på vanlig vis og sykehuset avkrever også egenandel fra pasienten. Fastlege vil kunne få refusjon gjennom en medvirkningstakst.

Samkonsultasjon mellom fastlege og sykehus

		Ordinær konsultasjons-takst	ISF	Egenandel	Medvirkningstakst / medvirkningstillegg
Etter innkalling fra fastlege	Fastlege				
	Spesialisthelsetjenesten				
Etter innkalling fra spesialisthelsetjenesten	Fastlege				
	Spesialisthelsetjenesten				

Alternativ 2:

Det innføres to nye takster for behandlere som deltar i samkonsultasjoner mellom tjenestenivåene. En takst for samkonsultasjon hos behandleren som har kalt pasienten inn til konsultasjonen, og en takst for behandlere som deltar i samkonsultasjon som andre kaller inn til. Taksten kan ha samme egenandel som ordinære konsultasjonstakster, og samme mulighet for tidsbruk. Pasienten kan ikke avkreves egenandel av begge behandlerne samtidig. Dermed er det naturlig å opprette to takster for hver personellgruppe

- Takst xx: Samkonsultasjon med egenandel
- Takst xx: Deltakelse i samkonsultasjon - uten egenandel

Forhold som må hensyntas ved eventuell innføring av nye takster

Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at takstene blir etablert gjennom forhandlinger. Ved utformingen av takstene er det en rekke forhold som må hensyntas. Dette vil blant annet være:

- Vilkårene for bruk av takstene må være tydelige og mest mulig objektive slik at de ikke misforstås eller feiltolkes på en slik måte at de motiverer til overforbruk eller gjør dem vanskelige/ressurskrevende å kontrollere.
- Det må vurderes om honoraret på takstene bør være på samme nivå som øvrige konsultasjoner/behandlinger, eller om det bør settes høyere for å motivere til deltakelse i samkonsultasjoner. Det må vurderes i hvilken grad man skal ta hensyn til spesialisering.
- Behandlerne må være klar over hvilke krav som stilles til dokumentasjonen når takstene benyttes. Grunnlaget for bruk av taksten må alltid være dokumentert. En vurdering av medisinsk nødvendighet av samkonsultasjon må alltid ligge til grunn.
- Det bør være egenandel ved samkonsultasjoner. Fravær av egenandel kan øke risikoen for feilbruk ettersom pasienten ikke nødvendigvis er kjent med at behandleren krever/ har krevd refusjon. Det er kun den behandleren som kaller pasienten inn til konsultasjon, som kan kreve egenandel.

- Taksten bør kunne kreves for hver pasient, og ikke for flere pasienter samtidig. Det kan ikke være overlapping i pasientbehandlinger mellom ulike pasienter.
- Basert på en risikovurdering må det vurderes muligheten til å innføre automatiske kontroller i oppgjørssystemene for å følge med på bruken av takster for samkonsultasjoner.

Det kan være naturlig å starte med en begrenset mulighet for at fastleger og avtalespesialister kan få honorar for samkonsultasjoner mellom tjenestenivåene for pasienter som er i et pasientforløp, og så kan man utvide når man får erfaring med hvordan takstene blir brukt.

6. Hvilke tiltak anbefales

6.1 Samhandlingsbudsjett

Vi har sett nærmere på utvalgte samarbeidsmodeller som er i bruk mellom helseforetak og kommuner og kommet frem til et sett av elementer som må inngå i en forpliktende samarbeidsavtale. Det sentrale er at avtalen er konkret på målsettingen for samarbeidet og hvordan tiltaket skal finansieres, herunder hvordan et samhandlingstilskudd kan inngå for å realisere samhandlingstiltaket.

I tillegg vurderer Helsedirektoratet en forpliktende samhandlingsavtale som et risikoreduserende tiltak i forbindelse med pilotering og overgang til nye måter å organisere og samhandle om pasientene på, da partenes forpliktelser er tydeliggjort og forankret i eksisterende samhandlingsstruktur mellom helseforetak og kommune(r) og er prioritert gjennom helsefelleskapets utviklingsstrategi.

6.2 Samhandlingstilskudd

Mandatets punkt 2 hadde leveransefrist 1.april. Helsedirektoratet har der foreslått kriterier for opprettelse og forvaltning av et samhandlingstilskudd. Leveransen er vedlagt.

Et samhandlingstilskudd på 0,1-0,5 mrd. kr, hovedsakelig med friske midler, kan være passende for et tilskudd rettet mot en bred gruppe av tilskuddsmottakere (kommuner og helseforetak) og store pasientgrupper. Andre store ordninger for landets kommuner, som Kompetanse og tjenesteutviklingstilskudd og Kommunalt rusarbeid ligger på et nivå omkring 0,4 milliarder.

Ved gjennomgang av Helsedirektoratets tilskuddsportefølje finner vi lite grunnlag for å foreslå tilskudd som bør innlemmes et samhandlingstilskudd. Dette skyldes i hovedsak eksisterende bindinger og planer. Vi har imidlertid gjort en nærmere vurdering av noen tilskuddsordninger, og prøvd å belyse hvilke hensyn som må tas ved en eventuell innlemming i et samhandlingstilskudd.

6.3 Endringer i innsatsstyrt finansiering (ISF)

I det videre arbeidet med utvikling av ISF-ordningen vurderes det generelt å styrke insentivene for aktuelle tjenester som understøtter samhandling og som dekker pasientgrupper som dekkes av samhandlingsbudsjetter. Dette kan gjelde både løsningsene for samarbeidsaktiviteter, teambaserte løsninger samt digital hjemmoppfølging. Dette kan gjelde en økning i refusjonene for digital hjemmeoppfølging og samarbeidsaktiviteter. I tillegg foreslår vi å se på en mer generisk utforming av de teambaserte modellene. Det legges opp til å håndtere dette innenfor ISF-bevilgningen. I kapittel 5.3 beskrives utfordringer og mulige endringer knyttet til samkonsultasjoner. Det er ingen hindringer i ISF knyttet til mulighetene for å ha felles konsultasjoner med fastlege eller annen spesialist. For helseforetakene gjelder utfordringen knyttet til egenandel slik den er beskrevet i nevnte kapittel, og at det derfor må vurderes hvordan man kompenserer for manglende egenandel i disse tilfellene.

Vi foreslår at det fortsatt jobbes med utvikling av Tjenesteforløpsgrupper (TFG) i spesialisthelsetjenesten. Dette for å legge til rette for fleksibilitet i hvordan tjenestene gis, og der man ikke umiddelbart ved endring i måte å yte tjenesten på opplever bortfall av ISF-inntekter. En større utvidelse av TFG vil kreve tilgjengeliggjøring av gode styringsdata slik at regionene kan følge opp aktivitet på tvers av virksomheter, og vi mener slikt utviklingsarbeid må prioriteres for at ønsket målsetting kan nås.

6.4 Endringer i resultatbasert finansiering (RBF)

For Resultatbasert finansiering foreslår vi for 2024 noen tekniske justeringer i modellen samt en inkludering av somatiske helsetjenester i indikatorer som til nå kun inkluderer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi foreslår at ordningen på sikt bygges ut til å omfatte flere indikatorer som støtter opp under ønsket utvikling på området samhandling og digitalisering. Blant annet bør det utredes om det kan utvikles indikatorer som måler aktivitet knyttet til samhandlingsbudsjetter, effektene av disse eller som mer konkret måler gevinster eller resultater av samhandling framfor å måle bruk av verktøy eller prosess. En videre utredning av de indikatorer og den modellen for finansiering som benyttes i den danske nærhedsfinansiering bør inkluderes i videreutviklingen av RBF.

6.5 Endringer på helserefusjonsområdet

For bedre å understøtte sammenhengende pasientforløp, anbefales det å innføre takster for samkonsultasjoner på tvers av tjenestenivå, samt å tydeliggjøre at det kun er ett tjenestenivå som kan kreve egenandel av pasienten. Det anbefales i første omgang å innføre takster for samkonsultasjoner for fastleger og avtalespesialister. Nærmere detaljering må skje i dialog med partene i takstforhandlinger. Notatet beskriver overordnet hvordan samkonsultasjoner kan honoreres.

6.6 Tiltakene skal virke sammen

Finansiering er et av flere virkemidler for å oppnå ønsket målsetting. I tillegg er det viktig at styringssignalene fra sentrale myndigheter er entydige for alle aktører på tvers av forvaltningsnivå.

Tiltakene som skisseres er en del av en samlet tiltakspakke for å understøtte bedre sammenhengende tjenester for de pasientene som trenger det. Det foreslås etablering av forpliktende samhandlingsbudsjetter (avtaler) mellom helseforetak og kommuner hvor også samhandlingstilskudd inngår som en delfinansiering. Videre foreslås også justeringer av de aktivitetsbaserte ordningene for å støtte opp om samhandlingstiltak mellom helseforetak og kommune. Tiltakene vil være en del av helseforetakenes strategi og med fokus på pasientgruppene som trenger tjenester både fra helseforetak og kommuner.

Det foreslås et samhandlingstilskudd på 0,1-0,5 mrd. kr for å understøtte gode tjenester til pasienter som trenger samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

6.7 Alternative utviklingsretninger på lengre sikt

Siden oppdraget som besvares ut i dette notatet gjelder samhandlingsbudsjett, samhandlingstilskudd og de aktivitetsbaserte ordningene, vil andre mulige utviklingsretninger ikke berøres. Rapporten "Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene" beskriver også andre finansieringsmodeller som kan bidra til mer sammenheng i tjenestene. Her kan nevnes både tverrgående pasientforløp mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og en medfinansieringsmodell som kan være rettet mot de definerte pasientgruppene som har et spesielt stor behov for samhandling.

Hva som vil være mulighetsrommet for videreutvikling av slike modeller vil blant annet avhenge av tilgang på aktuelle styringsdata. Dette vil typisk være tilgang på data på tvers av enheter og nivå og muligheter for kobling av informasjon på tvers av system.

Vedlegg 1 Andre samarbeidstiltak

Slagenhet med tidlig utskriving og oppfølging i kommunene ved St.Olavs Hospital

- Egne slagenheter systematisk tverrfaglig teamarbeid etter geriatrisk modell - utvidet med tidligere utskriving og et tverrfaglig mobilt oppfølgingsteam i avdelingen.
- En fra teamet ble med pasienten ut i kommunen og utformet en behandlingsplan sammen med helsepersonell i kommunen.
- Sammenlignet med vanlig slagbehandling kunne flere bo hjemme, mindre bruk av institusjoner og med bedre funksjonsskår.
- En sammenligning etter 5 år viste at forskjellene varte ved. Tilsvarende resultater er kommet frem i oppsummerende studier.

Indredavik B, Fjartoft H, Ekeberg G, Loge AD, Mørch B. *Benefit of an extended stroke unit service with support early discharge: A randomized, controlled trial. Stroke. 2000;31(12):2989-94*
Saltvedt I, Bred geriatrisk utredning og behandling. Hvordan gjør vi det? St.Olavs Hospital

Tidlig utskriving via intermediæravdeling og til hjemmet

Undersøkelsen viste at de som ble vurdert med tanke på funksjon og behov for rehabilitering hadde økt egenmestring og halverte antall reinnleggelser

Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. *Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. Scand J Public Health. 2008 Mar;36(2):197-204*

Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. *Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2007;7(1):68.*

Hospital at home - hjemmesykehus

- «Kjente personer» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmodtaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager), og etter gjensidig kompetanseutveksling
- De beste resultatene blir oppnådd når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet (også prøvd i Norge).
- Teamet bistår også ved tidlig hjemsending ved å følge pasienten hjem.
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon

Leff B. Hospital at Home. In: Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM, editors. *Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 163*

Samhandling med bruk av video i ambulanse

Sykehuset Innlandet har over ett års tid prøvd ut bruk av video i ambulansetjenesten i utvalgte områder. Tiltaket ble etablert som et svar på at legevaktjenestene sentraliseres.

Målsettingen var å opprettholde gode tjenester i distriktene selv om det kunne være mangelfull kompetanse lokalt og spare pasientene for unødvendige transporter over lange reiseavstander.

Ved at ambulansearbeider/lokal helsearbeider filmer kan kommunikasjonen foregå direkte mellom pasient og lege, evt mellom lokal helsearbeider/ambulansearbeider på vegne av pasienten og legen.

Ved å få film med god kvalitet kan den som gir støtte, bedre kunne gjøre nødvendige avklaringer for videre tiltak. Eksempelvis: Starte medisiner og avklare at vedkommende kan kontakte fastlege/sykehjemslege neste dag, eller at det ikke er behov for tiltak, eller om vedkommende bør transporteres til legevakt eller rett til sykehus. Tidlig avklaring av riktig tiltak er bra for pasienten og det bra for den samlede helsetjenesten.

Erfaringene så langt er positive, og en ser at bruk av video er et godt verktøy for samhandling og bringer kompetanse til pasienten. Videre at tjenesten bidrar til å gi likeverdige helsetjenester selv om det er varierende reiseavstand til lege.

For å støtte opp under en slik utvikling meldes det et behov for endringer i finansierungsordningene til legevakt/fastlege.