

## Til Helse- og omsorgsdepartementet

### Innspill til NOU 2023:8 - Felleskapets sykehus - Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Viser til utsendt høringsbrev fra HOD med ref. 23/1237. Helsefelleskapet Troms og Ofoten v/Strategisk samarbeidsutvalg har gjennomgått høringsnotatet. Vi ønsker å gi tilbakemelding, primært vedrørende NOU-ens referanser til helsefelleskapene og utvalgets vurderinger og forslag knyttet til disse, men har også noen kommentarer til andre deler av utredningen.

Helsefelleskapet Troms og Ofoten har følgende innspill:

#### Kommentarer til kap. 4 Erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen

Utvalget beskriver dagens situasjon om tilfeldig og systematisk variasjon i helsetjenesten. For å redusere overforbruk og utilsiktet variasjon kan sterkere brukerrepresentasjon på systemnivå og pasientinvolvering i egne behandlings- og tjenesteforløp være en del av løsningen. Samvalg og Kloke valg er gode eksempler. Forskning viser at pasienter i større grad velger konservativ behandling når de selv er en aktiv del av beslutningen (Légaré F et al., Cochrane 2018). Videreføring av f.eks. samvalg gjennom samhandling med fastlege og øvrig kommunehelsetjeneste vil bidra til at pasientene får større innflytelse og innsikt, og behandlingsforløpene blir mer målrettet utfra pasientens ønsker og reelle behov. Pasientenes ekspertise på egen helse må anerkjennes som en ressurs på alle nivåer av helsevesenet.

Det er utviklet gode nasjonale samhandlingsverktøy som både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan bruke i det daglige. Slike verktøy bør videreutvikles og synliggjøres enda bedre for helsepersonell og befolkningen.

For å lykkes med kampanjen Kloke valg, kan ansvaret ikke ligge på enkeltpersoner. Tiltaket bør derfor satses på i større grad, slik at behandlere og pasienter kan bidra til å redusere overforbruk og utilsiktet variasjon.

Vi støtter derfor utvalget i at det er behov for å se nærmere på finansieringsmodellen men ønsker at dette utredes nøye før man gjør endringer, slik at ordningen reduserer hindringene og i større grad stimulerer og fremmer god samhandling på tvers av forvaltningsnivå.

#### 4.5.1 - Helseforetaksmodellen

Som utvalget sier er det ikke gjort noen systematisk evaluering av helseforetaksmodellen, og det kan derfor ikke konkludere hvilke konsekvenser helseforetaksmodellen har hatt for graden av helsepolitisk måloppnåelse. Skottland har med hell gått bort fra dette som organisasjonsmodell, og Helsefelleskapet Troms og Ofoten ønsker derfor at det gjennomføres en grundig, systematisk og helhetlig evaluering av helseforetaksmodellen sett opp mot vellykkede andre alternativer.

## Kommentarer til kap. 5 Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse

Helsefellesskapet Troms og Ofoten erfarer at partnerne fortsatt ikke har nok kunnskap om hverandres utfordringer og muligheter. Dette blir gjerne en hemmer for et helhetlig behandlingsforløp. Gode systemer for å dele styringsdata og informasjon om hverandres tjenester på lokalt nivå er derfor nødvendig. For å møte dette behovet har helsefellesskapene i nord gått sammen og etablert ei arbeidsgruppe som skal kartlegge, vurdere og anbefale hvilken styringsinformasjon og -data helsefellesskapene har behov for og nytte av for å kunne planlegge og utvikle tjenester sammen. Helse Nord RHF vil bistå med data-uttrekk og framstilling.

Helsefellesskapet Troms og Ofoten støtter utvalgets vurdering om helsefellesskapenes betydning for lokalpolitisk innflytelse og for å styrke helseforetakenes autonomi. Samarbeidsavtalen mellom kommunene og helseforetaket regulerer mye og pålegger partnerne plikter men dekker ikke alt. Det er derfor viktig at helseforetakets partnere i helsefellesskapet har reell medvirkning i utredning av enkeltsaker, og deltar i strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium. Dette vil gjelde både på lokalt og regionalt nivå. Vi støtter utvalgets forslag om at dette presiseres i spesialisthelsetjenesteloven.

## Kommentarer til kap. 6 Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjeneste

Helsefellesskapet Troms og Ofoten er innforstått med at NOU-en tar utgangspunkt i et sykehusperspektiv. Vi ser imidlertid at overskriften i kapittel 6 blir noe misvisende, da dette kan oppfattes som at helsefellesskapene samhandler med kommunehelsetjenesten. Sistnevnte er en del av kommunen og dermed å anse som en likeverdig partner i et helsefellesskap.

God samhandling mellom partnerne sykehus og kommune er viktig for å oppnå gode helhetlige behandlingsforløp. Et like viktig område er godt internt samarbeid i og mellom sykehus. Dette gjelder også internt samarbeid i en kommune. Men da utredningen har fokus på spesialisthelsetjenesten savner vi en bedre beskrivelse av fakta og vurderinger knyttet til internt samarbeid i og mellom sykehus.

### 6.1 Bakgrunn

#### *Om pasientforløpsbegrepet*

Utvalget skriver at de legger til grunn Helsedirektoratets definisjon av pasientforløp: «*En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.*» I likhet med i en rekke andre styringsdokumenter brukes pasientforløpsbegrepet imidlertid i en rekke ulike betydninger, også i denne NOU-en. Særlig er det utfordrende at det er samme begrep som brukes om standardiserte, diagnosespesifikke pre-planlagte behandlingsopplegg innenfor eller på tvers av sektorer og nivåer, som det begrepet som brukes for å beskrive individuelle pasientens erfaringer med sine kontakter med helsetjenesten. Denne begrepsbruken gjør det vanskelig å kommunisere omkring krav til kvalitet, grad av standardisering, hvordan organisere utredning, behandling, oppfølging og omsorgstjenester, noe som må tilpasses kompleksiteten i pasientens situasjon, det nivået av koordinering/integrering som det er behov for, og helsetjenestenes organisering.

Det bør derfor tas en gjennomgang av begrepsbruken når det gjelder å beskrive oppfyllelsen av forsvarlighetskravet om at pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, slik at diskusjonene omkring dette bedre kan nyanseres. Den definisjonen som utvalget har lagt til grunn,

har et deskriptivt og retrospektivt perspektiv, mens pasientforløpsbegrepet oftest brukes i en normativ kontekst for å uttrykke et ideal om helhet og sammenheng i tjenestene.

Helsefellesskapet Troms og Ofoten bruker i større og større grad nå begrepet behandlingsforløp, da det oppfattes som språklig mer riktig. (Det er behandling og oppfølging som «forløper», ikke pasienten.)

### 6.2.1 Allmennlegetjenesten

Fastlegene mener deres sentrale rolle med hensyn til pasient og pasientflyt, beskrevet som *navet* i helsevesenet, er avgjørende for at fastlegene er den 3. partneren i helsefellesskapet. Deres stemme er derfor like viktig som kommunenes og helseforetakets stemmer.

Det erfares at praksiskonsulentordningen (PKO-ordningen) ved ulike helseforetak har en stor variasjon i bruk, etablering og effekt i samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Det etterlyses konkrete forslag rundt praksiskonsulentordningen og PKO-enes rolle sett opp mot samhandling, helsefellesskap og behandlingsforløp. Det anbefales at det gjøres en evaluering av PKO-ordningen, der man ser på om denne i større grad bør knyttes tettere opp mot helsefellesskapene slik at en på den måten kan bedre samhandlingen mellom sykehus, fastleger og kommunal omsorgstjeneste for å oppnå helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp.

Ett tiltak for bedre samhandling mellom allmennlegetjenesten vil være å legge til rette for gjensidig hospiteringsordninger mellom sykehus og fastlegekontor.

I samhandlingsreformen (2012) var det meldt en kommende styrking av fastlegeordningen for at det skulle bli flere fastleger til å ivareta alle de nye oppgavene som ble overført. Først fra 2018 ble det tilført midler i en opptrappingsplan, der målet var at fastlegene skulle få kortere pasientlister slik at de nye arbeidsoppgavene kunne deles på flere fastleger. Fra mai 23 er dette målet reversert ved at det nå legges til rette for lange pasientlister. Selv om det er tilført nye midler i 2023, er målet nå endret. Det uttrykkes bekymring for belastningen dette vil påføre fastlegeordningen og de mulige konsekvensene dette kan ha for pasienter og dermed økt press på sykehusene.

### 6.2.2. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

Tilbud innen øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) er ikke velfungerende alle steder, på grunn av til dels uklare og ukjente retningslinjer, for mange eksklusjonskriterier og for tungvinte prosedyrer. Dette gjenspeiles i utredningen, og i riksrevisjonens undersøkelse som konkluderer med at ØHD ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonene. Man må derfor spørre seg om dette ble innført uten god nok utredning og fundering. Ansvars og oppgaveoverføring må ha som mål å være bærekraftig i et demografisk perspektiv. Andre løsninger bør derfor også vurderes.

Helsefellesskapet Troms og Ofoten ber derfor om at ordningen evalueres med tanke på bærekraft, intensjon, fundering og om ordningen bør revurderes.

### 6.6.1 Samhandlingsbudsjetter – utvalgets forslag

Helsefellesskapet Troms og Ofoten støtter utvalgets forslag om øremerket samhandlingsbudsjett. Dette er et interessant og konstruktivt grep for å stimulere til et mer forpliktende samarbeid omkring pasienttilbud på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi slutter oss til vurderingene under «behov for videre utredning», og mener at det her må tas høyde for hvor omfattende det kan være å utvikle nye tjenester og tjenestemodeller. Derfor bør det framkomme tydelig hvorvidt samhandlingsmidlene kan brukes også til å finansiere utviklingsprosesser.

Det er positivt at man fortsatt vektlegger prioritering av pasientgrupper med langvarige og komplekse behov. Vi mener imidlertid det er viktig å være oppmerksom på om noen pasientgrupper, som er særlig avhengige av god samhandling, kan bli mindre synlige enn tidligere med prioriteringen av de fire pasientgruppene. Her tenker vi særlig på pasienter som trenger habilitering og rehabilitering. En del av dem vil ikke passe inn i kriteriene for de fire gruppene slik de er definert. Vi er kjent med at etablerte samarbeidsfora som har vært viktige for samarbeidet og prioriteringen mellom sykehus og kommuner på disse fagområdene er blitt erstattet med samarbeidsfora organisert etter de fire prioriterte pasientgruppene. Det bør følges med om dette har uheldige konsekvenser for de nevnte gruppene.

I Troms og Ofoten har det historisk vært et høyt antall utskrivningsklare pasienter (USK) inneliggende, spesielt ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Det er god dialog mellom sykehuset og de kommunene som i størst grad har USK, men det er ingen tvil om at dette til tider utfordrer behandlingsforløpene og pasientsikkerheten. Dette er en utfordring som er vanskelig å håndtere/løse gjennom helsefelleskapet.

Helsefelleskapet Troms og Ofoten støtter utvalgets vurdering på at betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter evalueres på nytt, og forslaget om å la betalingsplikten opprettholdes for utskrivningsklare pasienter slik den er i dagens system i påvente av ny evaluering. Vi er derimot usikre på om et samhandlingsbudsjett vil kunne løse utfordringene med utskrivningsklare pasienter, da dette budsjettet neppe vil øke kommunenes kapasitet knyttet til langtidsopphold og korttidsopphold eller bidra til annen opprusting av kommunale tjenester. Det er varslet at samhandlingsbudsjetter skal baseres på uttrekk fra finansieringsrammen til kommunene og helseforetakene. Dette vil derfor kunne ha negativ påvirkning på kommunenes økonomi og muligheter for å ruste opp egen helse- og omsorgstjeneste. For at samhandlingsbudsjetter og tiltak i størst mulig grad skal lykkes, bør midler til forpliktende samhandlingsbudsjett også inneholde friske midler, og sees opp mot foreslåtte tiltak i NOU 2023:4-Tid for handling.

### 6.6.3 Ansvarsforhold, innhold og utforming av formelle avtaler.

Helsefelleskapet Troms og Ofoten støtter utvalgets vurdering på at det skal sikres videreføring av helsefelleskapene. Det støttes også at lov om helse og omsorgstjenester §6-2 gir et rettslig grunnlag for samhandling mellom nivåene. Det etterlyses derimot en grundigere utredning fra utvalget rundt den reelle og operative samhandlingen rundt avtalene, og hva som kan være konkrete tiltak til hvordan helsefelleskapene i større grad kan brukes til å sikre bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientbehandlingsforløp.

Det bør også vurderes om man i større grad skal involvere regionale helseforetak med hensyn til arbeidet som pågår i helsefelleskapene. RHF-et har i dag ingen tydelig rolle eller ansvar for helsefelleskap, men i nord har vi sett flere eksempler på saker som berører hele regionen og hvor vi samlet har hatt stor nytte av støtte fra både Helse Nord og KS. RHF-enes styring og tjenesteutvikling har også direkte konsekvenser for den lokale helsetjenesten på begge nivå.

Samarbeidsavtalen er et svært sentralt insentiv for samhandlingen, men omfattende med mange lovmessige innholds krav. Det medfører krevende prosesser med tanke på inngåelse, revisjoner og forvaltning. Det etterlyses en vurdering når det gjelder ressursbruk og finansiering knyttet opp til både inngåelse av avtaler etter §6-2, samt arbeidet som kreves for å etablere og forvalte slike avtaler. Helsefelleskapene har begrenset med sekretariatsressurser da vi ikke har en større administrasjon tilgjengelig for dette omfattende arbeidet.

#### 6.6.4 Faglig samarbeid, kommunikasjon og IKT

Helsefelleskapet Troms og Ofoten støtter utvalget om at det er en klar forutsetning for gode pasientbehandlingsforløp, at ikt-systemene i kommuner og helseforetak understøtter samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av virksomheter.

Det er også viktig at IKT-systemene som brukes til opplæring og innsamling av pasientrapporterte data kan brukes på tvers av nivåene og foretakene, slik at ressurser som utvikles kan deles og brukes av alle i helsetjenesten. Dette vil redusere kostnader til utvikling og support.

#### Kommentarer til kap. 8 Markedstenkning i styringen av helseforetakene

Vi er enige i at uansett valg av finansieringssystem, vil dette kunne gi innbyrdes konflikter mellom målene om effektiv ressursutnyttelse, kvalitet i pasientbehandlingen, likeverdig tilgang på tjenester og statens behov for kontroll over de samlede kostnadene til helsetjenester. Helsefelleskapet Troms og Ofoten støtter derfor også at finansieringssystemet bør ta høyde for at det vil være usikkerhet knyttet til aktivitets- og kostnadsnivå.

Se også kommentarer til kap. 4 rundt innsatsstyrt finansiering

#### Kommentarer til kap. 9 Mål- og resultatstyring

##### 9.3 Utvalgets vurderinger om pakkeforløpene

Vi deler utvalgets bekymring omkring pakkeforløp når det gjelder faren for at bredden i behov hos de av pasientene som har flere diagnoser og komplekse utfordringer, ikke blir godt nok ivaretatt når de er inne i et diagnosespesifikt pakkeforløp. Når det gjelder rapportering og kvalitet er det et spennende forslag at kliniske fagrevisjoner kan supplere og i noen grad erstatte rapportering på

kvalitetsindikatorer. Dette vil både kunne bidra til å redusere rapporteringstrykket og styrke kompetanseutveksling og faglig samarbeid.

#### Kommentarer til kap. 11 Økonomiske og administrative konsekvenser

##### 11.2 Forslag knyttet til helsefelleskap og samhandling

Helsefelleskapet Troms og Ofoten støtter utvalgets anbefaling om å etablere et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling. Samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste rundt felles pasienter har med årene blitt mer og mer komplekst i takt med mer komplekse behandlingsforløp, flere lovkrav, flytting av spesialisthelsetjeneste ut til kommunene med videre. Samhandling om pasientoppfølging internt mellom egne tjeneste-enheter viser seg også utfordrende å få godt til i mange tilfeller. Samhandling innen helse og omsorg er i ferd med å etablere seg som et eget fag og bør derfor anerkjennes og prioriteres som dette. Et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling vil kunne bidra til blant annet kunnskaps- og kompetanseutvikling ute i tjenestene, men også fremme god praksis og tjenesteutvikling i seg selv.