

Hørings svar

NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsfrist 30.06.2023

Hørings svar fra NAPHA, 30. juni 2023

Vår ref.: 34/2023



Innhold

1. Innledning	3
2. Utredningens kapittel 5: Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse .	4
3. Utredningens kapittel 6: Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten	5
3.1 Sterkere statlige tiltak for å styrke samhandling mellom nivåene	5
3.2 Helsefellesskap, felles samhandlingsbudsjett og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter .	6
3.2.1 Felles samhandlingsbudsjett.....	7
3.2.2 Betenkning om finansiering og organisering av samhandlende tjenester i lys av erfaring med helhetlige og koordinerte pasientforløp i ACT/FACT modellen.....	8
3.2.3 Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.....	9
4. Etablering av kompetansemiljø for samhandling	10
5. Kort oppsummering av NAPHAs innspill	12

1. Innledning

[Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\)](#) er et kompetansesenter for tjenestene som jobber med psykisk helsearbeid for voksne. NAPHAs primære målgrupper er ansatte og ledere i kommunale rus- og psykisk helsetjenester, og personell i tilgrensende spesialisthelsetjenester som samhandler med kommunene. Ett av NAPHAs formål er at brukere med behov for bistand fra disse enhetene skal motta best mulig tjenester, og at kunnskap skal ligge til grunn for tjenestetilbudet. Tilrettelegging for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er et av NAPHAs hovedmål.

NAPHA får sitt oppdrag fra Helsedirektoratet og er organisert som en avdeling i [NTNU Samfunnsforskning AS](#). NAPHA driver ikke egen forskningsaktivitet, men samarbeider der det er relevant med [forskningsavdelingen psykisk helsearbeid](#) ved NTNU Samfunnsforskning og andre forskningsmiljøer.

NAPHA har i over ti år hatt et særlig ansvar for å bidra med implementeringsstøtte overfor team som er satt sammen av ansatte fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – ACT/FACT-team. Denne høringsuttalelsen skrives ut fra våre erfaringer med dette arbeidet spesielt, og fra vår erfaring med samhandlingskonseptet «Bedre i lag» og vårt kjennskap til lokalbasert psykisk helsearbeid generelt.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring Sykehusutvalgets NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse. Høringsfristen er 30. juni 2023.

NAPHA gir tilbakemeldinger på Sykehusutvalgets høringsnotat først og fremst i lys av konsekvensene høringsnotatets forslag og konklusjoner har for kommunale rus- og psykisk helsetjenester og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten som samarbeider med kommunene.

Vi har sett det som mest relevant å rette våre innspill mot sykehusutvalgets beskrivelser, vurderinger og anbefalinger om samhandling i kapittel 6, men vil også ha noen innspill knyttet til kommunenes muligheter til å påvirke styring og ansvarsforhold i helseforetakene i kapittel 5.

Vi vil først berømme utvalget for grundige beskrivelser og anbefalinger når det gjelder samhandlingsutfordringene, og vi stiller oss bak veldig mange av disse. Selv modeller som er laget for nettopp å bøte på samhandlingsutfordringene, som for eksempel ACT- og FACT-team, møter store samhandlingsutfordringer i det daglige arbeidet.

Både erfaringsbasert kunnskap, nasjonal og internasjonal forskning, og WHO har vist til at det er behov for å se med nye øyne på hvordan psykisk helse- og rustjenestene bør innrettes.

[Recoveryperspektivet](#) har fått økt gjennomslag i psykisk helse- og rustjenestene de senere årene. Dette forutsetter stor grad av brukerorientering og fleksibilitet, og bør også få innvirkning på både samhandling, organisering, finansiering og lovregulering. Dette er ikke direkte omtalt i sykehusutvalgets utredning, men er noe som bør hensyntas i det videre arbeidet.

Recoveryperspektivet innebærer et skifte fra å ha fullt fokus på behandling av symptomer og helseutfordringer, til en bredere og sterkere innsats rettet mot den enkeltes bedring og livsprosess, menneskerettigheter, meningsfulle hverdager, gode liv og mer tilhørighet til lokalsamfunnet. Den økende interessen for recovery må også forstås i lys av et sterkere fokus på brukermedvirkning, menneskerettigheter, levekår og sosiale prosesser. Tiltakene er i liten grad standardiserte og sykdomsspesifikke, og sånn sett lite egnet for innsatsstyrt finansiering.

I et livsløpsperspektiv er det mange som vil få en psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet. Det er et samfunnsproblem hvor man også bør arbeide med frivillig sektor og menneskers muligheter til medborgerskap på linje med andre. Jo mer den enkelte sitter i førersetet og kan håndtere egne helseplager, jo mindre behov vil det også være for helsetjenester. Samtidig er det grunn til å advare mot å se på denne måten å levere tjenester på som effektiviseringstiltak. Recoveryorientering innebærer en mer fleksibel måte å yte tjenester på, som er bedre tilpasset brukernes ønsker og behov, i et likeverdig samspill.

2. Utredningens kapittel 5: Styling og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse

Sykehusutvalget omtaler at det fra mange hold fremheves at helseforetaksmodellen gir et demokratisk underskudd. Det er ulike syn på dette i utvalget, men de vurderer at det er mulig å svare ut mandatet om «økt demokratisk, politisk og regional innflytelse» innenfor rammen av dagens helseforetaksmodell.

Sentraliseringen i spesialisthelsetjenesten har i stor grad har vært drevet fram av RHF/HF-nivået. NAPHA deler utvalgets beskrivelse av utviklingen man har sett i spesialisthelsetjenesten over år, hvor mer sentralisering «gir større avstand mellom nivåene, økt kompleksitet i beslutningsprosesser og større fare for at lokale organer kan oppleve seg mindre hørt» (s. 81).

NAPHA støtter utvalget i at lokal- og regionalpolitisk medvirkning i utredning av enkeltsaker må formaliseres, og at det enkelte helseforetak må få en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner/fylkeskommuner om i hvilke saker disse skal bli hørt, før HF-styret fatter vedtak. Etter NAPHAs vurdering er innholdet i avtalene av stor betydning, og vi antar at det vil være ulike oppfatninger mellom RHF/HF-nivået både om grad av involvering og på hvilke saksområder. Dette er et politisk spørsmål, og vi finner det derfor naturlig at det gis forskriftshjemler til denne lovteksten. Både RHF/HF-nivået og kommune/fylkeskommune-nivået bør medvirke i departementets arbeid med en forskrift til forslaget om lovpålagt plikt om involvering.

NAPHA støtter også sykehusutvalgets forslag om en mer strukturert dialog på et tidlig stadium mellom RHF/HF-området og kommuner/fylkeskommuner når det gjelder utfordringer, strategier og saker, og at strukturene i helsefelleskapene kan være egnet for dette.

NAPHA har to innspill til lovteksten «Helseforetak skal ha en jevnlig og strukturert dialog med politisk valgte representanter for kommuner og fylkeskommuner om forhold av felles interesse» (s. 83):

- 1) For det første er forslaget til tekst etter vår vurdering det samme som partnerskapsmøtet må forutsettes å ivareta, med unntak av at man bør ha en forventning om at jevnlig er mer enn årlig. Det er derfor nødvendig i den videre konkretiseringen av lovteksten å vurdere denne opp mot partnerskapsmøtet, fortrinnsvis slik at partnerskapsmøtet ikke blir uthult fordi man må etablere ytterligere fora/strukturer for å ivareta lovkravet. Partnerskapsmøtets frekvens og sammensetning bør dermed vurderes i lys av dette.
- 2) For det andre vil også dette være forhold av politisk art, og vi foreslår derfor forskriftshjemling også her. Både RHF/HF-nivået og kommune/fylkeskommune-nivået bør medvirke i departementets forskriftsarbeid.

I kapittel 5.8.8 foreslås en gjennomgang av pliktsubjektene i spesialisthelsetjenesteloven mv. Dette er et svært kort delkapittel, med få begrunnelser. **NAPHA mener at det er behov for en utdyping av hvilken prosess og hvilke forhold som bør inngå i gjennomgangen.**

En slik gjennomgang vil ha store konsekvenser for kommunene. Sykehusenes dimensjonering og innretning henger tett sammen med kommunenes helsetjenester. Ansvar og forpliktelser for sykehusene vil i stor grad påvirke forventninger til kommunene når det gjelder utskrivningsklare pasienter, behandling av mer kompliserte tilstander og hvor mye administrative ressurser de må bruke for å håndtere kontakt og konflikter med sykehusene. Sykehusutvalget påpeker dette på side 97 i rapporten.

NAPHA ser også behov for en bredere og mer helhetlig gjennomgang av bestemmelsene i både spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Hvis man skal lykkes med å skape mer helhetlige tjenester i tråd med helsepolitiske føringer bør lovverkene sees mer i sammenheng og tilpasses hverandre i større grad. Begge lovverk bør regulere et mer felles og forpliktende eierskap for oppgaver knyttet til personer med sammensatte tjenestebehov.

Bedre rettslige føringer for samhandling, jf. endringene i velferdstjenestelovgivningen om samarbeid, samordning og barnekoordinator, og fjerning av lovmessige beskrankninger for samhandling (eksempelvis journalføring i team på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste (ACT/FACT/FACT ung)), kan gi veldig mange bedre hjelp og behandling, mer effektiv tjenesteyting og mer hensiktsmessig bruk av helsepersonell.

En gjennomgang av lovverkene vil være noe av det aller viktigste for å kunne opprettholde og videreutvikle en sterk helhetlig og sammenhengende offentlig helsetjeneste fremover.

3. Utredningens kapittel 6: Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten

Sykehusutvalget legger vekt på pasientforløp mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og sier at god samhandling ikke bare er viktig for de pasienter/brukere som har behov for tjenester fra begge nivå, men at samhandling også er viktig for pasienter/brukere som mottar tjenester fra ett nivå. Utvalget nevner spesifikt den gjensidige faglige veiledningsplikten som kommuner og spesialisthelsetjenesten har.

Spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste har store utfordringer i samhandlingen om tjenester til innbyggere med sammensatte psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Når uheldige hendelser og utilstrekkelig helsehjelp avdekkes på psykisk helse- og rusområdet, pekes det fort på utfordringer i samhandling. Prosessene betegnes ofte som et «svarteper»-spill mellom tjenestenivåene. På tross av mange helsepolitiske initiativ, reformer og satsinger er det fortsatt ikke lagt godt nok til rette for helhetlige og sammenhengende tjenester. Dette er en helt grunnleggende utfordring, særlig for de som har de største problemene knyttet til psykisk helse og rusmidler.

3.1 Sterkere statlige tiltak for å styrke samhandling mellom nivåene

Sykehusutvalget påpeker at samhandlingsutfordringer kan være både strukturelle og kulturelle. Utvalget har lagt særlig vekt på de strukturelle forholdene når de maner til å øke virkemiddelbruken fra staten for å styrke arbeidet med samhandling. Det er NAPHA enige i.

Helsefellesskapene må styrkes slik at de blir operative, de må ha struktur og ressurser slik at de kan gjennomføre de beslutninger som tas. **NAPHA vurderer at helsefellesskapene er underfinansiert per i dag, og at det trengs en gjennomgang av helsefellesskapenes finansiering og støtte.** I dag fremstår helsefellesskapenes mandat, målsettinger og oppgaver som utilstrekkelig for måloppnåelse.

Det er særlig sekretariatsfunksjonen som bør styrkes betydelig. Dette på grunn av at de både skal utrede og sørge for framdrift i noen av de mest kompliserte prosessene i norsk helsevesen i dag. De tre nivåene i helsefellesskapene (partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg) vil ha ulike behov for støtte i sine prosesser, og gitt sammensetningen av disse er det nødvendig med bred faglig, organisatorisk og kontekstuell kompetanse i et slikt sekretariat.

Ut over det å styrke helsefellesskapene, mener NAPHA at det er **behov for mer kraftfulle politiske tiltak**, både når det gjelder 1) **finansieringsmodeller** som spiller godt sammen, 2) **lovverk** som er bedre tilpasset samhandling mellom virksomheter, og 3) **bedre journal- og kommunikasjonsmuligheter** på tvers av virksomheter.

Videre er det behov for **tydeligere lovtolkninger knyttet til utskrivningsklare pasienter og spesifisering av hva forsvarlighetskravet innebærer av oppgaver og ansvar** – særlig i overganger mellom tjenestenivå, i både kommuner og helseforetak. Hvis man skal kunne realisere et mer samlet og helhetlig tjenestesystem fremover, uten å utrede et tjenestetilbud på ett nivå, er man avhengig av mer politisk vilje, og tydeligere avklaringer og økonomiske virkemidler, på nasjonalt nivå.

3.2 Helsefellesskap, felles samhandlingsbudsjett og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Sykehusutvalget beskriver at den formelle etableringen av helsefellesskap har tatt lengre tid enn forventet flere steder og at kommuner og spesialisthelsetjenesten ikke alltid opptrer som likeverdige parter i helsefellesskapene. Kommunenes sekretariatsfunksjon nevnes som en viktig ordning, som bidrar til at kommunene i helsefellesskapet kan være mer samordnet. Samhandlingsavtalene pekes på som et godt utgangspunkt for økt samhandling i tjenestene og bedre planlegging av kommunenes og helseforetakenes samlede tjenestetilbud til befolkningen.

Sykehusutvalget mener at helsefellesskapene har et betydelig uutnyttet potensial for å bidra til bedring i samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene, og at det må bygges videre på helsefellesskapene slik at faglige virkemidler og finansieringssystem legger mer til rette for samhandling. Finansieringsordningen må fremme – og ikke hemme – samhandlingen. Videre peker utvalget på behovet for å prioritere digitalisering og det å øke kompetansen om gode pasientforløp. Utvalget understreker også behovet for utvikling av en kultur for samhandling og samarbeid.

NAPHA støtter sykehusutvalget i at helsefellesskapene er en arena å bygge videre på. Å utvide helsefellesskapenes mandat kan være et steg i riktig retning. Dette forutsetter blant annet at nasjonale forventninger må bli tydeligere, og finansieringsordningene må være insentiver for mer forpliktende samhandling.

[IS 24/8 for 2022](#) viste at 40 prosent av de ansatte i kommunenes psykisk helse- og rustjenester hadde deltatt på arrangementer eller møter hvor helsefellesskap var tema (Ose og Kaspersen, 2022). Dette var en økning fra 27 prosent i 2021. Det var 6 prosent som svarte at helsefellesskapene i svært stor eller i stor grad hadde ført til bedre samarbeid om voksne med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Dette var en bedring fra 2 prosent i 2021. Det var færre som svarte «vet ikke» på spørsmålet om helsefellesskapet har ført til bedre samarbeid for pasientgruppen voksne med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusavhengighet i 2022 enn i 2021. Gjennom NAPHAs kontakt med kommunene fremkommer det at helsefellesskapene i sitt virke er relativt lite kjent for mange ansatte i tjenestene i kommunene. **NAPHA vil understreke viktigheten av god og likeverdig deltagelse for alle parter i helsefellesskapet, slik at alle oppfatter at de har god nok innflytelse.**

3.2.1 Felles samhandlingsbudsjett

Sykehusutvalget foreslår at det opprettes et felles samhandlingsbudsjett med ramme på minimum

1–2 milliarder kroner, som forvaltes av helsefellesskapene. Sammen skal partnerne identifisere områder hvor samhandling vil gi bedre og mer helhetlige pasientforløp, og det skal i fellesskap besluttes hvilke tiltak som skal finansieres. Samhandlingsbudsjettet skal prioritere å legge til rette for varig finansiering og bidra til varig drift av tidsbegrensede prosjekter. Budsjettet skal finansieres med øremerking av en andel av hhv. kommunenes og helseforetakenes eksisterende bevilgninger. Sykehusutvalget mener det bør vurderes om andre eksisterende tilskuddsordninger som er rettet mot kommuner og helseforetak skal inngå i ordningen. Partene beholder altså det ansvar de har i dag hver for seg – men kan inngå bindende avtaler om hvordan de råder over de midlene de har i dag. Budsjettet skal brukes til de fire prioriterte gruppene og andre tiltak som styrker helhetlige behandlingsforløp.

Tilskuddsordningen til opprettelse og drift av ACT/FACT-team nevnes som et eksempel på en finansieringsordning som ligner på øremerket samhandlingsbudsjett – men utvalget mener at et samhandlingsbudsjett må være mer forpliktende enn tilskuddsmidler. Finansiering av samhandlingsbudsjettet og beslutningsprosedyrer må utredes nærmere, og utvalget anbefaler at det gjennomføres pilot i noen av helsefellesskapene. En vellykket innføring av samhandlingsbudsjetter beskrives til over tid å kunne redusere behovet for kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

NAPHA støtter sykehusutvalgets forslag om et felles samhandlingsbudsjett som reguleres i forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak, og at det settes av midler til varige samhandlingstiltak. Helsefellesskapene kan være en god fasilitator og arena for å drøfte avtaler mellom helseforetak og kommuner om hvordan samhandlingsbudsjett skal brukes. Vi støtter utvalgets vurdering om at et samhandlingsbudsjett må være mer forpliktende enn tilskuddsmidler og frivillige spleiselag. NAPHA stiller seg bak utvalgets anbefaling om å utrede på hvilken måte samhandlingsbudsjetter kan bidra til bedre sammenheng og samarbeid i tjenestene, og hvordan beslutningsprosedyren skal være fram mot disponering (s. 108). Videre støttes sykehusutvalgets vurdering om at helsefellesskapene disponerer en øremerket økonomisk samhandlingsramme.

NAPHA tror derimot ikke det vil være en god ide å overlate til de ulike eierne lokalt å avgjøre fordelingen selv, og la finansieringen bæres av de ulike partene. Bakgrunnen for dette er vår lange erfaring med implementering og medvirkning i ACT/FACT-satsingen, hvor det ofte er vanskelig å enes om en fordelingsnøkkel på tvers av eiere fra ulike tjenestenivå. Med en presset økonomi vil de fleste være opptatt av å få mest mulig igjen for egen ressursinnsats. En utredning av hvordan beslutningsprosedyrene skal være frem mot disponering av samhandlingsbudsjettet bør derfor også innbefatte en beregning av en fordelingsnøkkel mellom kommuner og helseforetak.

NAPHA mener at det er fornuftig å innlemme tilskuddsordninger i et felles samhandlingsbudsjett. Det kan gjøre det mindre sårbart for at prosjekter vil avvikes så fort tilskuddsordningene er avsluttet.

Sykehusutvalget gjør ingen egen vurdering av behovet for størrelsen på samhandlingsbudsjettet, men støtter seg på en utredning fra 2005 (Wisløff-utvalget). Dette utvalget foreslo 1 milliard, og sykehusutvalget gjør en grov vurdering av prisvekst på området og foreslår at rammen bør være 1–2 milliarder.

NAPHA mener at det foreslåtte beløpet på minimum 1–2 milliarder kroner ikke er tilstrekkelig. Dette med bakgrunn i erfaringer fra FACT, som er samhandlingsteam for personer med alvorlige psykiske helseproblemer, gjerne i kombinasjon med avhengighetsproblematikk, og betydelige

funksjonsutfordringer. Dette er team som er midt i målgruppen for slike samhandlingsmidler. Siden 2005 er det etablert om lag 85 FACT-team for voksne, og per dags dato er det om lag 15 FACT-ungteam. Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) har varslet en fortsatt utbygging av FACT-tilbudet. Et FACT-team (både for voksne og barn og unge) er i utgangspunktet tenkt med en bemanning på ca. 10 årsverk, og i tillegg kommer driftsutgifter. Fordi teamene jobber aktivt oppsøkende er det for svært mange team behov for mange biler, lokaler og diverse utstyr (IT mv.). Et meget grovt anslag over årlig budsjett tilsier en størrelsesorden på 10–12 millioner per team.

Den foreslåtte rammen på 1–2 milliarder kroner vil derfor i beste fall kun finansiere FACT-tilbudet.

NAPHA foreslår at det gjøres en grundigere utredning av helsefelleskapenes finansiering og størrelse på samhandlingsbudsjettet hvor en går grundig gjennom de ulike fagområdenes behov (psykisk helse, rus og somatikk), og identifiserer aktuelle samhandlingstiltak som bør finansieres av ordningen. Rammen for samhandlingsbudsjettet må oppjusteres med basis i denne utredningen.

Det er kostbart å utvikle samhandlende tjenester på tvers av nivå, og det er avgjørende at samhandling finansieres for at tjenestene sammen skal utvikle bedre helsetjenester til befolkningen.

3.2.2 Betenkning om finansiering og organisering av samhandlende tjenester i lys av erfaring med helhetlige og koordinerte pasientforløp i ACT/FACT modellen

Slik det er beskrevet i sykehusutvalgets rapport har ACT- og FACT-teamene gitt mange personer bedre helsehjelp og et bedre liv. ACT- og FACT-teamene har vist at det er mulig å gi mange som ikke tidligere har fått god nok hjelp, en bedre hjelp ved å jobbe mer fleksibelt, tverrfaglig og oppsøkende på tvers av tjenestenivå. Ny norsk forskning har vist at FACT-team kan være en av veiene å gå for å omgå noen av barrierene i det norske tjenestesystemet, men at det fortsatt er juridiske og strukturelle utfordringer som må løses ([Trane et al., 2022](#)).

På tross av den store satsingen på ACT og FACT er det fortsatt en del som faller utenfor. Det er ikke mange nok team til alle som trenger det, og de fleste teamene er ikke innrettet mot å tilby hjelp til de som har de aller største tjenestebehovene.

Sykehusutvalget beskriver at det er en helt grunnleggende problemstilling at tjenester for denne målgruppen skal leveres av to tjenestenivå, noe som kan føre til at mange opplever at helsetjenestene de mottar ikke er sammenhengende og koordinerte. NAPHA mener det kan utfordre både retten til forsvarlig behandling og samfunnsikkerheten.

Vi erfarer at det er behov for forsterket innsats knyttet til personer med sammensatte problemer knyttet til psykisk helse, rus og vold. Det er veldig sjelden personer med psykisk helse- og rusmiddelproblem utgjør en fare for andre, men for de det gjelder er det behov for både økt forebyggende innsats, og et særlig forsterket tilbud på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste (jf. «Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand?», 2021, UKOM, og «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko», 2023, UKOM). Mange rapporter og medieoppslag de siste tiårene har påpekt mangel på tilbud og mye ansvarsfraskrivelse mellom tjenestenivåene.

[ACT- og FACT-teamene](#) retter seg mot en målgruppe som har sammensatte problemer og utfordringer på mange livsområder, der noen har høy voldsrisiko. Målgruppen til teamene er i behov av helhetlig og koordinert behandling og oppfølging fra både sykehus og kommune.

En hensikt med ACT og FACT er at brukerne/pasientene tilbys den hjelpen de til enhver tid har behov for, og det bør være ansatte fra begge tjenestenivå i alle team. Innsatsstyrt finansiering kan føre til fordeling av oppgaver utfra ansettelsesforhold. Man må være oppmerksom på dette, slik at man

ivaretar faglig forsvarlighet, nødvendig fleksibilitet og et godt koordinert tjenestetilbud. Dagens finansieringsordninger, med kommunenes rammefinansiering og spesialisthelsetjenestens basisfinansiering og innsatsstyrt finansiering, er utfordrende for ACT/FACT-teamene, og mange erfarer i hverdagen at arbeidsgivertilhørighet blir styrende for hva ansatte leverer av hjelp. Dette strider helt med ACT/FACT-modellens tanke om at teamene har et felles ansvar for å tilby brukerne den hjelpen brukeren er i behov av.

Erfaringer viser at tjenestenivåene opplever ulik gevinst og kostnader i ACT/FACT-satsingen. Spesielt reduksjon på innleggelser løftes fram som en gevinst for helseforetaket. I tillegg vil innsatsstyrt finansiering gi en direkte produksjonsstimulering til sykehusene. Det kan være mer utfordrende å se den kommunale økonomiske gevinsten. Faktisk kan teamets arbeid i noen tilfeller medføre en større økonomisk belastning for kommunen ved at flere tjenester må iverksettes.

Et av suksesskriteriene for ACT/FACT-modellen i Norge er at den er iverksatt som et organisatorisk, faglig og økonomisk samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, noe som gjør at ACT- og FACT-teamene kan levere spesialisert helsehjelp og kommunale tjenester samtidig. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, og flere andre helsepolitiske utredninger, fremhever at en fremtidig finansieringsmodell må bygge videre på denne organiseringen. Det påpekes at den største, kortsiktige økonomiske gevinsten kommer i spesialisthelsetjenesten gjennom reduksjon i tvangsbruk og liggetid, men at en fremtidig kostnads- og gevinstdeling for kommuner og spesialisthelsetjeneste må utredes og vurderes nærmere.

Til tross for finansielle utfordringer, separate budsjetter og finansieringssystemer har ACT- og FACT-teamene funnet lokale løsninger. Disse løsningene ivaretar brukernes behov for helhet og sammenheng, selv om praksisen utfordrer de etablerte finansieringsløsningene. Det medfører igjen at det etableres ulik praksis mellom teamene.

Erfaringer med ACT/FACT som samhandlingsteam viser at arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er uklar. Når kommuner og foretak skal samarbeide, må den lovfestede ansvarsfordelingen ligge til grunn for avtalen. Selv om lover og forskrifter aldri vil kunne klargjøre alle gråsoner, så er det et betydelig forbedringspotensial i dagens lovverk.

NAPHA mener at dagens lovverk ikke gir ensbetydende ansvars- og oppgavefordeling mellom de to tjenestenivåene. Eksempelvis har begge et behandlingsansvar, dette åpner for ulike fortolkninger i tjenestene. Det er en stor gråsoner med oppgaver som kan utføres av begge tjenestenivå. Innen det psykiske helsefeltet er det store variasjoner geografisk når det gjelder lokal kapasitet og kompetanse (på begge nivåer). At eksisterende lovverk regulerer arbeidsdelingen på psykisk helsefeltet på to ulike tjenestenivå er etter vår oppfatning ikke i tråd med verken ønsket utvikling på psykisk helsearbeidsfeltet eller de gjeldende politiske føringer.

Vi registrerer at det ikke er innenfor sykehusutvalgets mandat å skulle ta stilling til organiseringen av helsetjenesten i ulike tjenestenivå, men tillater oss allikevel å påpeke behovet for å prøve ut nye bo- og tjenestetilbud på tvers av nivå, for akkurat denne målgruppen. Det vil gi mulighet til å benytte psykisk helsevernloven ved behov for tvangsinnleggelser, spesialisthelsetjenesteloven knyttet til nødvendig utredning og behandling, og det kommunale, brukerorienterte perspektivet når man skal legge til rette for meningsfulle hverdager og tilhørighet til lokalsamfunnet.

3.2.3 Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Sykehusutvalget viser til grep som ble gjort for å bedre samhandlingen mellom nivåene i forbindelse med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Et av tiltakene i denne forbindelse var å innføre kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. I 2021 betalte kommunene 350

millioner kroner til helseforetakene for utskrivningsklare pasienter. Det er stor ulikhet i landets kommuner og sykehus hvor hardt denne betalingsplikten rammer. Når det er mange utskrivningsklare pasienter i sykehusene rammer dette sykehusenes kapasitet, og det rammer samtidig kommunenes økonomi i en slik grad at betalingene fra kommunen til helseforetakene er til hinder for kommunal tjenesteutvikling og kapasitet.

Etter Samhandlingsreformen er liggetiden på sykehus redusert, men antall sykehusinnleggelse har gått opp. Ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har vært en kilde til konflikt, hvor nivåene er uenige om vurderinger som ligger til grunn for å definere pasienter som utskrivningsklare. Utvalget viser også til at sykehusene gir utskrivningsklare pasienter forventninger om tjenestetilbud som kommunene ikke alltid kan innfri, og at betalingsplikten forsterker den ubalanse i makt som er mellom nivåene, når sykehuset innehar definisjonsmakten.

NAPHAs inntrykk er at håndteringen av utskrivningsklare pasienter er til hinder for god samhandling i helsefelleskapene. Det tar uforholdsmessig stor plass i diskusjoner, og fortrenger andre viktige samhandlingstema.

Enkelte kommuner rammes hardt av betalingsplikten, og flere sykehus har et høyt antall utskrivningsklare pasienter. Dette skaper en evig ond sirkel, og ressurs- og kapasitetsproblemer på sykehusene.

NAPHA støtter utvalgets anbefaling om at det etableres systemer som gjør det enklere å følge forskriften om utskrivningsklare pasienter. Dette kan gjøres ved å for eksempel utvikle en sterkere felles forståelse av når pasienter er utskrivningsklare, og bedre rutiner for utskrivning.

I tillegg er det **behov for en snarlig gjennomgang og evaluering av ordningen.** Følgende forhold bør adresseres i en evaluering:

- Maktforholdet mellom sykehus og kommuner
- Forventningsavklaringen mellom kommuner og sykehus
- Særlige utfordringer for psykisk helse og rus
- Bakgrunnen for de store regionale forskjeller i antall utskrivningsklare pasienter som utløser betalingsplikt.
- Gode eksempler på lokale ordninger som fungerer bra

4. Etablering av kompetansemiljø for samhandling

Sykehusutvalget mener at det er behov for å styrke forskning «om kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandlingstiltak» (s. 111). De foreslår i den anledning å etablere et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling, som skal bistå helseforetak og kommuner med å utvikle forskningsbasert kunnskap om virksomme samhandlingstiltak, «evaluering og forskning mv.» (s. 111). Sykehusutvalget har ikke tatt stilling til hvor et slikt kompetansemiljø skal organiseres, men sier at det bør knyttes til allerede eksisterende virksomhet/miljø. Sykehusutvalget mener at kompetansemiljøet bør finansieres ved tilføring av ressurser eller omprioritering av ressurser fra andre områder.

Det er ikke til å unngå at det utvikles ulike samhandlingskulturer og praksiser. Noen steder har man allerede lyktes med å skape veldig gode samhandlingspraksiser og -kulturer på tross av lite hensiktsmessige lovverk og strukturelle rammer. Andre steder er det ikke slik. Det taler for at det er mulig å oppnå mye med kompetansehevende tiltak, hensiktsmessig organisering, godt lederskap og utvikling av en god samhandlingskultur.

Sykehusutvalget understreker at en god helsetjeneste forutsetter at det utvikles og vedlikeholdes en god kultur for samhandling og samarbeid, både i kommuner og helseforetak. Dette stiller NAPHA seg bak. Samtidig er ikke dette noe som «kommer av seg selv». Hvis man skal lykkes med å gå ut av gamle uheldige mønster, forutsetter det en bred innsats på tvers av mange tjenestetilbud, og nødvendig tilgang til ressurser og kompetansestøtte.

NAPHA mener at et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling er en god anbefaling. Dette bør være et kompetansemiljø som kan ivareta læring og kompetanseutvikling på tvers av tjenestenivå, kunne håndtere ulike faglige og organisatoriske perspektiver, og fremme mer likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Et slikt kompetansemiljø bør også ha og/eller opparbeide seg kompetanse, i hovedsak på implementering av gode samhandlingsmodeller og hvordan man utvikler mer helhetlige og sammenhengende tjenester for personer med utfordringer på området psykisk helse og/eller rusmiddelavhengighet.

Området psykisk helse- og/eller rusmiddelavhengighet favner svært vidt og har til dels ulik organisering og utfordringsområder enn for eksempel somatikk. Det er også i mindre grad tydelige behandlingsanbefalinger innen psykisk helse og rus, enn det er i somatikk. Vi mener derfor at samhandling knyttet til fagområdet psykisk hele og rus bør ivaretas i et eget kompetansemiljø.

En mulighet kan være å etablere et eget kompetansemiljø for samhandling psykisk helse/rus i forbindelse med gjennomgangen av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten som er varslert i revidert nasjonalbudsjett 2023.

En annen mulighet er å utvide samfunnsoppdraget til NAPHA. Som nevnt tidligere har vi lang erfaring fra ACT/FACT. Vi har i tillegg allerede utviklet et samhandlingskonsept «[Bedre i lag](#)» i Nord-Norge sammen med brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak og statsforvaltere. Prosjektet hadde som formål å utvikle et felles seminarkonsept, med god lokal forankring i to tjenestenivå, og på sikt en forankring i helsefelleskapene. I samskapende prosesser og likeverdige samarbeid defineres lokale utfordringer og konkrete, felles samhandlingstiltak tilpasset lokale utfordringer, og dette kan bidra til mer helhetlige og sammenhengende tjenester.

Det er allerede bredt sammensatte lokale arbeidsgrupper både på Helgeland, i UNN-området og i Finnmark.

Seminarkonseptet har inspirert til bedre samhandling, skapt nye arenaer, og det er tatt mer initiativ til samhandling og møter på tvers av tjenestenivå. Det er et stort potensial for å videreutvikle samhandlingskonseptet «Bedre i lag» i helsefelleskapene.

Et kompetansemiljø for samhandling psykisk helse/rus bør være tett på helsefelleskapene. Det er her de viktigste beslutninger blir tatt, og tjenesteutviklingen skjer.

Miljøet bør:

- Bidra med kompetansestøtte som gjør det mer attraktivt å jobbe i tjenestene
- Være en sterk pådriver for kompetanseutvikling og samskaping i alle kommuner, ikke bare de som aktivt etterspør kompetanse
- Være en sterk støttespiller for ledere i arbeidet med systematisk kompetanseutvikling, livslang læring og i arbeidet med å bli mer lærende organisasjoner
- Bidra til kunnskapsdeling på tvers av tjenestenivå
- Tilby lett tilgjengelig, tidseffektiv hybrid opplæring på etterspurte områder
- Oversette, samle, systematiske og sortere fagstoff, og gjøre dette mer tilgjengelig
- Følge med på utvikling og forskning, og være en støtte for helsemyndighetene i å identifisere nye kunnskapsbehov

Utfordringene knyttet til samhandling er grundig og godt beskrevet de siste årene. Det mangler derimot en tilstrekkelig satsing på forskning som utforsker gode og kunnskapsbaserte samhandlingspraksiser og -modeller, og forskning som kan følge de store nasjonale satsingene på samhandlingsområdet.

NAPHA mener at det i særskilt grad er viktig å stimulere forskning innen feltet samhandling og implementering av ulike samhandlingsmodeller i tjenestene.

Vi anbefaler at det utvikles et eget program for samhandling i Forskningsrådet. Det kan gjøre det mulig å få ny kunnskap om samhandling i norsk kontekst, og få en mer helhetlig forskningssatsing på samhandling. Dette vil kunne gi et bedre kunnskapsgrunnlag, og det kan også løfte kunnskapen fra små og spredte prosjekter til oppsummert kunnskap. Det finnes en del gode eksempler på lokale samhandlingsformer, men de er i liten grad evaluert og oppsummert.

5. Kort oppsummering av NAPHAs innspill

- Spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven må sees mer i sammenheng, tilpasses hverandre i større grad, og forplikte til mer samhandling og felles eierskap, i tjenestetilbud på tvers av nivå.
- Finansieringsmodeller for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må tilpasses hverandre i større grad i tjenestetilbud på tvers av nivå.
- Det enkelte helseforetak må få en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner/fylkeskommuner om i hvilke saker disse skal bli hørt, før HF-styret fatter vedtak.
- Helsefelleskapene må styrkes finansielt og strukturelt slik at de kan bli mer operative, og sekretariatsfunksjonen må særlig styrkes.
- Sykehusutvalgets forslag om et felles samhandlingsbudsjett som reguleres i forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak støttes, men 1–2 milliarder kroner ikke er tilstrekkelig. Det bør gjøres en grundigere utredning av helsefelleskapenes behov for finansiering og størrelse på samhandlingsbudsjettet.
- Det er behov for en snarlig gjennomgang og evaluering av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Lovtolkninger knyttet til utskrivningsklare pasienter, og hva forsvarlighetskravet innebærer av oppgaver og ansvar på begge nivå, må tydeliggjøres.
- Anbefalingen om et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling støttes. Vi ser behov for et eget kompetansemiljø for samhandling psykisk helse/rus, som er tett på helsefelleskapene. Miljøet bør først og fremst ivareta læring og kompetanseutvikling på tvers av tjenestenivå, ivareta ulike faglige og organisatoriske perspektiver, samt fremme mer likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.
- Vi foreslår at det opprettes et eget program for samhandling i forskningsrådet, for å få til en tilstrekkelig satsing på forskningsområdet samhandling. Det er i særlig viktig å stimulere forskning innen feltet samhandling og implementering av ulike samhandlingsmodeller i tjenestene.