



Til : InnoMeds styringsgruppe  
Fra : InnoMed v/sekretariatet

## Notat om finansiering av samhandlingstjenester

### Oppsummering

InnoMed har siden 2020 bistått nesten 50 samhandlingsprosjekter. Prosjektene omfatter pasienter i sårbare grupper med behov for tjenester på tvers av helseforetak og kommuner: Skrøpelige eldre, pasienter med kroniske lidelser, barn og unge og pasienter innen psykisk helse og rus.

InnoMed opplever at det er krevende å få til samhandling når tjenestene finansieres på ulike måter og har ulike rammebetingelser og incentivordninger.

Erfaringene fra samhandlingsprosjekter som får veiledning fra InnoMed viser at det er et stort potensiale for gevinster i helsefelleskapene når tjenestene flyttes nærmere innbyggeren og aktørene samarbeider om de samme pasientene. Gevinstene som oppstår er bedre ressursutnyttelse, mer tilgjengelige tjenester og redusert belastning for pasientene.

Samtidig oppstår det en forskyvning av kostnader fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og med dagens finansieringsordninger opplever prosjektene problemer ved overgang til drift fordi de mangler bærekraftig finansiering. InnoMed ønsker gjennom dette notatet spesielt å belyse utfordringer knyttet til kostnadsfordeling og bruk av takster.

- Digital hjemmeoppfølging kan gi store gevinster i form av bedre pasientopplevelse og redusert ressursbruk i helsetjenestene. Dette er svært krevende å løse på tvers av organisasjoner med ulike finansieringsordninger. Erfaringene viser at digital hjemmeoppfølging ofte medfører kostnads- og oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dagens finansieringsordning støtter ikke denne forskyvningen, og det gjør at kommunene vegrer seg mot å sette tjenestene i drift.
- Kommuner og helseforetak som inngår gjensidig forpliktende arbeid gjennom integrerte tjenester som eksempelvis pasientsentrerte helsetjenesteteam og FACT-team. Dokumenterte gevinster fra integrerte tjenester er reduksjon i akutte innleggelser i spesialisthelsetjenesten og mer tilgjengelige helsetjenester. Teamene er sammensatt på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenesten, og medlemmene utfører aktiviteter som faller under spesialisthelsetjenestens ansvar. Med dagens finansieringsordninger er det kun helseforetakene som mottar finansiering for disse aktivitetene, og som i eksemplet over, gjør det at kommunene vegrer seg mot å sette tjenestene i drift av budsjettmessige årsaker.
- Digitalisering av helse- og omsorgstjenester reduserer behovet for fysisk oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Digitale samkonsultasjoner og nettbasert behandling og oppfølging er eksempler på tjenester som medfører unngåtte transportkostnader, redusert pasientbelastning for sårbare pasientgrupper og bedre ressursutnyttelse totalt sett. Dagens takstsystem er i liten grad tilpasset at helsetjenester utføres i pasientens hjem fordi det fremdeles i stor grad forutsettes at pasienten møter fysisk.

## 1 Innledning

Myndighetene oppfordrer til at helseforetak og kommuner samhandler gjennom helhetlige pasientforløp og økt digitalisering av helsetjenester, og at pasientene i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv<sup>1</sup>.

Pasientene opplever mer tilgjengelige helsetjenester når de kommunale tjenestene og helseforetak samarbeider. Samhandlingstjenester kan føre til spart tid for pasienter, pårørende og helsepersonell. Digital hjemmeoppfølging og samhandlingskonsultasjoner via video er eksempler på områder hvor det er dokumentert gevinster når kommuner og helseforetak samarbeider<sup>2, 3</sup>.

Siden 2020 har InnoMed bistått nesten 50 samhandlingsprosjekter på tvers av helseregionene. Prosjektene opplever ofte problemer ved overgang til drift fordi de mangler bærekraftig finansiering som må løses i helsefelleskapene.

Den største uløste utfordringen er at dagens finansieringsordninger ikke understøtter en kostnadsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunal sektor. Når tjenestene flyttes nærmere innbyggeren, betyr det i praksis en kostnadsforskyvning over til kommunal sektor. Dette medfører at samhandlingsprosjektene stopper opp, og det er en barriere for videre tjenesteutvikling og implementering. Også helsepersonellkommisjonen peker i sin utredning (NOU 2023: 4 – Tid for handling) på utfordringene med at to tjenestenivåer som skal jobbe tett sammen, finansieres på ulike måter og har ulike rammebetingelser<sup>4</sup>.

## 2 Manglende modell for kostnadsfordeling

InnoMed har valgt å belyse problemer knyttet til manglende modell for kostnadsfordeling gjennom to eksempler; digital hjemmeoppfølging og pasientsentrerte helsetjenesteteam.

### Digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet oppfordrer til at helseforetak og kommuner skal samarbeide om tjenester med digital hjemmeoppfølging, og at dette forankres i samarbeidsavtaler mellom partene<sup>5</sup>. Finansieringsordningene har de seneste årene blitt forsterket for å underbygge aktiviteter for sykehus og fastleger som følger opp pasienter digitalt.

Etablering av bærekraftige tjenester for digital hjemmeoppfølging krever omfattende investeringer i ressurser, programvare, utstyr og infrastruktur. Når tjenestene går over i drift påløper det driftskostnader til oppfølging av pasientene, løpende lisenser og logistikk.

Det er ikke etablert en anbefaling om hvordan helseforetak og kommuner skal fordele kostnader knyttet til digital hjemmeoppfølging<sup>6</sup>. Slik rammebetingelsene er nå, må helsefelleskapene bli enige om kostnadsfordelingen ved etablering og drift av tjenestene. Selv om lavere ressursbruk er uttalt som ett av effektmålene for digital hjemmeoppfølging<sup>7</sup>, er det ikke entydig hvordan dette skal skje.

Erfaringene så langt viser at digital hjemmeoppfølging ofte medfører kostnadsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Digital hjemmeoppfølging for pasientgrupper med kroniske

---

<sup>1</sup> [Regjeringen; Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023](#)

<sup>2</sup> [Helsedirektoratet; Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021 - Effekter på bruk av helsetjenester](#)

<sup>3</sup> [Helsedirektoratet; Gevinstrealiseringsrapport - En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologi-program](#)

<sup>4</sup> [Regjeringen; NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste](#)

<sup>5</sup> [Helsedirektoratet; Digital hjemmeoppfølging - Nasjonale faglige råd](#)

<sup>6</sup> [Helsedirektoratet; Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021 - Barrierer og utfordringer](#)

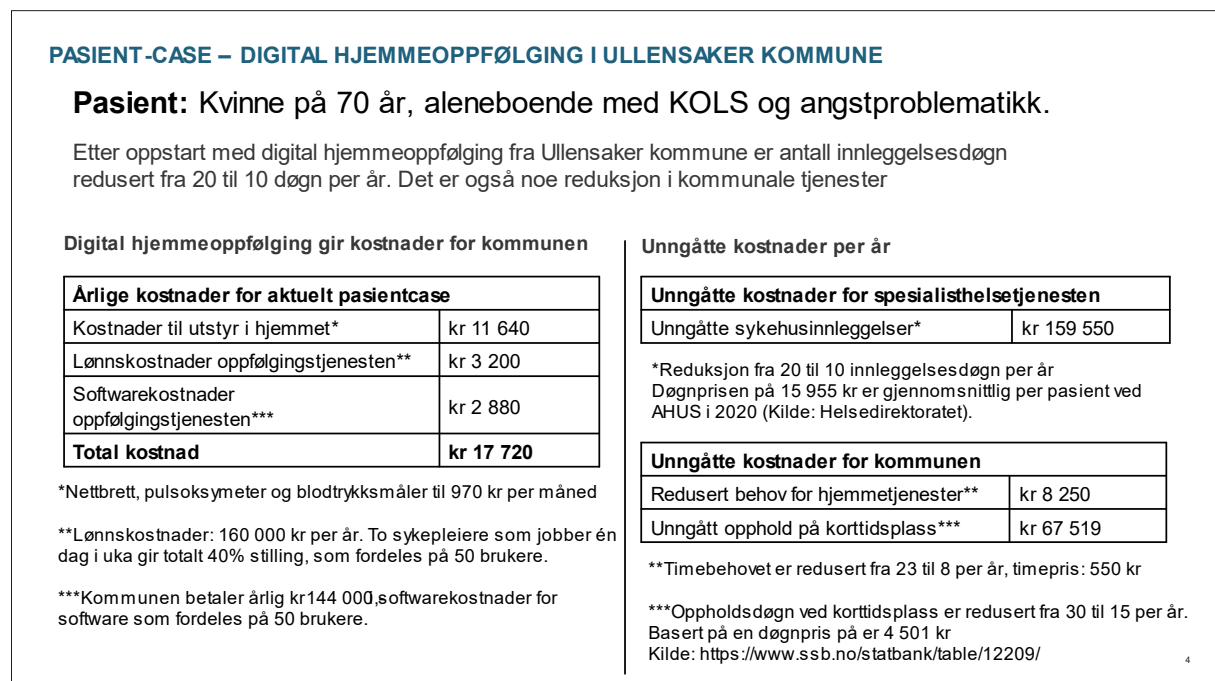
<sup>7</sup> [Helsedirektoratet; Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke](#)

lidelser er i dag oftest organisert som en tjeneste i kommunal regi, og kommunalt lønnete ressurser følger opp pasienter digitalt. Eksempler her er Bodø kommune hvor oppfølgingen av pasientene skjer i den kommunale tjenesten Helsehjelpa og Agder som har opprettet en interkommunal tjeneste i form av en telemedisinsk sentral som er lokalisert i Arendal. Kommunene bærer alle kostnader for tjenester som ikke er lovpålagte oppgaver. Til nå har tjenestene i stor grad vært finansiert av prosjektmidler fra Helsedirektoratet, og ved overgang til drift oppleves det utfordringer rundt videre finansiering.

Ullensaker kommune har i samarbeid med Lungemedisinsk avdeling på Akershus universitetssykehus fulgt opp pasienter digitalt i forbindelse med utskriving fra sykehuset. Pasientene som mottok tjenesten utførte målinger av vitale parametere i hjemmet etter utskriving, og registrerte symptomer. Pasientene ble fulgt opp av sykehuset de første 2-4 ukene, og deretter ble de fulgt opp av Ullensaker kommune. Resultatene fra utprøvingen viser en 65 % reduksjon i innleggelser for pasienter som ble fulgt opp digitalt. Det har også vært en nedgang i innleggelser for pasienter med tradisjonell oppfølging, noe som man tror kan forklares ved pandemien<sup>8</sup>.

Kostnadsdriverne til digital hjemmeoppfølging er i hovedsak ressursbruk til oppfølging av pasienten, programvare og utstyr. Ullensaker kommunes oppfølgingstjeneste har åpent en dag per uke på dagtid, og er bemannet med to sykepleiere i til sammen 40 % stilling. Ullensakers oppfølgingstjeneste kan følge opp rundt 50 pasienter til enhver tid, og kostnaden for den kommunale tjenesten er beregnet til 1700 kr per pasient og måned<sup>9</sup>. Denne kostnaden vil være vesentlig høyere for kommuner som har digital oppfølging av pasienter hver dag, som i eksempelet under fra Agder.

Figuren under synliggjør et pasient-case fra Ullensaker med kostnader og gevinster:



Figur 1: Pasientcase som beskriver kostnader og gevinster i forbindelse med digital hjemmeoppfølging i Ullensaker kommune. Noter at dette er et eksempel – kostnader og gevinster vil variere mellom ulike pasientgrupper.

Gevinstene fra tiltakene vil variere mellom ulike pasientgrupper. For noen pasientgrupper vil gevinstene komme fra lavere tjenesteforbruk både i kommunen og spesialisthelsetjenesten fordi det

<sup>8</sup> [Indremedisinen; Digital hjemmeoppfølging – erfaringer fra lungeavdelingen](#)

<sup>9</sup> [Ullensaker kommune med flere; Sluttrapport – Utprøving av digital hjemmeoppfølging](#)

kreves færre konsultasjoner i begge ledd. For andre målgrupper vil tjenestesammensetningen endres ved at oppgaver forskyves fra spesialisthelsetjenesten til fastlege og andre deler av primærhelsetjenesten.

I Agder-regionen har Sørlandet sykehus HF og kommunene samarbeidet om digital hjemmeoppfølging siden 2012. Gjennom årene har helsefelleskapet opparbeidet solid erfaring om hvordan tjenesten kan organiseres for ulike pasientgrupper, og regionen har nå ca. 150 kronisk syke pasienter i drift med digital hjemmeoppfølging.

Agder-regionen kartla i detalj hvilke aktiviteter som genererer takst for spesialisthelsetjenesten og fastlegene, og det oppsto store diskusjoner i helsefelleskapet om hvordan tjenestene skulle finansieres i drift. Kristiansand kommune valgte på et tidspunkt å stoppe opp aktiviteten innen digital hjemmeoppfølging fordi de ikke fikk finansiert oppfølging av pasienter etter utskriving fra sykehus. Kommunen opplevde økte kostnader selv om business caset var positivt totalt sett for helsefelleskapet. Analysene av takstsystemet viste at sykehuset hadde mulighet til å motta inntekter, mens kommunen i praksis fikk en økt utgift.

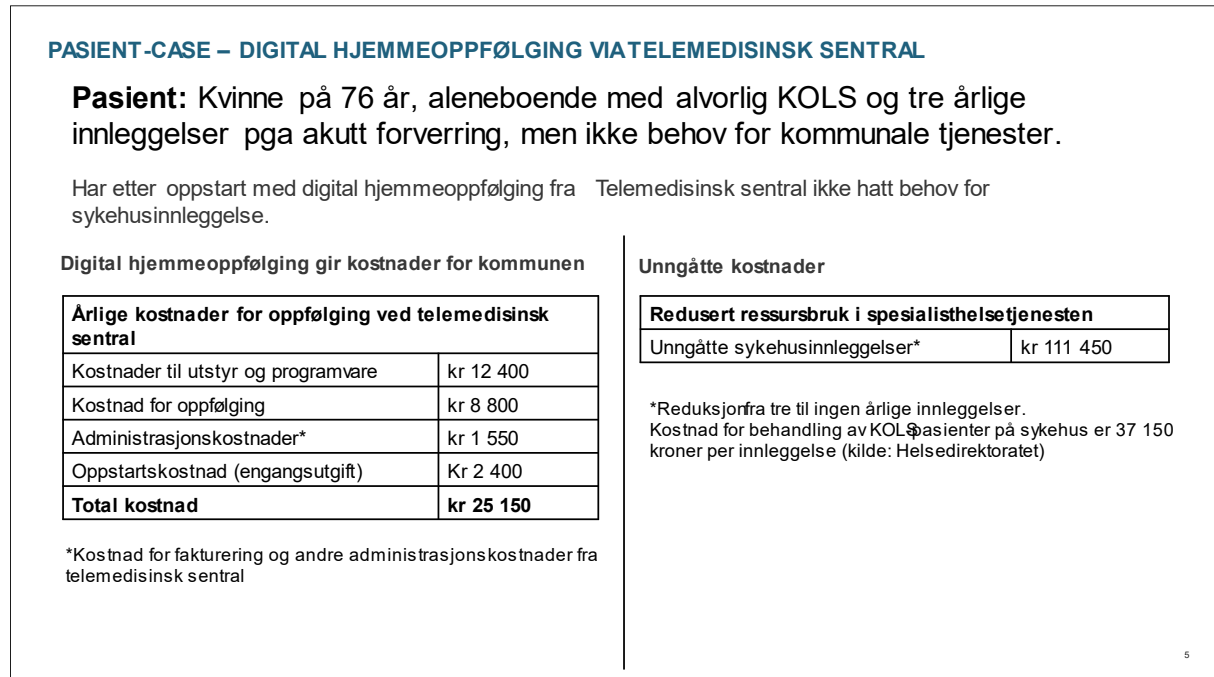
Eksemplet viser at selv store kommuner har utfordringer med å løse denne utfordringen på egen hånd fordi det mangler klare føringer. Det er også viktig å løfte frem at kommunene ønsker å beholde kontroll og styring over eget budsjett og tildeling av tjenester i kommunal helse og omsorg. Det er for eksempel ikke ønskelig at helseforetakene skal kunne henvise til digital hjemmeoppfølging i kommunal regi.

Oppstillingen under viser kostnader for kommunen per pasient for oppfølging fra Telemedisinsk sentral, som er en interkommunal tjeneste som er lokalisert i Arendal kommunene i regionen kan velge å benytte mot betaling.

<b>Kostnader til Telemedisinsk sentral for digital hjemmeoppfølging</b>	<b>Kostnad per pasient per år i kr</b>
Kit med måleutstyr for KOLS	8 640
Administrasjonsgebyr for fakturering	1 550
Lisens for programvare	33 800
Oppstartskostnad (engangskostnad)	2 400
Kostnad for oppfølging	8 800
<b>SUM</b>	<b>25 150</b>

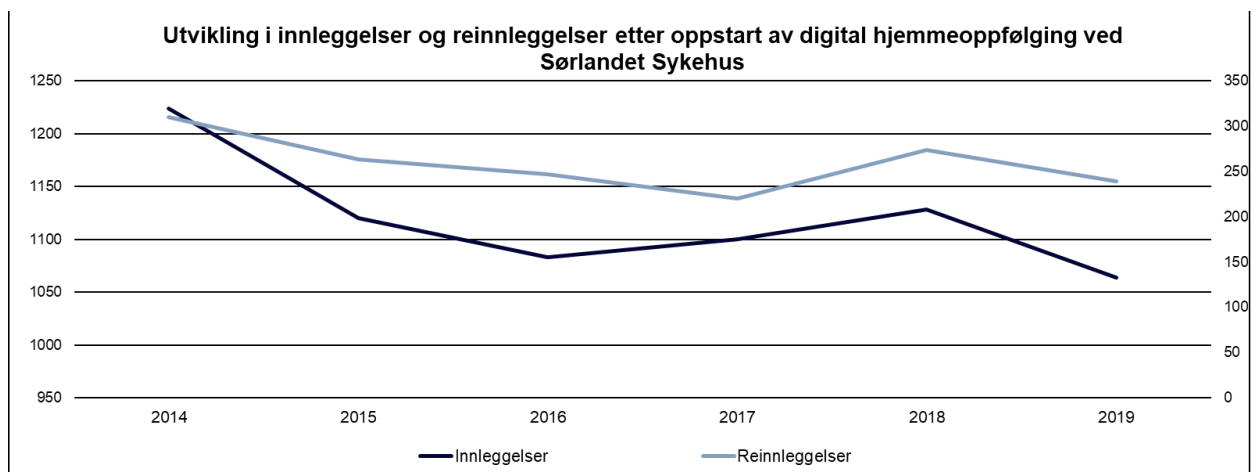
Figur 2: Kostnader for kommuner i Agder-regionen for oppfølging i telemedisinsk sentral

Under utprøvingen i Agder har man sett nærmere på hvilke effekter digital hjemmeoppfølging har på ressursbruk for pasienter med KOLS. Figuren under viser en pasientcase fra Agder med kostnader og reduksjon i ressursbruk.



Figur 3: Pasient-case som beskriver kostnader og gevinster i forbindelse med digital hjemmeoppfølging fra telemedisinsk sentral i Agder. Noter at dette er ett utvalgt eksempel. Kostnader og gevinster vil variere mellom ulike pasientgrupper.

Sørlandet sykehus har undersøkt effekter på innleggelse og reinnleggelse i forbindelse med digital hjemmeoppfølging gjennom prosjektene United4Health10 og Telma11, og resultatet er at antallet innleggelse og reinnleggelse reduseres etter oppstart av tjenesten.



Figur 4: Effekter på innleggelse og reinnleggelse ved Sørlandet Sykehus Kristiansand etter oppstart av digital hjemmeoppfølging.

<sup>10</sup> [Om United4Health](#)

<sup>11</sup> [Kompetansebroen; TELMA-prosjektet – digital hjemmeoppfølging av pasienter](#)

Oversikten under synliggjør aktiviteter ved sykehuset som genererer takst i forbindelse med digital hjemmeoppfølging:

Aktiviteter som genererer takst for sykehuset	STG-kode	DRG-kode	Takst i kr
Opplæring i teknisk utstyr (når pasient er i eget hjem)		904B + poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner	3 711
Tverrfaglig møte med fastlege for å utarbeide EBP	XS09		2 474
Samarbeidsmøte med pasient og fastlege	XS08		742
Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging (føres en gang per tertial)	XS11		742
Dialog med oppfølger i TMS og overføringssamtale med kommune og pasient	XS08		742
Tverrfaglig møte med TMS for faglige innspill på EBP	XS09		2 336
Samarbeidsmøte med pasient under oppfølging fra TMS	XS08		742
Sykehus involvert i avslutning	XS08		742
<b>SUM</b>			<b>8 660</b>

Figur 5: Aktiviteter som genererer takst for sykehuset for et pasientforløp med digital hjemmeoppfølging. Regnestykket forutsetter at aktivitetene utføres en gang i forløpet. Det er i Agder ikke lagt til rette for opplæring av teknisk utstyr og kartleggingssamtale skal utføres av spesialisthelsetjenesten i pasientens hjem – derfor er ikke den taksten inkludert i det totale regnskapet. Oversikten er oppdatert med takster i henhold til regelverket for 2023. Noter at STG-taksten XS08 kan benyttes en gang per måned.

Selv om det er gjort en god del tilpasninger av finansieringsordningene, er det svært krevende for helsefelleskapene å komme frem til lokale løsninger for finansiering av investering og aktivitet knyttet til digital hjemmeoppfølging. Kommunaldirektører i helse og omsorg kan ikke uten videre vedta nye finansieringsmodeller på vegne av hele kommunen fordi dette må løftes til politisk nivå. I Agder løftes dette frem som en stor barriere for videre implementering av digital hjemmeoppfølging<sup>12</sup>.

Det foregår nå bred implementering av digital hjemmeoppfølging på tvers av alle helsefelleskap i regi av Nasjonalt Velferdsteknologi-program<sup>13</sup>. InnoMed mener at både implementeringsprosjektene og

<sup>12</sup> Sluttrapport - digital Hjemmeoppfølging i Agder

<sup>13</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>

videre drift av tjenestene står i fare for å stoppe opp dersom det ikke etableres klare føringer for hvordan kostnadene knyttet til tjenestene skal fordeles mellom kommuner og helseforetak.

#### Pasientsentrert helsetjenesteteteam og FACT-team

Pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT) og FACT-team<sup>14,15</sup> innen rus og psykiatri er eksempler på tjenester hvor kommuner og helseforetak samarbeider i gjensidig forpliktende samhandlingsmodeller. Erfaring viser at etablering av FACT-team gir gevinster i form av redusert antall akutte innleggelses ved sykehus<sup>16</sup>. Kommuner kan oppnå gevinster i form av økt kompetanse, enklere tilgang til spesialister og redusert behov for heldøgns omsorgsboliger<sup>17</sup>.

I Oslo kommune samarbeider tre bydeler med Nic Waals institutt ved Lovisenberg sykehus i FACT-team hvor målgruppen er ungdom med sammensatte behov innen rus og psykiatri. Ressursene i teamet har ansettelsesforhold enten i respektive bydel eller ved Lovisenberg sykehus, og lønnskostnadene i teamet er omtrent likt fordelt mellom kommune og sykehus. Den operative driften er i spesialisthelsetjenesten, og ungdommene får vedtak om behandling i spesialisthelsetjenesten.

I daglig drift er alle ansatte (uavhengig om de jobber i kommunen eller på sykehuset) samlokalisert, og deltar på lik linje i beslutninger om pasientforløpene. Alle i teamet registrerer pasienttrettet aktivitet med diagnose- og prosedyrekoder som genererer DRG-poeng og utbetales som ISF-midler til helseforetaket.

Tabellen under synliggjør eksempel på sammensetning av et FACT-team og lønnskostnader fordelt på Nic Waals Institutt og bydelen. FTE betyr fulltidsekvivalent.

Budsjett FACT UNG	Stillingsbrøk	Kostnader i kr
<b>Nic Waals Institutt</b>	<b>%</b>	
Psykolog A	100	768 000
Psykolog A (vikar)	50	384 000
Psykologspesialist	100	1 136 000
Overlege	50	684 000
Klinisk ernæringsfysiolog	20	176 000
Merkantil	50	275 000
<b>SUM lønnskostnader</b>	<b>3,7 FTE</b>	<b>3 423 000</b>
<b>Bydelen</b>	<b>%</b>	
Teamleder	100	1 172 893
Sosionom	100	1 070 273
Erfaringskonsulent	100	726 264
Barnevernspedagog	100	992 950
<b>SUM lønnskostnader</b>	<b>4 FTE</b>	<b>3 962 380</b>
<b>Lønnskostnader totalt</b>	<b>7,7 FTE</b>	<b>7 385 380</b>

<sup>14</sup> FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og teamene består av ressurser på tvers av primær og spesialisthelsetjenesten med forskjellige fagekspertiser.

<sup>15</sup> [Nasjonal kompetansetjeneste rus og psykiatri; FACT Håndbok](#)

<sup>16</sup> [Statusrapport for FACT-satsningen i Vestre Viken](#)

<sup>17</sup> [NAPHA; Gevinster for kommunen av oppsøkende FACT-team](#)

Figur 6: Eksempel på sammensetning og lønnskostnader for et FACT-team. Tallene kommer fra Oslo kommune.

Prosjektet i Oslo har dokumentert at ungdommene som får oppfølging i FACT-team får redusert behov for akutte kontakter og innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Beregninger viser at på lengre sikt vil bydelene også kunne redusere bruk av barnevernstjenester og heldøgns plasser, men da kreves en bærekraftig tjeneste som går over flere år. Nå finansieres Lovisenberg sykehus sine kostnader til drift av tjenesten gjennom ISF-midler, mens kommunen ikke mottar samme type finansiering til tross for at kommunen har like store kostnader som Lovisenberg til drift av tjenesten. Tjenesten kan stå i fare for å stanse opp dersom kommunen ikke får finansiert tjenestene.

Det er også uttrykt bekymring i FACT-teamene rundt avklaringer og presiseringer til ISF-regelverket for 2023 fra Helsedirektoratet. Her står presisert at ISF er ment å delfinansiere spesialisthelsetjenestens bidrag i teamene, og at det derfor kun er ansatte i spesialisthelsetjenesten som skal registrere aktiviteten i sykehusenes PAS-systemer. Kommunalt ansatte skal registrere aktiviteten i kommunens egne systemer<sup>18</sup>. Det skaper utfordringer for FACT-teamene som er samorganisert og hvor ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunalt ansatte samarbeider i integrerte team og begge parter dokumenterer i DIPS som er både PAS og journalløsning for spesialisthelsetjenesten.

### Anbefaling

Samhandlingstjenester forutsetter bærekraftige tjenestemodeller og en hensiktsmessig fordeling av kostnader i helsefelleskapene. Dette har vist seg å være svært krevende å løse lokalt i de ulike initiativene InnoMed har bistått i.

Det anbefales at de regionale helseforetakene og KS sammen oppfordrer myndighetene til å utarbeide klare føringer for finansiering av samhandlingstjenester og at det utarbeides konkrete eksempler på hvordan kommuner og helseforetak bør fordele kostnader og gevinster både i investerings- og driftsfasen. Dette må også sees i sammenheng med oppdrag som er gitt fra Helse og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet i tildelingsbrev for 2023 (TB2023-81), hvor Helsedirektoratet bes 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.<sup>19</sup>

### 3 Bruk av takster ved samhandlingstjenester

Når kommuner og helseforetak samhandler om pasienter med sammensatte behov, eksempelvis skrøpelige eldre, pasienter med kroniske lidelser og pasienter innen psykisk helse og rus, vil det være behov for sammenfallende aktiviteter på tvers av tjenestenivåer.

Ett utbredt område er digital samkonsultasjon når pasienten har konsultasjon med flere aktører samtidig, eksempelvis fastlege, spesialist på sykehuset og kommunal hjemmetjeneste. Denne type samkonsultasjoner har vist seg å gi rask hjelp på rett nivå og bringer spesialisthelsetjenesten nærmere der pasientene bor<sup>20</sup>.

Pandemien har ført til økt bruk av digitale konsultasjoner, og det er gjort tilpasninger i takstsystemet som legger til rette for bruk av digitale konsultasjoner for fastleger og spesialister.

Erfaringene fra prosjekter som InnoMed bistår viser imidlertid at takstsystemet i mindre grad er tilpasset digitale *samkonsultasjoner*.

<sup>18</sup> [Helsedirektoratet; ISF 2023– Presiseringer og avklaringer, kap. 4.1](#)

<sup>19</sup> [Regjeringen; Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023](#)

<sup>20</sup> [Helsedirektoratet; Flytting av spesialisthelsetjenester hjem](#)



I Helse Vest er det etablert et omfattende samarbeid om digitale samkonsultasjoner mellom helseforetakene og de 43 kommunene i Vestland med Digi Vestland<sup>21</sup> i spissen for kommunene. Hensikten er å behandle og følge opp pasienter digitalt for å unngå transport og fysiske besøk ved sykehusene, spesielt for sårbare og utsatte pasientgrupper.

I Sogndal er det satt i gang utprøving av samkonsultasjon i voksenpsykiatri mellom pasient, fastlege og spesialist med hensikt om å styrke samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, tilby rask hjelp på rett nivå og redusere behovet for transport<sup>22</sup>. Det er også startet to utprøvinger av digital såroppfølging ved Stord sykehus i samarbeid med Ullensvang og Kvinnherad kommuner, samt ved Helse Førde i samarbeid med Stryn kommune.

Erfaringene fra utprøvinger av digital såroppfølging viser at det er ressursbesparende for helsetjenestene totalt sett<sup>23</sup>. Kostnader knyttet til pasientenes behov for transport og opphold ved sykehus faller bort, samtidig som man unngår å utsette sårbare pasientgrupper for unødvendig påkjenning. Bruk av telemedisinsk behandling og oppfølging av trykksår ved Sunnaas sykehus har vist at pasientene føler seg mer medvirkende enn når de er innlagt på sykehus, og at de opplever stor verdi av å kunne være hjemme hos sine nærmeste og slippe den belastende reiseveien til og fra sykehuset for poliklinisk oppfølging<sup>24</sup>.

Helse Fonna, Kvinnherad kommune og Ullensvang kommune har i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og InnoMed utarbeidet estimater over kostnadsutviklingen for digital såroppfølging sammenlignet med tradisjonell såroppfølging hvor pasienten reiser til sykehuset for fysisk konsultasjon. Beregningene viser at kommunens kostnader stiger i form av tidsbruk for personalet og kostnader knyttet til bandasje og annet utstyr når såroppfølgingen utføres i pasientens hjem. Samtidig vil digital såroppfølging innebære unngåtte kostnader knyttet til pasienttransport og en viss redusert tidsbruk for sykepleiere og leger ved helseforetaket.

Kostnad per pasient som kommunen må dekke ved digital sårbehandling	Pris per konsultasjon	Kostnad per pasient per år (16 konsultasjoner) i kr
Sykepleier – tidsbruk for helsepersonell som gjennomfører såroppfølging hos pasienten med oppfølging via video fra spesialist.	490 kroner	7 845
Sårmateriell – ved fysisk konsultasjon er dette bekostet av spesialisthelsetjenesten med egenandel for pasienten, ved digital oppfølging dekkes kostnaden av kommunen.	317 kroner	5 072
<b>SUM</b>		<b>12 917</b>

Figur 7: Kostnad per pasient og når kommunen bistår med gjennomføring av digital samkonsultasjon. I tillegg kommer eventuelle oppstartskostnader for videoutstyr. Dette vil variere fra kommune til kommune avhengig av behov for teknisk løsning og eventuell anskaffelse.

Så langt viser erfaringene av digital såroppfølging i prosjektet at kommunene vil kunne oppnå gevinster i form av økt kompetanse på oppfølging og behandling av pasienter med sårproblematikk, men at det også medfører ekstra kostnader for tidsbruk og utstyr. De største gevinstene er knyttet til

<sup>21</sup> <https://www.digivestland.no/om-digi-vestland>

<sup>22</sup> [FHI; Digital samkonsultasjon innen psykiske helsetjenester i voksenpsykiatriske tjenester i Sogndal kommune](#)

<sup>23</sup> [Ahus; Digital samhandling om diabetiske fotsår](#)

<sup>24</sup> [Irgens 2020; The Sunnaas Model](#)

reduisert belastning for pasienter i sårbare grupper som slipper å reise inn til sykehuset og reduserte kostnader for pasienttransport. Med dagens finansieringssystem forutsetter det at kommunene er villig til å ta den ekstra kostnaden for å oppnå redusert belastning for innbyggerne og økt kompetanse for ansatte.

Helse Fonna har sammen med Folkehelseinstituttet og InnoMed utarbeidet kostnadsestimater for digital sårbehandling sammenlignet med nåværende sårbehandling med fysisk oppmøte ved poliklinikk eller sengepost. Foreløpig resultat viser et stort potensiale for kostnadsbesparelser knyttet til unngått transport, redusert tidsbruk og reduserte materialkostnader.

Sammenligning av kostnader for spesialisthelsetjenesten for digital sårbehandling sammenlignet med fysisk oppmøte i sykehuset	Kostnad per konsultasjon i kr	Kostnad per behandlingsforløp - 16 konsultasjoner for 20 pasienter (fordelt på to kommuner) i kr
Gammelt behandlingsforløp med fysisk oppmøte ved poliklinikk eller sengepost.	9 914	3 172 480
Nytt behandlingsforløp med digitale konsultasjoner som utføres i samarbeid med kommunen, enten hjemme hos pasienten eller ved legekantor.	587	187 840
<b>Differanse</b>	<b>9 327</b>	<b>2 984 640</b>

Figur 8: Sammenligning av estimerte kostnader for Helse Fonna knyttet til sårbehandling med fysisk oppmøte kontra digital sårbehandling. Kostnadene omfatter blant annet transportkostnader, tidsbruk for ansatte og materialkostnader. Estimater er basert på kartlegging av pasientgrunnlaget i Ullensvang kommune og Kvinnherad kommune, hvor man regner med 10 pasienter per kommune per år.

Erfaringene fra digital såroppfølging tydeliggjør utfordringene med dagens takstsystem. I dag kan spesialisthelsetjenesten benytte vanlig takst for konsultasjon via video. I tilfeller hvor fastlege eller annen kommunal behandler deltar fra legekantor eller institusjon, kan ikke aktiviteten utløse takst. Takstkode for tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (takstkode 14) kan ikke benyttes ved behandling – kun møtegodtgjørelse<sup>25</sup>.

Når oppfølgingen gjøres av hjemmesykepleien i pasientens hjem, enten det er i egen bolig eller institusjon, vil det medføre ekstra innsats fra kommunen. Totalt sett er det likevel besparende for pasienten og for helsetjenestene. Dagens takstsystem er ikke lagt til rette for at kommunen får dekket kostnadene ved denne type behandling, og det forsinker implementering av samhandlingskonsultasjoner.

Dette merkes konkret i Helse Vest, hvor utfordringer knyttet til finansiering og spesielt manglende mulighet for godtgjørelse for fastleger og andre kommunale behandlere hindrer videre spredning av digitale samkonsultasjoner til nye helseforetak og regioner. Helse Bergen har startet et samarbeid med kommunene i Nord-Hordalandsregionen for å starte opp med digitale samkonsultasjoner, men møter motstand blant fastleger og legekantor på grunn av manglende finansieringsordninger.

Et annet område som skaper utfordringer med takster er nettbasert behandling og oppfølging, hvor pasienten gjennomfører hele eller deler av behandlingen over internett alene eller med oppfølging fra helsepersonell. Gevinstene her er mer tilrettelagt behandling for pasienten, økt opplevelse av mestring, økt tilgjengelighet på helsetjenester og bedre behandlingsskapasitet i helse- og

<sup>25</sup> [Helfo; Kontroll av takst 14 Lege](#)

omsorgstjenesten. Det er i dag flere eksempler på nettbaserte behandlingsforløp innen psykisk helse, som eksempelvis eMeistring<sup>26</sup>.

Takstsystemet er de siste årene oppdatert med at nettbasert behandling innen psykisk helse og rus skal kunne tilbys på en mer bærekraftig måte. Det ble i 2019 innført en ny særkode som langt på vei sidestiller veiledet internettbehandling med tradisjonell behandling ansikt til ansikt i psykisk helsevern<sup>27</sup>. InnoMed erfarer at samme utvikling ikke har skjedd innen somatiske helsetjenester.

Et eksempel her er eHjerterehab, et samhandlingsprosjekt i Helse Bergen som legger til rette for nettbasert rehabilitering for pasienter som har fått gjennomført utblokkning av kransarterier etter hjerteinfarkt. Hjerterehabilitering er en såkalt klasse 1a-indikasjon i internasjonale retningslinjer, som blant annet innebærer høyeste nivå i kravene til vitenskapelig dokumentasjon. Det er konstatert at behandlingen reduserer mortalitet, reinnleggelser og psykisk stress, samt gir økt egenmestring, helserelatert livskvalitet og fysisk kapasitet hos pasienter med koronar hjertesykdom<sup>28</sup>.

I samarbeid med InnoMed jobber prosjektet nå med å utarbeide grunnlag for finansiering av tjenesten, og gjennomfører i forbindelse med det en kartlegging av tilgjengelige takster. Det er innført en særkode for nettbasert behandlingsprogram for somatiske tilstander som kan brukes en gang i et behandlingsforløp, men denne taksten gir kun 742 kroner i utbetaling for spesialisthelsetjenesten. Til sammenligning vil tilsvarende takst for psykiske og rusrelaterte lidelser gi en utbetaling på 4.875 kroner.

STG-kode	STG-navn	Vekt	Utbetaling i kr
TS02	Nettbasert behandlingsprogram, psykiske og rusrelaterte lidelser	1,401	4 875
XS07	Nettbasert behandlingsprogram, somatiske lidelser	0,015	742

Figur 7: Sammenligning av takster for nettbasert behandling for psykiatri og rus respektive somatikk. Taksten kan benyttes en gang i et behandlingsforløp. Enhetsprisen for psykisk helsevern og TSB for 2023 er satt til 3.850 kroner, og 49.484 kroner for somatisk spesialisthelsetjeneste.

Det er konstatert at rehabilitering etter gjennomgått utblokkning i forbindelse med hjerteinfarkt gir store gevinster for pasientene i form av redusert dødelighet, færre reinnleggelser og økt helserelatert livskvalitet. Ved å tilby rehabiliteringen som en digital nettbasert tjeneste vil Helse Bergen få økt kapasitet og kunne tilby tjenesten til flere pasienter. I prosjektet er det uttrykt bekymring over at man ikke vil få nok refusjon når behandlingen flyttes hjem til pasienten, og det blir færre fysiske konsultasjoner og oppmøter på sykehuset. Selv om den nettbaserte oppfølgingen er mindre ressurskrevende totalt sett, påløper det en del kostnader knyttet til investeringer og drift på teknisk side, samt ressursbruk til å følge opp den nettbaserte rehabiliteringen.

### Anbefaling

De lokale initiativene trenger tydeligere føringer for hvordan takstsystemet kan brukes når kommuner og helseforetak samhandler om de samme pasientene, og hvor tjenestene i større grad flyttes fra sykehuset, ut i kommunene og inn i pasientens hjem.

Helseregionene og KS bør be myndighetene om en tydeliggjøring om når de ulike variantene av samarbeidstakst kan benyttes, og tydelige råd om hvordan veiledet oppfølging fra spesialist skal gjennomføres slik at begge parter får finansiert tjenesten. Myndighetene bør også oppfordres til å se

<sup>26</sup> [Helsedirektoratet; eMeistring i Helse Bergen HF](#)

<sup>27</sup> [Psykologtidsskriftet; Bak skjermen](#)

<sup>28</sup> [Helse Bergen; eHjerterehab](#)

over takster for nettbaserte behandlingsprogrammer, slik at initiativer som kan tilby tjenester som gir økt ressursutnyttelse i helse- og omsorgstjenesten kan etablere tjenesten på en økonomisk bærekraftig måte.