

Til

14. juni 2025

Innkalling til møte i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) for Helsefelleskap Helgeland 23.juni 2025

I henhold til møteplan kalles det inn til møte i SSU. Vedlagt følger saker til behandling.

Faste medlemmer som ikke kan delta i møter er ansvarlig for å avtale representasjon fra varamedlem.

Varamedlemmer møter kun etter avtale. Dette gjelder samtlige møter.

På vegne av leder og nestleder i SSU,

Eline Monsen

Interkommunal samhandlingsleder

Helsefelleskap Helgeland

Tlf: 977 12 791

E-post: eline.monsen@helsefelleskap-helgeland.no

Knut Roar Johnsen

Samhandlingssjef Helgelandssykehuset

Tlf: 916 62 226

E-post: knut.roar.johnsen@helgelandssykehuset.no

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
10-2025	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 10-2025: Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
11-2025	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 11-2025: Desentralisert medisinstudanning (6.års studenter) på Helgeland - status og veien videre

Innstilling

1. SSU tar saken til orientering.
2. SSU ser frem til en oppdatering i saken i løpet av høsten 2025.

Saksopplysninger:

Utredning av utvidet desentralisering av 6. studieår

Det ble i januar 2025 gitt oppdrag internt i UiT fra dekanen på Helsevitenskapelig fakultet om at det skal utredes og anbefales hvordan UiT ved Helsefak (prosjekteier) i samarbeid med Helseforetakene i Helse Nord (HN) kan utvide det desentraliserte studietilbudet på 6. studieår med gode rammer og høy faglig kvalitet. Dette kom som en henvendelse til Helgelandssykehuset den 07.03.25. Oppdraget innebar en kartlegging av infrastruktur, personell, utstyr og faglig kompetanse ved foretaket som kan brukes i undervisningen, som danner grunnlaget for videre vurderinger av helseforetakets potensial som læringsarena for medisinstudentene ved UiT. Det var gitt svarfrist på en kartlegging innen 30. mai 2025. Helgelandssykehuset har svart på kartleggingen.

Vurdering:

Helgelandssykehusets vurdering av saken

Helgelandssykehuset ønsker sterkt å bidra i desentralisert medisinstudanning i Nord-Norge. Vårt lokalsykehus kan tilby gode og relevante læringsarenaer i tråd med studieplanen, [delemner og læringsutbytter for 6. studieår](#).

For de læringsutbytter som er mer krevende å ivareta med tanke på organisering og fagmiljø i Helgelandssykehuset, vil vi søke samarbeid med Nordlandssykehuset HF og det har vært dialog i saken. Vi har også hatt dialog med Finnmarksmodellen for å innhente deres erfaringer med samarbeid på tvers og forstår at dette har lyktes godt i deres tilfelle. Dette ser vi som klart løsbart for Helgelandssykehuset i et samarbeid med andre HF. Vi registrert også at i dialogen med UiT har det kommet frem ønsker om sterkere samarbeid om undervisning på tvers av de desentraliserte modellene, når det kommer til små og sårbare fagområder. Dette er et samarbeid som vi ser mange fordeler med, i forbindelse med å utvikle en desentralisert modell på Helgeland.

Samhandlingen mellom Helgelandssykehuset, aktuelle samarbeidskommuner og fastleger på Helgeland er vesentlig for å lykkes med å tilby god kvalitet og relevans på 6.års medisinstudanning gjennom tett og godt samarbeid. Samhandling og samarbeid på tvers, en kraftsamling på tvers i

helsetjenesten i regionen, er en sentral forutsetning for å lykkes med etablering av desentralisert medisinstudium på Helgeland. Her har Helgeland noen fortrinn, da vi tidligere har lyktes med komplekse tverr-sektorielle utdanningsprosjekter i regionen, i samarbeid mellom alle kommunene, Helgelandssykehuset, utdanningsinstitusjoner og andre samarbeidspartnere. Et eksempel på dette er etableringen av en [desentralisert sykepleierutdanning med distriktsprofil](#). Dette har skjedd i et samarbeid mellom alle kommunene i regionen, regionråd, Studiesenter RKK, Helgelandssykehuset, videregående skole og VID vitenskapelige høyskole. Den 27. mai ble det første kullet sykepleiere ved VID Helgeland uteksaminert. [Samarbeidet i regionen](#) ble fremholdt som en sentral suksessfaktor, fra både samarbeidspartnerne lokalt og VID som utdanningsaktør. Nylig fikk også det unike samarbeidsprosjektet [Helgelandssykepleier](#) tildelt 10 millioner kroner fra rekrutterings- og samhandlingsmidlene i Helse Nord.

Gevinster ved desentralisert medisinstudium

Det er vesentlig for Helgeland at regionen kan bidra i arbeidet med desentralisert medisinstudium i nord og være utdanningssted for 6. års studenter.

- **Fagutvikling og utvikling av akademisk kompetanse:** Vi mener dette kan bidra til å løfte fagmiljøene våre ytterligere, og erfaringer fra Bodø-modellen og Finnmarksmodellen understøtter dette.
- **Rekruttering:** Vi ser det som sentralt for å bidra til fremtidig rekruttering av leger til kommuner og til Helgelandssykehuset. Desentralisert medisinstudium er viktig for rekruttering i den regionen som utdanningen foregår i, samt bidrar til å ta i bruk gode læringsarenaer og styrke utdanningskapasiteten innenfor profesjonsutdanningen i medisin. Dette er dokumentert av [Westlie m.fl \(2021, Tidsskriftet for den norske legeforening\)](#), samt i forskning fra andre land som har erfaring med desentraliserte utdanningsmodeller innen medisinstudiet.
- Dette handler i bunn og grunn om å utdanne legene der de trengs!

Ser til Finnmarksmodellen

I Finnmark er det etablert desentralisert medisinstudium 6. studieår. Finnmarksmodellen har samme pensum som Bodø og Tromsø, og har i tillegg et ekstra fokus på kulturforståelse, akuttmedisin, samhandling og pasientforløp. Studentene får anledning til å studere medisin i et mindre miljø, sammen med færre studenter der de lettere blir en del av arbeidsplassen, får mer pasientkontakt og delta i mange akuttmedisinske øvelser. Finnmarksmodellen har mye overførbarhet til Helgeland med tanke på organisering av helsetjenesten og befolkningsmessig nedslagsfelt.

Finnmarksmodellen gjennomføres i et samarbeid mellom Finnmarkssykehuset, Hammerfest, Alta og Karasjok kommuner.

Helgelandssykehuset har hatt møter med ansatte i Finnmarksmodellen for å lære av erfaringene. Vi har etterspurt utdypende informasjon om avtaleverk som rammer inn samarbeidet, herunder avtaler med kommunene. Dette har vi ennå ikke fått, men det ventes tilsendt.

Veien videre

Helgelandssykehuset er klar på at vi ønsker å bidra i desentralisert medisinstudium i Nord-Norge, målet er å ta imot 12 medisinstudenter (6.år) på Helgeland fra 2028. Etter innhenting av erfaringer fra Finnmarksmodellen ser Helgelandssykehuset at det er vesentlig å etablere dialog med aktuelle samarbeidskommuner i en tidlig fase. I første omgang er dette vertskommunene der Helgelandssykehuset har hoveddelen av sine fagmiljø innen somatikk og psykisk helsevern og rus, herunder Alstahaug kommune, Rana Kommune og Vefsn kommune.

Vi vil komme tilbake med mer informasjon om arbeidet med desentralisert medisinerutdanning når dialogen med vertskommunene er etablert, og vi sammen med vertskommunene har mer informasjon og forståelse om hvordan dette arbeidet kan tas videre på Helgeland.

Helgelandssykehuset mener det er sterkt ønskelig å forankre et mottaksprosjekt for desentralisert medisinerutdanning i SSU, når tiden er moden for dette. Det signaliseres at saken vil komme tilbake til SSU 1. oktober 2025.

Vedlegg:

Bakgrunn/historikk

Fra 2020 har det vært klare signaler om intensjon om etablering av desentralisert medisinerutdanning på Helgeland, for studenter fra 6. studieår.

I Helse Nords foretaksmøtesak 9-20, ble følgende protokollført:

For å styrke rekrutteringen av leger på Helgeland ber styret adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet slik at medisinerstudenter får gjennomført 5. og 6. år av utdanningen på Helgeland, etter modell fra Bodø og Hammerfest.

[I styresak 75-2022](#) i Helse Nord RHF fremkom følgende:

Helse Nord RHF og sykehusforetakene signerte i 2021 en regional samarbeidsavtale med UiT om desentralisert legeutdanning i regionen. Avtalen bereder grunnen for ytterligere desentralisering av 6. studieår. Helgeland er av både UiT og Helse Nord RHF prioritert for utvidelse, og prosessen for å realisere dette er startet. Målet er at studentene skal kunne starte 6. studieår ved Helgelandssykehuset høsten 2025

Forsinkelser for Helgeland

Siden 2020 det i flere runder vært signalisert oppstart av en formell prosess for dette på Helgeland, men prosessen har stoppet opp av ulike årsaker slik Helgelandssykehuset har fått det forklart fra UiT.

Den 19.-20. april 2022 var en større delegasjon fra UiT på besøk på Helgeland. Tema for besøket var blant annet å forankre en vilje fra Helgelandssykehuset om å være desentralisert studiested i tråd med den regionale avtalen, erfaringer fra andre desentraliserte utdanninger, samarbeid med kommunene, få sett sykehusets lokaler og møtt fagmiljøene på Helgeland. Under besøket var det omvisning og dialog med fagpersoner, administrasjon og forskere fra Helgelandssykehuset. I tillegg deltok ordførere og fagpersoner fra vertskommunene Vefsn, Alstahaug og Rana, samt rådgiver fra Helse Nord. På alle lokalisasjonene ble det fremmet muligheter for samarbeid mellom kommunene, universitet(-er), eventuelt næringslivet og Helgelandssykehuset blant annet omkring simuleringstrening, utstyr og fasiliteter. Det var store forventninger at arbeidet med desentralisert medisinerutdanning skulle komme i gang etter dette besøket, slik det også er referert til i [styresak 75-2022](#) var det signalisert at studenter kunne være på plass i 2025.

I Helgelandssykehuset har det hele tiden vært et sterkt ønske med å komme i gang med arbeidet, men UiT kom høsten 2022 med kontrabeskjed og signal om at Helgeland først ville komme med senere i prosessen. Det har inntil nylig vært uklart når dette arbeidet kunne komme i gang på Helgeland

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
12/2025	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 12-2025: FSU Pakkeforløp hjem kreft – Forslag til prosedyrer Pakkeforløp hjem kreft – Helgeland

Innstilling:

1. SSU tar orienteringen fra FSU Pakkeforløp Hjem til orientering.
2. SSU ber kommunene og sykehuset implementere prosedyren som foreslått fra FSUet.

Bakgrunn:

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter er et standardisert, nasjonalt pasientforløp som har til formål å sikre forutsigbarhet og kvalitet for pasienter og pårørende som nylig er rammet av kreft. Tradisjonelle pakkeforløp som etablert i 2015 har hatt fokus på selve kreftdiagnostikken, men «pakkeforløp hjem» har fokus på å kartlegge individuelle behov for tjenester og oppfølging utover diagnostikk og behandling. Kreftforeningen og brukerutvalget ved Helgelandssykehuset har over lang tid etterspurt en lokal implementering av pakkeforløpet.

FSU Pakkeforløp hjem ble vedtatt etablert i sak 25/2024. Et mandat ble utarbeidet og et bredt utvalg fagpersoner fra kommunene og sykehuset har utarbeidet en modell for pakkeforløp hjem på Helgeland.

Saksopplysninger:

FSUet hadde første møte 17.10.2024 og har i arbeidsperioden hatt 2 hovedmøter med hele gruppen, i tillegg til at leder og nestleder har hatt møter for utarbeidelse av utkast til gruppen. Et utkast ble utsendt kommuneoverlegeforum og arbeidsgruppen uten kommentarer.

Prosedyren er en lokalt tilpasset variant av prosedyrene fra Nordlandssykehuset og omegn samt. Universitetssykehuset i Nord-Norge og omegn. Prosedyren er vedlagt dagens sak.

Oppsummering pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Den 17.10.24 var det det første konstituerende møte i pakkeforløp hjem.

Sammensetning i gruppen:

Hilde Breivik, pakkeforløpskoordinator HSYK Mosjøen.

Solveig Aune, kreftsykepleier Vefsn kommune

Lisbeth Parelus, kreftsykepleier, Nesna kommune

Marianne Evjen, kreftsykepleier, Hemnes kommune

Sara Åhren, pakkeforløpskoordinator HSYK Mosjøen

Dag Utnes, brukerutvalsrepresentant

Arpad Totth, fagsjef HSYK

Fastlegerepresentant, ingen fysisk til stede.

Mandatet vårt var å utarbeide en modell for pakkeforløp hjem tilpasset regionen

Sørge for fremdrift i arbeidet

Sikre at modellen tilfredsstiller helsedirektoratets krav til kvalitet ved:

- at de rette pasienter fanges opp og får tilbud om pakkeforløpet
- at samhandlingspunktene i pakkeforløpet er gjennomførbare
- plassere ansvaret for samhandlingspunktene
- sørge for at modellen er kontret nok til å kunne implementeres i kommuner og spesialisthelsetjeneste
- sikre en god prosess
- regelmessig oppdatere strategisk samhandlingsutvalget med status i arbeidet
- sørge for at medlemmene i referansegruppene representerer både klinisk og administrative nivåer

Formålet:

Sikre helhetlig omsorg for pasienter som har fått en kreftdiagnose. Omsorgen skal være tilpasset den enkelte pasient.

Organisering:

Vi har hatt 2 hovedmøter med hele gruppa på Teams. I tillegg har leder, Hilde og nestleder, Solveig har hatt 4 treffpunkt for utarbeidelse av utkast til gruppa og utarbeidet prosedyren for samhandlingspunkt 1. Det ble sendt utkast for høring til fastlegene og arbeidsgruppen. Det kom ingen innspill til arbeidsgruppa.

Vi ble enige om å lage en rutine med utgangspunkt i NLSH Bodø og UNN Tromsø sin rutine som lå tilgjengelig på docmap/KVIKK.

Arbeidsgruppa har kommet frem til et endelig resultat: (se rutine under)

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Samhandlingspunkt 1.

1.Hensikt

Å sikre gjennomføring av kartleggingssamtale, Samhandlingspunkt 1 pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Kartleggingen skal få frem pasientens behov for tjenester og oppfølging ut over selve kreftbehandlingen og medisinsk oppfølging. Det er pasientens **livssituasjon og hva som er viktig for pasienten som skal stå i fokus.**

2. Målgruppe

Helsepersonell som skal utføre behovskartlegging for pasienter med kreft og som omfattes av prosedyren:

- Leger ved Helgelandssykehuset ved diagnosetidspunkt på poliklinikk/sengepost
- Enhetsledere og sykepleiere ved kirurgisk og medisinsk sengepost. Det er opp til avdelingen å delegere oppgaven med å gjøre behovskartleggingen.

Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem, uavhengig av om de er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke, om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon. Og inkluderer også pasienter som får tilbakefall av sin kreftsykdom. Omfatter også barn.

3. Grunnlagsinformasjon

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft inneholder 3 samhandlingspunkter:

- Behovskartlegging i spesialhelsetjenesten etter en kreftdiagnose

- Behovskartlegging i kommunehelsetjeneste, ca.3-4 måneder etter en kreftdiagnose
- Behovskartlegging i kommunen ca. 12-18 mnd. etter en kreftdiagnose

4. Arbeidsbeskrivelse

Første behovskartlegging skjer i spesialisthelsetjenesten etter at pasienten har fått påvist kreft og er orientert om sin kreftdiagnose.

Pasienter som får sin diagnose stilt ved poliklinikker skal kartleggingssamtalen utføres her.

4.1 Forberedelse

- Samtalen skal ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunkt, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre en behovskartlegging.
- Det er en forutsetning for en vellykket kartlegging at pasienten har fått satt seg inn i kartleggingspunktene på forhånd, gjerne sammen med sine pårørende. Pasienten bør ha fått utlevert kartleggingsbrosjyren/punktene
- Kartleggingen bygger på god klinisk kommunikasjon og prinsippene ved samvalg.
- Prosessen skal gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten og bidra til oppfølging som tar hensyn til pasientens livssituasjon, behov, verdier og preferanser. Kommunikasjon tilpasses den enkeltes helsekompetanse, slik at pasienten og pårørende settes i stand til å medvirke, i den grad og på en måte pasienten ønsker.
- Når pasienten er et barn må behovskartleggingen tilpasses barnets alder og ha barn og forelder som utgangspunkt. Vurder behov for individuell plan.
- Pasienter som ikke ønsker en samtale (dokumenteres i journal) bør spørres igjen på et senere tidspunkt. Hvis ikke dette lar seg gjennomføre i spesialisthelsetjenesten sendes det EDI dokument til tjenestekontoret og fastlege med beskjed at pasienten ikke ønsker samtale på nåværende tidspunkt. Dette for å sikre at pasienten blir ivaretatt på et senere tidspunkt i forløpet.

Pasienter og pårørende bør før kartleggingen få tilgang på informasjon om pakkeforløp kreft hjem utformet av helsedirektoratet, den kan lastes ned her:

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - pasientbrosjyre.pdf](#)

Aktuelle temaer i kartleggingssamtalen: Hva som tas opp i den enkelte samtale, vil avhenge av pasientens livssituasjon og hva pasienten ønsker å snakke om.

Emneområde	Stikkord
Familiesituasjon og nettverk Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Sivilstatus/familiesituasjon. Barn som pårørende? Har du noen du kan snakke fortrolig med? Hva vet familien din om din sykdom? Har de behov for mer informasjon? Har du støttespillere i familien eller i ditt nettverk (praktisk, følelsesmessig eller sosial støtte)? Er det andre forhold i familien/nettverket som har betydning for deg og din livskvalitet? Vurder styrker, utfordringer og behov for tiltak og tilrettelegging.
Jobb/skole/utdanning Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Er du i arbeid eller under utdanning? Hvordan påvirker din sykdom din arbeid eller skolesituasjon? Vurder muligheter, utfordringer og behov for tilrettelegginger.
Økonomi og boforhold Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Vil sykdommen føre til økonomisk utrygghet? Har du behov for hjelp for å ivareta praktiske forhold rundt økonomi og juridiske forhold? Vurder økonomiske, juridiske og praktiske forhold bl.a. om pasient/pårørende kvalifiserer for økonomiske velferdsordninger. Vurder om bosituasjonen er trygg, hensiktsmessig og tilrettelagt.
Fritid/sosiale aktiviteter Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Er det forhold som er viktig for din livskvalitet og som påvirkes av din sykdom eller behandling? Er det forhold i din kultur eller religion som er viktig for helsepersonell eller andre offentlige tjenester å kjenne til?

	Håp, mening, tro – har du noen å dele dine tanker med?
Fysisk aktivitet og fysisk funksjon Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Hvordan opplever du din egen fysiske helse og har du andre sykdommer som påvirker denne? Er du selvhjulpen i dagliglivets aktiviteter? Er søvnkvaliteten endret? Er det behov for fysikalsk behandling, rehabiliterings opphold eller lignende? Vurder behov for hjelpemidler og behov for tiltak og tilrettelegginger.
Ernæring/mat/måltider Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Har kostholdet/spisevanene endret seg? Får du den næringen du trenger? Vektendringer?
Tann- og munn helse Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Tannstatus, munnhule, smerter, sår? Vurder behov for tiltak, herunder om pasienten kvalifiserer for refusjons- eller velferdsordninger knyttet til tannbehandling.
Psykisk helse Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Har du tanker eller bekymringer som plager deg? Har du utfordringer knyttet til avhengighet/overforbruk av medisiner, alkohol, spill og illegale rusmidler? Tidligere psykiske helse, reaksjoner ved alvorlig sykdom, angst, depresjon, irritabilitet, labilitet, delirium. Vurder styrker, utfordringer og behov for tiltak og tilrettelegginger.
Seksuell helse Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Har sykdom/behandling hatt innvirkning på din seksualitet? Har du spørsmål rundt seksualitet eller seksuell helse som du har behov for å drøfte med en fagperson?

	Kontakt med partner, endringer, nærhet, endret utseende, behov for hjelpemidler.
Ivaretagelse av egen helse Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Hva er viktig for deg? Behov for hjelp av andre, likeperson, bruk av tilbud som Pusterom, Vardesenteret m.m
Egne ressurser / læring og mestring Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Er det språkbarrierer/vansker med å forstå gitt informasjon? Håndterer du selv digitale helsetjenester? Helsekompetanse, mestringsstrategier, deltakelse læring- og mestringskurs, brukerorganisasjoner/interesseforeninger.
Hjelp og tilrettelegging i hjemmet Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Endring av hjelpebehov, behov for kommunale tjenester, bistand fra pårørende/nettverket, tilgjengelighet til butikk, post og kollektivtransport.
Rehabilitering Belastningsgrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ikke relevant ☐	Forberedelse til oppstart behandling, prehabilitering, hva gjør du eller trenger du for å opprettholde eller bedre din nåværende/tidligere funksjon, informasjon om rehabiliteringstilbud, brukerorganisasjoner, behov for rehabiliteringsinstitusjon.
Kontaktpunkt i kommunen	Navn og telefonnummer til kontaktpunkt i kommunen.

4.2 Kartleggingssamtalen- gjennomføring og dokumentasjon

- Dokumentet som skal brukes i dips heter: “behovskartlegging pakkeforløp hjem for pasienter med kreft SO/PS(edi)”

4.3 Oppfølging og etterarbeid

- Etter gjennomført kartleggingssamtale, sendes dokumentet til tjenestekontor/saksbehandler i aktuell kommune, med kopi til pasientens fastlege.

- Dersom pasienten ikke ønsker inkludering i pakkeforløp hjem skal dette dokumenteres i journalnotat/epikrise og sendes tjenestekontor og fastlege i aktuell kommune.
- Gjennomført behovskartlegging skal registreres med medisinsk prosedyrekode
- (NCMP). Dato som knyttes til koden er dagen behovskartleggingen er gjennomført. Prosedyren skal benyttes for alle kreftpasienter, uavhengig om av om pasienten er i et pakkeforløp for kreft fra før av eller ikke. Kode: **WMFG11 utvidet samtale med pasient for kartlegging av behov for bistand i pasients livssituasjon**

5 Referanser

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet](#)

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§38a>

[Hva er samvalg? - Helsenorge](#)

Konklusjon

Vi så fort at kommunene er organisert ulikt, og arbeidsgruppa ble enige om rutinen for samhandlingspunkt 1 kunne brukes som utgangspunkt for kommunene til å utarbeide sin egen rutine for samhandlings pkt 2 og 3.

Følges denne prosedyren vil vi sikre at vi klarer å fange opp pasientene i samhandlings pkt 1 og at pasienten vil kunne følges videre opp i kommunen.

Arbeidsgruppen har fungert bra til tross for at vi bare har brukt teams som treffpunkt.

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
13/2025	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 13-2025: Dialog og partnerskapsmøtet 2026

Saken legges frem til beslutning av SSU

Innstilling:

1. Det opprettes en arbeidsgruppe/programkomité med 4 deltakere fra kommunene og 4 deltakere fra Helgelandssykehuset HF.

Forslag til medlemmer fra kommunene:

- Ordfører
- Kommunedirektør
- Samhandlingssekretariatet
- Regionrådsrepresentant
 - Bruker kommuneoverlegeforum som høringsgruppe

Forslag til medlemmer fra Helgelandssykehuset HF:

- Administrerende direktør/medisinsk direktør
- Klinikksjef
- Samhandlingssekretariat
- Brukerrepresentant

2. SSU gir programkomiteen i mandat å utarbeide forslag til program, og gjennomføring av dialog- og partnerskapsmøtet i 2026.

3. Dialog og partnerskapsmøtet 2026 samkjøres med Helgelandskonferansen 2026. Dato er ikke satt.

Bakgrunn:

Dialog- og partnerskapsmøtet er helsefelleskapets øverste organ, og avvikles en gang i året. Her møtes politisk og administrativ ledelse i kommunene og sykehuset for å forankre de overordnede retningslinjer for samarbeidet. Helsefelleskapet skal utvikle samhandlingen i tråd med føringer gitt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 samt vår Helgelandserklæring 2025-2027 med felles planlegging av utvikling av tjenester.

Dialog – og partnerskapsmøtet 2025 ble gjennomført 24.april i Sandnessjøen i tilknytning til Helgelandskonferansen. Oppmøtet var godt og det er ønskelig med gjentakelse.

Saksopplysninger:

Det foreslås at Dialog og partnerskapsmøtet 2026 samkjøres med Helgelandskonferansen 2026.

Jamfør vedtektene skal det utarbeides et årlig program for Dialog- og Partnerskapsmøtet, som skal avholdes samme dag.

Det foreslås å opprette en arbeidsgruppe/programkomitè for planlegging og gjennomføring av neste års møte. Dette på bakgrunn av mengde arbeid for samhandlingssekretariatet samt ønske om innspill fra flere deltakere i Dialog – og partnerskapsmøtet. Det er ønskelig at representant fra regionrådssekretariat bidrar i arbeidsgruppe/programkomitè. Møtet planlegges jamfør vedtekter og Helgelandserklæringen 2025-2027

Vedlegg: [Vedtekter Helsefelleskap Helgeland](#)

[Helgelandserklæringen 2025-2027](#)

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
14/2025	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 14-2025: Årsrapport 2024

Innstilling:

1. Strategisk samarbeidsutvalg tar årsrapport for Helsefellesskap Helgeland 2024 til orientering
2. Årsrapporten bes videreformidles som informasjon ut i egne organisasjoner. Rapporten legges ut på nettsiden etter orienteringen.

Bakgrunn:

Jamfør vedtektene for Helsefellesskap Helgeland:

Det utarbeides en årsrapport til instanser helsefellesskapet er pålagt å rapportere til. Sekretariatet har ansvaret for å utarbeide de årlige meldingene.

Saksopplysninger:

Kort oppsummert:

Etablert: Mai 2023 som del av nasjonal satsing på helsefellesskap.

Formål: Styrket samarbeid og samhandlingen mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland.

2024:

Første hele driftsår med etablering av strukturer og samarbeidsutvalg.

Handlingsplan vedtatt med konkrete mål og tiltak.

6 faglige samarbeidsutvalg (FSU) opprettet, bl.a. for:

1. Tjenesteavtaler
2. Akuttmedisin
3. Digitale helsetjenester
4. Kreftforløp
5. Rekruttering og utdanning
6. Rehabilitering

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU): 6 møter i 2024.

Se vedlegg 1 Årsrapport 2024 Helsefellesskap Helgeland

Årsrapport for Helsefellesskap Helgeland 2024

Innhold

1. Innledning	2
2. Helsefellesskap Helgeland	3
1.1 Helgelandserklæringen	3
1.2 Vedtekter	4
1.3 Handlingsplan	4
3. Struktur og organisasjon	4
2.1 Overordnet struktur Helsefellesskap Helgeland	4
4. Dialog – og Partnerskapsmøtet	5

5. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)	5
6. Faglige samarbeidsutvalg (FSU).....	6
7. Andre samarbeidsarenaer og oppgaver for Helsefellesskap Helgeland	9

Innledning

Helsefellesskapet Helgeland ble etablert 4.mai 2023 på bakgrunn av avtale inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kommunesektorens organisasjon (KS) om å opprette 19 helsefellesskap i landet. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) beskrives overordnede føringer:

Helsefellesskap Helgeland ble formelt stiftet i Sandnessjøen 04.mai 2023. I møtet ble vedtektene for helsefellesskapet og Helgelandserklæringen vedtatt og strategisk samarbeidsutvalg (SSU) ble konstituert.

I 2023 etablerte man nye samarbeidsstrukturer i helsefellesskapet mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset HF. Målet var å få etablert strukturer og nettverk på tvers av nivå for å sikre forankring og medvirkning fra alle kommunene, Helgelandssykehuset, brukere og fastleger inn i helsefellesskapet.

2024 var første hele normale driftsår for Helsefellesskap Helgeland.

2. Helsefellesskap Helgeland

1.1 Helgelandserklæringen

Helgelandserklæringen ble vedtatt 4.mai 2023, og gjelder for perioden 2023-2024.

Helgelandserklæringen skal revideres på partnerskapsmøtet vår 2025.

1.2 Vedtekter

Vedtektene for Helsefellesskap Helgeland ble vedtatt 4.mai 2023, og gjelder for perioden 2023-2024. Vedtektene skal revideres på partnerskapsmøtet vår 2025.

Vedtektene beskriver formålet med helsefellesskapet, og sammensetningen og organiseringen av de ulike nivåene i helsefellesskapet.

1.3 Handlingsplan

Handlingsplanen for Helsefellesskap Helgeland er utarbeidet av SSU, og ble endelig vedtatt i møte i SSU 19.03.2024. Handlingsplanen beskriver mål, tiltak, pågående prosjekter, ansvarlige og tidsramme for de definerte innsatsområdene. Planen er det operative dokumentet som skal bidra til å nå de resultater og mål som settes av Partnerskapsmøtet i Helgelandserklæringen.

3. Struktur og organisasjon

2.1 Overordnet struktur Helsefellesskap Helgeland

Figur 1: Struktur Helsefellesskap Helgeland 2024

Det er opprettet nettside for [Helsefellesskap Helgeland](#)

Her ligger struktur oppbygning forklart og hvordan vi jobber.

4. Dialog – og Partnerskapsmøtet

Dialog- og partnerskapsmøtet er helsefellesskapets øverste styringsorgan.

5. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Strategisk samarbeidsutvalg settes sammen med representanter fra kommunene og Helgelandssykehuset for fire år i gangen. Lederskapet veksler mellom kommunene og Helgelandssykehuset der leder og nestleder skifter på lederskapet etter to år.

6. Faglige samarbeidsutvalg (FSU)

FSU-ene er det operative nivået i helsefellesskapet. Her vil det være både faste og midlertidige samarbeidsutvalg. De ulike utvalgene får sine oppdrag og mandat fra Strategisk samarbeidsutvalg. Det opprettes sak, mandat og rutiner for alle FSU.

Første hele driftsåret for Helsefellesskap Helgeland er tilbakelagt.

Det har vært stor aktivitet i helsefellesskapet, med bla revidering av tjenesteavtaler og etablering av flere FSU. Helsefellesskap Helgeland var siste helsefellesskapet som ble etablert i Norge, men vi har i løpet av 2024 kommet svært langt i å få etablert hensiktsmessige arbeidsstrukturer og startet på flere viktige prosesser imellom kommunene, og mellom kommuner og sykehus.

FSU	Opprettelse	Deltakere	Status
FSU Tjenesteavtaler	Januar 2024	Deltakere	Prosesskart Tjenesteavtalene ble revidert og godkjent høst 2024. De nye avtalene trer i kraft 1.1.25

FSU Akuttmedisinsk samarbeid	Mai 2024	Deltakere	FSU Akuttmedisinsk samarbeid har foreløpig to undergrupper/prosjekt, Trygg akuttmedisin (regionalt prosjekt i Helse Nord, som nå også rulles ut på Helgeland) og Trygg akuttpsykiatri (lokalt prosjekt mellom Nordland politidistrikt, Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset, og kommunene på Helgeland)
FSU Digitale helsetjenester og e-helseløsninger	November 2024	Deltakere	Under dette FSUet forankres bla arbeidet med Pasientens legemiddelliste (PLL), Digital hjemmeoppfølging Helgeland (DHH) og andre større prosjekt mellom sykehuset og kommunene som omhandler digitale løsninger.
FSU Pakkeforløp hjem- kreft	Oktober 2024	Deltakere	FSUet skal utarbeide rutiner og prosedyrer for samhandling mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset for pasienter med kreft/etter endt kreftbehandling. Dette er i tråd med nasjonalt pakkeforløp.
FSU Utdanning, rekruttering og stabilisering	November 2024	Deltakere	FSUet rammer inn en del andre prosjekter som handler om rekruttering. Utdanning og kompetanseutvikling i distriktshelsetjenesten, som for eksempel Helgelandslegen. En arbeidsgruppe skal her se på rutiner for samarbeid om rekruttering av LIS1 (leger i spesialisering) mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland. I tillegg til representanter fra sykehuset og kommunene deltar også utdanningsinstitusjonene på Helgeland. FSUet har fått mandat til å samarbeide med andre aktører som jobber med attraktivitet på Helgeland, som Visit Helgeland og Heile Helgeland

FSU Rehabilitering	Januar/februar 2025	Deltakere	Rehabilitering er et område med potensiale for samhandling. Helgelandssykehuset har invitert kommunene til et samarbeidsprosjekt om rehabilitering i sin sak om oppgave og funksjonsfordeling i Helgelandssykehuset. FSUet vil bli et viktig organ i et slikt prosjekt.
------------------------------------	---------------------	---------------------------	---

7. Andre samarbeidsarenaer og oppgaver for Helsefellesskap Helgeland

- **KS og Helsedirektoratet driver et nasjonalt nettverk** for alle Helsefellesskapene (sekretariatene). Nettverket har regelmessige teammøter og en til to fysiske samlinger i året. Målet er erfaringsdeling mellom helsefellesskapene og formidling av saker fra nasjonalt hold ut til helsefellesskapene.
- **Regionalt samhandlingsnettverk – Nord**
- I dette nettverket deltar alle interkommunale samhandlingsledere og samhandlingssjefer ved sykehusene i Nord-Norge. Her deltar også KS og Helse Nord med hver sin representant, og disse sørger for møteinnkallinger og referat. Nettverket har utarbeidet et mandat som er førende for nettverkets struktur og arbeid.
- **Rekrutterings- og samhandlingstilskudd**

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet på 40 MNOK som først ble tildelt Helse Nord, og som ble viderefordelt ut til helsefellesskapene i regionen, ble i 2024 delt ut i sin helhet til prosjektet Digital hjemmeoppfølging Helgeland. Dette prosjektet var allerede forankret i helsefellesskapet og alle kommunene i regionen er deltakere. Prosjektet fikk tildelt 5 MNOK, og gjennom denne tildelingen har det vært mulig å iverksette digital hjemmeoppfølging i flere kommuneklynger mot slutten av 2024. Flere pasienter er nå inkludert i digital hjemmeoppfølging, både i regi av kommuner og sykehus. Prosjektet ledes av Digitale Helgeland som har ansatt egen prosjektleder som koordinerer arbeidet både mellom kommuner, og mellom sykehus og kommuner. Helse Nord ble også tildelt ytterligere 90 MNOK i rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Det har gjennom 2024 vært diskusjoner mellom kommuner, helsefellesskap og Helse Nord hvordan disse pengene skal organiseres. Helse Nord har foreslått en søknadsbasert ordning som ble vedtatt endelig i desember 2024. 90 MNOK for 2024 tildeles derfor sammen med 90 MNOK for 2025 i 2025. Søknadene skal sendes helsefellesskapene, og en prioritert liste av søknader skal oversendes til Helse Nord etter konsensus i de respektive SSUene.

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
15-2025	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 15-2025: Revidering av handlingsplan

Innstilling

1. SSU utnevner en representant fra kommune og en fra sykehuset til en arbeidsgruppe som sammen med sekretariatet utarbeider et planutkast til SSU med mål om endelig godkjenning i SSU i november 2025
2. Sekretariatet sender eksisterende handlingsplan til sykehus og kommuner for innspill til revidering før sommeren

Saksopplysninger:

Jfr Vedtekter for Helsefellesskap Helgeland skal SSU utarbeide og følge opp en handlingsplan for Helsefellesskapet:

SSU skal utarbeide en handlingsplan som førende for arbeidet. Denne skal baseres på innsatsområdene som definert i Helgelandserklæringen. Handlingsplanen følges opp, evalueres og revideres i strategisk samarbeidsutvalg årlig

Handlingsplan for Helsefellesskap Helgeland som ble utarbeidet av SSU etter stiftelsen av helsefellesskapet, går ut 2025. Det er behov for en revidering for å oppdatere handlingsplanen til Helgelandserklæringen som ble vedtatt i Partnerskapsmøtet i 2025, med de satsningsområdene som beskrives her.

Det er også siden handlingsplanen ble utarbeidet etablert flere nye faglige samarbeidsutvalg og andre ulike prosjekter i samarbeid mellom kommuner og sykehus. Det er behov for en gjennomgang av tiltakene i planen.

Årsmeldingen til Helsefellesskap Helgeland 2024 bør også legges til grunn for en revidering og oppdatering av de tiltakene som er beskrevet i planen.

Vurdering:

SSU har ansvaret for å utarbeide handlingsplan for Helsefellesskap Helgeland. Det er hensiktsmessig at et partssammensatt utvalg fra SSU sammen med sekretariatet kjører prosess ut mot kommuner og i sykehus for innspill til planen, og utarbeider et utkast til endelig behandling av SSU høsten 2025. Ny plan skal gjelde fra 2026-2028.

SSU oppnevner to representanter i møtet 23.juni 2025. Sekretariatet vil fasillitere prosessene og arbeidet med forankring i kommuner og sykehus.

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
16-2025	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 16-2025: Reforhandling av samarbeidsavtale og tjenesteavtaler 2025

Innstilling

1. SSU tar informasjon om innspill til revidering av samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene, og informasjon om videre prosess, til orientering

Saksopplysninger:

Det ble i 2024 etablert et FSU for tjenesteavtaler som fungerte som et forhandlingsutvalg for reforhandling av samarbeidsavtale og tjenesteavtaler mellom sykehuset og kommunene på Helgeland.

Samhandlingssekretariatet vurderer at det i 2024 ble kjørt en god og grundig prosess i forhandlinger av og utarbeidelse av nye tjenesteavtaler. Alle avtalene er oppdatert ihht lovverk og helsefelleskapets organisering. Det ble også etablert rutiner for revidering, med årlig frist 01.juni for partene for å komme med innspill til revidering.

Avtalene er gjort kjent i kommuner gjennom en rekke webinarer om den enkelte avtale, og et felles webinar med sykehuset om meldingsutveksling i tilknytning til innskriving og utskriving av pasienter. Begge parter skal være godt kjent med rutiner for revidering og frist for innspill.

Interkommunal samhandlingsleder har sendt ut påminnelse til alle kommuner via postmottak om frist.

Innspill:

Det er kommet forslag til endring/punkt til forhandling fra sykehuset til følgende tjenesteavtaler:

Tjenesteavtale 5: Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha et behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon

Tjenesteavtale 10: Samarbeid om forebygging

Nye forslag innkommet fra kommunene:

Det er ikke kommet inn forslag til revideringer fra kommunene.

Det er kommet følgende innspill fra andre råd/utvalg i kommunene:

Råd for personer med funksjonsnedsettelse i Hemnes kommune har i forbindelse med Årsmelding fra Helsefelleskap Helgeland, kommet inn innspill til tjenesteavtalene.

Rådet viser til de prioriterte gruppene, og setter i tillegg fokus på personer med kognitiv svikt. Rådet skriver:

«Mange mangler kommunikative evner både til å forstå å sette ord på sine behov. Personer med utviklingshemming, personer med afasi samt personer med demenssykdom.»

Rådet mener at kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennom samarbeidsavtalene må sørge for at ingen av disse personene er alene i transport til, fra og ved opphold i sykehus.

Vurdering:

Innspill som ikke er av vesentlig karakter, og som ikke vil medføre store endringer, oppgaveforskyvning med økonomiske, organisatoriske eller faglige konsekvenser for sykehus eller kommuner anbefales administrativt behandlet i kommunene.

Sekretariatet har ansvar for at fremforhandlet forslag og reviderte avtaler kommer til SSU for behandling til høsten før de sendes ut til sykehus og kommuner for endelig administrativ behandling. Avtaler som det ikke har kommet innspill til, rulleres uten videre forhandlinger i 2025.

Reviderte og rullerte avtaler skal tre i kraft fra 01.01.2026.

Revidering av samarbeidsavtale og tjenesteavtaler skal være godt kjent i kommuner og sykehus, og sekretariatet ivaretar fremdrift i den videre prosessen.

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
17/2025	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 17/2025:

Saken legges frem til beslutning i SSU

Innstilling:

1. SSU vedtar å gjennomføre samhandlingskonferansen for Helgeland 8. oktober 2025
2. SSU vedtar å gjennomføre samarbeidsmøter mellom alle kommuner på Helgeland og Helgelandssykehuset 9. oktober. Dette jamfør sak 21-2024: Fremtidig møtestruktur 03.03.2024; vedlegg 1
3. SSU ber sekretariatet om å legge frem forslag til møtestruktur og program for gjennomføring 9.oktober

Bakgrunn:

Grunnet andre prioriteringer og lite oppslutning til planlagt samhandlingskonferanse 21.mai 2025 ble det besluttet av leder, nestleder i SSU samt sekretariat å utsette konferansen til høsten 2025. Ønsket er å gjennomføre konferansen i tilknytning til samarbeidsmøter som skal være 2 ganger i året. Dette vil være oppfølging etter samarbeidsmøtene som ble utført i uke 12, 2025.

Saksopplysninger:

Samhandlingskonferansen: Det skal årlig arrangeres en samhandlingskonferanse på Helgeland. SSU er ansvarlig for å opprette arbeidsgruppe for gjennomføring av denne. Hovedansvaret veksles mellom partene annenhver gang, jamfør vedtekter for Helsefelleskap Helgeland.

Samarbeidsmøter mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset:

Sekretariatet er ansvarlig for å planlegge samarbeidsmøter mellom Helgelandssykehuset HF og kommunene på Helgeland 2 ganger i året.

Vedlegg 1: sak 21-2024; Fremtidig møtestruktur

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
21-2024	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	03.06.2024

Sak 21-2024: Fremtidig møtestruktur - samhandlingsmøter

Innstilling

1. Strategisk samarbeidsutvalg vedtar førende møtestruktur for fremtidige, regelmessige samarbeidsmøter mellom kommunene og sykehuset.

Saksopplysninger

Helgelandssykehuset har over mange år hatt lokale samarbeidsmøter med kommunene på Helgeland. Møtene har blitt avholdt i byene Brønnøysund, Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen og der de tilhørende distriktskommunene har deltatt. I fremtiden er det ønskelig at denne møteserien blir planlagt og organisert av sekretariatet i Helsefellesskapet.

Gjennomføring:

Møteseriene blir avholdt på tre nivå, og organisering og forslag til deltakelse blir som følger:

Samarbeidsmøte 1: (varighet en time)

- Samarbeidsmøte mellom administrativ og faglig ledelse i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på Helgeland.
- Fra Helgelandssykehuset møter: Utvalg av representanter fra ledergruppen, avdelingsledere, og samhandlingssjef.
- Fra kommunen møter: Kommunedirektør, kommunelege, kommunalsjef, helseledere, avdelingsledere.
- Møteansvarlig: Samhandlingssekretariat

Samarbeidsmøte 2: (varighet 4 timer)

- Samarbeidsmøte mellom helseledere, enhetsledere i Helgelandskommunene og avdelingsledere og enhetsledere i Helgelandssykehuset
- Møteansvarlig: Samhandlingssekretariat

Samarbeidsmøte 3: (Dialogmøte / kurs for fastleger) (Varighet 4 x 45 minutt)

Kurs og dialogmøte mellom fastleger, leger i primærhelsetjenesten og klinikere i Helgelandssykehuset

- o Fra Helgelandssykehuset møter: Medisinsk direktør, fagsjef, aktuelle klinikkssjefer, foredragsholdere og samhandlingssjef.
- o Fra kommunen møter: Kommuneoverlege, leger i primærhelsetjenesten og fastleger.
- o Møteleder må avklares.

Sekretariatet har på bakgrunn av henvendelser fra klinikere, allmennleger og helseledere hatt en visjon om kompetansehevende tiltak mellom partene.

Helgelandssykehuset har en plikt til å veilede, og dette tiltaket er et ledd i oppfølgingen av disse lovpålagte pliktene. Et tettere medisinsk samarbeid om kompetanse vil kunne heve kvaliteten på helsetjenestene.

Samarbeidsmøte del 3 søkes poenggivende hos legeforeningen.

Vurdering:

Sekretariatet samarbeidet om årets møter, og ønsker å formalisere samarbeidet gjennom vedtak i SSU. Sekretariatet ønsker også en utvidelse til å involvere en faglig komponent for fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten.

I årets møteserie diskuterte kommunene og sykehuset erfaringer rundt rekrutterende og stabiliserende tiltak, både effektive og lite effektive.

For at møteserien skal lykkes er det viktig med bred involvering av fagmiljø og innspill fra ledelse og fagmiljøer i primær-, spesialist- og øvrige helse- og omsorgstjenester.

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
18-2025	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Innstilling

1. SSU tar status fra FSU – Digitale helsetjenester og e-helseløsninger til orientering

Saksopplysninger

Det faglige samarbeidsutvalget (FSU) for digitale helsetjenester og e-helseløsninger i Helsefellesskap Helgeland hadde sitt konstituerende møte 21. januar 2025. Utvalget er etablert med utgangspunkt i et mandat som er overlevert til FSU, og skal fungere som et fast utvalg i Helsefellesskapet.

Formålet med utvalget er å sikre at Helsefellesskap Helgeland deltar aktivt i regionale og nasjonale fora for utredning av digitale løsninger, og at relevante erfaringer og løsninger vurderes for overføring og implementering lokalt.

Utvalget skal koordinere arbeidet med – og rapportere på – både pågående og planlagte utredninger og implementeringer av digitale løsninger i Helsefellesskapet. Dette omfatter både pasientnære tjenester og administrative støttefunksjoner.

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
19-2025	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 19-2025: Orienteringer fra sekretariatet

- Rutiner for sekretariatet, se vedlegg
- Evaluering av møteserie uke 12, se vedlegg
- Høringsrapport fra Helsedirektoratet, se vedlegg
- Orientering om tildeling av rekrutterings- og samhandlingstilskudd v/ Rachel Berg
- Datoer for orienteringer fra FSUene til SSU

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
20-2025	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	23.06.2025

Sak 20-2025: Eventuelt

- E-helsestrategi i kommunene

Her er et sammendrag av dokumentet "Evaluering av samarbeidsmøter mellom kommuner på Helgeland og Helgelandssykehuset uke 12, 2025:

Datoer og deltagende kommuner:

- **17. mars:** Rana, Hemnes, Nesna, Lurøy, Rødøy
- **18. mars:** Vefsn, Grane, Hattfjelldal
- **19. mars:** Alstahaug, Herøy, Dønna, Leirfjord, Træna
- **20. mars:** Bindal, Brønnøy, Sømna, Vega, Vevelstad

Hovedfunn og forbedringsområder:

1. Innkalling og påmelding

- Sen respons og mange interne purringer.
- Manglende avmelding fra deltakere som ikke møtte.
- Usikkerhet om deltakelse på hele/deler av møtet og lunsj.
- Forslag: Fakturere for dagpakke ved manglende oppmøte uten avmelding.
- Ønske om én kanal for påmelding og tydelig avklaring av deltakelse og lunsj. Vi hadde en kanal via mailadresse, må ikke bruke outlook

2. Tematikk og innhold

- For mange og for ulike temaer.
- Lite dialog og uklart skille mellom nivåene (kommunedirektør vs. administrerende direktør).
- Ønske om tydelig agenda ved invitasjon.
- Forslag: Mer workshop, gruppeoppgaver, og kortere innlegg fra innledere.

3. Program og pauser

- For tett program, lite tid til pauser og mingling.
- Ønske om mer aktiv del 2 av møtet (f.eks. IGP-metodikk).

4. Teknisk og fasiliteter

- Varierende teknisk kvalitet – noen steder fungerte ikke Teams eller utstyr.
- Lokaler varierte i egnethet – noen for store, andre for varme eller "tunge".
- Behov for bedre teknisk forberedelse og ansvarliggjøring.

5. Mat og drikke

- Generelt god mat og drikke.
- Bagetter og drikke i møtelokalet fungerte godt og var fleksibelt ved endringer i deltakerantall.
- Godt samarbeid med kjøkkenpersonell.

6. Annet

- Ønske om å veksle på møteledelse.
- Lena bør ha en presentasjon neste gang.
- Viktig å følge opp punkter fra møtene i neste runde.
- Forslag om å starte neste runde i Brønnøy.

Oppsummering av innspill av KI 27.5.25

Arbeidsrapport fra utviklingsarbeid;

Kostnad per innbygger til helsetjenester på nivå for helsefellesskap og helseforetak

1 Bakgrunn og formål

Et av regjeringens overordnede mål i helse- og omsorgspolitikken er bærekraftig og rettferdig ressursbruk, jf. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)). Knapphet på ressurser gjør det nødvendig å se kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng. Helsedirektoratet har tidligere utviklet en del styringsdata på nivå for helsefellesskap, med fokus på prioriterte pasientgrupper ([Styringsdata for helsefellesskap - Helsedirektoratet](#)).

I denne arbeidsrapporten dokumenteres et arbeid med å utvikle ny informasjon om ressursinnsats i form av kostnad per innbygger til helsetjenester, på nivå for helsefellesskap og helseforetak sine opptaksområder. Arbeidsrapporten fokuserer på å dokumentere en metode som er utviklet for å beregne kostnad per innbygger til helsetjenester, samt å synliggjøre behov for videre utvikling og forankring av metoden. Utviklingsarbeidet har pågått i perioden fra høsten 2022 til våren 2025. Arbeidsgruppa har bestått av representanter fra Helsedirektoratet og fra de regionale helseforetakene (RHF-ene). Helsedirektoratet har tatt initiativ og eierskap til arbeidet, og har drevet prosessen. RHF-ene har bidratt med diskusjon, avklaringer og samordning.

Formålet med høringen er å motta signaler fra høringsinstansene om hvorvidt beregningene som kan utvikles er relevante og interessante, og herunder om Helsedirektoratet bør prioritere videre utvikling med mål om rutinemessig styringsinformasjon.

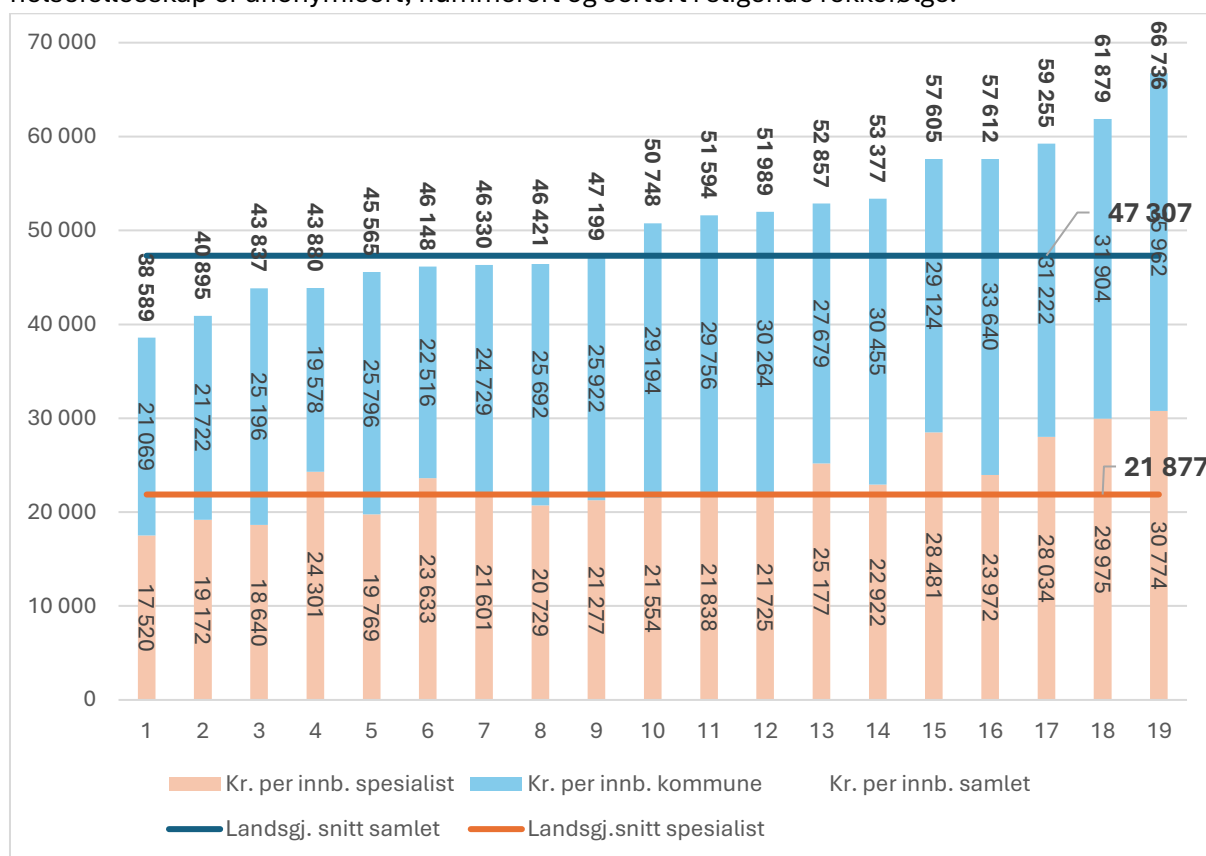
Informasjonen som utvikles kan, på det angitte nivået, gi ny informasjon om:

- Variasjon i nivå på kostnad per innbygger til helsetjenester når den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten sees under ett.
- Sammensetning av ressursinnsats i form av kostnader fra henholdsvis kommune- og spesialistsiden.
- Vekst i ressursinnsats i form av kostnader fra henholdsvis kommune- og spesialistsiden.

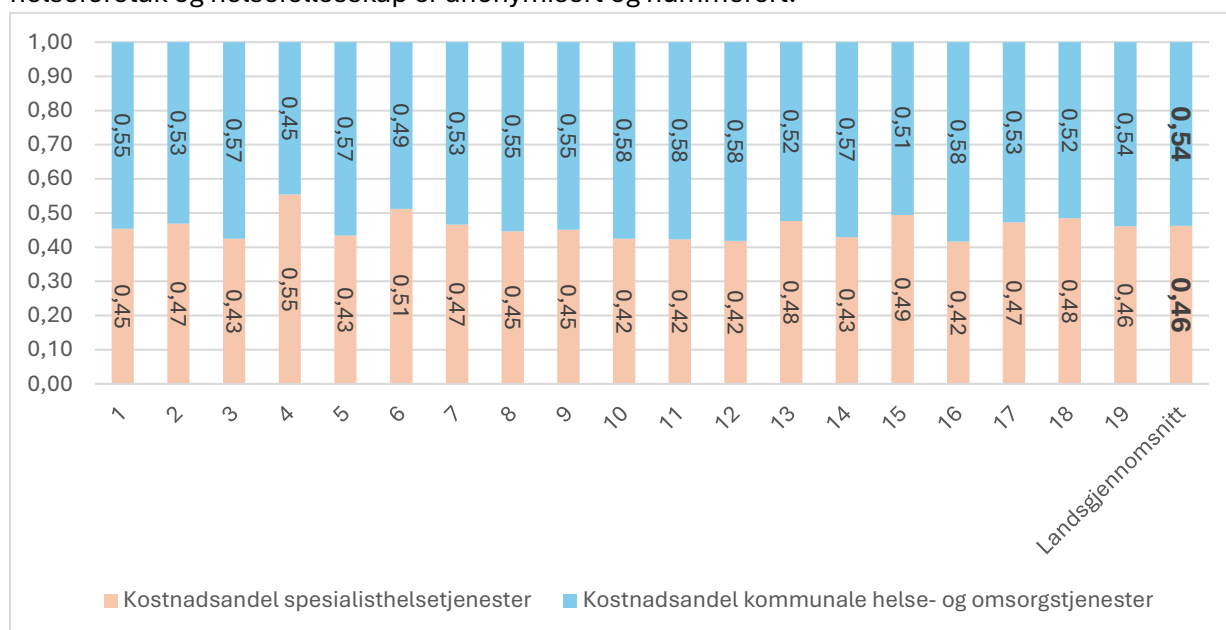
Målet med arbeidet er å gi styringsinformasjon som kan belyse ressursinnsats i form av kostnader og utviklingen i denne. Videre er målet at denne informasjonen kan gi et bidrag til forståelse av potensialet for samordning på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Målgruppen for informasjonen vil være Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), KS, RHF, Helseforetak og Helsefellesskap.

Figurene 1.1 til 1.3 nedenfor gir eksempler på informasjon som dette arbeidet kan gi. Helseforetakenes og Helsefellesskapenes opptaksområder er anonymiserte i disse figurene. Årsakene til anonymiseringen er behovet for videre utvikling og forankring.

Figur 1.1: Kroner per innbygger til helsetjenester år n¹. Opptaksområdene for helseforetak og helsefellesskap er anonymisert, nummerert og sortert i stigende rekkefølge.

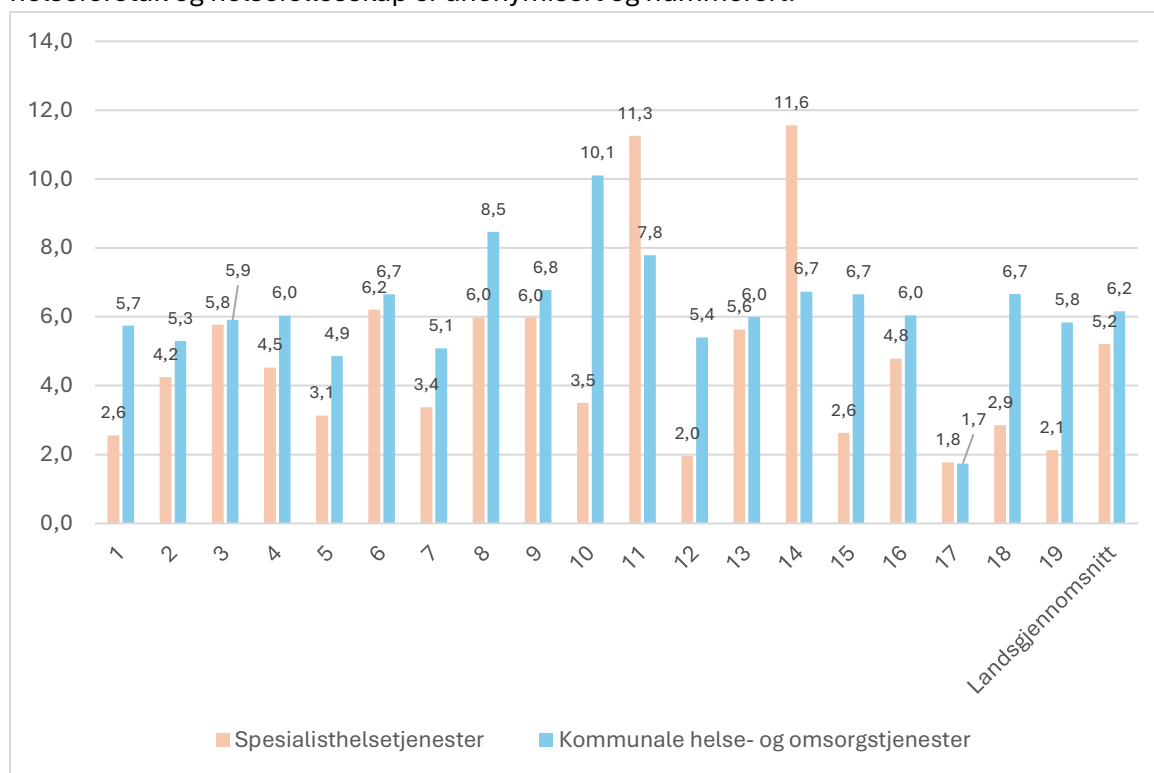


Figur 1.2: Kroner per innbygger til helsetjenester år n, fordelt på andel fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Opptaksområdene for helseforetak og helsefellesskap er anonymisert og nummerert.



¹ Kostnadene er ikke behovsjusterte i illustrasjonene som vises her. Dette gjelder figur 1.1, 1.2 og 1.3.

Figur 1.3: Prosent vekst i kostnad per innbygger til helsetjenester fra år n-1 til n, fordelt på spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester. Opptaksområdene for helseforetak og helsefellesskap er anonymisert og nummerert.



Denne arbeidsrapporten inneholder påfølgende deler:

- 2) Historikk og status for utviklingsarbeidet. Dette er en kort oppsummering av status og prosess for arbeidet.
- 3) Metode og definisjoner. Del A oppsummerer avgrensning og tilrettelegging av kostnadsdata for kommunale helse- og omsorgstjenester. Del B oppsummerer tilsvarende for spesialisthelsetjenesten.
- 4) Videre utviklingsarbeid. Her oppsummeres punktvis behovet for videre utviklingsarbeid og forankring. Det gjelder i hovedsak samarbeid med økonomi- og analysemiljøet i spesialisthelsetjenesten.
- 5) Vedlegg. Vedleggene gir oversikter og nærmere beskrivelser av:
 - i) Kommuner og tilhørighet i Helsefellesskap.
 - ii) Grunnlag behovsjustering av kostnader, både for kommunale helse- og omsorgstjenester, og for spesialisthelsetjenesten.
 - iii) Tilrettelegging av kostnadsgrunnlag for spesialisthelsetjenesten.

2 Historikk og status for utviklingsarbeidet

Helsedirektoratet, ved avdeling Analyse, startet høsten 2022 et arbeid med å tilrettelegge kostnadsdata fra både kommunale helse- og omsorgstjenester og fra spesialisthelsetjenesten til dette formålet.

Ved tilrettelegging av kostnadsdata fra kommunale helse- og omsorgstjenester har Helsedirektoratet støttet seg på innspill fra SSB, Trondheim kommune og KS. Metoden for å avgrense og å summere kostnadsgrunnlaget er nærmere beskrevet i del 3A nedenfor. I del 4 kommer vi også tilbake til videre utvikling av grunnlaget.

For spesialisthelsetjenesten har det blitt utviklet en metode for å tilordne kostnader for helsetjenester til foretaksområder. Metodikken som er utviklet gjelder fordeling av sentraliserte kostnader og ansvar. Metodearbeidet har kommet langt, men det gjenstår justeringer og avklaringer. Utviklingsarbeidet har skjedd gjennom en arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle de fire RHF-ene og representanter fra Helsedirektoratet. Arbeidsgruppa har blitt ledet av Helsedirektoratet.

Spesialisthelsetjenesten er kjennetegnet av at deler av pasientbehandlingen, og støttetjenester, er sentralisert og funksjonsdelt. Dette betyr at arbeidsgruppa har hatt fokus på å etablere transparente og omforente nøkler for å fordele sentraliserte kostnader til foretaksområdene. Bruk av fordelingsnøkler for å tilordne kostnader til foretaksområdene innebærer også at kostnadsgrunnlaget for spesialisthelsetjenesten må betraktes om et kvalifisert anslag. Metoden for å tilrettelegge kostnadsgrunnlaget for spesialisthelsetjenesten er oppsummert i del 3A nedenfor, og nærmere beskrevet i vedleggets del 5.3. I del 4 oppsummeres innspill for videreutvikling. Videreutviklingen bør skje i samarbeid mellom Helsedirektoratet og RHF-ene.

3 Metode og definisjoner

3A Kommunale helse- og omsorgstjenester

A Grunnlag

Kommunene rapporterer sine kostnader til SSB fordelt etter KOSTRAs funksjonskontoplan. Følgende funksjoner inngår i SSBs definisjon av kommunale helse- og omsorgstjenester:

- 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 255 Medfinansiering av somatiske tjenester (2012-2015)
- 256 Akutthjelp helse- og omsorgstjenester
- 261 Institusjonslokaler

Funksjon 243 *Tilbud til personer med rusproblemer*, inngår ikke SSBs definisjon av helse og omsorgstjenester. Årsaken til dette er at kostnadene på funksjon 243 også inkluderer sosiale tiltak som f.eks. botilbud, i tillegg til helse- og omsorgstjenester. Vi har imidlertid tatt med kostnader rapportert på funksjon 243 når vi ser på kostnader til rusbehandling i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, med de forbehold som gjelder for innslag av sosiale tjenester.

B Kostnadsdefinisjoner og avgrensinger

Brutto driftsutgifter for kommunale helse- og omsorgstjenester viser de samlede driftsutgiftene inklusive avskrivninger og eksklusive finansutgifter. Brutto driftsutgifter brukes som kostnadsbegrep for sum kostnader per funksjon.

Tabell 12362 i SSB sin statistikkbank - *Utgifter til tjenesteområdene, kommunekonsern, etter år, region, art, statistikkvariabel*, viser brutto driftsutgifter per kommune fordelt på funksjon. Denne tabellen er brukt som kilde til våre beregninger av kommunale kostnader til helse- og omsorgstjenester.

I dette arbeidet har vi avgrenset tre ulike kostnadsbegreper for kommunale helse- og omsorgstjenester. De tre ulike avgrensingen skiller på hvilke funksjoner som inngår:

- 1) Kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester; Sum av funksjonene som inngår i SSBs definisjon av helse- og omsorgstjenester.
- 2) Kostnader til kommunale kostnader til helse og omsorgstjenester inkludert rusbehandling; Funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer legges til funksjonene som inngår i SSBs definisjon av helse- og omsorgstjenester (punkt 1 over).
- 3) Kommunale kostnader til pleie og omsorgstjenester inkludert akutt hjelp; Består av sum av kostnader for funksjonene:
 - a) 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
 - b) 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
 - c) 256 Akutt hjelp helse- og omsorgstjenester
 - d) 261 Institusjonslokaler

C Summering til nivå for helsefellesskap

Med noen unntak så er det samsvar mellom helsefellesskapene og helseforetakenes opptaksområder. Der det er samsvar er kostnadene for kommunene som inngår i helsefellesskapet/opptaksområdet summert.

Følgende tilpasninger er gjort for Oslo og Akershus, og for Holmestrand kommune:

Oslo og Akershus

Oslo helsefellesskap består av alle bydelene i Oslo kommune. Akershus universitetssykehus har sørge-for-ansvar (spesialisthelse) for innbyggerne i tre bydelene i Oslo – Grorud, Stovner og Alna. Vi har valgt å flytte innbyggere og kommunale kostnader for disse tre bydelene fra Oslo til Akershus sitt opptaksområde for å få korrespondanse med spesialisthelsetjenesten sine kostnader. Grunnlaget for beregning av kommunale kostnader for de tre bydelene er tabell 12369 *Detaljerte regnskapstall driftsregnskapet, bydelene, etter år, region, statistikkvariabel, art og funksjon* i SSBs statistikkbank.

I dette arbeidet inngår opptaksområdene for Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i helsefellesskapet Oslo. Opptaksområdet til Akershus universitetssykehus, inkludert de tre nevnte bydelene fra Oslo, inngår i helsefellesskapet Akershus.

Holmestrand kommune

Holmestrand kommune inngår i helsefellesskapet Vestfold, men Vestre Viken HF har befolkningsansvaret for tidligere Sande kommune, som nå inngår i Holmestrand kommune. Kostnader for kommunale helse- og omsorgstjenester for Holmestrand kommune er derfor delt

med 59 prosent til Vestfold og 41 prosent til Vestre Viken. Fordelingen er gjort med grunnlag i befolkningstall og etter innspill fra Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 5.1 i vedlegget gir en oversikt over kommuner og tilhørighet i helsefellesskap.

D Behovsjustering av kostnader

Forskjeller i demografiske, geografiske og sosiale forhold gir forskjeller mellom kommunene, både i behov for tjenester og betingelser for å utføre tjenestene. For å kunne gi likeverdig tjenestetilbud i kommunene blir det tatt hensyn til forskjeller i kommunenes kostnader i inntektsfordelingen til kommunene. Se del 5.2 i vedlegget for nærmere beskrivelse av behovsjustering av kommunale helse- og omsorgstjenester, samt en oversikt behovsindeksene på nivå for helsefellesskap.

3B Spesialisthelsetjenesten

I dette avsnittet dokumenteres en metode for å tilordne sentraliserte og funksjonsfordelte kostnader i spesialisthelsetjenesten til helseforetakenes opptaksområder. Formålet med fordelingen er å anslå kostnader til spesialisthelsetjenester for befolkningen i et gitt opptaksområde, som har med et korresponderende helsefellesskapsområde – se avsnitt 3A. En prinsipiell målsetting for arbeidet med fordelingsnøkklene har vært at disse i så stor grad som skulle være basert på objektive og uavhengige kriterier.

Grunnlag og fordelingsprinsipper

Det tas utgangspunkt i driftskostnader² for behandlingsfunksjoner fra avstemt årsregnskap for helseforetakene som har opptaksområder. Kostnader regnskapsført under følgende behandlingsfunksjoner i helseforetakenes funksjonskontoinndeling³ tas med:

- 620 – somatisk pasientbehandling
- 630 – rehabilitering og habilitering
- 636 – radiologi
- 637 – laboratorier
- 641 – psykisk helsevern for voksne – sykehus
- 642 – psykisk helsevern for voksne – DPS
- 651 – psykisk helsevern for barn og unge
- 681 – tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Summen av funksjonene 620, 630, 636 og 637 omtales i dette notatet som somatisk pasientbehandling, og summen av funksjonene 641, 642 og 651 omtales som psykisk helsevern (PHV). Funksjon 681 omtales som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Kostnader ført under funksjon for ambulanse (600) og pasienttransport (606) er ikke tatt med⁴. Kostnader ført under funksjon for RHF-administrasjon (400) er heller ikke tatt inn⁵.

Når vi tilordner kostnader til opptaksområder på foretaksnivå, så fordeles noen kostnader mellom foretaksområdene, mens andre ekskluderes. Prinsippene for dette oppsummeres

² Driftskostnader = sum kontogruppe 4-7 fra helseforetakenes årsregnskap.

³ [Kodeliste for funksjonskontoinndeling til helseforetakenes regnskapsdata](#)

⁴ Kostnader for ambulanser og pasienttransport kan diskuteres om de skal tas inn eller ikke. Se også del 4 om videre utvikling og forankring.

⁵ Tilsvarende er heller ikke kostnader for sentral administrasjon i kommunene tatt inn.

punktvis, og i tabellform, nedenfor. Grunnlagene for fordeling og ekskludering av kostnader for spesialisthelsetjenesten beskrives nærmere i vedleggets del 5.3.

Kostnader for sentraliserte og spesialiserte funksjoner fordeles mellom opptaksområdene. Dette gjelder kostnader knyttet til:

- Kjøp av private helsetjenester som føres på regionalt nivå hos RHF-ene.
- Andre kostnader knyttet til pasientbehandling ført på regionalt nivå.
- Flyt av pasienter mellom foretak innad i regionen.
- Flyt av polikliniske laboratorie- og røntgenanalyser innad i regionen.
- Avtaleinstitusjoner og foretak uten opptaksområde.

Kostnader for flyt av pasienter mellom foretak innad i regionen har blitt korrigert ut ved hjelp av aktivitetsdata og tilhørende kostnadsnivå – se beskrivelse i vedleggets del 5.3, punkt 9. Arbeidsgruppa ga innspill på at objektive og uavhengige kriterier var ønskelig på dette punktet. Imidlertid har noen av RHF-ene i etterkant gitt innspill på at denne metoden ikke fordeler kostnader for spesialiserte funksjoner på en god nok måte – se del 4 om videre utvikling.

Kostnader knyttet til følgende punkter tas ut (ekskluderes):

- Gjestepasienter fra andre regioner (dobbelte telling av kostnader i spesialisthelsetjenesten), korrigeres ut ved hjelp av inntekter.
- Salg- og utleie (i stor grad dobbelt telling innad i spesialisthelsetjenesten).
- Pasienter som er utskrivningsklare til kommunen (dobbelte telling, kostnad både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten).
- FoU og kompetansetjenester.
- Enkelte særskilte kostnader/funksjoner med spesifisert finansiering⁶.

Når det gjelder øvrige kostnader med særskilt finansiering (siste kulepunkt i lista over), så er kostnader knyttet til tre spesifikke formål trukket ut – se fotnote 6. I tillegg har helseforetakene kostnader til særskilte oppgaver og ansvar, som for eksempel koordinering og kostnadskrevende nasjonale eller regionale behandlingstilbud, hvor ordinær finansiering via basisbevilgning, ISF, gjestepasientoppgjør og Helfo ikke anses som dekkende. Disse merkostnadene, med tilhørende finansiering, treffer foretaket som bærer dem. På dette punktet gjenstår en samlet vurdering på om kostnadene bør fordeles eller ekskluderes, se også omtale i del 4 om videre utvikling.

Tabell 3.1 oppsummerer prinsippene for fordeling og ekskludering av kostnader med formål å beregne kostnader til spesialisthelsetjenester per opptaksområde. Tabell 3.2 nedenfor viser i tillegg en prinsippsskisse for fordeling av kostnader mellom foretak, og fra RHF til opptaksområder, med fiktive tall som eksempel.

Tabell 3.1: Kostnadsgrunnlag for spesialisthelsetjenesten sine opptaksområder - utgangspunkt, ekskluderinger og fordelinger

Type kostnad	Hva er det/hva gjøres	Kommentar/kilde
1 Helseforetakets brutto	Utgangspunkt	Avstemt mot årsregnskap

⁶ Per skrivende tidspunkt er kostnader knyttet til 3 temaer tatt ut. Det er 1) Kostnader knyttet til bosetting i kommuner for dømte til tvungent vern (Helse Midt-Norge RHF), hvor andelen (80 prosent) som ikke fordeles mellom helseforetak er trukket ut. 2) Tilskudd til Longyearbyen sykehus på Svalbard (Universitetssykehuset i Nord-Norge) og 3) Tilskudd til Oslo universitetssykehus fra Helse Sør-Øst RHF for kostnadskrevende gjestepasienter fra andre regioner.

driftskostnad ⁷		
2 Salg av pasientbehandling til andre regioner	Tas ut på grunnlag av regnskap	Konto 321 (inntekt) justert opp fra 80 til 100 prosent. Kostnader k456 tilsvarende justert opp.
3 Refusjoner for utskrivningsklare pasienter		Konto 326 (refusjon utskrivningsklare)
4 Salgs- og leieinntekter		Salg til andre og helseforetak ut over gjestepasientinntekter
5 FoU og kompetansetjenester	Tas ut på grunnlag av informasjon fra RHF/HF	Kostnader kartlagt av foretak, rapportert til Helsedirektoratet
6 Øvrige kostnader med spesifisert finansiering		Kartlegges av foretak. Se fotnote 4 og omtale i tekst.
7 Kjøp fra private aktører sentralisert RHF	Fordeles fra RHF til opptaksområde	Kostnadsført RHF, fordelt til opptaksområde etter forbruk/pasientdata
8 Andre kostnader på behandlingsfunksjoner RHF		Kostnadsført RHF. Fordelt til opptaksområde etter behovsandeler eller forbruk.
9 Pasientflyt mellom foretak i regionen	Fordeles mellom opptaksområder i regionen	Fordelt mellom opptaksområdet på bakgrunn av pasientdata. Nettoflyt pasientdata og tilhørende kostnad.
10 Flyt av polikliniske laboratorie- og røntgenanalyser i regionen		Fordelt på bakgrunn av oppgjør Helforefusjoner, justert opp fra 40 til 100 prosent
11 Foretak / avtaleinstitusjoner uten opptaksområder		Kostnad fordeles mellom opptaksområder basert på bruk (pasientdata)
12 Kostnad opptaksområde HF	Kostnadsgrunnlaget	Se i forhold til innbyggertall

Tabell 3.2: Prinsippskisse kostnadsgrunnlag - utgangspunkt, ekskluderinger og fordelinger, HF og RHF, fiktive tall som eksempel.

Type kostnad	HF 1	HF 2	HF 3	RHF	Sum
Helseforetakenes brutto driftskostnad (1)	100	500	250	150	1000
Korrigeres ut:					
Salg/gjestepasienter/utskrivningsklare pasienter (2,3,4)	0	-20	-5		-25
FoU og kompetansesentra (5)	-5	-100	-15		-120
Øvrig kostnad med særskilt finansiering (6)		-10			-10
Fordeles:					
Private aktører (7)	20	60	20	-100	
Sentraliserte behandlingskostnader (8)	15	25	10	-50	
Pasientflyt innad i regionen somatisk (9)	50	-200	150		
Pasientflyt innad i regionen psykisk helse / rus (9)	20	-10	-10		
Flyt av analyser innad i regionen, laboratorier og røntgen (9,10)	20	-50	30		
Avtaleinstitusjoner uten område, netto (11)	10	20	10		40
Sum kostnad opptaksområde HF (12)	230	215	440	0	885

Vedleggets del 5.3 beskriver nærmere hva som ligger bak de ulike punktene fra 1 til 12 angitt i tabellene 3.1 og 3.2 over.

⁷ Sum kontogruppe 4-7 i helseforetakenes driftsregnskap

Behovsjustering av kostnader

Forskjeller i demografi, sykkelighet, sosiale, og strukturelle forhold gir helseforetakene ulike betingelser for å utføre spesialisthelsetjenester. Forskjeller i demografi, sykkelighet og sosiale forhold kompenseres ved ulik behovsindeks når helseforetakene tildeles basisbevilgninger for drift. Tabell 5.2 i vedlegget gir en oversikt over behovsindekser for helseforetakene. Det kan være relevant å behovsjustere kostnadene for spesialisthelsetjenesten når nivået på kostnad per innbygger til helsetjenester sammenlignes. Imidlertid skal kun andelen av kostnadene som finansieres av basisbevilgningen behovsjusteres, se også del 4 om videre utvikling.

I tillegg til forskjeller i behov, så har de ulike områdene forskjeller knyttet til strukturelle forhold som for eksempel geografi og høyspesialiserte funksjoner. Dette gir også ulike kostnadsmessige forutsetninger. I den nasjonale inntektsmodellen, og i de regionale inntektsmodellene, håndteres dette via kostnadsindekser. Kostnader knyttet til strukturelle forhold kan også være relevant å ta hensyn til ved sammenligning av nivå på kostnad per innbygger. Dette vil også være en del av et videre utviklingsarbeid – se del 4.

3C Kostnader versus utgifter

Kommunene fører regnskap etter kontantprinsippet, mens helseforetakene benytter regnskapsprinsippet. Dermed periodiserer helseforetakene kostnadene til perioden de faktisk forbrukes, mens kommunene fører utgiften i sin helhet når den kommer. Dette kan bety at kommunene får variasjon i kostnader som ikke faller sammen med variasjon i aktivitet. På nivå for Helsefelleskap, som består av en rekke kommuner – se vedlegg 5.1 – kan det være rimelig å anta at eventuelle variasjoner i utgiftsnivå på grunn av kontantprinsippet vil jevne seg ut når kommunene summeres. Imidlertid kan dette være et moment å være bevisst på hvis f.eks. store anskaffelser skjer samme år for flere kommuner.

4 Videre utviklingsarbeid

Formålet med å sende denne rapporten er å få tilbakemeldinger fra høringsinstansene med tanke på videre utvikling av metode og styringsinformasjon. En videre utvikling med mål om nyttig styringsinformasjon vil kreve ressurser fra Helsedirektoratet og fra helsetjenesten.

Helsedirektoratet har sendt en tidligere versjon av denne rapporten til KS og til helseforetakene, med formål å samle innspill til videre utviklingsarbeid. Innspillene som ble gitt oppsummeres nedenfor. Fra KS har det blitt gitt innspill fra en faggruppe for helseøkonomi. Fra helseforetakene har det blitt gitt innspill fra det regionale økonomidirektørmøtet.

Det er flest innspill fra spesialisthelsetjenesten, og det er prosess og utviklingsarbeid knyttet til disse som i hovedsak vil innebære ressurser fra Helsedirektoratet og fra helseforetakene. For helseforetakene tar vi utgangspunkt i at arbeidet vil treffe økonomi- og analyseressurser på RHF-ene.

Innspill fra KS

KS har spilt inn at informasjon fra Helfo om refusjoner og egenandeler bør inkluderes i kostnadsgrunnlaget for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet vil ta dette til etterretning.

Innspill fra spesialisthelsetjenesten

Før den punktvisse oppsummeringen nedenfor av innspill som det bør jobbes videre med i fellesskap, så vil vi understreke at økonomiledere i RHF og HF har presisert at riktig tolkning og riktig bruk av slike tallstørrelser er viktig.

I en eventuell publisering av kostnadsdata på dette nivået vil det være sentralt å formidle at:

- a) Informasjonen er ment å gi indikasjoner på potensiale for samarbeid og samordning.
- b) Tallene er tilrettelagte størrelser. Det vil f.eks. si at de har et innslag av sjablongmessige fordelinger, og de ikke kan relateres til økonomistyring på helseforetaksnivå.
- c) Informasjonen er ment til å gi kunnskap om ressursinnsats, og kan i seg selv ikke tolkes som over- eller underfinansiering.
- d) Helsedirektoratet er ansvarlig for metoden bak den tilrettelagte informasjonen.

Innspillene fra spesialisthelsetjenesten er delt inn i to grupper. Den første er innspill knyttet til etablering av metode, og den andre er innspill knyttet til fortolkning av resultater. Det er innspill knyttet til metode som vil kreve mest ressurser i en videre utviklingsprosess.

Innspill knyttet til etablering av metode

- Metoden for å korrigere kostnadsgrunnlaget for pasientflyt innad i en region, se tabell 3.1 punkt 9 og del III punkt 9 i vedlegget, vil ikke i tilstrekkelig grad ta hensyn til kostnader for bruk av høyspesialiserte funksjoner. Økonomiledere i spesialisthelsetjenesten spiller inn at prinsippene for finansiering bør være førende for å korrigere for pasientflyt. I prinsippet finansieres dette ved omfordeling av rammetilskudd, innsatsstyrt finansiering, og eventuell fakturering. Det er i hovedsak Helse Sør-Øst som målbærer innspillet, men det er også kommentert fra Helse Vest. Dette innspillet bør behandles i fellesskap mellom alle de fire RHF-ene og Helsedirektoratet for videre utvikling og forankring.
- Helseforetakene har, i varierende grad, særskilte oppgaver og ansvar med spesifisert finansiering som ikke har blitt fordelt mellom foretaksområdene. De større helseforetakene har flere slike ansvar enn de mindre, og Oslo universitetssykehus har flest. Se tabellene 5.4 til 5.9 i vedlegget for en oversikt over hva dette kan gjelde. Kostnadene for dette treffer helt eller delvis foretaket, og det tilhørende området, som har disse oppgavene. Helseforetakene sine økonomiledere har spilt inn at dette bør fordeles mellom områdene, eller trekkes ut av grunnlaget. Helsedirektoratet har utarbeidet et utkast til metode for å fordele kostnader etter behovsindekser. Dette temaet bør behandles videre i fellesskap mellom alle de fire RHF-ene og Helsedirektoratet.
- Det er strukturkostnader i spesialisthelsetjenesten som modellen utviklet så langt ikke har tatt hensyn til. Strukturkostnadene kan eksempelvis være knyttet til ulikheter i geografi, befolkningsgrunnlag, og rekrutteringsproblemer. Innspillet går på at dette bør hensyntas i modellen. Temaet bør behandles videre i fellesskap mellom alle de fire RHF-ene og Helsedirektoratet.
- Kostnader til ambulanser og pasienttransport. Innspillet går på at dette bør inkluderes i arbeidet, enten relativt raskt eller på sikt. Innspillet bør behandles videre i fellesskap mellom alle de fire RHF-ene og Helsedirektoratet.

- Korreksjonen for flyt av laboratorie- og røntgenanalyser gjelder kun polikliniske prøver og analyser – se tabell 3.1 punkt 10 og del III punkt 10 i vedlegget. Kostnadskrevenne analyser for innlagte pasienter vil treffe utførende foretak. Innspillet bør behandles videre i fellesskap mellom alle de fire RHF-ene og Helsedirektoratet.
- Tilskudd til rekruttering og samhandling i helsetjenesten fra 2024. Tilskuddet gis til spesialisthelsetjenesten, som igjen kan videreføre midler til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan regnskapsteknisk innebære registrering av kostnader både i spesialist- og i kommunale helse- og omsorgstjenester, det vil potensiell dobbelttelling av kostnader. Innspillet bør behandles videre i fellesskap mellom alle de fire RHF-ene og Helsedirektoratet.

Innspill knyttet til fortolkning av resultater

- Ulike typer utviklingsarbeid kan gi kostnader som treffer skjevt, og det kan resultere i både mer- og mindrekostnader, som igjen påvirker sammenlignbarhet på tvers. Dette kan f.eks. være digitalisering, velferdsteknologi og hjemmeoppfølging. Et eksempel på en betydelig merkostnad er utvikling- og innføring av Helseplattformen for helseforetak i Midt-Norge.
- Kostnader til utskrivningsklare pasienter som andel av totale kostnader for helseforetaksområde kan være interessant informasjon ned tanke på potensiale for samarbeid og samhandling.
- Ulik grad av inklusjon av pasienter en faktor bak ulik kostnad per innbygger. Ulike aktivitetsrater, eller over- og underbehandling, også en faktor assosiert med eventuell ulik kostnad per innbygger.
- Ulik grad av rekrutteringsutfordringer, herunder også ulik bruk av innleid arbeidskraft, er også en faktor bak ulikt kostnadsnivå.
- Generelt: Sammenligning av kostnadsnivå per innbygger på tvers av geografiske områder er krevende.
- NOU 2023:9 – Generalistkommunesystemet – et sentralt dokument for å forstå potensialet for samarbeid og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten.

Innspill fra Helsedirektoratet

- Behovsjustering av kostnader spesialisthelsetjenesten. Det er relevant å behovsjustere kostnadene for spesialisthelsetjenesten når nivået på kostnad per innbygger sammenlignes på tvers av områder. Helsedirektoratet har lagt til rette behovsindekser for dette formålet – se tabell 5.3 i vedlegget. Behovsjusteringen vil være relevant for den delen av kostnadene som finansieres av basisramme, men ikke relevant for den delen av kostnadene som finansieres av aktivitetsbaserte tilskudd. Et anslag på andel av kostnadene som er relevant for behovsjustering bør fastsettes samarbeid mellom representanter for helseforetakene og Helsedirektoratet.

- Ekskludering av kostnader. Deler av kostnadene som oppstår i spesialisthelsetjenesten har blitt ekskludert i dette arbeidet. Dette gjelder f.eks. kostnader til FoU. Helsedirektoratet stiller spørsmål om alle kostnader i utgangspunkter bør fordeles, med tanke på formålet for dette arbeidet. Dette spørsmålet bør behandles i samarbeid mellom RHF-enes representanter og Helsedirektoratet.

5 Vedlegg

1 Kommuner og tilhørighet i helsefelleskap

Tabell 5.1: Oversikt over kommuner og tilhørighet i helsefelleskap (2021-2023).

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
3001	Halden	1	Østfold
3002	Moss	1	Østfold
3003	Sarpsborg	1	Østfold
3004	Fredrikstad	1	Østfold
3011	Hvaler	1	Østfold
3012	Aremark	1	Østfold
3013	Marker	1	Østfold
3014	Indre Østfold	1	Østfold
3015	Skiptvet	1	Østfold
3016	Rakkestad	1	Østfold
3017	Råde	1	Østfold
3018	Våler (Viken)	1	Østfold
3019	Vestby	1	Østfold
301	Bydelene Grorud, Stovner og Alna i Oslo	2	Akershus
3020	Nordre Follo	2	Akershus
3021	Ås	2	Akershus
3022	Frogn	2	Akershus
3023	Nesodden	2	Akershus
3026	Aurskog-Høland	2	Akershus
3027	Rælingen	2	Akershus
3028	Enebakk	2	Akershus
3029	Lørenskog	2	Akershus
3030	Lillestrøm	2	Akershus
3031	Nittedal	2	Akershus
3032	Gjerdrum	2	Akershus
3033	Ullensaker	2	Akershus
3034	Nes	2	Akershus
3035	Eidsvoll	2	Akershus
3036	Nannestad	2	Akershus
3037	Hurdal	2	Akershus
3401	Kongsvinger	2	Akershus
3414	Nord-Odal	2	Akershus
3415	Sør-Odal	2	Akershus
3416	Eidskog	2	Akershus
3417	Grue	2	Akershus
301	Oslo, ekskl. bydelene Grorud, Stovner og Alna	3	Oslo

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
3054	Lunner	4	Innlandet
3403	Hamar	4	Innlandet
3405	Lillehammer	4	Innlandet
3407	Gjøvik	4	Innlandet
3411	Ringsaker	4	Innlandet
3412	Løten	4	Innlandet
3413	Stange	4	Innlandet
3418	Åsnes	4	Innlandet
3419	Våler (Innlandet)	4	Innlandet
3420	Elverum	4	Innlandet
3421	Trysil	4	Innlandet
3422	Åmot	4	Innlandet
3423	Stor-Elvdal	4	Innlandet
3424	Rendalen	4	Innlandet
3425	Engerdal	4	Innlandet
3426	Tolga	4	Innlandet
3427	Tynset	4	Innlandet
3428	Alvdal	4	Innlandet
3429	Folldal	4	Innlandet
3430	Os	4	Innlandet
3431	Dovre	4	Innlandet
3432	Lesja	4	Innlandet
3433	Skjåk	4	Innlandet
3434	Lom	4	Innlandet
3435	Vågå	4	Innlandet
3436	Nord-Fron	4	Innlandet
3437	Sel	4	Innlandet
3438	Sør-Fron	4	Innlandet
3439	Ringebu	4	Innlandet
3440	Øyer	4	Innlandet
3441	Gausdal	4	Innlandet
3442	Østre Toten	4	Innlandet
3443	Vestre Toten	4	Innlandet
3446	Gran	4	Innlandet
3447	Søndre Land	4	Innlandet
3448	Nordre Land	4	Innlandet
3449	Sør-Aurdal	4	Innlandet
3450	Etnedal	4	Innlandet
3451	Nord-Aurdal	4	Innlandet
3452	Vestre Slidre	4	Innlandet
3453	Øystre Slidre	4	Innlandet
3454	Vang	4	Innlandet
3005	Drammen	5	Vestre Viken
3006	Kongsberg	5	Vestre Viken
3007	Ringerike	5	Vestre Viken

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
3024	Bærum	5	Vestre Viken
3025	Asker	5	Vestre Viken
3038	Hole	5	Vestre Viken
3039	Flå	5	Vestre Viken
3040	Nesbyen	5	Vestre Viken
3041	Gol	5	Vestre Viken
3042	Hemsedal	5	Vestre Viken
3043	Ål	5	Vestre Viken
3044	Hol	5	Vestre Viken
3045	Sigdal	5	Vestre Viken
3046	Krødsherad	5	Vestre Viken
3047	Modum	5	Vestre Viken
3048	Øvre Eiker	5	Vestre Viken
3049	Lier	5	Vestre Viken
3050	Flesberg	5	Vestre Viken
3051	Rollag	5	Vestre Viken
3052	Nore og Uvdal	5	Vestre Viken
3053	Jevnaker	5	Vestre Viken
3802	Holmestrand (41%)	5	Vestre Viken
3801	Horten	6	Vestfold
3802	Holmestrand (59%)	6	Vestfold
3803	Tønsberg	6	Vestfold
3804	Sandefjord	6	Vestfold
3805	Larvik	6	Vestfold
3811	Færder	6	Vestfold
3806	Porsgrunn	7	Telemark
3807	Skien	7	Telemark
3808	Notodden	7	Telemark
3812	Siljan	7	Telemark
3813	Bamble	7	Telemark
3814	Kragerø	7	Telemark
3815	Drangedal	7	Telemark
3816	Nome	7	Telemark
3817	Midt-Telemark	7	Telemark
3818	Tinn	7	Telemark
3819	Hjartdal	7	Telemark
3820	Seljord	7	Telemark
3821	Kviteseid	7	Telemark
3822	Nissedal	7	Telemark
3823	Fyresdal	7	Telemark
3824	Tokke	7	Telemark
3825	Vinje	7	Telemark
4201	Risør	8	Sørlandet
4202	Grimstad	8	Sørlandet
4203	Arendal	8	Sørlandet

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
4204	Kristiansand	8	Sørlandet
4205	Lindesnes	8	Sørlandet
4206	Farsund	8	Sørlandet
4207	Flekkefjord	8	Sørlandet
4211	Gjerstad	8	Sørlandet
4212	Vegårshei	8	Sørlandet
4213	Tvedestrand	8	Sørlandet
4214	Froland	8	Sørlandet
4215	Lillesand	8	Sørlandet
4216	Birkenes	8	Sørlandet
4217	Åmli	8	Sørlandet
4218	Iveland	8	Sørlandet
4219	Evje og Hornnes	8	Sørlandet
4220	Bygland	8	Sørlandet
4221	Valle	8	Sørlandet
4222	Bykle	8	Sørlandet
4223	Vennesla	8	Sørlandet
4224	Åseral	8	Sørlandet
4225	Lyngdal	8	Sørlandet
4226	Hægebostad	8	Sørlandet
4227	Kvinesdal	8	Sørlandet
4228	Sirdal	8	Sørlandet
1101	Eigersund	9	Stavanger
1103	Stavanger	9	Stavanger
1108	Sandnes	9	Stavanger
1111	Sokndal	9	Stavanger
1112	Lund	9	Stavanger
1114	Bjerkreim	9	Stavanger
1119	Hå	9	Stavanger
1120	Klepp	9	Stavanger
1121	Time	9	Stavanger
1122	Gjesdal	9	Stavanger
1124	Sola	9	Stavanger
1127	Randaberg	9	Stavanger
1130	Strand	9	Stavanger
1133	Hjelmeland	9	Stavanger
1144	Kvitsøy	9	Stavanger
1106	Haugesund	10	Fonna
1134	Suldal	10	Fonna
1135	Sauda	10	Fonna
1145	Bokn	10	Fonna
1146	Tysvær	10	Fonna
1149	Karmøy	10	Fonna
1151	Utsira	10	Fonna
1160	Vindafjord	10	Fonna

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
4611	Etne	10	Fonna
4612	Sveio	10	Fonna
4613	Bømlo	10	Fonna
4614	Stord	10	Fonna
4615	Fitjar	10	Fonna
4616	Tysnes	10	Fonna
4617	Kvinnherad	10	Fonna
4618	Ullensvang	10	Fonna
4601	Bergen	11	Bergen
4619	Eidfjord	11	Bergen
4620	Ulvik	11	Bergen
4621	Voss	11	Bergen
4622	Kvam	11	Bergen
4623	Samnanger	11	Bergen
4624	Bjørnafjorden	11	Bergen
4625	Austevoll	11	Bergen
4626	Øygarden	11	Bergen
4627	Askøy	11	Bergen
4628	Vaksdal	11	Bergen
4629	Modalen	11	Bergen
4630	Osterøy	11	Bergen
4631	Alver	11	Bergen
4632	Austrheim	11	Bergen
4633	Fedje	11	Bergen
4634	Masfjorden	11	Bergen
4635	Gulen	11	Bergen
4602	Kinn	12	Førde
4636	Solund	12	Førde
4637	Hyllestad	12	Førde
4638	Høyanger	12	Førde
4639	Vik	12	Førde
4640	Sogndal	12	Førde
4641	Aurland	12	Førde
4642	Lærdal	12	Førde
4643	Årdal	12	Førde
4644	Luster	12	Førde
4645	Askvoll	12	Førde
4646	Fjaler	12	Førde
4647	Sunnfjord	12	Førde
4648	Bremanger	12	Førde
4649	Stad	12	Førde
4650	Gloppen	12	Førde
4651	Stryn	12	Førde
1505	Kristiansund	13	Møre og Romsdal
1506	Molde	13	Møre og Romsdal

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
1507	Ålesund	13	Møre og Romsdal
1511	Vanylven	13	Møre og Romsdal
1514	Sande	13	Møre og Romsdal
1515	Herøy (Møre og Romsdal)	13	Møre og Romsdal
1516	Ulstein	13	Møre og Romsdal
1517	Hareid	13	Møre og Romsdal
1520	Ørsta	13	Møre og Romsdal
1525	Stranda	13	Møre og Romsdal
1528	Sykkylven	13	Møre og Romsdal
1531	Sula	13	Møre og Romsdal
1532	Giske	13	Møre og Romsdal
1535	Vestnes	13	Møre og Romsdal
1539	Rauma	13	Møre og Romsdal
1547	Aukra	13	Møre og Romsdal
1554	Averøy	13	Møre og Romsdal
1557	Gjemnes	13	Møre og Romsdal
1560	Tingvoll	13	Møre og Romsdal
1563	Sunndal	13	Møre og Romsdal
1566	Surnadal	13	Møre og Romsdal
1573	Smøla	13	Møre og Romsdal
1576	Aure	13	Møre og Romsdal
1577	Volda	13	Møre og Romsdal
1578	Fjord	13	Møre og Romsdal
1579	Hustadvika	13	Møre og Romsdal
5001	Trondheim	14	Søndre Trøndelag
5014	Frøya	14	Søndre Trøndelag
5021	Oppdal	14	Søndre Trøndelag
5022	Rennebu	14	Søndre Trøndelag
5025	Røros	14	Søndre Trøndelag
5026	Holtålen	14	Søndre Trøndelag
5027	Midtre Gauldal	14	Søndre Trøndelag
5028	Melhus	14	Søndre Trøndelag
5029	Skaun	14	Søndre Trøndelag
5031	Malvik	14	Søndre Trøndelag
5032	Selbu	14	Søndre Trøndelag
5033	Tydal	14	Søndre Trøndelag
5054	Indre Fosen	14	Søndre Trøndelag
5055	Heim	14	Søndre Trøndelag
5056	Hitra	14	Søndre Trøndelag
5057	Ørland	14	Søndre Trøndelag
5058	Åfjord	14	Søndre Trøndelag
5059	Orkland	14	Søndre Trøndelag
5061	Rindal	14	Søndre Trøndelag
5006	Steinkjer	15	Nordre Trøndelag
5007	Namsos	15	Nordre Trøndelag

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
5020	Osen	15	Nordre Trøndelag
5034	Meråker	15	Nordre Trøndelag
5035	Stjørdal	15	Nordre Trøndelag
5036	Frosta	15	Nordre Trøndelag
5037	Levanger	15	Nordre Trøndelag
5038	Verdal	15	Nordre Trøndelag
5041	Snåase - Snåsa	15	Nordre Trøndelag
5042	Lierne	15	Nordre Trøndelag
5043	Raarvihke - Røyrvik	15	Nordre Trøndelag
5044	Namsskogan	15	Nordre Trøndelag
5045	Grong	15	Nordre Trøndelag
5046	Høylandet	15	Nordre Trøndelag
5047	Overhalla	15	Nordre Trøndelag
5049	Flatanger	15	Nordre Trøndelag
5052	Leka	15	Nordre Trøndelag
5053	Inderøy	15	Nordre Trøndelag
5060	Nærøysund	15	Nordre Trøndelag
1811	Bindal	16	Helgeland
1812	Sømna	16	Helgeland
1813	Brønnøy	16	Helgeland
1815	Vega	16	Helgeland
1816	Vevelstad	16	Helgeland
1818	Herøy (Nordland)	16	Helgeland
1820	Alstahaug	16	Helgeland
1822	Leirfjord	16	Helgeland
1824	Vefsn	16	Helgeland
1825	Grane	16	Helgeland
1826	Hattfjelldal	16	Helgeland
1827	Dønna	16	Helgeland
1828	Nesna	16	Helgeland
1832	Hemnes	16	Helgeland
1833	Rana	16	Helgeland
1834	Lurøy	16	Helgeland
1835	Træna	16	Helgeland
1836	Rødøy	16	Helgeland
1804	Bodø	17	Nordland
1837	Meløy	17	Nordland
1838	Gildeskål	17	Nordland
1839	Beiarn	17	Nordland
1840	Saltdal	17	Nordland
1841	Fauske - Fuosko	17	Nordland
1845	Sørfold	17	Nordland
1848	Steigen	17	Nordland
1856	Røst	17	Nordland
1857	Værøy	17	Nordland

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
1859	Flakstad	17	Nordland
1860	Vestvågøy	17	Nordland
1865	Vågan	17	Nordland
1866	Hadsel	17	Nordland
1867	Bø	17	Nordland
1868	Øksnes	17	Nordland
1870	Sortland - Suortá	17	Nordland
1871	Andøy	17	Nordland
1874	Moskenes	17	Nordland
1875	Hamarøy	17	Nordland
1806	Narvik	18	UNN_Troms
1851	Lødingen	18	UNN_Troms
1853	Evenes - Evenássi	18	UNN_Troms
5401	Tromsø	18	UNN_Troms
5402	Harstad	18	UNN_Troms
5411	Kvæfjord	18	UNN_Troms
5412	Tjeldsund	18	UNN_Troms
5413	Ibestad	18	UNN_Troms
5414	Gratangen	18	UNN_Troms
5415	Loabák - Lavangen	18	UNN_Troms
5416	Bardu	18	UNN_Troms
5417	Salangen	18	UNN_Troms
5418	Målselv	18	UNN_Troms
5419	Sørreisa	18	UNN_Troms
5420	Dyrøy	18	UNN_Troms
5421	Senja	18	UNN_Troms
5422	Balsfjord	18	UNN_Troms
5423	Karlsøy	18	UNN_Troms
5424	Lyngen	18	UNN_Troms
5425	Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	18	UNN_Troms
5426	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	18	UNN_Troms
5427	Skjervøy	18	UNN_Troms
5428	Nordreisa	18	UNN_Troms
5429	Kvænangen	18	UNN_Troms
5403	Alta	19	Finnmark
5404	Vardø	19	Finnmark
5405	Vadsø	19	Finnmark
5406	Hammerfest	19	Finnmark
5430	Guovdageaidnu - Kautokeino	19	Finnmark
5432	Loppa	19	Finnmark
5433	Hasvik	19	Finnmark
5434	Måsøy	19	Finnmark
5435	Nordkapp	19	Finnmark
5436	Porsanger - Porsángu - Porsanki	19	Finnmark
5437	Kárásjohka - Karasjok	19	Finnmark

Kommunenr.	Kommunenavn	Hfellesnr.	HfellesNavn
5438	Lebesby	19	Finnmark
5439	Gamvik	19	Finnmark
5440	Berlevåg	19	Finnmark
5441	Deatnu - Tana	19	Finnmark
5442	Unjárga - Nesseby	19	Finnmark
5443	Båtsfjord	19	Finnmark
5444	Sør-Varanger	19	Finnmark

2 Behovsjustering av kostnader til helsetjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunene kompenseres for ulikt behov for helsetjenester gjennom utgiftsutjevningen. Kompensasjonen skjer ved hjelp av kostnadsnøkkelen, som består av ulike kriterium med vekter. Gjennom kostnadsnøkkelen og kriteriedataene blir kostnadsbehovet til hver enkelt kommune beregnet – jf Grønt Hefte. Tilskuddet til kommunene blir deretter fordelt mellom kommunene etter kostnadsbehovet deres.

Kostnadsnøkkelen for kommunene består av flere delkostnadsnøkler for ulike sektorer, for eksempel *Grunnskole*, *Pleie og omsorg* og *Barnevern*. Hver delkostnadsnøkkel er gitt en sektorvekt basert på kostnadsfordelingen mellom sektorene.

For å beregne en behovsindeks for de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene er delkostnadsnøkklene for *Pleie og omsorg* og *Helse* vektet sammen med sektorvektene som grunnlag. Når kostnadene til pleie og omsorg, inkludert de kommunale akutt plassene (KAD), behovsjusteres så benyttes kun delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg. Sammen med kriteriedataene for kommunene er det beregnet behovsindekser for hver enkelt kommune.

Opplysning om inntektssystemet for kommunene, kostnadsnøkler, sektorvekter og kriteriedata er hentet fra "Grønt hefte" med vedlegg.

Tabell 5.2 nedenfor viser behovsindekser for de ulike opptaksområdene som har blitt benyttet i dette arbeidet. For de kommunale helse- og omsorgstjenestene er behovsindeksene i utgangspunktet beregnet på kommunenivå. Når vi i dette arbeidet vil behovsjustere de kommunale utgiftene, så gjøres det per kommune. Utgiftene summeres deretter til nivå for helsefellesskap og helseforetakenes opptaksområder. I tabell 5.2 er de kommunale behovsindeksene summert til nivå for helsefellesskap, med befolkningsandel som vekt.

Tabell 5.2: Behovsindekser for kommunale helse- og omsorgstjenester

Opptaksområde/ Helsefellesskap	År	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
		Pleie og omsorg inkl. KAD	Alle kommunale helse- og omsorgstjenester
Østfold	2022	1,03689	1,0295
Akershus	2022	0,87763	0,88098
Oslo	2022	0,79677	0,80438
Innlandet	2022	1,20199	1,1895
Vestre Viken	2022	0,99007	0,98891

Opptaksområde/ Helsefellesskap	År	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
		Pleie og omsorg inkl. KAD	Alle kommunale helse- og omsorgstjenester
Vestfold	2022	1,05476	1,0442
Telemark	2022	1,13272	1,12579
Sørlandet	2022	1,0272	1,02697
Stavanger	2022	0,84143	0,85457
Fonna	2022	1,05118	1,05214
Bergen	2022	0,97539	0,97573
Førde	2022	1,2092	1,20627
Møre og Romsdal	2022	1,09795	1,09302
St. Olavs Sør-Trøndelag	2022	0,96297	0,96258
Nord-Trøndelag	2022	1,15979	1,1577
Helgeland	2022	1,27833	1,27555
Nordland	2022	1,15246	1,1438
UNN – Troms	2022	1,09467	1,09369
Finnmark	2022	1,13073	1,14044
Østfold	2021	1,03971	1,03322
Akershus	2021	0,8787	0,87749
Oslo	2021	0,7974	0,80451
Innlandet	2021	1,20321	1,19092
Vestre Viken	2021	0,99065	0,98811
Vestfold	2021	1,05537	1,04463
Telemark	2021	1,13111	1,12451
Sørlandet	2021	1,02557	1,02471
Stavanger	2021	0,83581	0,84825
Fonna	2021	1,05063	1,05197
Bergen	2021	0,97969	0,97838
Førde	2021	1,21185	1,20782
Møre og Romsdal	2021	1,09382	1,08845
Søndre Trøndelag	2021	0,96193	0,96004
Nordre Trøndelag	2021	1,15912	1,15401
Helgeland	2021	1,26446	1,26143
Nordland	2021	1,16324	1,1535
UNN – Troms	2021	1,0931	1,09125
Finnmark	2021	1,1216	1,13018

Spesialisthelsetjenesten

I den nasjonale inntektsmodellen som fordeler inntekter mellom regionene (RHF) justeres basisrammen med en behovsindeks. De regionale inntektsmodellene fordeler videre inntekter til helseforetakene under hver region, og det skjer en lokal behovsjustering av basisrammen. De

lokale behovsindeksene (HF) er ikke direkte sammenlignbare mellom regionen. Produktet av RHF-enes og HF-enes behovsindekser (Samlet) er en beregnet størrelse hvor målet er å beregne en behovsindeks for områdene som er mer sammenlignbar mellom regionene.

Tabell 5.3: Behovsindekser ved tildelinger av basisramme for spesialisthelsetjenesten 2021 og 2022.

Område	År	Somatikk			Psykisk helsevern			Rusbehandling		
		RHF	HF	Samlet	RHF	HF	Samlet	RHF	HF	Samlet
Østfold	2022	1,0000	1,0874	1,0874	1,0092	0,9347	0,9433	1,0092	0,9608	0,9696
Akershus	2022	1,0000	0,9655	0,9655	1,0092	0,9575	0,9663	1,0092	0,9775	0,9865
Oslo	2022	1,0000	0,8458	0,8458	1,0092	1,2261	1,2374	1,0092	1,2450	1,2565
Innlandet	2022	1,0000	1,1133	1,1133	1,0092	0,9015	0,9098	1,0092	0,9267	0,9352
Vestre Viken	2022	1,0000	0,9753	0,9753	1,0092	0,8767	0,8848	1,0092	0,8650	0,8730
Vestfold	2022	1,0000	1,0780	1,0780	1,0092	0,9482	0,9569	1,0092	0,9471	0,9558
Telemark	2022	1,0000	1,1368	1,1368	1,0092	0,9481	0,9568	1,0092	0,9566	0,9654
Sørlandet	2022	1,0000	1,0373	1,0373	1,0092	0,9998	1,0090	1,0092	0,9667	0,9756
Stavanger	2022	0,9550	0,9409	0,8985	0,9648	1,0085	0,9730	0,9648	0,9792	0,9447
Fonna	2022	0,9550	1,0577	1,0101	0,9648	0,9892	0,9543	0,9648	1,0208	0,9849
Bergen	2022	0,9550	1,0039	0,9588	0,9648	1,0178	0,9820	0,9648	1,0064	0,9710
Førde	2022	0,9550	1,0911	1,0420	0,9648	0,9140	0,8818	0,9648	1,0165	0,9807
Møre og Romsdal	2022	1,0230	1,0171	1,0405	0,9816	1,0121	0,9935	0,9816	1,0121	0,9935
St. Olavs Sør-Tr.lag	2022	1,0230	0,9635	0,9857	0,9816	0,9746	0,9567	0,9816	0,9746	0,9567
Nord-Trøndelag	2022	1,0230	1,0586	1,0829	0,9816	1,0569	1,0375	0,9816	1,0569	1,0375
Helgeland	2022	1,0710	1,0453	1,1195	1,0527	1,0058	1,0588	1,0527	0,9754	1,0268
Nordland	2022	1,0710	1,0048	1,0761	1,0527	0,9946	1,0470	1,0527	0,9995	1,0522
UNN – Troms	2022	1,0710	0,9794	1,0489	1,0527	0,9888	1,0409	1,0527	0,9816	1,0333
Finnmark	2022	1,0710	0,9976	1,0684	1,0527	1,0328	1,0872	1,0527	1,0738	1,1304
Østfold	2021	1,0000	1,0862	1,0862	1,0092	0,9387	0,9473	1,0092	0,9651	0,9740
Akershus	2021	1,0000	0,9660	0,9660	1,0092	0,9576	0,9664	1,0092	0,9767	0,9857
Oslo	2021	1,0000	0,8521	0,8521	1,0092	1,2595	1,2711	1,0092	1,2473	1,2588
Innlandet	2021	1,0000	1,1128	1,1128	1,0092	0,9125	0,9209	1,0092	0,9312	0,9398
Vestre Viken	2021	1,0000	0,9717	0,9717	1,0092	0,8809	0,8890	1,0092	0,8673	0,8753
Vestfold	2021	1,0000	1,0773	1,0773	1,0092	0,9582	0,9670	1,0092	0,9478	0,9565
Telemark	2021	1,0000	1,1311	1,1311	1,0092	0,9588	0,9676	1,0092	0,9606	0,9694
Sørlandet	2021	1,0000	1,0307	1,0307	1,0092	1,0080	1,0173	1,0092	0,9687	0,9776
Stavanger	2021	0,9550	0,9090	0,8681	0,9648	0,9880	0,9532	0,9648	0,9870	0,9523
Fonna	2021	0,9550	1,0560	1,0085	0,9648	1,0050	0,9696	0,9648	0,9690	0,9349
Bergen	2021	0,9550	1,0240	0,9779	0,9648	1,0170	0,9812	0,9648	1,0380	1,0015
Førde	2021	0,9550	1,1160	1,0658	0,9648	0,9510	0,9175	0,9648	0,9360	0,9031
Møre og Romsdal	2021	1,0230	1,0137	1,0370	0,9816	1,0069	0,9884	0,9816	1,0069	0,9884
St. Olavs Sør-Tr.lag	2021	1,0230	0,9687	0,9910	0,9816	0,9799	0,9619	0,9816	0,9799	0,9619
Nord-Trøndelag	2021	1,0230	1,0512	1,0754	0,9816	1,0498	1,0305	0,9816	1,0498	1,0305
Helgeland	2021	1,0710	1,0494	1,1239	1,0527	1,0060	1,0590	1,0527	0,9760	1,0274
Nordland	2021	1,0710	1,0027	1,0739	1,0527	0,9956	1,0481	1,0527	1,0050	1,0580
UNN – Troms	2021	1,0710	0,9771	1,0465	1,0527	0,9884	1,0405	1,0527	0,9817	1,0334
Finnmark	2021	1,0710	1,0030	1,0742	1,0527	1,0316	1,0860	1,0527	1,0708	1,1272

Vi har gjort noen tilpasninger i behovsindeksene som RHF-ene har brukt ved fordeling av inntekter til sine HF:

- i) Helse Sør-Øst RHF. Behovsindeks somatikk Oslo er beregnet som et vektet gjennomsnitt av indeksene for opptaksområdene til Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Befolkningstall per område er benyttet som vekt.

- ii) Helse Midt-Norge RHF. Behovsindeks for psykisk helsevern samlet er beregnet som et vektet gjennomsnitt av indeks for psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og unge. Kostnad per bostedsområde er benyttet som vekt.

3 Nærmere om tilrettelegging av kostnadsgrunnlag fra spesialisthelsetjenesten

Punktene nummerert fra 1 til 12 angitt i tabellene 3.1 og 3.2 i del 3 beskrives nærmere her.

1 Brutto driftskostnader

Dette er summen av kostnader ført under kontogruppe 4-7 i helseforetakenes kontoplan. Kontogruppe 4 er varer og tjenester, kontogruppe 5 er lønnskostnader, mens kontogruppen 6 og 7 representerer andre driftskostnader. Kostnadene hentes fra avstemt årsregnskap.

2 Behandling av pasienter fra andre regioner

Kostnaden skal tilordnes helseforetaket i pasientens bostedsregion. Foretaket som behandler en regional gjestepasient (pasient bosatt i en annen region) sender faktura til foretaket som har opptaksansvar for den aktuelle gjestepasienten. Kostnaden kommer dermed til foretaket i pasientens bostedsområde via faktura. Inntekten som kommer til behandlende foretak føres på inntektskonto 321, som kompensasjon for kostnadene ved å behandle gjestepasienten. Kostnaden blir med dette registrert både på kjøpende og behandlende foretak. Inntekten ført på konto 321 trekkes derfor i fra kostnadene til behandlende foretak, og dermed blir kostnaden stående hos foretaket med opptaksansvar via faktura kostnadsført på konto 456.

RHF-ene har spilt inn at de fakturerte inntektene i det interregionale gjestepasientoppgjøret i dekker 80 prosent av gjennomsnittskostnadene for den enkelte pasientbehandling. Dermed er inntektene ført på konto 321 justert opp fra 80 til 100 prosent når kostnader for behandling av pasienter fra andre regioner trekkes ut. Tilsvarende blir kostnadene for kjøp av pasientbehandling i andre regioner, ført på kostnadskonto 456, justert opp fra 80 til 100 prosent. Før ekskluderinger og fordelinger beskrevet under punktene 3 til 11 nedenfor, så vil kostnaden til opptaksområdet (HFbo) nå se slik ut:

Kostnad til HFbo = Sum konto 4-7 – k456 + k456/0,8 + k321⁸/0,8 – k457.

Oppgjør for pasientflyt innad i regionen omtales under punkt 9 nedenfor.

Oslo universitetssykehus HF får en ekstra kompensasjon i inntektsmodellen fra RHF-et for manglende kostnadsdekning for behandling av pasienter fra andre regioner enn Sør-Øst. Denne kompensasjonen⁹ trekkes også ut fra kostnadsgrunnlaget for Oslo universitetssykehus.

3 Refusjoner for utskrivningsklare pasienter

Helseforetakene sender faktura til kommunene for pasienter som blir liggende i sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare til kommunale tjenester. Dette utgiftsføres i kommunen, og inngår dermed i de kommunale kostnadene. De inntektsførte refusjonene på konto 326 i helseforetakenes kontoplan trekkes dermed også ut fra kostnadsgrunnlaget.

⁸ Konto 321 er en inntektskonto med negativt fortegn i resultatregnskapet.

⁹ Kompensasjonen var på 244 mill. kr. i 2022.

Faktura for utskrivningsklare pasienter er basert på en politisk framforhandlet døgnpris. Det kan diskuteres om denne prisen reflekterer reelle kostnader. Dette temaet er ikke videre diskutert i dette arbeidet. Kostnaden som korrigeres ut har blitt satt lik de fakturerte inntektene.

4 Salgs- og leieinntekter

Helseforetakene sender faktura til andre helseforetak for varer og tjenester ut over behandling av gjestepasienter. Et eksempel på dette er utleie av arbeidskraft for en periode. Inntekter knyttet til salg av varer og tjenester til andre helseforetak trekkes dermed ut fra kostnadsgrunnlaget. Disse inntektene for salg til andre helseforetak identifiseres via spesifikasjoner til Helsedirektoratet. I tillegg trekkes salgs- og leieinntekter ut over det spesifiserte salget til andre helseforetak, ført på kontogruppene 30, 31, 34 og 36 i helseforetakenes kontoplan, også ut. I dette kan det være noe salg eksternt som trekkes ut, som f. eks kan gjelde utleie av lokaler til kafe og kiosk.

5 Kostnader til forskning og utvikling (FoU), kompetansetjenester og registerdrift

Helseforetakene har ulikt omfang av FoU og kompetansetjenester. Kostnadene til dette er identifisert via helseforetakene sine rapporteringer til KV/KPP-arbeidet i Helsedirektoratet¹⁰. I samråd med RHF-ene har vi valgt å holde disse kostnadene ute fra kostnadsgrunnlaget. Innad i en region har universitetssykehusene ofte større omfang av forskning og kompetansetjenester enn sykehus uten universitetsfunksjoner. Mellom regionene så har Helse Sør-Øst RHF (som eier av Oslo universitetssykehus) større omfang av kostnader til FoU, kompetansesentra og registerdrift. Alternativt kunne disse kostnadene blitt fordelt til opptaksområder via behovsandeler på regionalt og foretaksnivå. Per skrivende dato er kostnader til FoU, kompetansesentra og registerdrift holdt ute.

6 Særskilte ansvar og oppgaver med spesifisert finansiering

Kostnader for tre særskilte ansvar blitt ekskludert fra spesialisthelsetjenesten sitt grunnlag. Det er kostnader for bosetting i kommuner for dømt til tvungent vern, tilskudd til Longyearbyen sykehus på Svalbard – og kompensasjon for merkostnad knyttet til regionale gjestepasienter ved Oslo universitetssykehus HF.

Helseforetakene kan ha flere kostnader til særskilte ansvar, med spesifisert finansiering, hvor kostnadene ikke i tilstrekkelig grad tilordnes andre helseforetak etter bruk eller annen fordelingsnøkkel. De større helseforetakene har ofte flere enn de mindre, og Oslo universitetssykehus har flest. Dette kan for eksempel gjelde ansvar for regional koordinering, og merkostnader for drift av nasjonale og regionale tilbud. I arbeidsgruppen bestående av representanter fra Helsedirektoratet og RHF-ene har vi startet en diskusjon om hvordan kostnader for denne typen av ansvar bør reflekteres i dette arbeidet. Det er to alternativer for disse kostnadene: i) ta ut av kostnadsgrunnlaget eller ii) fordele etter mest mulig relevant nøkkel.

RHF-ene har delt oversikter over dette. Oversiktene framgår av inntektsmodellene som benyttes ved finansiering av HF-ene. Disse oversiktene har blitt gjennomgått av kontrollere/økonomirådgivere ved de største helseforetakene¹¹, som har vurdert om ansvaret inngår i kartleggingen av kostnader til FoU, eller om det inngår i driften. På bakgrunn av oversiktene fra RHF-ene, og vurderingen fra de største foretakene, har Helsedirektoratet

¹⁰ Angitt som kostnader som ikke knyttes til pasientbehandling under helseforetakene sin veiledning til rapportering av kostnadsdata til Helsedirektoratet sitt KV/KPP-arbeid. Basert på rapportering til NIFU.

¹¹ Vurdert av Oslo Universitetssykehus HF, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. I dette ligger at Helsedirektoratet har gjort vurderinger for de øvrige helseforetakene.

konstruert tre kategorier for de særskilte ansvarsområdene med spesifisert finansiering:

- a) Ansvar som kommer inn under kostnadskartleggingen av FoU, og som dermed har blitt tatt ut av kostnadsgrunnlaget. Det vil si at kostnaden er hensyntatt i modellen. Se også punkt 5 over. Herunder legges også kostnader for særskilte ansvar som har blitt fordelt mellom helseforetakene. Dette vurderes som hensyntatt i modellen.
- b) Ansvar som legges til et helseforetak, men som understøtter flere (for eksempel regionale og nasjonale ansvar), uten at kostnadene fordeles mellom aktuelle brukere.
- c) Merkostnader for drift av kostbare behandlingstilbud. Det vil si at kostnadene ikke fullt ut dekkes gjennom ordinær inntektsfordeling eller gjestepasientoppgjør. Oppgaven kan representere merkostnader for utførende helseforetak, men omfanget av merkostnaden kan være usikkert¹².

Denne kategoriseringen bør vurderes av representanter fra RHF-ene, og behandles i samarbeid mellom Helsedirektoratet og RHF-ene.

7 Kostnader for private spesialisthelsetjenester

RHF-ene administrerer og kostnadsfører kjøp fra private aktører i spesialisthelsetjenesten. Dette kan dreie seg om:

- a) Kjøp fra private sykehus i somatisk sektor (f.eks. operasjoner)
- b) Tilskudd til private avtalespesialister i somatisk sektor og i psykisk helsevern
- c) Kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner
- d) Kjøp fra private laboratorie- og røntgeninstitutter
- e) Tilskudd til private institusjoner i psykisk helsevern (dette gjelder eksempelvis Modum Bad, Lukasstiftelsen og Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem).
- f) Kjøp fra private rusinstitusjoner.

Avtalene med disse private aktørene er kjennetegnet av kjøpsavtaler med avtalte volum, som kan gjelde for en gitt periode. RHF-ene sine regnskapsførte kostnader for bruk av de private aktørene har blitt fordelt til helseforetakene sine opptaksområder basert på registrerte pasientdata. Fordelingsnøklerne basert på pasientdata som har blitt bruk er:

- DRG-poeng fordelt på foretakenes opptaksområder, for kostnader knyttet til punkt a) kjøp fra private sykehus i somatisk sektor.
- Antall konsultasjoner hos private avtalespesialister fordelt på opptaksområder for kostnader knyttet til punkt b). Kostnadene og nøklene fra pasientdata skiller mellom somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge.
- Antall oppholdsdøgn pluss $0,25 \cdot \text{antall konsultasjoner}$ for kostnader knyttet til c) private rehabiliteringsinstitusjoner, e) private institusjoner innenfor psykisk helsevern og f) private rusinstitusjoner.

¹² I dette arbeidet har vi konstruert et gjestepasientoppgjør innad i regionene – se punkt 9 nedenfor. Her har kostnadsnivået for utførende foretak, sammen med pasientflyt basert på pasientdata blitt lagt til grunn. Det vil si at det regnskapsførte oppgjøret ikke har blitt lagt til grunn. I metoden for korreksjon av pasientflyt innad i regionen vil merkostnader for dyre behandlingstilbud inngå i fordeling av gjestepasientkostnader. Om denne metoden hensyntar merkostnader på en god nok måte kan diskuteres, fordi det blir en gjennomsnittsbetraktning.

- RHF-ene har trukket i inntektsrammen til foretakene for bruk av private laboratorie- og røntgeninstitutter (punkt d)). De faktiske kostnadene for bruken har blitt fordelt ut til foretakene på bakgrunn av andel trekk i inntektsrammen.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med private institusjoner. Disse omtales her som avtaleinstitusjonene. I dette arbeidet har avtaleinstitusjonene blitt inkludert i kostnadene til opptaksområdene på to måter. Den ene måten er å legge avtaleinstitusjonen inn under ett foretak med samme opptaksområde. Den andre måten er å fordele kostnaden for avtaleinstitusjonen mellom opptaksområdene basert på pasientdata. Kostnader for følgende avtaleinstitusjoner har blitt aggregert inn i helseforetak med samme opptaksområder:

- Diakonhjemmets Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus har blitt lagt under Oslo universitetssykehus HF.
- NKS Olaviken, Solli Sykehus og Voss DPS er lagt under Helse Bergen HF.
- NKS Jæren DPS er lagt under Helse Stavanger HF.

Kostnader for følgende avtaleinstitusjoner har blitt fordelt til foretakenes opptaksområder etter aktivitet registrert i pasientdata (se også punkt 11):

- Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset og Betanien Hospital Skien i Helse Sør-Øst.
- Haraldsplass Diakonale Sykehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus og Betanien Sykehus Bergen i Helse Vest.

8 Andre behandlingskostnader ført sentralt på RHF-nivå

Ut over kostnader til private aktører føres også andre kostnader på behandlingsfunksjoner sentralt hos RHF-et. Dette gjelder i hovedsak kostnader til:

- Pasientskadeerstatning
- Andre eksterne tjenester (f.eks. konsulenter, IKT utvikling, lisenser)
- Diverse andre offentlige og private helsetjenester (ikke pasientdata)
- Pasientbehandling i utlandet

Disse kostnadene er fordelt ut til opptaksområdene basert på behovsandel fra RHF-ene sine inntektsmodeller.

9 Korreksjon for pasientflyt mellom foretak innad i en helseregion

Større og mer spesialiserte helseforetak i en helseregion utfører spesialisert pasientbehandling på vegne av andre helseforetak i regionen¹³. Dette kompenseres i praksis gjennom omfordeling av rammetilskudd, aktivitetsbasert finansiering og eventuell fakturering mellom foretakene. Fastsettelsen av rammetilskudd skjer via budsjett ofte to år før faktisk bruk. Grunnlaget for fastsettelsen av rammetilskudd kan variere mellom regionene. I samråd med RHF-ene (Arbeidsgruppa) har det blitt besluttet at korreksjon for pasientflyt innad i regionen skal baseres på like prinsipper for alle fire regioner. De omforente prinsippene var at pasientdata rapportert til FHI, kombinert med kostnadsnivå for pasientbehandlingen hos utførende foretak beregnet av Helsedirektoratet (Samdata), skulle legges til grunn.

¹³ Korreksjon for behandling av pasienter fra andre regioner er beskrevet under punkt 2.

For somatisk spesialisthelsetjeneste innebærer dette at det tas utgangspunkt i netto flyt av DRG-poeng mellom opptaksområdene innad i regionen. F.eks. har Universitetssykehuset i Nord-Norge HF en netto flyt inn av pasienter (DRG-poeng) fra de tre andre opptaksområdene i regionen. Kostnaden for disse pasientene blir fordelt tilbake til sine respektive opptaksområder. Kostnaden fastsettes ved netto antall DRG-poeng * 100 prosent enhetspris ISF gjeldende år * kostnadsnivå (relativt nivå for kostnad per DRG-poeng) utførende foretak. I dette eksempelet vil kostnadsnivået ved Universitetssykehuset i Nord-Norge legges til grunn ved korreksjon for pasientflyt innad i Helse Nord RHF. Det vil si at det konstrueres en pris for bruk av Universitetssykehuset i Nord-Norge som reflekterer kostnadsnivået.

For psykisk helsevern og rusbehandling tas det utgangspunkt i netto flyt av oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner mellom foretaksområdene innad i regionen. De polikliniske konsultasjonene vektes inn i oppholdsdøgnene med verdi 0,25 døgn per konsultasjon. Kostnaden som omfordeles til sine opptaksområder fastsettes ved netto antall oppholdsdøgn inkludert polikliniske konsultasjoner * gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn beregnet av Helsedirektoratet (Samdata). Kostnader for særfunksjoner (som f.eks. sikkerhetsavdelinger) er inkludert i kostnadsgrunnlag, og inngår i nivået for gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn.

Det kan påpekes at denne standardiserte tilnærminga ikke tar høyde for at pasienter som sendes til et mer spesialisert helseforetak innad regionen kan være mer ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten, gitt DRG i somatisk sektor eller gjennomsnittlig kostnader per opphold i psykisk helsevern og rusbehandling. RHF-ene påpeker at omfordelinger via inntektsmodellen hensyntar dette. Ved å benytte den standardiserte tilnærminga til korreksjon for pasientflyt, så mister vi denne dimensjonen, og vektlegger dermed en standardisert tilnærming basert på årets aktivitet. Isolert sett så kan dette innebære at eventuelle merkostnader for interne gjestepasienter kan bli knyttet til bostedet for det mer spesialiserte helseforetaket¹⁴.

10 Flyt av laboratorie- og radiologianalyser mellom foretak innad i regionen

De store helseforetakene har ofte mer spesialiserte laboratorier og radiologiske analysemuligheter, og utfører analyser på vegne av mindre foretak innad i regionen. Utførende foretak kompenseres via rammetilskudd, oppgjør fra Helfo og eventuelt oppgjør mellom foretak. Grunnlag for fastsettelse av kompensasjon kan variere mellom regionene. I dette arbeidet har vi i samråd med RHF-ene valgt å legge oppgjøret fra Helfo til grunn. Oppgjøret fra Helfo viser både utførende foretak, og bosted for pasienten, og det kan dermed beregnes en netto flyt mellom opptaksområdene. Videre er det lagt til grunn av oppgjøret fra Helfo i gjennomsnitt er 40 prosent kostnadsdekkende, og oppgjøret har blitt justert opp fra 40 til 100 prosent.

Det er bare flyt av polikliniske laboratorie- og radiologianalyser som omfattes av Helfo-oppgjøret. Flyt av analyser for innlagte pasienter blir dermed ikke med i dette oppgjøret. RHF-ene har anslått at polikliniske analyser utgjør om lag 90 prosent av flyten mellom foretak.

11 Helseforetak og avtaleinstitusjoner uten områdeansvar

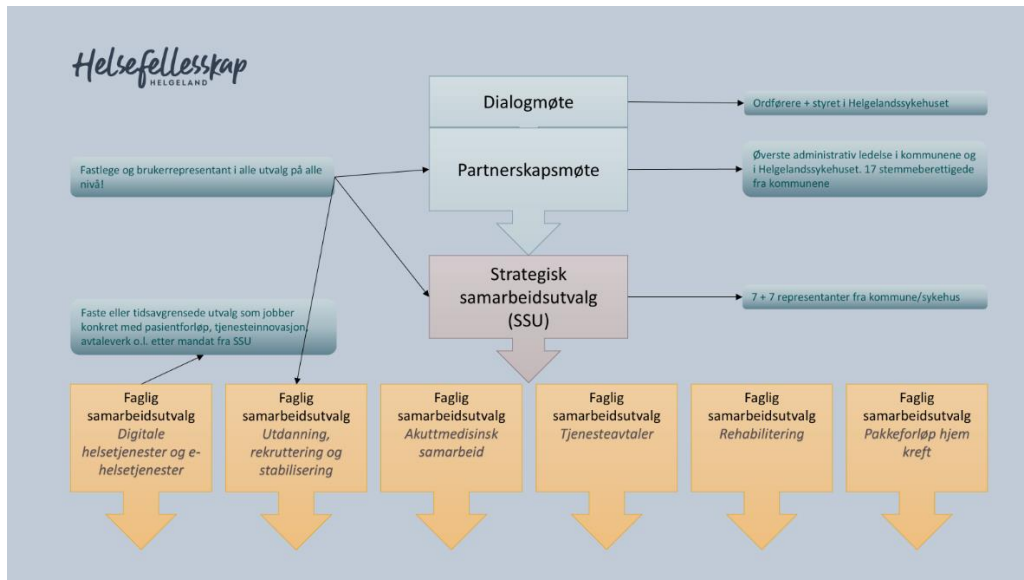
Helse Sør-Øst og Helse Vest har foretak og avtaleinstitusjoner uten områdeansvar. I Helse Sør-Øst gjelder dette Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset og Betanien Hospital Skien, og i tillegg Sunnaas sykehus HF. I Helse Vest gjelder dette Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hagesund Sanitetsforenings sykehus og Betanien Hospital Bergen i Vest.

¹⁴ Merk kommentar fra Helse Vest RHF på økonomidirektørmøtet 22 januar 2024 om at det ikke er empirisk belegg for å hevde at gjestepasientene på gjennomsnittet er dyrere.

Kostnadene for pasientbehandling ved disse foretakene har blitt fordelt mellom opptaksområdene innad i regionen på bakgrunn av pasientdata (DRG-poeng per opptaksområde). Kostnadene er da justert for andre regioners bruk (se punkt 2 over), samt også kostnader til salg og utleie og FoU (se punktene 4 og 5 over).

Rutiner samhandlingssekretariat Helsefellesskap Helgeland

Revideres hvert år



Samhandlingssekretariatet består av interkommunal samhandlingsleder for kommunene på Helgeland og samhandlingssjef ved Helgelandssykehuset HF, med sine rådgivere.

Samhandlingssekretariatet er bindeleddet mellom kommuner og helseforetaket, samt mellom aktive utvalg som er opprettet av Helsefellesskap Helgeland.

Samhandlingssekretariatet har møte hver mandag 08:30-10:00

I tillegg legges det opp til fysiske møter ved behov (ca 1 gr i måneden)

Saker sendes inn i forkant til møteinnkaller

Møteinnkaller oppdaterer sakliste i Outlook for hvert møte

Møteleder tar oss gjennom saklisten

Referat skrives om nødvendig av rådgiver

Faste agendapunkter:

- Pågående saker
- Planlegging av møter
- Delegering av oppgaver med frister
- Nytt fra sykehus og kommuner
- Eventuelt

Sekretariatsansvar:

Samhandlingssekretariatet følger oppgavene fra vedtektene i Helsefellesskap Helgeland

1. Motta saker og ta stilling til hvordan disse skal behandles

1.1 Saker tilsendt samhandlingssjef/leder tas opp i sekretariatmøte mandager

[Skjema saksmal](#) som skal brukes

1.2 Sekretariatet avgjør videre saksgang; orienteringssak, drøftingssak eller beslutningssak. Har ansvar for å svare ut innsendte saker samt sette opp på saksliste til SSU

Leder, nestleder i SSU og samhandlingssekretariat er ansvarlig for prioritering av saker til Helsefellesskap Helgeland

1.3 Skriver sak til SSU møte for behandling. [MAL Saksfremlegg SSU Helsefellesskap Helgeland.docx](#)

Ansvarlig for saken fastsettes av sekretariatet

1.4 Oppfølging/veiledning av sak ved behov.

Ansvarlig for saken fastsettes av sekretariatet

1.5 Sikre at saker er tilstrekkelig belyst gjennom saksfremlegget

1.6 Sikre distribusjon/informasjon av saker til kommuner og sykehus

2. Forberedelse til Dialog og partnerskapsmøtet

Dialog- og Partnerskapsmøtet skal avholdes årlig og på samme dag.

SSU ved leder er ansvarlig for utarbeidelse av program og innkalling.

Sekretariatet bistår planleggingen av det årlige møtet.

Det er et mål at Dialog- og partnerskapsmøtet avholdes i forkant av oppstart av den årlige Helgelandskonferansen.

Program utarbeides i tett dialog med ledelse av Helsefellesskapet (leder og nestleder), sekretariatsledere i regionrådene, og fremmes til SSU for endelig behandling. Det er et mål at

både kommunene og sykehuset får nødvendig tid til forberedelser til Dialog- og partnerskapsmøtet.

Oppgaver:

- Lokale bookes (med servering)
- Sakspapirer skal sendes ut senest to uker i forkant
- Invitasjon og sakspapirer sendes til aktuelle ([les i vedtektene](#))
- Gjennomføring: sjekk alt det tekniske, bordplassering til medlemmer i Dialogmøtet og partnerskapsmøtet? Innledere har sendt presentasjoner til sekretariat. Gruppearbeid (hva kreves)

3. Forberede og innkalle til møter i strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

3.1 Møteplan for strategisk samarbeidsutvalg planlegges i samarbeid med leder og nestleder av SSU, sendes ut årlig til deltakere i SSU, FSU og publiseres på nettsider.

Ansvarlig for saken fastsettes av sekretariatet

3.2 Årshjul for SSU skrives og følges opp av sekretariatet, herunder:

- Frister for utsending av møteinnkalling (og saksliste)
- Revideringer; Helgelandserklæringen, vedtekter, handlingsplan og tjenesteavtaler
- Årsrapport

Ansvarlig: Sekretariat og ledelse SSU

3.3 Møteinnkalling for SSU møter

- Dato og klokkeslett
- Sted/Teams
- Saksliste
- Vedlegg
- Til alle medlemmer og vara i SSU (mailliste) samt inviterte jfr. vedtektene
- Ordne det praktiske ved fysiske møter: møtelokalet, servering og teknisk utstyr

Ansvarlig: Sekretariat

3.4 Skrive og publisere referat

- Sekretariatet avgjør hvem som skal skrive referat
- Referatet diskuteres med leder og nestleder i SSU
- Sende på høring til deltakere med frist

- Referatet diskuteres med leder og nestleder i SSU
- Sende referat til ansvarlig for publisering når godkjent
- Referat fra møter skal være tilgjengelig for alle interesserte senest en uke etter høring
- Referater sendes medlemmene og legges ut på helseforetakets og kommunenes hjemmesider

Ansvarlig: Sekretariat v/Henrik for 2025

3.5 Ivareta arkivfunksjonen:

- Elements
- Arkivering i felles journalsystem for samhandlingssekretariatet

Ansvarlig: Sekretariat v/Henrik for 2025

3.6 Sekretariatet har ansvar for å gjøre tjenesteavtalene og andre avtaler mellom partnerne kjent og formidle disse elektronisk

Interkommunal samhandlingsleder har ansvar for at informasjonen kommer ut til kommunene.

Samhandlingsleder har ansvar for at informasjonen kommer ut internt i sykehuset.

3.7 Overordnet ansvar for generell informasjonsflyt og dialog mellom partene
Dette gjennom møter, mail samt nettsider.

4. Oppfølging av Helgelandserklæring/handlingsplan for opprettelse og oppfølging av faglige samarbeidsutvalg (FSU)

4.1 Faglige samarbeidsutvalg oppnevnes av SSU for løsning av gitte oppgaver

Representanter foreslås fra Helgelandssykehuset (HSYK) og kommunene på Helgeland.

Brukerrepresentant og fastlegerepresentant skal være en del av alle FSU. Utvelgelse via Brukerutvalget ved HSYK og kommuneoverlegeformum (KOF)

4.2 Konkrete arbeidsoppgaver med mandat for de faglige samarbeidsutvalgene utarbeides.

Ansvarlig: Sekretariat

4.3 Rutiner og referatmal er opprettet og ligger ute på våre nettsider

[Referatmal](#)

[Rutiner FSU Helsefelleskap Helgeland.docx](#)

4.4 Ansvar og oppfølging av de ulike FSU

- Oppstartsmøte for det enkelte FSU

Gjennomgang av oppdrag, mandat, rutiner, maler og tjenesteavtaler

Rapportering til SSU jevnlig og årlig rapport

(kontaktperson og leder for FSU er ansvarlig for å rapportere til SSU)

Bidra til å gjøre arbeidet kjent via hjemmeside, webinarer, konferanser ect

Referater fra FSU møter skal sendes samhandling@helgelandssykehuset.no for publisering på hjemmeside

Avslutte FSU ved store endringer eller ved arbeidets slutt

Ansvarlig og kontaktperson opprettes for hvert FSU

Helsefellesskap Helgeland har pr i dag 28.04.2025 disse FSU:

- [FSU Pakkeforløp hjem - kreft](#)
Ansvarlig og kontaktperson: Knut Roar Johnsen
- [FSU Rehabilitering](#)
Ansvarlig og kontaktperson: Eline Monsen
- [FSU Utdanning, rekruttering og stabilisering](#)
Ansvarlig og kontaktperson: Knut Roar Johnsen
- [FSU Digitale helsetjenester og e-helseløsninger](#)
Ansvarlig og kontaktperson: Eline Monsen
- [FSU Akuttmedisinsk samarbeid](#)
Ansvarlig og kontaktperson: Eline Monsen
- [FSU Tjenesteavtaler](#)
Ansvarlig og kontaktperson: avsluttet

5. Oppfølging av brukerrepresentanter

Brukermedvirkningen ivaretas av Helgelandssykehusets brukerutvalg og ungdomsråd.

Kontakt gjøres igjennom brukerutvalgets koordinator.

Brukerutvalget får presentert årsrapport.

Brukerrepresentanter til FSUer gjøres i brukerutvalgsmøter.

6. Nettside [Helsefellesskap Helgeland](#)

Oppdateres jevnlig ved endringer av møter, skriv ect

Publiserer: Maler, mandat, rutiner, referat, samhandlingskonferanse, arrangementer, webinarer og nyhetssaker

7. Samhandlingskonferansen på Helgeland

Det skal årlig arrangeres en samhandlingskonferanse på Helgeland. SSU er ansvarlig for å opprette arbeidsgruppe for gjennomføring av denne. Hovedansvaret veksles mellom partene annenhver gang.

Sekretariatet foreslår dato

Sekretariatet ber om forslag på kandidater til arbeidsgruppe 6 måneder før konferansen skal arrangeres via SSU

Ansvarlig: Hege for 2025

Egne prosedyrer opprettes.

8. Samarbeidsmøter mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset

Jamfør sak 21-2024: Fremtidig møtestruktur 03.03.2024

Mål om å spisse møtene til konkret handling

Strategisk samarbeidsutvalg vedtar førende møtestruktur for fremtidige, regelmessige samarbeidsmøter mellom kommunene og sykehuset:



Sak 21-2024
Fremtidig møtestruk

Sekretariatet er ansvarlig for å planlegge samarbeidsmøter mellom Helgelandssykehuset HF og kommunene på Helgeland 2 ganger i året.

Dette krever deriblant:

- Finne datoer som passer begge parter
- Invitasjon og be om saker til program med frist
- Program planlegges etter innspill
- Lokalteter og servering ordnes
- Teknisk utstyr og ansvarlig person til alle stedene ordnes
- Påmelding med frist
- Utsending av program
- Innhente presentasjoner som skal vises
- Møteleder avklares
- Referent oppnevnes

9. Rekruttering- og samhandlingstilskudd

Tilskuddet skal understøtte forpliktende samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om tjenesteutvikling og gode pasientforløp. Formålet med tilskuddet er videre å legge til rette for et godt desentralisert helsetilbud, med god kvalitet og riktig arbeidsdeling.

Felles søknad utarbeides i samarbeid mellom kommune(r) og helseforetak og sendes deres lokale helsefellesskap for godkjenning, vurdering og prioritering.

Søknadsfrist til Helsefellesskapene er 1. oktober 2025

SSU har vedtatt følgende rutiner:



Rekrutterings- og
samhandlingstilskudd

10 Rapportering

Årlig melding /Årsrapport

Ansvarlig: Hege for 2025

11. Møter med sekretariat for regionrådene og sekretariat for Helsefellesskap Helgeland

Det er ønskelig å opprette jevnlige møter med sekretariatet i regionrådene og helsefellesskapet. Ønsker oppstart høsten 2025

Ansvarlig: Knut Roar og Eline

12. Samarbeid med ledelse i strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Faste møter med leder og nestleder i Helsefellesskap Helgeland er ønskelig for å holde kontinuitet i arbeidet. Sekretariatet og ledelse må samarbeide om saker som skal følges opp.

Ansvarlig: Knut Roar og Eline

13. Webinar/frokostmøter

Det er presentert til alle kommuner på Helgeland og Helgelandssykehuset via samarbeidsmøter; om ønskelig setter sekretariatet opp webinar/frokostmøter etter ønske om tematikk som gjelder begge parter.

- Organisere med ansvarlig foredragsholder/innleder
- Dato, klokkeslett
- Innkalling via Teams
- Promotering i ulike kanaler

Ansvarlig: Sekretariat