



Innspill til Helsereformutvalget fra ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. Finansiering av helseforetakene – finansiering av nybygg

Ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) mener det er svært viktig å få redusert den svært store omstillingsutfordringen som oppstår som følge av kombinasjonen av avskrivninger og rentekostnader i det et nytt bygg tas i bruk. Det er erfaringsmessig ikke mulig å omstille driften i et nytt bygg tilsvarende denne økte kostanden. Et etter vårt syn enkelt og rimelig tiltak vil være at helseforetakene slipper å betale renter på lån. Helseforetakene må uansett vise at de kan håndtere de økte avskrivningene, og godkjenningsprosedyrene for nye sykehusbygg vil sikre at et grep som foreslått ikke vil føre til noen «eksplosjon» i antall nye sykehusbygg. Kostnadsøkningen for det offentlige blir relativt beskjeden.

2. Samhandling mellom kommuner og foretak

Erfaringene fra Helseforetakene er at det har oppstått mye godt samarbeid med mange spennende enkeltprosjekter, men manglende samordning på kommunesiden gjør det svært utfordrende å få på plass forpliktende avtaler og ordninger som sikrer sømløse pasientforløp i større målestokk. Hovedutfordringen i dag er at avtaler mellom kommuner og foretak må gjøres med den enkelte kommune. Slik blir SSU og andre samarbeidsstrukturer i praksis kun rådgivende og uten reell mulighet til å gjøre forpliktende avtaler. Det er etter UNN-ledelsens syn helt nødvendig å få på plass mer forpliktende strukturer på kommunesiden, slik at det ikke må utarbeides et stort antall ulike avtaler og løsninger mellom et helseforetakene og kommunene i foretakets opptaksområde. Mer forpliktende strukturer her vil også bidra til større grad av likeverdighet mellom partene. Dette kan løses på ulike vis, som forpliktende interkommunalt samarbeid, sterkere statlige føringer eller for så vidt gjennom en større kommunereform.

3. Legevaktene, KAD-senger

Legevaktene er i dag tett knyttet opp mot de prehospitaltjenestene som helseforetakene eier og har ansvar for, men likevel helt løsrevet fra helseforetakenes styringsstruktur. Det bør diskuteres om legevaktene skal innlemmes som en del av helseforetakenes ansvarsområde, noe som vil kunne legge til rette for en sannsynligvis betydelig bedret samlet ressursbruk i forhold til de prehospitaltjenestene og nærliggende deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, særlig i distriktene. En slik endring vil legge til rette for økt digital støtte fra sykehusene til legevaktstjenesten, og mye av triageringen som i dag skjer i akuttmottak vil kunne skje tidligere i forløpet, særlig for eldre/multisyke. KAD-senger bør knyttes nærmere på sykehusene, der digital støtte fra sykehusleger (oftest indremedisiner) bør utvikles mer.

4. Fastleger. Koordinator ved allmenlegekontorene

Det er mye som fungerer bra med dagens fastlegeordning, men det er samtidig utfordringer med at hver fastlege eller hvert fastlegekontor samtidig er «sin egen bedrift» uten særlig grad av felles, overordnet styring/koordinering. Fastlegene er svært viktige som portvoktere for spesialisthelsetjenesten, og det bør diskuteres hvordan fastlegene i større grad kan forpliktes i



forhold til kloke valg/gode og riktige prioriteringer, og hvordan de i større grad kan forpliktes til å bidra i samhandlingen med og mellom sykehus/helseforetak og kommuner. En løsning kan være at helseforetakene overtar ansvaret for fastlegeordningen i sitt område, men kanskje ligger det et enda større potensiale i å knytte fastlegene mer forpliktende til omsorgstjenesten/sosialtjenesten, evt. skoler mm som en viktig del av nettverket rundt den enkelte pasient.

Koordinatorer ved fastlegekontorene med ansvar for oppfølging av kronikere/multisyke/eldre skjøre pasienter etc vil kunne og bedre kontinuitet og tettere oppfølging av mange viktige pasientgrupper. Dette kan bidra til å oppdage tegn til forverrelser og sviktende funksjon tidlig, tiltak kan settes inn og dette kan i så måte være et godt og viktig tilbud. På den annen side vil koordinatorene ofte være sykepleiere, som er den yrkesgruppen vi sannsynligvis vil ha størst mangel på i helsetjenesten de kommende tiår. Erfaringsmessig har andre yrkesgrupper færre konsultasjoner pr dag enn leger, og de vil i mindre grad fatte beslutninger uten å konferere med lege. Dermed kan det bli mer dobbeltarbeid, og det er usikkert om dette samlet sett bidrar til mer effektiv ressursbruk.

5. Digital «Hus- og Hytte-modell»

Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) lanserte Hus-og-hytte-modellen med kombinerte stillinger. Til nå har man i liten grad lyktes med å etablere slike kombinasjonsstillinger blant annet på grunn av ulike forvaltningsnivå og internt i helseforetakene også på grunn av at man ikke har klart å få til gode ordninger mellom partene mht avlønning.

UNN mener at det både innenfor akuttmedisinsk og elektiv virksomhet er et stort potensiale for å utvikle digital beslutningsstøtte. Dette vil gjøre at det enkelte helsepersonell ikke må reise mellom institusjoner. Dette gjelder både mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og internt i spesialisthelsetjenesten.

Internt i spesialisthelsetjenesten kan dette dreie seg om virtuelle visitter og virtuell deltagelse i akuttsituasjoner. I en rekke pasientforløp kreves en tverrfaglig tilnærming om behandling og avklaringer om behandlingsnivå som det ikke er mulig å ha på alle sykehus. En utvikling av en digital Hus- og hytte-modell der de største sykehusene settes istand til å gi de mindre sykehusene sømløs beslutningsstøtte bør utprøves. Hovedmålet er å sikre rett ressursbruk og unngå unødvendig belastning både av pasient og den samlede helsetjenesten ved at pasienten i større grad kan behandles på et sted.

Vennlig hilsen

Einar Bugge
Viseadministrerende direktør
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
