



Helse Midt-Norge 2010

# Handlingsprogram 2006-2010

*Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF*

30.05.06

## INNHold

Innhold .....	2
Bakgrunn .....	3
Handlingsprogram for perioden 2006 - 2010.....	4
<b>1 Psykisk helsevern og rusbehandling .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Sammenhengende behandlingstilbud .....</b>	<b>9</b>
2.1. Tiltak for å tilrettelegge for økt samhandling mellom nivåene .....	10
2.2. Tiltak for å bedre sammenhengen i tilbudet innad i spesialisthelsetjenesten.....	13
<b>3 Kronisk syke og syke eldre .....</b>	<b>14</b>
3.1. Kronisk syke.....	14
3.2. Syke eldre .....	17
<b>4 Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom.....</b>	<b>20</b>
4.1. Kommunikasjon .....	21
4.2. Prehospitaltjenester .....	21
4.3. Akutfunksjonen i lokalsykehus.....	22
4.4. Fødetilbudet. ....	22
<b>5 Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet .....</b>	<b>24</b>
5.1. Gjennomgående system for dokumentasjon av kvalitet.....	24
5.2. Møtet med pasienten – ”det er mye god omsorg i effektivitet” .....	25
5.3. Helhetlig system for dokumentasjon og forhåndtering, læring og overvåking av avvik og tilsynsrapporter.....	25
5.4. E-læring som verktøy for sertifisering og kompetanseheving .....	26
5.5. Regelmessighet og kvalitet i leveranse av kvalitetsindikatorer fra private .....	26
<b>6 Bedre bruk av tilgjengelige ressurser.....</b>	<b>27</b>
6.1. Budsjetter og planprosesser.....	28
6.2. Senter for virksomhetsplanlegging og kapasitetsutnyttelse .....	28
6.3. Prosjekt ”Kostnad per pasient” (KPP).....	29
6.4. Etablere regional strategi for bygg og utstyrsforvaltning.....	29
Kommunikasjonsstrategi for handlingsprogrammet.....	30
Oppsummering av tiltak.....	31

## BAKGRUNN

Helse Midt-Norge RHF har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Midt-Norge.

I det ligger det også et ansvar for å planlegge for de oppgavene vi ser ligger foran oss.

Helse Midt-Norge RHF har i løpet av 2005 gjennomført en omfattende strategiprosess med tanke på framtidige utfordringer, og styret behandlet i desember 2005 utredningen ”Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010”.

Utredningen anbefaler en overordnet strategi for ”sørge-for” ansvaret overfor befolkningen, og understøttes av tre delprosjekter:

- Strategi for helseforetakene (Eierstrategi)
- Strategi for bruk av private
- Strategi for samhandling

Eierstrategien er vedtatt sendt på høring, og skal opp til endelig behandling i april 2006. De to andre delstrategiene ble styrebehandlet sammen med hovedstrategien.

Utredningen anbefaler 6 satsingsområder for Helse Midt-Norge fram mot 2010:

- 1 Psykisk helsevern og rusbehandling
- 2 Sammenheng i behandlingstilbudet
- 3 Kronisk syke og syke eldre
- 4 Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
- 5 Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
- 6 Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Styret for Helse Midt-Norge RHF fattet 19.12.05 følgende vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar den fremlagte strategi, Helse Midt Norge 2010, som grunnlag for omstilling og endring i perioden 2006-2010
2. Styret ber om at egen strategi for Helse Midt-Norge RHF`s eierskap til egne helseforetak blir lagt fram for styret i mars 2006 etter en høringsrunde blant helseforetakene. Styret ber om at drøftingsplikten etter hovedavtalen blir ivaretatt av helseforetakene i denne prosessen
3. Styret ber administrerende direktør legge fram et handlingsprogram for perioden 2006-2010 på styremøte i mars 2006.
4. Styret ber om at den del av de prioriterte strategiske områder som omhandler manglende helhet og sammenheng i behandlingstilbudet, vektlegges spesielt i forhold til finansiering, konkrete forpliktende avtaler og veiledningsplikt.

Styret har i etterkant vedtatt å utsette høringsfristen for ”Eierstrategien” og behandlingen av handlingsprogrammet til april 2006.

Handlingsprogrammet som her presenteres er en oppfølging av pkt 3 i styrets vedtak.

## HANDLINGSPROGRAM FOR PERIODEN 2006 - 2010

Handlingsprogrammet har en struktur som tar utgangspunkt i de 6 satsingsområdene, med en egen handlingsplan for hvert av områdene. Innenfor hver av handlingsplanene er det presentert konkrete tiltak, med ansvars plassering og prioritet for perioden 2006 til 2010.

Det ideologiske grunnlaget for tiltakene finnes derfor i ”*Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010*”.

Det forutsettes at brukerne skal medvirke i utforming av tjenestetilbudet, derfor er ikke brukermedvirkning omtalt spesielt i handlingsplanene.

Nasjonale prioriteringer og strategier som utarbeides vil følges opp. I Bestillerdokument 2006 gjelder dette for psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering/habilitering, eldre og mennesker med kreft, diabetes, KOLS og kroniske smerter.

For kroniske sykdommer er forebyggende arbeid svært viktig. Målet kan enten være å forebygge at sykdom oppstår, også kalt *primærforebyggende* arbeid, eller å begrense/forhindre videreutvikling av sykdom, også kalt *sekundærforebyggende* arbeid. Kommunehelsetjenesten har hovedansvar for det primærforebyggende arbeidet, mens spesialisthelsetjenesten skal understøtte arbeidet ved bl.a. veiledning og kompetanse. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid et klart ansvar i det sekundærforebyggende arbeidet. Dette skal inngå som en del av behandlingen. Både Læring- og mestringssettene (LMS) og samarbeidet med brukerorganisasjonene er viktige virkemidler i dette. Forebyggende arbeid vil derfor være en integrert del av en rekke av tiltakene i handlingsprogrammet.

I kapitlet ”Oppsummering av tiltak” presenteres tiltakene ut fra planlagt gjennomføring i planperioden.

Flere av satsingsområdene er overlappende, og en rekke av tiltakene i handlingsprogrammet vil derfor også være overlappende. Dette er det redegjort for i innledningen til hver av handlingsplanene.

## 1 PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING

### Mål:

Folk med psykiske plager og/eller rusavhengighet skal oppleve at spesialisthelsetjenesten i Midt Norge gir god hjelp og behandling når de trenger det.

### Strategier:

- Øke kapasiteten innen psykisk helsevern og rusbehandling ved å:
  1. Realisere opptrappingsplanen
  2. Omfordele ressurser fra somatikk til psykisk helsevern og rusbehandling
  3. Forbedre produktiviteten ved at ressursene blir utnyttet bedre
- Iverksette regionalt rusprogram
- Forbedre kunnskapsgrunnlaget i tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling

### Utfordringer for området:

En stor del av befolkningen har i kortere eller lengre perioder av livet psykiske plager. Mange har også med problemer knyttet til rusmiddelbruk. For noen henger psykiske plager og rusmisbruk nært sammen. De fleste får hjelp fra primærhelsetjenesten og sosialtjenestene i kommunen. Noen av disse har behov for hjelp fra spesialisthelsetjeneste for å mestre eget liv.

Det er bred faglig og politisk enighet om at tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer skal opprustes. Det ble iverksatt en omfattende ”Opptrappingsplan for psykisk helse” (OTP) for perioden 1998-2006 (senere forlenget til 2008). Det er utarbeidet konkrete handlingsprogram for Helse Midt-Norge og i helseforetakene. Programmene representerer både en ressursopptrapping og en nødvendig omstilling. Videre er tjenestetilbudet for personer med rusplager under omstilling (Rusreformen). Det er nylig utarbeidet handlingsprogrammer for rusfeltet og for overlappingsområdet mellom rus og psykisk helsevern.

I perioden fram mot 2010 er det viktig å intensivere innsatsen for å nå målsettingene om gode og tilgjengelige tjenester i psykisk helsevern og rusfeltet. Dette krever tilførsel av ressurser. Samtidig er det viktig å konsolidere planverk slik at innsatsen blir mest mulig samordnet og effektiv. Det gjelder både samarbeidet innad i spesialisthelsetjenesten, og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de ulike kommunale tjenestene. Arbeidet med psykisk helsevern og rus har høyeste prioritet i Helse Midt-Norge og vil være i fokus under hele tidsperioden til Handlingsprogrammet 2010.

### Handlingsprogram for satsingsområde 1: Psykisk helsevern og rusbehandling

#### 1.1. Revisjon av regionalt handlingsprogram for opptrappingsplanen

Handlingsprogrammet skal revideres både for å sikre en oppjustering i forhold til de faglige utfordringene og for å tilpasse framdriften av planen til den økonomiske situasjonen Helse Midt-Norge er i. Formålet med revisjonen vil bl.a. være å få klarhet i status i opptrappingsarbeidet,

klargjøre en del særlige problemområder som for eksempel sikkerhetspsykiatri og vurdere og styrke kompetansen innen feltet.

**Tiltak:**

*Revisjon av regionalt handlingsprogram*

*Ansvar: RHF/HF Igangsettes 2006*

Tiltaket vil bl.a. kreve gjennomgang av **3 sentrale utfordringer** i handlingsprogrammet:

- **Investeringer**

De godkjente tiltak som vil utløse investeringsmidler i OTP og som gjenstår, er DPS Leistad (St.Olavs Hospital), DPS Molde og BUP i Helse Nordmøre og Romsdal, og familieenhet ved BUP Lian i St.Olavs Hospital. Det er ikke godkjent finansieringsramme for andre tiltak enn BUP Lian og DPS/BUP Molde, og det er ikke utarbeidet endelig finansieringsplan for noen av tiltakene. Videre gjenstår en utbedring av sykehusarealet, særlig i Sør-Trøndelag og i Nordmøre. Dette gjennom bygging av psykiatrisenteret på Øya og nybygg på Østmarka, og gjennom nybygg i Molde. De økonomiske rammene for investeringer vil begrense realisering av alle byggeplaner i planperioden. Det er nødvendig for foretaksgruppen å gjennomgå planer for bygg på nytt.

I budsjettprosessene i Helse Midt-Norge er det viktig å gi prioritet til de prosjektene som er godkjent for OT-midler. I gjennomgangen må Helse Midt-Norge vurdere prosjektene ut fra den forventende effekten disse vil gi for **kapasitetsøkning, effektivisering av ressursbruken og/eller bedret tjenestetilbud.**

- **Tilgang på personell med nødvendig kompetanse**

Det er pt ikke tilstrekkelig tilgang på viktige behandlerressurser. Særlig gjelder dette psykolog- og legespesialister som det tar lang tid å utdanne. Dette gjelder tilbudet til voksne, barn og unge og rus. Det er derfor nødvendig at helseforetaksgruppen utarbeider et utdannings og rekrutteringsprogram for å kunne tilby pasienter gode tjenester. Programmet må innrettes slik at det ikke oppstår uheldig forskyvning innad i regionen, men slik at regionen får en faktisk tilførsel av kompetanse

Det er flere muligheter for å øke antall behandlere tilgjengelig for pasientbehandling. Fagpersonell kan i større grad prioriteres til klinisk arbeid på bekostning av administrativt arbeid, og antall ansatte kan utvides. En økning i antall behandlere vil kreve økonomi, hjemler og **tilgjengelige behandlere.** Rekruttering til behandlerstillinger er en vesentlig faktor for å øke kapasiteten innen psykisk helsevern.

Det bør derfor vurderes å etablere et eget program for utdanning og rekruttering av behandlere.

- **Styrking av behandlingsforløpene, bedre effekt og økt aktivitet**

Produktivitet er ”forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet”, eller ”forholdet mellom ressursinnsats og resultat”. På en rekke områder vil det i lang tid framover være vanskelig å måle effekt av behandlingen, og det er derfor nødvendig å måle aktivitet på de områdene det ikke foreligger kunnskap om effekt. En anerkjent metode er å kartlegge behandlingsforløp, også kalt ”pasientforløp”. Målet med slik kartlegging er bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Metoden beskrives også under kapittel 2: Sammenheng i behandlingstilbudet og under kapittel 3: Kronisk syke og syke eldre.

Helseforetakene skal først starte med kartlegging og styrking av de mest ressurskrevende behandlingsforløpene. Det må velges en felles metode for kartlegging av behandlingsforløp.

## 1.2. Omfordeling av ressurser fra andre deler av helsetjenesten

Det er en rekke uløste ressurskrevende og prioriterte oppgaver i psykisk helsevern og rus. En omfordeling av ressurser fra somatikk til psykisk helsevern og rus innebærer at ressursforbruk må reduseres i somatikk. Den strategiske utfordringen ligger i omfordele ressurser fra somatikk, som allerede har betydelige økonomiske utfordringer, til psykisk helsevern og rusbehandling. Det er samtidig av avgjørende betydning for prosessen at psykisk helsevern og rus omsetter midlene til **kapasitetsøkning**. Helse Midt-Norge må derfor stille krav til ressursøkonomi i begge disse fagfeltene. Pålitelig dokumentasjon av ressursbruk og måloppnåelse er helt nødvendig.

### Tiltak:

*Program for å frigjøre ressurser fra somatikk.*

Programmet skal omfatte omfordeling av basistilskudd, overføring av investeringsmidler og overføring av eksisterende areal og personell fra somatikk til psykisk helsevern og rus. Videre må programmet omfatte hvordan psykisk helsevern og rus skal gis prioritet innefor somatikk. Dette kan f.eks være tilgjengelighet til anestesiresurser for elektrosjokkbehandling (ECT), somatiske utredninger, tjenester fra støttepersonell mm.

*Ansvar: RHF/HF*

*Igangsettes 2006*

## 1.3. Iverksette regionalt rusprogram

Regionalt rusprogram er nylig vedtatt av styret i Helse Midt-Norge (referanse). En rekke av tiltakene krever større investeringer. For å sikre målrettet ressursbruk er det viktig at det stilles de samme krav til effektivisering i gjennomføringen som til de øvrige tjenestene:

- Investeringer skal gi økt kapasitet, (jf. tiltak ovenfor)
- Personellressursen, både eksisterende og ved økning, skal gi høyere kapasitet.
- Produktiviteten skal forbedres.
- Det skal benyttes kunnskapsbaserte metoder der dette er tilgjengelig, jfr kapittel 3

### Tiltak:

*Etablere programgruppe for oppfølging av rusprogrammet*

Det iverksettes en regionalt og 4 helseforetaksspesifikke programgrupper for å følge handlingsprogrammet, med særlig vekt på de punktene som er nevnt over. Gruppene skal ha deltakere fra brukere, rusfeltet, psykisk helsevern, somatikk og kommuner. Evaluering av rusreformen igangsettes i 2007. Der vil en særlig se på samhandlingen mellom psykisk helsevern og rusomsorgen.

*Ansvar: RHF/HF*

*Iverksettes 2006*

## 1.4. Forbedre kunnskapsgrunnlaget i tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling

Det er nødvendig at kunnskapsgrunnlaget forbedres i både psykisk helsevern og rus. For deler av den faglige aktiviteten kan en i dag ikke dokumentere effekt. Det er vesentlig at en i størst mulig grad benytter metoder som bygger på dokumentert kunnskap. Det er også viktig at ny forskning prioriteres for å øke kunnskapsgrunnlaget. Kompetansen må styrkes både i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanningen.

### **Tiltak:**

*Gjennomgang av metoder i eksisterende kliniske virksomhet.*

De ulike enheter skal gjennomgå egne metoder, ferdigheter og fagsystemer. Det bør benyttes anerkjente revisjonsmetoder (fagrevisjon).

*Ansvar: RHF/HF*

*Igangsettes 2007*

## 2 SAMMENHENGENDE BEHANDLINGSTILBUD

### Mål:

Den enkelte pasient skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Tjenestetilbudet skal være sammenhengende og godt koordinert mellom de ulike samarbeidspartnerne.

### Strategier:

- Utvikle kriterier for vurdering og måling av helhet og sammenheng
- Fremme og belønne helhet og sammenheng
- Spesialisthelsetjenesten skal delta i forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten, og samordne innsatsen for å sikre helhetlig behandling

### Utfordringer for området:

En økende andel av befolkningene lever med sammensatte lidelser. Denne gruppen vil ha behov for tjenester fra flere spesialiteter og fra ulike nivå. Brukerutvalget har understreket behovet for bedre sammenheng i behandlingstilbudet for å sikre en bedre samlet behandlingsskvalitet.

Bedre samhandling er et nasjonalt prioritert område, og det ble i 2004 utarbeidet en rapport med forslag til felles regionale strategier for samhandling og desentralisering.

I NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" fremmes en rekke forslag for å sikre en bedre sammenheng i behandlingstilbudet.

Ansvar for diagnostikk og behandling er delt mellom kommunene og helseforetakene. Økende spesialisering og funksjonsfordeling har i tillegg "stykker opp" pasientforløpene også innad i spesialisthelsetjenesten. Det blir da avgjørende å etablere en organisasjons- og ledelseskultur som legger til rette for sammenhengende behandlingstilbud. Samtidig er det viktig å utvikle finansieringssystemet slik at det understøtter gode behandlingsforløp.

Selv om sammenheng i behandlingstilbudet primært handler om tilbudet til den enkelte pasient, er det en erkjennelse at dette krever systematisk tilrettelegging på flere områder.

### Handlingsprogram for satsingsområde 2: Sammenheng i behandlingstilbudet

Bedre sammenheng i behandlingstilbudet krever bedre samordning både innad i spesialisthelsetjenesten, innad i kommunehelsetjenesten, og mellom de to nivåene. Spesialisthelsetjenesten har et selvsagt ansvar for å sikre sammenheng i tjenestene innen egen organisasjon, men har også et ansvar for å bidra til bedre samordning mellom nivåene.

De tiltakene som foreslås er delt i to hovedområder, selv om en del av tiltakene også vil være overlappende.

- Tiltak for å tilrettelegge for økt samhandling mellom nivåene
- Tiltak for bedre sammenheng i tilbudet i spesialisthelsetjenesten

## 2.1. Tiltak for å tilrettelegge for økt samhandling mellom nivåene

### 2.1.1 Forpliktende samarbeidsavtaler

Samarbeidsavtaler er et sentralt virkemiddel for å forplikte partene i et systematisk godt samarbeid. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom HFene og kommunene i opptaksområdet, og det er startet med tilsvarende avtaler mellom rusforetaket og kommunen. Avtalene er imidlertid ulike i formen, og regulerer bare deler av samarbeidet. Kommunene har etterlyst større "likevekt" i avtalene, og vilkår for veiledning og gjensidig hospitering må omhandles i avtalene.

#### **Tiltak:**

Det utarbeides en overordnet rammeavtale mellom RHF og KS i de tre fylkene.

*Ansvar for igangsetting: RHF*

*Arbeidet igangsettes 2006*

Klarere forpliktelse til samhandling innarbeides i avtaler mellom RHF og private tjenesteleverandører.

*Ansvar RHF*

*Arbeidet igangsettes 2007*

### 2.1.2 Styrking av administrative/politiske arenaer

Formaliserte møteplasser og samarbeidsorgan gir mulighet for dialog om felles utfordringer. Erfaringene fra bl.a. samarbeidsorganet i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital er gode, og bør formaliseres i resten av helseforetakene.

#### **Tiltak:**

Det skal avvikles 2 årlige møter på politisk/administrativt nivå mellom lokalsykehuset og kommunene i opptaksområdet.

*Ansvar HF*

*Gjennomføres i alle HF innen utgangen av 2006*

Det opprettes et samarbeidsorgan i hvert foretak, med representanter fra foretaket og fra kommunene.

*Ansvar HF*

*Gjennomføres i alle HF innen utgangen av 2007*

### 2.1.3 Styrking av faglige møtearenaer

Faglig samarbeid om enkeltpasienter krever godt kjennskap til behandlingsrutiner også hos samarbeidspartnere, og samarbeidsrutinene må tilpasses ulike rammevilkår og behov. Eksempel på dette er henvisninger og epikriser. Formaliserte møtearenaer kan lette samarbeidet i de mange uformelle arenaene som ofte er nødvendig i behandlingen av den enkelte pasient.

**Tiltak:**

Det gjennomføres 2 årlige møter mellom fagpersonell på foretaks- og kommunalt nivå. Det må vurderes om også disse møtene skal avvikles for hvert lokalsykehusområde.

*Ansvar HF*

*Gjennomføres i alle HF innen utgangen av 2007*

#### 2.1.4 Etablere ambulante team (for pasientbehandling og veiledning)

På flere områder vil det bli nødvendig å tilby kompetanse uten samtidig å flytte pasienten. Bruk av ambulante team vil være et bindeledd mellom nivåene, og et nyttig redskap i veiledning av ansatte i kommunehelsetjenesten. Flere av de ambulante teamene er tverrfaglige. Ambulante team har vist gode resultat på områder som: Psykisk helsevern, Rusbehandling, Geriatri og innen Lindrende behandling.

**Tiltak:**

Det gjennomføres pilotforsøk med ambulante team i alle HF. Det skal gjennomføres pilotprosjekt innen minimum 2 områder i løpet av planperioden. HF-ene bør samarbeide om fordeling av pilotforsøkene innen foretaksgruppen.

*Ansvar HF*

*Igangsettes 2007*

#### 2.1.5 Finansieringsmodeller som understøtter bedre sammenheng i behandlingstilbudet

Dagens finansieringssystem premierer enkeltdiagnoser og enkeltprosedyrer, og er i liten grad knyttet til helheten i behandlingsforløpet. Isolert sett vil det for en poliklinikk "lønne seg" å ha flere konsultasjonsdager for å få gjennomført en samlet utredning enn å samle mest mulig av dette på samme dag. Takstene utløses uavhengig av om "helheten" i pasientbehandlingen er ivaretatt. I NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" er det påpekt at dagens finansieringssystem er mangelfullt for de som trenger tilbud i "gråsonen" mellom forvaltningsnivåene.

For personer med komplekse lidelser og personer som trenger tjenester fra flere instanser er det vesentlig at finansieringssystemene understøtter et effektivt behandlingsforløp. Dette vil ha betydning for behandlingstilbudet til de prioriterte pasientgruppene.

Utvikling av finansieringsmodeller kan dra nytte av Sosial- og helsedirektoratets pågående arbeid med utvikling av nye finansieringsordninger for psykiatri, rus, rehabilitering og habilitering.

**Tiltak:**

Det settes av prosjektmidler over Helse Midt-Norges budsjett for å delfinansiere prosjekt etter søknad fra lokalt helseforetak og kommuner. Hensikten er å utprøve organisasjonsformer og finansieringsmodeller for tiltak i gråsonen mellom nivåene. Det er en forutsetning for tildeling av midlene er at partene delfinansierer tiltakene.

For prosjekt som ønskes videreført etter prosjektperioden, legges RHF sitt bidrag i rammen for foretaket, og videreføringen sikres gjennom styringsdokumentet.

*Ansvar RHF/HF  
Igangsetting 2007*

## 2.1.6 Bedre informasjonsflyt

Effektiv behandling består av mange deltjenester både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten, og mange utskrives fra spesialisthelsetjenesten under pågående behandling. Tilgangen på tilstrekkelig og oppdatert informasjon er derfor avgjørende for behandlingsforløpet. Dette gjelder også i samhandling med private utøvere.

### **Tiltak:**

Innføre standardisert meldingsutveksling (henvisning, melding/svar, epikrise), når teknologien er kvalitetssikret og tilgjengelig.

*Ansvar: RHF/HF  
Igangsetting 2008*

Innlemme private aktører i Norsk Helsenett

*Ansvar RHF  
Igangsetting 2007*

*Vurdere innføring av "Samtykkebasert kjernejournal"*

"Samtykkebasert kjernejournal" er et pilotprosjekt hvor en del helseopplysninger etter samtykke fra pasienten skal gjøres tilgjengelig i en sentral database.

"Samtykkebasert kjernejournal" er et såkalt "fyrtårnprosjekt" finansiert ved midler fra SHdir/ "Samspill 2007"

*Ansvar RHF/HF  
Igangsetting 2009*

## 2.2. Tiltak for å bedre sammenhengen i tilbudet innad i spesialisthelsetjenesten

### 2.2.1 Koordinerte spesialisttjenester

Mye av utredningen skjer i dag poliklinisk, men brukerutvalget har påpekt at denne utredningen er lite koordinert. Det gjelder både når det er nødvendig med flere undersøkelser, og når utredningen krever kontakt med ulike spesialiteter. Problemet øker med økende funksjonsdeling. For pasienten betyr det unødig reising, forlenget utredningstid og økte kostnader. Det er behov for bedre koordinering på systemnivå og i utforming av tilbudet til den enkelte pasient.

Mennesker med kroniske nevrologiske eller revmatiske lidelser er eksempler på pasientgrupper der pasientene kan ha behov for vurdering og behandling fra andre spesialister og primærhelsetjenesten. Det bør derfor utredes om en organisatorisk tilrettelegging vil lette samarbeidet mellom aktørene.

**Tiltak:**

Det opprettes en adresse for mottak og koordinering av henvisninger innen hvert HF.

*Ansvar HF*

*Igangsettes 2007*

Poliklinikken som mottar henvisningen skal ha et ansvar for å samordne utredningen, og ved behov også koordinere utredningen mot andre poliklinikker.

*Ansvar HF*

*Igangsettes 2007*

### 2.2.2 Utvikle sammenhengende behandlingsforløp for store grupper

Studier av komplekse behandlingsforløp både innad i spesialisthelsetjenesten og på tvers av forvaltningsgrensene gir god bakgrunn for å kunne organisere behandlingsforløpene bedre. Dette gir økt effektivitet i utredningen. (Jf kap 1 og 3)

**Tiltak:**

Økt bruk av forløpsstudier for store pasientgrupper.

*Ansvar RHF/HF*

*Igangsettes 2006*

## 3 KRONISK SYKE OG SYKE ELDRE

Problembeskrivelsen innenfor området ”Kronisk syke og syke eldre” er delvis sammenfallende, men de spesielle utfordringene et økende antall syke eldre gir for helsetjenesten, gjør at vi har valgt å dele handlingsplanen i to.

### 3.1. Kronisk syke

#### Mål:

Kronisk syke (og syke eldre) skal oppleve trygghet, nærhet og kvalitet i tilbudet. Behandlingen skal bidra til økt mestring og livskvalitet i hverdagen.

#### Strategier:

- Helse Midt-Norge skal spre spesialisttilbudet for de vanligste sykdommene, ”spre det vi kan og samle det vi må”.
- Spesialisthelsetjenesten skal delta i forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten, og samordne innsatsen for å sikre helhetlig behandling.
- Forbedre kompetansen innen geriatri (eldremedisin) og opplæring av pasienter og pårørende.

#### Definisjon/avgrensning

Pasientgruppen kronisk syke omfatter i handlingsprogrammet mennesker med kroniske lidelser/funksjonshemming som har funksjonsbegrensninger/ferdighetstap over en tidsperiode og behov for spesialisthelsetjenester. Kroniske sykdommer omfatter såkalte ”livsstils-sykdommer”, som for eksempel KOLS og sykkelig overvekt.

Handlingsprogrammet omfatter også mennesker som er i risikogruppen for kronisk sykdom.

#### Utfordringer for området ”kronisk syke”

Pasientgruppen behandles i spesialavdelinger for både akutte og kroniske lidelser og de trenger ofte hjelp fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det ofte behov for trygdeytelse, tilrettelagt skoletilbud og lignende. Gruppen kronisk syke krever derfor tett samhandling mellom ulike deler av behandlings- og hjelpeapparatet.

Kroniske sykdommer kan bare i noen grad ”helbredes”, og påvirker derfor livskvalitet og muligheter til livsutfoldelse over lang tid. Men medisinsk behandling, trening og økt egenmestring kan påvirke sykdomsforløpet på en slik måte at livskvaliteten i størst mulig grad kan opprettholdes. En forutsetning for økt egenmestring er kunnskap om egen sykdom og helse.

#### Handlingsprogrammet har derfor følgende hovedinndelinger:

- Sammenheng i behandlingstilbudet
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Rehabilitering/habilitering

### 3.1.1 Sammenheng i behandlingstilbudet

#### Utarbeide beskrivelser av behandlingsforløp for personer med kroniske lidelser

På grunnlag av kunnskap om kvalitet i behandling/opplæring og ressursbruk utarbeides beskrivelser av behandlingsforløp for de prioriterte gruppene. (Jf . kap 1.1 og 2.2.2)

Beskrivelser av behandlingsforløp kan påvirke oppgaverfordeling i regionen og vil derfor bli sett i sammenheng med "Eierstrategien".

#### **Tiltak:**

Beskrive en felles metode for analyse av behandlingsforløp.

*Ansvar RHF*

*Igangsettes 2006*

Analysere eksisterende behandling, beskrive behandlingsforløp og evaluere disse. Dette gjøres av faggrupper som består av helsepersonell fra spesialist- og primærhelsetjenesten samt brukere.

*Ansvar RHF/HF*

*2006-2010*

Utvikle finansieringssystemer som understøtter behandlingsforløp. (Jf 2.1.5)

### 3.1.2 Opplæring av pasienter og pårørende

Formålet med opplæring er å sette de som lever med sykdom/funksjonshemming og de som vil endre livsstil i stand til oppnå bedre helse. Opplæring av pasienter og pårørende har fokus på å styrke pasientens ressurser ved informasjonsarbeid, veiledning og kunnskapsformidling.

Opplæringen skal være integrert i et helhelig behandlingsforløp. Det er etablert lærings- og mestringssenter (LMS) i alle helseforetak for å bidra til å utvikle gode opplæringstilbud til pasienter og pårørende som har behov for dette. Samhandling med kommuner og brukerorganisasjoner, kompetanseutvikling (helsepedagogikk), forskning og evaluering er sentrale oppgaver i helseforetakene (Jf. Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007).

For å få til en videre oppbygging av feltet er nødvendig å prioritere noen strategiske satsningsområder fram til 2010. Dette er forskning, evaluering og dokumentasjon av opplæringsaktivitet.

Det finnes lite tilgjengelig forskningsbasert kunnskap om opplæring i Norge. Området mangler kunnskap om hvilken form opplæringstiltak bør ha og hva som gir størst effekt på læring, mestring og helse. Det er også mangelfull kunnskap om ressursbruk.

For å kunne nyttiggjøre og spre forskningsbasert kunnskap er det viktig at denne er tilgjengelig i form av oppsummert oversikter. Samtidig må den kunnskapen helsearbeidere har beskrives, og det må gjøre en systematisk undersøkelse av hvilken nytte opplæringstiltakene har. Det å bygge på både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap er avgjørende for en videre fagutvikling på feltet.

## **Forskning og evaluering**

### **Tiltak:**

Utarbeide systematiske oversikter over forskningsbasert kunnskap innen opplæring av pasienter og pårørende (innenfor de prioriterte områdene), og lage oversikt over ulike opplæringsmetoder og effekten av disse.

*Ansvar Kunnskapsenteret.*

*2006-2008 (Oppstart: KOLS og diabetes i 2006)*

Iverksette en felles beskrivelse og evaluering av opplæringstiltak som er organisert i samarbeid med lærings- og mestringssentrene (LMS) i regionen.

*Ansvar: HF og NTNU/ISM*

*Oppstart pilot 2006*

### **3.1.3 Registrering og tilrettelegging for finansiering av opplæring av pasienter og pårørende**

I følge Bestillerdokument og Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring skal det utvikles opplæringstilbud for pasienter og pårørende som har behov for dette. Det er derfor viktig å ha system for rapportering og indikatorer for området.

I dag understøttes ikke opplæringsaktiviteten av finansieringssystemene. Det finnes det én poliklinisk takst for opplæring, som ikke er dekkende for området. Samsvar mellom opplæringstiltak og finansiering kan ivaretas bedre bl.a. ved å dra nytte av SHdirs pågående arbeid med utvikling av nye finansieringsordninger for psykisk helsevern, rus, rehabilitering og habilitering. Dette begrunnes i at opplæring er en vesentlig aktivitet i behandlingstilbudet for disse gruppene.

### **Tiltak:**

Utvikle og etablere system for registrering av opplæringsaktivitet for rapportering, indikatorutvikling og med tanke på å utvikle et finansieringssystem.

*Ansvar RHF/SHdir*

*Oppstart 2007*

### **3.1.4 Rehabilitering/habilitering**

Handlingsprogram for fysikalskmedisin, rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge er vedtatt. Tiltakene i planen skal ses i sammenheng med Handlingsprogram Helse Midt-Norge 2010. Tiltakene i det vedtatte handlingsprogrammet (for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering) er ikke gjengitt i dette handlingsprogrammet.

## 3.2. Syke eldre

### Mål:

Kronisk syke og syke eldre skal oppleve trygghet, nærhet og kvalitet i tilbudet. Behandlingen skal bidra til økt mestring og bedret livskvalitet i hverdagen.

### Strategier:

- Helse Midt-Norge skal spre spesialisttilbudet for de vanligste sykdommene ("spre det som er mulig og samle det som er nødvendig")
- Spesialisthelsetjenesten skal delta i forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten, og samordne innsatsen for å sikre helhetlig behandling
- Forbedre kompetansen innen eldremedisin, læring og mestring

### Definisjon av syke eldre:

Pasientgruppen **syke eldre** omfatter pasienter som er gammel og syk og som treng hjelp både fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Mange av disse pasientene behandles innenfor spesialavdelinger (indremedisin, kirurgi, øyemedisin osv) for akutte eller kroniske tilstander. Med eldre i denne sammenheng tenker en de over 75 år.

En del av de som er gamle og syke defineres som geriatrike pasienter. De er preget av framtrepende aldersforandringer og har ofte multisykdom, gjerne én akutt-tilstand og samtidig flere kroniske tilstander, noe som igjen gir ulike grader av funksjonsbegrensninger og ferdighetstap. Ikke sjelden er det svikt i sosialt nettverk.

Den regionale planen skal omfatte hele populasjon syke eldre, men vi vil i denne omgang spesielt fokusere på den geriatrike pasientgruppen, fordi en del av tiltakene for disse vil også ivareta interessene for de øvrige eldre som trenger helsehjelp.

### Utfordringer for området:

Mer enn halvparten av innlagte i sykehus er eldre, og ved de medisinske avdelingene er gjennomsnittsalderen over 70 år. De siste 10 årene har antall akuttinnleggelses økt langt mer enn antallet eldre.

Mange eldre lever med en eller flere kroniske lidelser, og har på grunn av redusert funksjonsevne et sterkt ønske om nærhet til behandlingstilbudet. Det er derfor et behov for å desentralisere deler av spesialisthelsetjenesten.

Mange av de eldre har behov for omsorgstjenester fra kommunehelsetjenesten, og har derfor stort behov for en sammenhengende behandlingstilbud.

Felles for disse gruppene er at de har sykdommer som vedvarer over tid, og som etter hvert gir større eller mindre funksjonstap. Svært mange har derfor behov for ulike omsorgstjenester fra kommunen, og har større belastninger enn andre når de må oppsøke spesialisthelsetjenesten.

Strategier på dette område må derfor ivareta behovet for nærhet og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Desentralisering blir et viktig virkemiddel.

For mange med kroniske sykdommer er pasient- og pårørendeopplæring en viktig del av pasientbehandlingen, og kan være avgjørende for å mestre hverdagen. Spesialisthelsetjenesten må ha klare strategier for hvordan den kan bidra til dette. (Jf. kap. 3.1.2 og 3.1.3)

Departementet arbeider for tiden med en handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre, og det vil være naturlig at de tiltakene som foreslås her blir sett i sammenheng med konklusjonene i departementets arbeid.

## Handlingsprogram for område "Syke eldre"

### 3.2.1 Styrking av geriatri i spesialisthelsetjenesten

Hovedutfordringen innenfor helsetjeneste til syke eldre er mangel på personell med nødvendig reell og formell kompetanse. Dette gjelder for alle faggrupper. Helse Midt-Norge må derfor i samarbeid med utdanningsinstitusjonene satse på videreutdanning og spesialisering innenfor geriatri slik at alle sykehus har geriatriisk kompetanse.

**Tiltak:**

Alle HF med lokalsykehusfunksjon skal ha personell med spesiell kompetanse innen geriatri ved de indremedisinske avdelingene. Denne kompetansen skal være tverrfaglig og bestå av spesialister i geriatri og høgskoleutdannet personell med kompetanse innen geriatri.

*Ansvar HF*

*Igangsettes 2007*

For å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet av geriater skal Pilotprosjektet for utdanning i geriatri i Midt-Norge videreføres.

**Tiltak:**

For å ivareta utadrettet virksomhet mot kommunene, skal det etableres tverrfaglige geriatriisk team ved alle indremedisinske avdelinger som tar imot og behandler geriatriiske pasienter. (Jf. 2.1.4)

*Ansvar HF*

*Igangsettes 2007.*

### 3.2.2 Styrke geriatriisk fagkompetanse i kommunehelsetjenesten

Alle eldre har tilhørighet i en kommune, de fleste bor hjemme i egen bolig, mens de sykeste kan for en periode eller varig, ha et kommunalt tilbud i omsorgsbolig eller sykehjem. Samhandling med og faglig styrking av den kommunale helsetjenesten er derfor viktig for at de syke eldre skal få god behandling og for at tilbakeføringen fra sykehuset til kommunen skal fungere godt.

Helse Midt-Norge vil arbeide for bedring av finansieringen av tverrfaglig samarbeid innad i sykehusene og ut i mot kommunene. (Jf. 2.1.5)

**Tiltak:**

HF-enes tverrfaglige geriatrikompetanse skal organiseres slik at de kan gi råd og veiledning ut til kommunene i sitt nedslagsområde gjennom kursing, opplæring osv og i tillegg gi rådgiving rundt enkeltpasienter. (Jf. 2.1.4)

*Ansvar HF*

*Oppstart 2007*

### 3.2.3 Helsefremmende og forebyggende tiltak

Styrking av pasienten og pårørendes evne og muligheter til selv å mestre en større del av sykdommen og dagliglivets utfordringer.

**Tiltak:**

HF-enes lærings- og mestringsenheter skal sammen med de aktuelle avdelinger ved HF-ene gi tilbud om opplæringstiltak for eldre pasienter og deres pårørende. (Jf. 3.1.2)

*Ansvar HF*

*Oppstart 2007*

### 3.2.4 Styrke forsknings- og fagutvikling i geriatri

All medisinsk behandling skal basere seg på dokumentert kunnskap. Dette er spesielt viktig for at pasientene kan få riktig og god behandling. Det kan være med å redusere unødvendig liggetid og hjelpe pasienten raskere tilbake til normalsituasjon. Dette kan også bedre ressursutnyttelsen.

**Tiltak:**

Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU skal ha et særlig fokus på konkrete forskningsprosjekter som retter seg mot syke eldres situasjon

*Ansvar RHF*

*Oppstart 2006*

Helse Midt-Norge skal initiere studier av behandlingsforløp med fokus på helsetiltak til syke eldres i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og samarbeid mellom disse.

*Ansvar RHF*

*Oppstart 2007*

### 3.2.5 Inkludere og styrke alderspsykiatrien

Syke eldre har ofte sammensatte helseproblemer og det er derfor avgjørende for god behandling at en har et tverrfaglig samarbeid. Psykiatri har tradisjonelt vært atskilt fra somatisk og alderspsykiatrien er ikke styrket i opptrappingsplanen for psykisk helsevern

**Tiltak:**

Helse Midt-Norge skal medvirke til at kapasiteten innen psykogeriatrici er tilstrekkelig og at dette tilbudt finnes i alle HF-områdene.

*Ansvar RHF*

*Oppstart: 2008*

## 4 TRYGGHET OG TILGJENGELIGHET VED AKUTT SYKDOM

### Mål

Befolkningen skal føle trygghet for at de får hjelp ved akutt sykdom nærmest mulig der de bor. Dersom pasienten trenger det, skal lokalsykehuset sørge for sikker og trygg overføring til et mer spesialisert sykehus.

### Strategier

- Fødetilbud ved alle sykehus
- Sikre nærhet til akuttfunksjoner
- Mer samarbeid og bedre oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten
- Sikre at helsetjenesten utenom sykehus (prehospital tjeneste) utstyres og organiseres slik at den akuttmedisinske kjeden blir tilfredsstillende

### Utfordringer for området:

Trygghet ved akutt sykdom framheves ofte som et helt avgjørende velferdsgode. Diskusjonen om det akuttmedisinske tilbudet blir ofte knyttet til hendelser og egne opplevelser, og mer sjelden til hvordan tilbudet i sum er organisert og fungerer.

*Tryggheten* i en befolkning er i stor grad knyttet til vissheten om å bli ivaretatt dersom det oppstår akutt sykdom eller skade, og at de får tilgang på nødvendig behandling der den måtte finnes. Det er derfor av avgjørende betydning å formidle kunnskap om organisering og funksjon av tjenesten, og da særlig dersom det foreslås endring i det tilbudet befolkningen er vant til. En aktiv kommunikasjon ut mot befolkningen blir derfor svært viktig.

For helsetjenesten er det vesentlig å kunne formidle at kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet avhenger av flere tjenester og samhandlingen mellom disse. Dette gjelder de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus (prehospitale tjenester), akuttfunksjoner i lokalsykehuset og samhandlingen med de større sykehusene når det er behov for det.

### Handlingsprogram for området: ”Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom”:

#### For å møte utfordringene er det utviklet fire handlingsplaner:

- Kommunikasjon
- Prehospitale tjenester
- Akuttfunksjonen i lokalsykehus
- Fødetilbudet

Som for flere av de andre strategiområdene vil tiltakene være overlappende. Akutttilbudet er for eksempel helt avhengig av god sammenheng i behandlingstilbudet, og flere av de andre områdene er avhengig av trygghet og kvalitet i det akuttmedisinske tilbudet.

## 4.1. Kommunikasjon

En av de viktigste oppgavene for en helsetjeneste er å bidra til trygghet i befolkningen. Høy kvalitet på det akuttmedisinske tilbudet er en av forutsetningene for å lykkes, det samme er en tillitskapende kommunikasjon om funksjon og innhold i tjenestene.

Viser til eget kapittel om kommunikasjon der behovet for egne kommunikasjonsplaner er drøftet. For området ”Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom” er det spesielt viktig at planen omhandler kommunikasjonen med befolkningen.

**Tiltak:**

Det utarbeides en egen kommunikasjonsplan for det akuttmedisinske tilbudet.

*Ansvar RHF/HF*

*Igangsetting 2006*

## 4.2. Prehospitale tjenester

Høy kvalitet på de akuttmedisinske tjenestene utenfor institusjon kan være avgjørende i mange akuttsituasjoner. Det stiller krav både til kompetanse, organisering og samhandling med andre deler av helsetjenesten. For ambulansetjenesten vil *nærhet* være et viktig kvalitetskriterium.

Med økt kompetanse er de prehospitale tjenestene blitt langt mer enn en *transporttjeneste*. Systematisk rådgivning til innringer i akuttsituasjoner og igangsetting av aktiv behandling i bil-, båt- og luftambulansetjenesten bidrar vesentlig til en vellykket behandling.

Endret oppgavedeling og nye faglige kriterier for behandling av enkelttilstander stiller nye krav til de prehospitale tjenestene, fordi behandlingen ikke nødvendigvis skal skje på lokalsykehuset. Høy kvalitet på tilbudet må stå sentralt selv om tjenesten blir organisert forskjellig.

**Tiltak:**

*Evaluering og revisjon av plan for prehospitale tjenester*

Revisjonen må ta utgangspunkt i en evaluering av tjenestene, og må i tillegg beskrive det akuttmedisinske tilbudet for befolkningen i hvert helseforetak, inklusiv samhandlingen med legevaktsfunksjonen i kommunene.

Revisjon av planen må innarbeide evt. endringer i oppgavedelingen som følge av behandling av ”eierstrategien” i 2006.

### 4.3. Akuttfunksjonen i lokalsykehus

Dette vil være en del av ”eierstrategien”, der det etter planen skal utarbeides eget handlingsprogram i løpet av 2006. Dersom det vedtas endringer i organisering og/eller oppgavedeling som kan få følger for akuttberedskapen, er det nødvendig å beskrive hvordan akuttberedskapen på en alternativ måte skal opprettholdes.

**Tiltak:**

*Det utarbeides en plan for det akuttmedisinske tilbudet i hvert lokalsykehusområde*

Akuttmedisinske tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være en integrert del av planen.

Planen må sees i sammenheng med tilbudene utenfor institusjonen, se pkt 4.2.

*Ansvar HF*

*Igangsetting 2007*

#### 4.3.1 Tilbud for utbløkking ved hjerteinfarkt i Midt-Norge (PCI-behandling)

Styret i Helse Midt-Norge vedtok å etablere PCI-behandling (Percutan Coronar Intervensjon) ved St. Olavs Hospital, og vedtok samtidig at tilbudet skulle evalueres 2006. Spørsmålet om etablering av slikt behandlingstilbud også ved Ålesund sykehus skulle avklares i forbindelse med evalueringen.

Oppgavedeling i regionen vil bli omtalt i ”Eierstrategien”, men det anbefales at saken utredes som eget tiltak. Det er behov for en bred utredning basert både på kvalitets- og kostnadsanalyser, der transportkostnadene blir en naturlig del av analysen.

**Tiltak:**

*Det igangsettes en evaluering av PCI-tilbudet i Helse Midt-Norge*

Anbefalingene legges fram for styret som egen sak.

*Ansvar RHF/HF*

*Igangsettes 2006*

### 4.4. Fødetilbudet.

Norge har et desentralisert fødetilbud sammenlignet med bl.a. Sverige. Stortinget har vedtatt et differensiert fødetilbud med tre nivåer: Fødestue, fødeavdeling og fødeklinikk. (St.meld. 43 (1999-2000)). Den gravide skal kunne velge fødetilbud i samarbeid med jordmor/lege ut fra en risikovurdering av det aktuelle svangerskapet.

En *fødestue* er et tilbud til gravide med forventet normal fødsel, og har jordmor, men ikke gynekolog i vakt. En fødestue er derfor mindre ressurskrevende, og kan derfor etableres på

flere steder og med større nærhet til de fleste brukene enn de andre institusjonene. En fødestue skal etter anbefalingene ha minst 40 fødsler per år.

Det er i dag en *fødeavdeling* ved alle lokalsykehusene i Helse Midt-Norge. Ved Ålesund sykehus er det i tillegg en nyfødt-avdeling som gjør at avdelingen kan ta noe flere risikofødsler enn de andre lokalsykehusene. En fødeavdeling skal etter anbefalingene ha minst 400-500 fødsler per år, og flere av våre fødeavdelinger ligger nær denne grensen.

En *kvinneklipp* er dimensjonert for å kunne ta imot risikofødsler og å kunne ta hånd om svært syke nyfødte. Et sykehus med kvinneklipp må derfor ha intensivavdeling for nyfødte. Kravet til responstid ved behov for keisersnitt er også høyere enn ved en fødeavdeling. En fødeklipp er derfor svært ressurskrevende, både økonomisk og bemanningsmessig. Helse Midt-Norge har i dag bare en fødeklipp, lokalisert til St. Olavs Hospital.

Spørsmål om struktur for fødetilbudet er en del av "eierstrategien", og bør avklares som del av denne.

#### 4.4.1 Tilbudet til særlig krevende fortidlig fødte

Spørsmålet om det framtidige tilbudet til særlig krevende fortidligfødte i Ålesund bør avklares i egen sak fordi beslutningen krever en bred utredning av både de økonomiske og faglige utfordringene.

**Tiltak:**

*Det igangsettes egen utredning om det framtidige tilbudet til særlig krevende fortidlig fødte.*

Anbefalingene legges fram for styret som egen sak.

*Ansvar RHF/HF*

*Igangsettes 2006*

## 5 DOKUMENTASJON OG SYNLIGGJØRING AV KVALITET

### Mål:

God og pålitelig informasjon om kvaliteten i sykehus tilbudet skal være enkel å få tak i og være lettfattelig i sin form. Pasienter, pårørende og fastleger skal kunne bruke informasjonen som grunnlag for vurderinger og valg av sykehus. Informasjonen skal gi ledere og medarbeidere grunnlag for riktige beslutninger i det daglige arbeidet.

### Strategier:

- Utarbeide og ta i bruk gjennomgående styringssystem for å måle:
  - Pasientopplevd kvalitet
  - Faglig kvalitet
  - Organisasjonsmessig kvalitet
- Vurdere sertifisering/akreditering og faglig revisjon som virkemidler.

### Utfordringer for området:

Dokumentasjon er helt avgjørende for kvalitetsvurdering, tiltak for å forbedre tjenestetilbudet og for å sammenligne kostnadseffektivitet. På en rekke områder er rapporteringen tilfeldig og i en form som gjør det vanskelig å sammenligne samme behandling fra ulike tjenesteytere.

Gjennomgående styringssystem for foretaksgruppen fanger ikke opp private tjenesteytere og det er behov for å utvikle indikatorer for pasientopplevd kvalitet.

Bevisstheten i befolkningen om kvalitet i valg av helsetjenester, gjør at det er et økende behov for å synliggjøre kvaliteten. Kvalitetsmålene må synliggjøres på en slik måte at det gir grunnlag for pasientenes rett til å velge. Grunnlaget for aktuelle strategier er troverdighet. Publikum må stole på at alle sider av kvaliteten blir synliggjort.

### Handlingsprogram for satsingsområde 5: Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet:

Helse Midt-Norge RHF skal sikre at befolkningen får et godt og likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester (sørge for-rollen) og utvikle en eierstrategi for helseforetaksgruppen. Tiltak som iverksettes må ivareta begge disse hensyn.

Det er behov for et helhetlig system for dokumentasjon og for håndtering, læring og overvåking av avviksmeldinger for hele helseregionen.

### 5.1. Gjennomgående system for dokumentasjon av kvalitet

Et gjennomgående system for dokumentasjon av kvalitet for helseregionen må bygge på en videreutvikling av indikatorer i foretaksgruppens gjennomgående styringssystem, med særlig vekt på pasientopplevd kvalitet. I dette arbeidet skal de utvikles indikatorer for opplæringstiltak rettet mot pasienter og pårørende.

Systemet skal også utvikles for å kvalitetssikre og ivareta dokumentasjon av aktivitet og måling av resultater for psykisk helsevern og rusbehandling.

**Tiltak:**

Utvalgte pasient- og kvalitetsindikatorer skal gjøres tilgjengelige på internett og samordnes regionalt og nasjonalt.

*Ansvar HF og RHF  
Oppstart 2006.*

## 5.2. Møtet med pasienten – ”det er mye god omsorg i effektivitet”

Det er et mål å gi brukerne en bedre opplevd kvalitet og få til en mer effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten ved å forbedre prosessene rundt innkalling, mottak og utskrivning av pasienter. Det er igangsatt et forprosjekt som er initiert av brukerrepresentant. Prosjektet vil rette oppmerksomheten mot kommunikasjon, rutiner, kultur og behandlingsforløp.

**Tiltak:**

Forutsatt godkjenning av forprosjektet, iverksettes arbeid med et hovedprosjekt for bedre pasientopplevd kvalitet og mer effektiv ressursbruk ved å forbedre prosessene rundt innkalling, mottak og utskrivning av pasienter.

*Ansvar RHF/HF  
Oppstart 2006*

## 5.3. Helhetlig system form dokumentasjon og forhåndtering, læring og overvåking av avvik og tilsynsrapporter

Dagens kvalitetssystem i Helse Midt-Norge ivaretar dokumentasjon og avvikshåndtering av hendelser, men gir i mindre grad informasjon for styring og ledelse av spesialisthelsetjenesten. Tilsynsrapporter og prosessene for å lukke avvik har et læringspotensial for hele organisasjonen og bør utnyttes i kvalitets- og konkret forbedringsarbeid.

**Tiltak:**

Etablere program for gjennomgående helhetlig system for dokumentasjon og for håndtering, læring og overvåking av avviksmeldinger – med resultatmåling i gjennomgående styringssystem.

*Anvar RHF  
Oppstart 2007*

## 5.4. E-læring som verktøy for sertifisering og kompetanseheving

Det er investert betydelig i IT-systemer og IT-verktøy for å effektivisere og forbedre spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Skal investeringene gi forventet gevinst, må det skje en systematisk opplæring og kompetansebygging i organisasjonen. Forsøk med å ta i bruk e-læring som verktøy for læring og sertifisering er gjennomført.

Utvikling av e-læring og sertifisering er også en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og høyskole/universitet. Felles bruk og utvikling av opplæringsmateriell vil være kostnadsbesparende og bidra til målrettet undervisning.

### Tiltak:

Planlegge og iverksette nye tilbud innen e-læring og sertifisering i løpet av 2006. Tiltakene bør være samordnet regionalt og iverksettes i samarbeid med de enkelte helseforetak. Aktiviteten skal være en integrert del av satsingen på utdanning og kompetanse i helseforetakene og gi grunnlag for kompetansekartlegging og resultatmåling i gjennomgående styringssystem.

Høgskoler og universitet inviteres til samarbeid om bruk av løsningene for e-læring og sertifisering i Helse Midt-Norge.

*Ansvar RHF / HF / Univ. og høyskoler  
Oppstart 2007*

## 5.5. Regelmessighet og kvalitet i leveranse av kvalitetsindikatorer fra private (sykehus, institusjoner og avtalespesialister)

Det er iverksatt arbeid med å systematisere og oppdatere informasjon om og fra private avtalespesialister i regionen. For å sikre tilgjengelighet og riktig bruk av private avtalespesialister, private sykehus, institusjoner og institutter, er det en forutsetning at det rapporteres regelmessig og systematisk – og at dette samordnes med øvrig spesialisthelsetjeneste.

### Tiltak:

Det etableres system for aktivitets- og kvalitetsindikatorer for private tjenesteleverandører til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Rapporteringen skal skje elektronisk og regelmessig.

*Ansvar RHF  
Iverksettes i 2007.*

## 6 BEDRE BRUK AV TILGJENGELIGE RESSURSER

### Mål:

Helse Midt-Norge skal utnytte ressursene slik at befolkningen i regionen får gode og likeverdige tjenester. Spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge skal framstå like veldrevet som annen spesialisthelsetjeneste i Norge. Helse Midt-Norge skal gå i balanse i 2006, og årsresultatet skal være positivt fra og med 2007. Overskuddet skal brukes til å forbedre tilbudet til befolkningen.

### Strategier:

- Sikre gode rammebetingelser for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.
- Økonomiske rammevilkår for driften av hvert helseforetak fastsettes ved årsskiftet, og rammene skal overholdes.
- Kostnader til beredskap reduseres der dette er mulig.
- Aktiv bruk av finansieringsmodellen for å realisere strategiske satsingsområder

### Utfordringer for området:

Helse Midt-Norge skal være i økonomisk balanse ved utgangen av 2006. om dette lykkes vil grunnlaget for en sunn økonomisk utvikling være lagt for handlingsprogramperioden fram til 2010. Erfaringer viser at effektiv ressursutnyttelse bl.a. begrenses av utilstrekkelig intern planlegging av ressursene. Det finnes også et uutnyttet potensial for mer effektiv utnyttelse av ressursene ved en større grad av samordning og samhandling på tvers av organisatorisk inndeling. Kunnskap om kostnader knyttet til det enkelte pasientforløp er begrenset i foretakene. Kunnskap om samlet kapasitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene har hittil ikke vært tilstrekkelig ivare tatt. Moderne prinsipper for produksjonsplanlegging og kapasitetsutnyttelse fra andre og sammenlignbare bransjer har i liten grad vært vurdert og implementert. Bygg og utstyr er en viktig innsatsfaktor i tjenesteproduksjonen. De direkte kostnader forbundet med bygg og utstyr utgjør ca 15-20% av de samlede kostnadene forbundet med tjenesteproduksjonen.

Reduksjon av kostnadene kan oppnås gjennom

- Reduserte byggekostnader.
- Hensiktsmessige lån
- Fornuftig forvaltning, drift og vedlikehold

Utviklingen fra 2002-2004 viser en betydelig økning i antall årsverk knyttet til administrasjons og kontorpersonell. Dette har skjedd samtidig med investeringer i IT- verktøy i samme periode, bl.a. lønnsystem, system for elektronisk fakturaflut, nytt røntgeninformasjonssystem PACS/RIS, elektronisk pasientjournal EPJ etc. Planlagt gevinstrealisering må effektueres umiddelbart etter gjennomførte IT- investeringer.

Helse Midt-Norge har arbeidet i lengre tid med et innkjøps- og logistikkprosjekt. Det er synliggjort et stort gevinstpotensiale der deler allerede er realisert. Arbeidet med ytterligere gevinstrealisering må intensiveres.

## Handlingsprogram for område 6

### 6.1. Budsjett og planprosesser

Med de utfordringene som er beskrevet over, er det av avgjørende betydning at helseforetakene har forutsigbare økonomiske rammebetingelsen, og at det stilles klare resultatkrav. Som et ledd i dette må ledelsen ha tilgang på gode styringsindikatorer.

#### Tiltak:

I de årlige budsjett- og planprosesser skal de faktiske økonomiske rammevilkår og resultatkrav være på plass ved innledningen av året og forbli faste gjennom hele planåret

- Det skal stilles klare resultatkrav knyttet til kostnader, ressurser, aktivitet og kvalitet. Det skal etableres styringsindikatorer som uttrykker sammenhenger mellom disse, og som følges opp med fastsatt frekvens
- Konsekvenser ved uteblivelse av måloppnåelse skal være klargjort på forhånd. Resultatkravene som stilles skal være utarbeidet på felles datagrunnlag og med resultatindikatorer som er utarbeidet og fastsatt sammen med foretakene.

*Ansvar: RHF/HF*

*Igangsettes fra 2006*

### 6.2. Senter for virksomhetsplanlegging og kapasitetsutnyttelse

Erfaringer viser at effektiv ressursutnyttelse bl.a. begrenses av utilstrekkelig intern planlegging av ressursene. Det finnes også et uutnyttet potensial for mer effektiv utnyttelse av ressursene ved en større grad av samordning og samhandling på tvers av organisatorisk inndeling. Kunnskap om kostnader knyttet til det enkelte pasientforløp er begrenset i foretakene. Kunnskap om samlet kapasitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene har hittil ikke vært tilstrekkelig ivaretatt. Moderne prinsipper for produksjonsplanlegging og kapasitetsutnyttelse fra andre og sammenlignbare bransjer har i liten grad vært vurdert og implementert.

#### Tiltak:

Etablere et forprosjekt med arbeidstittel ” Senter for produksjonsplanlegging og kapasitetsutnyttelse i Helse Midt- Norge” som skal vurdere om det er mulig å få til et samarbeid mellom foretakene, NTNU, Høgskolene i regionen og Sintef om å etablere et senter som kan bistå foretakene i arbeidet med å utvikle og ikke minst bistå i å implementere bedre metoder og prinsipper for bedre planlegging og kapasitetsutnyttelse.

*Ansvar: HMN/HF/NTNU/Høgskolene*

*Oppstart 2006*

### 6.3. Prosjekt "Kostnad per pasient" (KPP)

**Tiltak:**

Etablere begrepet, utvikle metodikken og resultatindikatorer fra prosjekt "Kostnad Per Pasient"

KPP vil være et satsingsområde fram til 2010. Målet skal være at via registreringer av all ressursbruk og tilhørende kostnader knyttet til av hvert sykehus-opphold eller behandlingen hver pasient, skal den totale behandlingstkostnaden for pasientene beregnes og registreres fortløpende. Det betyr at i et KPP-system er alle tjenester pasientene mottar spesifiserte, og tilhørende kostnader beregnet. Dette skal kombineres med det nasjonale KPP- prosjektet som er iverksatt av Helse og omsorgsdepartementet. Målet med det prosjektet er å validere kostnadsvektene i DRG- systemet og å få etablert en nasjonal kostnadsdatabase som kan brukes til sammenligning mellom sykehus og foretak i Norge.

*Prosjektet er startet.*

### 6.4. Etablere regional strategi for bygg og utstyrsforvaltning

**Tiltak:**

Redusere kostnader knyttet til bygg og utstyr

- utnytte den samlede kompetanse innen byggevirksomhet, eiendomsutvikling, forvaltning, drift og vedlikehold
- frigjøre kapital gjennom salg/utleie av eiendom
- prioritere byggetiltak og tilpasse byggevirksomhet tilgang på ressurser
- sikre nødvendig midler til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling
- utnytte eksisterende bygningsmassen til det den er best egnet til
- Utrede alternative eierformer for regionens samlede eiendomsmasse.

*Ansvar: RHF/HF*

*Oppstart: 2007*

## KOMMUNIKASJONSSTRATEGI FOR HANDLINGSPROGRAMMET

### Forslag til handlingsplan 2006-2010

Framdriftsplan for framstilling av saksframlegg for styret for Helse Midt-Norge RHF sikrer at regionalt brukerutvalg, tillitsvalgte og direktørmøtet får orientering om ramme for planen og tilgang til forslag, i forkant av styrebehandlingen.

Når styret har tatt stilling til saksframlegget bør innholdet gjøres kjent for ansatte, samarbeidspartnere og lokalsamfunn.

Kanaler:

- Internt magasin
- Nyhetsbrev
- Internett
- Pressemelding
- Egen trykksak (papirformat og i elektronisk format)

### Tiltak/prosjekter som iverksettes på bakgrunn av handlingsplanen

Tiltak/prosjekter vil ha ulik karakter og ulikt kommunikasjonsbehov.

Det må derfor lages en tillempet kommunikasjonsplan for hvert enkelt tiltak/prosjekt.

Det kan imidlertid også være fornuftig å se ulike tiltak i sammenheng – slik at det skjer en samordning av kommunikasjons tiltakene både i regionen og mellom prosjektaktiviteter.

Gjennom bruk av virksomhetsportalen som arbeidsområde og aktiv markedsføring av dette, kan det legges opp til åpne arbeidsprosesser og gis mulighet til innsyn.

#### Generelt:

For å skape oppslutning om tiltak, bør arbeidsprosessene i en tidlig fase – der mål formuleres og virkemidler vurderes – inkludere ansatte, brukere og andre som berøres direkte.

Dette kan løses gjennom å invitere til drøfting med referansegrupper, brukerutvalg, tillitsvalgte, fagmiljøer m.v.

For å kvalitetssikre innhold og gi mulighet til innspill før en beslutning tas, kan det være nyttig å gi berørte grupper anledning til å uttale seg. Det kan skje gjennom tradisjonell høringsrunde eller ved å presentere forslag i møte.

Etter vedtak er fattet må prosjekteier/tiltakseier ha en plan for å gjøre berørte grupper kjent med innholdet. Kanaler og aktører vil kunne variere og må være tilpasset prosjektet/tiltaket.

## OPPSUMMERING AV TILTAK

<b>2006</b>			
<b>Tiltak</b>	<b>Beskrevet under område:</b>	<b>Også relevant for område:</b>	<b>Ansvar</b>
<b>Område 1: Psykisk helsevern og rusbehandling</b>			
Revisjon av regionalt handlingsprogram for opptrappingsplanen innen psykisk helsevern	1		RHF/HF
Program for omfordeling av ressurser til de prioriterte områdene	1 og 6	3	RHF
Gjennomføring av opptrappingsprogram for rus	1		RHF/HF
<b>Område 2: Sammenheng i behandlingstilbudet</b>			
Utarbeide overordnet rammeavtale mellom RHF og KS i de tre fylkene	2	1, 3, 4,	RHF
Det avvikles 2 årlige møter på politisk/adm nivå mellom lokalsykehus og kommuner	2	1, 3, 4	HF
Bruk av "behandlingsforløpsstudier" for å bedre forløpet til store pasientgrupper	1, 2, 3	4	HF
<b>Område 3: Kronisk syke og syke eldre</b>			
Kunnskapsoppsummering om virkninger av pasient- og pårørendeopplæring	3	5	RHF/Kunnskaps-senteret
Evaluerer av opplæringsprogram i Lærings- og mestringssentrene (LMS) i regionen	3	1, 5	HF/NTNU
Registrering av opplæringsaktivitet (Nasjonalt prosjekt)	3	1, 5,	SHdir/RHF/HF
Alle HF skal ha personell med spesialkompetanse innen geriatri ved de indremedisinske avd.	3	2	HF
Geriatrike team med funksjon ut mot kommunene	3	2	HF
Utnytte opptreningsinstitusjonenes kapasitet for å bedre tilbudet til eldre	3		RHF
<b>Område 4: Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom</b>			
Kommunikasjonsplan for det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen	4		HF
Evaluerer av organisering av PCI	4		RHF/HF
Evaluerer organisering av tilbudet til særlig krevende for tidlig født	4		RHF/HF
<b>Område 5: Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet</b>			
Utvalgte kvalitetsindikatorer gjøres tilgjengelig på internett	5		RHF/SHdir
Prosjekt for bedre pasientopplevd kvalitet i møtet med spesialisthelsetjenesten	5	1, 2, 3, 4	RHF/HF

<b>Område 6:</b>			
<b>Bedre bruk av tilgjengelige ressurser</b>			
Forutsigbarhet i årlig budsjett- og planprosesser	6		RHF/HF
Prosjekt "Kostnad Per Pasient"	6		RHF/Dep.
Kostnadsreduksjon for bygg og utstyr	6		RHF/HF
Forprosjekt for å utrede etablering av "Senter for produksjonsplanlegging og kapasitetsutnyttelse i Helse Midt-Norge".	6		RHF/HF

<b>2007</b>			
<b>(Mange av de igangsatte prosjektene vil fortsette i 2007, og en del også videre i hele planperioden)</b>			
<b>Tiltak</b>	<b>Beskrevet under område:</b>	<b>Også relevant for område:</b>	<b>Ansvar</b>
<b>Område 1:</b>			
<b>Psykisk helsevern og rusbehandling</b>			
Gjennomgang av behandlingsmetoder i klinisk virksomhet innen rusbehandling	1		RHF/HF
<b>Område 2:</b>			
<b>Sammenheng i behandlingstilbudet</b>			
Etablere forpliktende "samhandlingsavtaler" med private	2	1, 3, 4	RHF
Det opprettes et samarbeidsorgan i hvert HF, med repr. for foretaket og kommunene	2	1, 3, 4	HF
Det gjennomføres 2 årlige møter mellom fagpersonell på foretaks- og kommunenivå	2	1, 3, 4	HF
Prosjekt på alternativ finansiering av samhandling og "gråsonetiltak"	2	1, 3,	RHF
Det gjennomføres pilotforsøk med ambulante team i alle HF	2	1, 3, 4	HF
Innlemme private aktører i Norsk Helsenett med tanke på bedre informasjonsflyt	2	1, 3, 4, 5	RHF/HF
En adresse for mottak og koordinering av henvisninger innen hvert HF	2	1, 3, 4, 6	HF
Samordne utredningen ut fra pasientens samlede utredningsbehov	2	1, 3, 4, 6	HF
<b>Område 3:</b>			
<b>Kronisk syke og syke eldre</b>			
Gjennomgang av finansiering av opplæring	3	1, 5	
<b>Område 4:</b>			
<b>Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom</b>			
Revisjon av plan for prehospitale tjenester	4		RHF/HF
Utarbeide plan for det akuttmedisinske tilbudet i hvert lokalsykehusområde	4		HF
<b>Område 5:</b>			
<b>Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet</b>			
Program for helhetlig system for dokumentasjon, håndtering, overvåkning av avviksmeldinger	5		RHF/HF
Planlegge og iverksette nye tilbud innen e-læring	5		RHF/HF/Høgskole og Univ.
Det etableres aktivitets- og kvalitetsindikatorer overfor private tjenesteleverandører	5		RHF
<b>Område 6:</b>			
<b>Bedre bruk av tilgjengelige ressurser</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			

<b>2008</b>			
<b>Tiltak</b>	<b>Beskrevet under område:</b>	<b>Også relevant for område:</b>	<b>Ansvar</b>
<b>Område 1:</b> <b>Psykisk helsevern og rusbehandling</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
Program for omfordeling av ressurser til de prioriterte områdene (forts.)	1 og 6	3	RHF
<b>Område 2:</b> <b>Sammenheng i behandlingstilbudet</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
Innføring av standardisert meldingsutveksling	2	1,3,4,5	RHF/HF
<b>Område 3:</b> <b>Kronisk syke og syke eldre</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
Prosjekt for å sikre kapasitet inne psykiatri	3		RHF/HF
<b>Område 4:</b> <b>Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 5:</b> <b>Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			

<b>2009</b>			
<b>Tiltak</b>	<b>Beskrevet under område:</b>	<b>Også relevant for område:</b>	<b>Ansvar</b>
<b>Område 1:</b> <b>Psykisk helsevern og rusbehandling</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 2:</b> <b>Sammenheng i behandlingstilbudet</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
Innføring av "Samtykkebasert kjernejournal"	2	1,3,4,5	RHF/HF
<b>Område 3:</b> <b>Kronisk syke og syke eldre</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 4:</b> <b>Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 5:</b> <b>Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			

<b>2010</b>			
<b>Tiltak</b>	<b>Beskrevet under område:</b>	<b>Også relevant for område:</b>	<b>Ansvar</b>
<b>Område 1:</b> <b>Psykisk helsevern og rusbehandling</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 2:</b> <b>Sammenheng i behandlingstilbudet</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 3:</b> <b>Kronisk syke og syke eldre</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 4:</b> <b>Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			
<b>Område 5:</b> <b>Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet</b>			
Videreføring av igangsatte prosjekt			