

Utredning

Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010

H O V E D R A P P O R T

Adm.dir. Paul Hellandsvik

Dato: 06.12.2005

Forord

Den 12. april 2005 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF å igangsette prosjektet "Framtidens spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010".

Prosjektet skal besvare konkrete bestillinger i Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument for 2005:

- Utvikle strategier for utvikling av lokalsykehusene
- Identifisere områder med overkapasitet og frigjøre ressurser som kan overføres til områder som må styrkes ressursmessig.

Prosjektets overordnede mål er å utforme og forankre en strategi som sikrer befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige helsetjenester.

Prosjektet er inndelt i et hovedprosjekt med "sørge for"-perspektiv og tre delprosjekter. Delprosjektene omhandler samhandling med kommunene, bruk av private tilbydere og en strategi for bruken av egne foretak, også kalt "eierstrategi".

Det er mange grupper som har legitime behov for å påvirke organisering og utforming av spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge har derfor ønsket å gi brukere, kommunehelsetjenesten, ledelse og ansatte i helseforetakene, private aktører, lokale politikere og andre aktører mulighet til å komme med innspill tidlig i prosessen. Prosjektet har lagt vekt på å skape mulighet for direkte involvering fra de ulike interessentene, og ikke gjennom utsendelse av skriftlig materiale som ledd i en høringsprosess.

Hovedprosjektgruppa har bestått av:

- Prosjektleder Asbjørn Hofslie, prosjektdirektør
- Synnøve Farstad, kommunikasjonsdirektør
- Daniel Haga, seniorrådgiver
- Harald Buhaug, seniorrådgiver
- Reidar Tessem, seniorrådgiver
- Mads E. Berg, økonomisjef

Den store utfordringen fram mot 2010 blir å få sammenheng mellom foreslåtte satsingsområder, finansieringssystemet og de bestillingene Helse Midt-Norge RHF gjør overfor helseforetakene og private leverandører.

Det regionale helseforetaket kan bruke både egne foretak og private leverandører for å realisere handlingsprogrammet. Samtidig er nøkkelen til gode pasientopplevelser et samarbeid med brukerne og kommunehelsetjenesten.

Paul Hellandsvik,
Administrerende direktør
Helse Midt-Norge RHF

Innhold

1.	Innledning.....	5
1.1.	Framtidens utfordringer	5
1.2.	Grunnstrukturen i spesialisthelsetjenesten ligger fast	6
1.3.	Premisser for strategiarbeidet	7
2.	Sammendrag.....	8
3.	Oppdrag.....	9
4.	”Sørge for”- rollen.....	10
5.	Styring og organisering	11
5.1.	Struktur.....	11
5.2.	Gjennomføringsprosess	12
6.	Utfordringer	14
6.1.	Bakgrunnsnotater.....	14
6.1.1.	Den nye pasientrollen	14
6.1.2.	Medisinsk teknologi og fagutvikling - nye behandlingsmetoder, spesialisering og teknologiutvikling	15
6.1.3.	Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	16
6.1.4.	Helsepolitiske reformer, samfunnsmessige konsekvenser	16
6.1.5.	Samfunnsutvikling - endringer i bosettingsmønster/befolkningens sammensetning.....	17
6.1.6.	Finansiering og ressurser	17
6.1.7.	Arbeidsdeling.....	20
6.2.	Analyser.....	20
6.2.1.	Behov og behovsdekning - kapasitet og kapasitetsutnyttelse	20
6.2.2.	Forbruk/forbruksmønster - pasientstrømmer og valg.....	21
6.2.3.	Analysen innen psykisk helsevern	22
6.2.4.	Fremskrivning av forbruket av somatiske sykehustjenester.....	25
7.	Innspill fra delprosjektene	27
7.1.	Samhandling.....	27
7.1.1.	Verdigrunnlag for samhandling	27
7.1.2.	Befolkningen skal tilbys et helhetlig, sammenhengende tjenestetilbud.....	27
7.1.3.	Pasientgrupper med størst behov for samhandling skal prioriteres.....	28
7.1.4.	Trygg og effektiv informasjonsutveksling	28
7.1.5.	Desentralisering av spesialisthelsetjenester	28
7.1.6.	Bruk av økonomiske virkemidler for å understøtte samhandling.....	29
7.1.7.	Utdanning, undervisning og forskning	29
7.1.8.	Bruk av telemedisinske løsninger	30
7.2.	Private leverandører	30
7.3.	Helseforetakene - eierstrategier.....	31
7.4.	Oppsummering	32
8.	Satsingsområder	33
8.1.	Følgende satsingsområder foreslås	33
8.2.	Begrunnelse for valgene og krav til de mål og strategier som blir valgt.....	33
8.2.1.	Psykisk helsevern og rusbehandling.....	33
8.2.2.	Sammenheng i behandlingstilbudet.....	33
8.2.3.	Kronisk syke og syke eldre	34
8.2.4.	Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	34
8.2.5.	Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	34

8.2.6.	Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	35
8.3.	Mål, strategier og tiltak tilknyttet det enkelte satsingsområde.....	35
8.3.1.	Psykisk helsevern og rusbehandling	35
8.3.2.	Sammenheng i behandlingstilbudet.....	36
8.3.3.	Kronisk syke og syke eldre	36
8.3.4.	Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	36
8.3.5.	Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	37
8.3.6.	Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	37
9.	Handlingsprogram 2006 – 2010	38
10.	Vedlegg	39
10.1.	Bakgrunnsnotater	39
10.2.	Analyser	39
10.3.	Delprosjektene.....	39
10.4.	Utrykte uttalelser	39

1. Innledning

1.1. Framtidens utfordringer

Vår evne til å tenke nytt, endre adferd og omorganisere vår virksomhet blir konstant utfordret i en verden i rask endring. Det gjelder ikke minst innen medisin. Derfor har disse utfordringene vært en viktig premiss for arbeidet med prosjektet ”Helse Midt-Norge 2010”, som skal peke ut kursen for framtidens spesialisthelsetjeneste.

Utfordringene vi står overfor, kan oppleves som trusler, men de skaper også muligheter. Prosjektet skal støtte opp om disse mulighetene der utfordringene er størst.

1. Pasienten blir mer og mer klar over sine rettigheter og stadig mer bevisst på kvalitet og kvalitetsforskjeller. Det gjelder både den medisinske kvaliteten vi tilbyr, og måten vi tilbyr tjenestene på. Etterspørselen etter dokumentert kvalitet gjør at vi i større grad må evaluere, dokumentere og synliggjøre *hva* vi tilbyr og *hvorfor* vi tilbyr det.
2. Pasienten utfordrer sin fastlege til å ta stilling om hvilke sykehus som har best kvalitet, og hvor hun anbefaler pasienten å dra. Alliansen mellom pasient og fastlege forsterker bildet av pasienten som den bevisste brukeren av helsetjenester.
3. Fritt sykehusvalg er kommet for å bli. Der det blir dokumentert kvalitetsforskjeller, vil pasient og fastlege i økende grad velge kvalitet framfor nærhet. Vi må derfor sikre høy kvalitet på det tilbudet vi velger å tilby ved lokalsykehusene.
4. Gårsdagens sykehusleger var menn som jobbet mye, som viet seg til faget og overlot ”hjemmearbeidet” til andre. Morgendagens spesialist er like ofte en kvinne som en mann, og både mannlige og kvinnelige spesialister ønsker å kunne gjøre andre ting i tillegg til legejobben. De kommer ikke til å akseptere en like stor vaktbelastning som deres forgjengere påtok seg.
5. Teknologien gjør det i økende grad mulig å flytte deler av spesialisthelsetjenesten nærmere der folk bor, enten i distriktsmedisinske sentra (DMS), eller gjennom samhandling med primærhelsetjenesten. Det som før ble kontrollert på en poliklinikk kan følges opp av fastlegen. Oppfølging av kreftpasienter, egenkontroll ved sukkersyke eller kontroll av høyt blodtrykk er eksempler på dette. Og denne utviklingen vil fortsette.
6. Innføring av moderne informasjonsteknologi reduserer avstanden mellom de ulike nivåene, mellom pasienter og behandler, mellom sykehus og internt i sykehusene.
7. Ambulansetjenesten og de andre akutt-tjenestene utenfor sykehus har fått bedre utstyr og økt kompetanse, og fungerer mer og mer som framskutte sykehus. Avstanden mellom sykehus blir kortere på grunn av bedre infrastruktur og nye veiforbindelser og fastlandssamband. Dette gir økt tilgjengelighet, og gjør det mulig med bedre samhandling og oppgavedeling.

8. Det vil alltid være flere oppgaver enn midler som blir stilt til disposisjon. Selv i det rike landet vårt må vi innrette virksomheten etter rammene, og vi plikter å være kritisk til hvordan vi bruker ressursene.
9. Prioritering vil bli en viktig oppgave også i framtidens helsetjeneste. Der vi har virksomme behandlingstilbud vil Helse Midt-Norge prioritere de sykeste først.

I sum er dette momenter som påvirker helsetjenesten i betydelig grad, og som vi må ta hensyn til når vi planlegger for fremtiden. Utfordringsbildet er komplisert, men det gir oss handlingsrom dersom vi viser vilje til omstilling og nytenkning.

I prosjekt "Helse Midt-Norge 2010" har vi lagt vekt på å tegne utfordringsbildet gjennom en rekke bakteppenotater og en bred involvering i prosjektperioden. Målet har vært å identifisere områder med de største utfordringene i forhold til dagens tjenestetilbud. Det er altså ikke de områdene som fungerer godt som er identifisert, men de tjenestene vi må forbedre for å møte et økende eller endret behov.

Helse Midt-Norge har et "sørge-for" ansvar overfor befolkningen i Midt-Norge. Det betyr et overordnet ansvar for helsetjenester til befolkningen, at kvaliteten er høy, at tjenestene er koordinert slik at pasientene får et helhetlig tilbud og at volumet er tilpasset slik at det ikke blir unødig venting. For å oppfylle ansvaret kan tjenestene gis i egne helseforetak, ved kjøp av tjenester fra private, eller i et samarbeid med primærhelsetjenesten.

Strategi "Helse Midt-Norge 2010" er en overordnet strategi for "sørge-for" ansvaret, men understøttes av de tre delprosjektene:

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

Arbeidet med eierstrategien er ikke avsluttet, og vil bli framlagt som en egen sak for styret for Helse Midt-Norge RHF i mars 2006.

Som en del av arbeidet med strategi "Helse Midt-Norge 2010" vil det bli lagt fram et eget handlingsprogram med konkrete tiltak knyttet opp mot de ulike strategiene. Mange av strategiene fra delprosjektene vil man finne igjen som tiltak i handlingsprogrammet.

Handlingsprogrammet skal gjelde for perioden 2006 – 2010, og skal også legges fram som egen sak i mars 2006. Av hensyn til budsjettbehandlingen for 2006 har man valgt å ta med et begrenset antall tiltak allerede i dette dokumentet.

1.2. Grunnstrukturen i spesialisthelsetjenesten ligger fast

Helse Midt-Norge har en oversiktlig grunnstruktur, med et universitetssykehus i Trondheim (St. Olavs Hospital) hvor de fleste regionfunksjonene ligger, et noe mindre sykehus i Ålesund med et bredt spesialisttilbud, samt 6 lokalsykehus med en geografisk spredning som gir rimelig god tilgjengelighet til sykehustjenester for hele befolkningen. Særlig ressurskrevende tjenester og behandling av sjeldne tilstander foregår ved St. Olavs Hospital. Hele regionen er derfor avhengig av at dette sykehuset fortsatt kan være ledende innen høyspesialiserte tjenester.

St. Olavs Hospital vil innen 2014 framstå som et av Europas mest moderne sykehus, både bygningsmessig og organisatorisk, og gjennom et nært samarbeid mellom klinisk virksomhet og universitetsfunksjon. Dette gir en unik mulighet for tett samarbeid innen undervisning og forskning. Et nært samarbeid med teknologimiljøet ved NTNU gir oss et fortrinn i å utvikle og utnytte moderne teknologi. Vi må legge til rette for at dette kommer hele regionen til gode. Sykehuset vil kontinuerlig bli utfordret på omstillinger som en følge av selve utbyggingen, samt tøffe prioriteringer i en del av medisinen der mulighetene langt overstiger det vi har av tilgjengelige ressurser.

Grunnlaget for en slik utvikling er for en stor del lagt. Den høyspesialiserte delen av medisinen har derfor ikke hatt hovedfokus i dette prosjektet. All erfaring tilsier likevel at området vil ha en sentral plass og høy aktivitet også i den framtidige helsetjenesten. Oppmerksomheten er i større grad rettet mot områder som over tid har hatt lav prioritet, eller der behovene i framtiden ikke kan løses uten betydelig omprioritering og omstilling.

Det å avgrense spesialisthelsetjenestens ansvar kan være vanskelig. Forebygging av sykdom i befolkningen er primærhelsetjenestens oppgave, mens det å forebygge tilbakefall eller forverring av kroniske sykdommer også er spesialhelsetjenestens sitt ansvar. Et effektivt forebyggende arbeid kan redusere behovet for spesialiserte tjenester, og illustrerer hvordan tilbudene i en samlet helsetjeneste påvirker hverandre.

Helse Midt-Norge ønsker å understøtte kommunenes ansvar for det primærforebyggende arbeidet blant annet gjennom veiledning, men vil fortsatt legge vekt på eget ansvar for å utvikle lærings- og mestringsentrene. Spesialisthelsetjenestens sitt ansvar for pasient- og pårørendeopplæring som en del av behandlingen vil bli vektlagt.

1.3. Premisser for strategiarbeidet

En del forutsetninger er overordnet både i forhold til satsingsområdene og de enkelte strategiene, og kan derfor sees på som et verdigrunnlag i det videre arbeidet.

- Overordnet strategi for Helse Midt-Norge, vedtatt 2003, danner plattformen for dette strategiarbeidet. Grunnleggende verdier er *trygghet, respekt og kvalitet*.
- Brukermedvirkning skal ha en sentral plass i planlegging og gjennomføring av tiltak.
- Kvalitetsarbeidet skal vektlegge brukeropplevd kvalitet, jamfør "Lov om pasientrettigheter".
- Spesialisthelsetjenesten er i økende grad "del-leverandør" til et sammensatt behandlingstilbud. Ansvaret for å tilrettelegge for et helhetlig behandlingstilbud krever ledelsens oppmerksomhet, og skal vektlegges både i strategiarbeidet og i gjennomføringen av tiltak.

2. Sammen drag

Det er foreslått seks satsingsområder for Helse Midt-Norge RHF 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

De foreslåtte satsingsområdene er et resultat av en prosess hvor bakgrunnsnotater og analyser har ligget til grunn for diskusjoner med ulike aktører. Møtene med brukere, ledelse og fagfolk i foretakene, private leverandører, kommunehelsetjenesten, lokale politikere, Kommunenes Sentralforbund og andre aktører har bidratt til å komplettere utfordringsbildet og de foreslåtte satsingsområdene.

Vi mener det er sammenheng mellom forslagene til satsingsområder og bakgrunnsnotater, analyser og de kvalitative data som er kommet fram gjennom prosessen. I alle møter hvor det har vært gruppearbeid har man tilstrebet den samme hovedstruktur på spørsmålene gitt i oppgavene som ble besvart. Både satsingsområdene og strategiene har fått sin begrunnelse.

Forslag fra delprosjektene angående samhandling med kommunehelsetjenesten og private leverandører blir en del av handlingsprogrammet i hovedprosjektet. Delprosjektet som omhandler det regionale helseforetaks eierrolle danner grunnlag for forslag om dette som eget strategiområde.

3. Oppdrag

Prosjektets overordnede mål er å utforme og forankre en strategi som sikrer befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige helsetjenester.

Det skal utarbeides et strategidokument som omfatter:

1. Analyser av trender og utviklingstrekk som antas å få særlig betydning for helsetjenesten i årene som kommer, med særlig vekt på de utfordringer disse vil medføre for Helse Midt-Norges virksomhet.
2. Vurdering av alternative strategier for å møte utfordringene, og anbefalinger om hvilke strategier som bør velges, herunder strategier for framtidig oppgave og funksjonsfordeling, samt strategier for lokalsykehusene.
3. Et anbefalt forslag til en modell for finansiering av helseforetak som understøtter de anbefalte strategier.
4. Et program for realisering av de anbefalte strategier.

Styrevedtaket i april 2005 sier at strategidokumentet skal legges fram for behandling i Helse Midt-Norge RHF's styre innen utgangen av 2005.

4. "Sørge for"- rollen

I lov om spesialisthelsetjenesten er helseregionens "sørge for"- ansvar beskrevet i § 2-1a:

"De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. Sykehustjenester
2. Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. Akuttmedisinsk beredskap
4. Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt
5. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3
6. Transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten
7. Transport av behandlingspersonell

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven."

For å fylle denne rollen benytter det regionale helseforetaket, som det er åpnet for i loven, egne foretak eller private tjenesteleverandører. Samtidig er kommunehelsetjenesten den viktigste samarbeidspartneren. I "Lov om helseforetak" § 2 heter det: "Helseforetak er virksomhet som eies av regionalt helseforetak alene og som er opprettet i medhold av § 9".

Her framkommer hovedrolle nummer to for det regionale helseforetak, det å eie helseforetak. Det regionale helseforetaket har således to hovedroller, "sørge for"-rollen og eierrollen.

5. Styring og organisering

Prosjektet er gjennomført i regi av Helse Midt-Norge RHF.

Hovedprosjektet, Helse Midt-Norge 2010, omhandler det som skal til for å sikre befolkningen gode og likeverdige helsetjenester ("sørge for"-rollen). Samtidig er det iverksatt tre delprosjekt for å svare på de utfordringer som ligger i eierrollen (egne foretak), private tjenesteleverandører (avtaler) og samhandling med kommunehelsetjenesten.

5.1. Struktur

Prosjektet har hatt fagdirektøren som prosjekteier, og administrerende direktørs ledermøte som styringsgruppe.

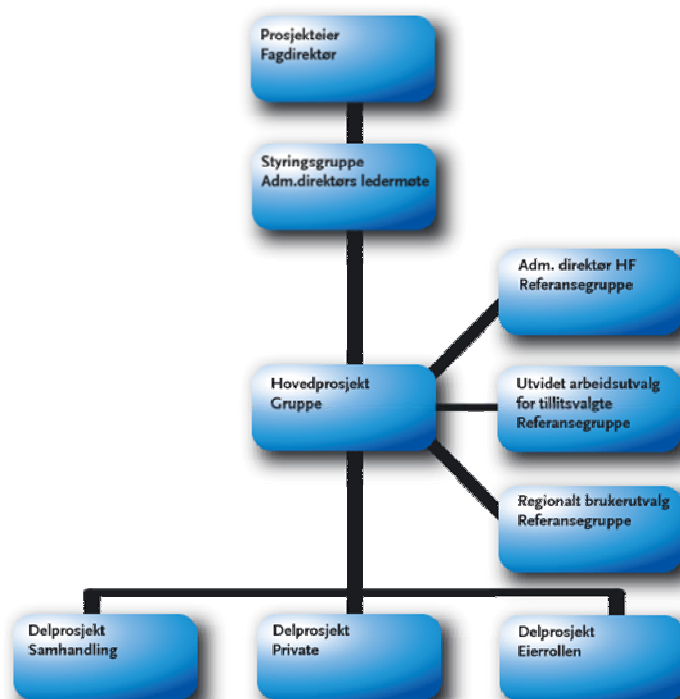
Hovedprosjektgruppen har vært sammensatt av representanter fra det regionale nivå ("sørge for"-nivået).

For å fange opp det regionale helseforetaks ulike roller og oppgaver ble det opprettet tre delprosjekt. Delprosjektene hadde som oppgave å se på:

1. Samhandling mellom helseforetakene og kommunene
2. Forholdet til private leverandører
3. Eierrollen det regionale helseforetak har overfor de ulike helseforetak.

Det regionale brukerutvalget, de tillitsvalgtes utvidede arbeidsutvalg og de administrerende direktørene i helseforetakene i Midt-Norge har vært referansegrupper.

Prosjektorganisasjonen hadde følgende struktur:



5.2. Gjennomføringsprosess

Valgene som tas nå gir føringer for videre strategi- og utviklingsarbeid. Det har vært lagt stor vekt på kommunikasjon underveis i prosessen for å sikre god forankring hos brukere, helseforetak, kommunehelsetjenesten/KS, lokale politikere, private leverandører og andre aktører.

Det har ikke vært lagt opp til skrevne forslag som skulle ut på høring, men kontakt og påvirkningsmuligheter gjennom egne møter arrangert rundt om i hele regionen.

Prosjektet har hatt tre hovedfaser som delvis har ”overlappet” hverandre:

- Fase 1: april – juni. Identifisere og analysere vesentlige trender og utviklingstrekk
- Fase 2: juli – november. Kvalitetssikre analysegrunnlaget. Utforme forslag til alternative veivalg. Ytterligere forankring og formidling gjennom egne møter med ulike aktører
- Fase 3: oktober – desember. Oppsummere og konkludere fra analysegrunnlaget og innspill gitt i ulike møter.

Andre viktige kommunikasjonsmessige strategier har vært:

- Legge til rette for bred medvirkning, åpenhet og innsyn i prosessen. Nyheter og oppdatert grunnlagsmateriale har vært gjort tilgjengelig via det regionale helseforetakets nettsted
- Benytte allerede etablerte møtearenaer og andre kanaler (magasinet HELSE, nyhetsbrev, pressemeldinger, nettsted med mer) i prosjektets kommunikasjon med ulike målgrupper.

Aktuelle tiltak som har vært gjennomført:

- Avdelingsledersamlinger med relevante fagpersoner fra helseforetakene
- Egen konferanse for styremedlemmer på regionalt og foretaksnivå
- Egen konferanse med private leverandører
- Egen konferanse for medarbeidere i kommunehelsetjenesten. Denne konferansen ble arrangert i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund
- Egne møter med ulike aktører på regionalt nivå, politikere og næringsliv
- Dialogmøte med fylkesordførerne i regionen
- Møte med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, eieravd.)
- Eget møte med representanter fra fastleger/kommuneleger
- Helseforetakene har hatt egne møter med lokale politikere/kommuner
- Representanter fra det regionale helseforetak har vært i møte med ”Byer i Midt-Norge”
- Komitemøte i Sør-Trøndelag fylkeskommune
- Brukerutvalgskonferanse og andre møter med brukerne
- Fylkestinget i Møre og Romsdal
- Styremøter på regionalt nivå og helseforetaksnivå hvor prosjektet har vært behandlet
- Møter med referansegruppene etter egen plan
- Omtale i magasinet HELSE, eget nyhetsbrev, pressemeldinger, nettsted og helseforetakenes kanaler

Totalt har representanter fra det regionale helseforetaket deltatt i over 50 møter i perioden august – november gjennom ledere og deltakere i hovedprosjektgruppa.

Det er også mottatt egne uttalelser adressert direkte til Helse Midt-Norge RHF, eller som kopi av uttalelser til lokale helseforetak.

6. utfordringer

For å vise hvilke utfordringer (utfordringsbilde) helseregionen står overfor ble det utarbeidet faglige bakgrunnsnotater og egne analyser.

Følgende bakgrunnsnotater ble utarbeidet:

1. Den nye pasientrollen
2. Medisinsk teknologi og fagutvikling, nye behandlingsmetoder, spesialisering og teknologiutvikling
3. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
4. Helsepolitikkreformer, samfunnsmessige konsekvenser
5. Samfunnsutvikling - endringer i bosettingsmønster/befolkningens sammensetting
6. Finansiering og ressurser
7. Arbeidsdeling

Det er utført følgende analyser:

1. Behov- og behovsdekning, kapasitet og kapasitetsutnyttelse
2. Forbruk/forbruksmønster, pasientstrømmer og valg
3. Analyser innen psykisk helsevern
4. Fremskrivning av forbruket somatiske sykehustjenester

6.1. Bakgrunnsnotater

6.1.1. Den nye pasientrollen

Notatet er utarbeidet og godkjent av regionalt brukerutvalg. Her vil det bli gitt et oppsummert utdrag fra notatet.

Oppsummering:

Generelle trekk ved utviklingen er:

- Pasienten velger helsetjenester
- Pasienten deltar i behandlingen
- Pasientens kunnskap benyttes i utforming av tjenestetilbudet

Forventningene til morgendagens spesialisthelsetjeneste er høye:

- Høy kvalitet på tjenesten og at kvaliteten blir synliggjort
- Å bli møtt med respekt, og at hele mennesket blir ivaretatt
- At kvalitet og service vurderes fra pasientens ståsted
- Kort ventetid og god tilgjengelighet
- God og forståelig informasjon om undersøkelser og behandling
- At pasientens kompetanse blir benyttet i behandlingen
- At opplæring av pasienter og pårørende integreres i behandlingsforløpet
- Sammenhengende behandlingstilbud, uavhengig av tjenesteytere

- God samhandling med primærhelsetjenesten og andre aktører
- Tilbud om behandling i annen helseregion eller i utlandet gis dersom ikke nødvendig behandlingstilbud finnes i regionen

Spesielle grupper som i dag ikke har tilfredsstillende tilbud:

- Mennesker med kroniske og sammensatte lidelser
- Barn, ungdom og voksne med psykiske lidelser, rusmisbruk og kombinasjon av psykiske lidelser og rusmisbruk
- Pårørende, spesielt barn
- Eldre mennesker

Anbefalinger for å styrke helsetjenestetilbudet:

”Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge vektlegger helsefremmende tiltak og behovet for å styrke det forebyggende helsearbeidet. Opplæring av pasienter og pårørende griper inn i forebyggende og helsefremmende arbeid, og er et nødvendig tilbud til mange mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Likemannsarbeid er et viktig bidrag til opplærings- og informasjonsarbeidet, derfor må spesialisthelsetjenesten legge til rette for likemannsarbeid. Brukerne framhever spesielt betydningen av lærings- og mestringssentrene som en bidragsyter for å skape gode arenaer for opplæring og informasjon.

Satsing for å styrke samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er nødvendig. Brukerorganisasjoner og helsepersonell fra ulike nivå må samarbeide om behandlingsopplegg og løsninger for å skape forutsigbare og helhetlige behandlingsskjeder.

For å utvikle og forme helsetjenestetilbudene må brukerorganisasjoner og brukerutvalg involveres enda mer. Brukermedvirkning og systematisk innhenting av brukererfaringer vil føre til kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet.”

6.1.2. Medisinsk teknologi og fagutvikling - nye behandlingsmetoder, spesialisering og teknologiutvikling

Oppsummering:

- Samarbeidet med NTNU, som i dag er landets ledende teknologiuniversitet, gir oss store muligheter for både å utvikle ny teknologi og å omsette etablert kunnskap til praktisk klinisk arbeid. Innflyttingen i det nye St. Olavs Hospital vil gi oss enda tettere bånd mellom klinisk medisin og forskning. Det vil bli viktig å utnytte dette fortrinnet.
- Dette gir oss også et særskilt ansvar for å tilrettelegge for forskning og utvikling på områder som ikke drives fram av en sterk teknologiutvikling. Dette gjelder særlig innenfor fagområdene rus, psykiatri og rehabilitering.
- Andelen eldre over 67 år vil i et litt lengre perspektiv øke, men det skjer først etter 2010. Det betyr at vi kan benytte denne perioden til å utvikle nye behandlingsmetoder og organisatoriske modeller for å tilrettelegge behandlingstilbudet bedre for de med sammensatte lidelser og omfattende hjelpebehov fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er et økende

behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester og gode samhandlingsmodeller for å kunne ivareta de eldre og kronikergruppene på en tilfredsstillende måte.

- Funksjonsfordeling mellom helseforetakene og oppgavedeling mellom offentlig og privat sektor vil være viktige strategiske avgjørelser i perioden. Oppgavefordelingene må baseres på brukerperspektivet. Det må tas hensyn til både faglige- og kvalitetsmessige aspekt, samt samfunnsmessige kostnader, jamfør innledningen til dette notatet.
- De anvendte behandlingsmetodene skal være kunnskapsbaserte, og det må stimuleres til systematisk evaluering av behandlingseffekter både av nye og gamle behandlingsmetoder.

6.1.3. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom

Oppsummering:

- 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 nødvendig behandling. Noen ganger skjer behandlingen på skadestedet eller i hjemmet, i andre tilfeller på lokalsykehuset eller i et mer spesialisert sykehus.
- Kvaliteten på det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen avhenger i stor grad av kompetansen, kapasiteten og effektiviteten i den samlede akuttmedisinske kjeden.

6.1.4. Helsepolitiske reformer, samfunnsmessige konsekvenser

Oppsummering:

- Det er viktig at den strategiske prosessen blir lagt opp på en slik måte at det blir plass for det lokale engasjementet. Historien viser at slikt engasjement alltid vil være til stede i helsepolitiske debatter hvor det kan bli spørsmål om sykehusstruktur og arbeidsdeling.
- De senere år har vist at nøkkelen til et godt pasienttilbud er samspillet mellom kommunene samt mellom sykehusene og kommunene. Skal vi møte både økningen av antall eldre og de eldres økende bruk av sykehus, må samspillet settes i fokus. Vi må passe på at avstanden og ”gråsonene” mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke øker fordi begge avgrensner sitt ansvar og begrenser sine tjenester ut fra økonomiske motiv.
- Det gjenstår fortsatt betydelige utfordringer i å prioritere riktig. Forståelsen av begrepet ”rett til nødvendig helsehjelp” varierer både innad i de enkelte institusjoner, og mellom institusjoner. Innen fagområdene må det utarbeides mer presise kriterier for prioritet, og en mer enhetlig praktisering av individuelle frister. Dette bør være både en nasjonal og regional oppgave, og en forutsetning for at målsettingen om likeverd i tjenestetilbudet kan oppfylles.

- Klagesaker og avvikshendelser viser at det vil bli et økende krav til pasientinformasjon og medvirkning.
- Spesialisthelsetjenesten må ikke bare bruke sine ressurser på ”reparasjon”, men også på helsefremmende og forebyggende arbeid. Samtidig må det være et fokus på rehabilitering, habilitering og behandling av kronisk syke.
- De senere år har det skjedd en utvikling mot økte rettigheter for pasientene, og et grunnleggende prinsipp om ”borgerens” rett til valg av sykehus. Samtidig har de private sykehusene blitt en viktig samarbeidspartner. De private er en viktig ressurs som bidrar både til kapasitet og som et korrektiv til det offentlige.
- Ambisjonene med reformen begrenset seg ikke bare til å overta eierskap. Reformen skulle gis et substansielt og fornyende innhold hvor tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skulle kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunns- og ledelsesmessig ansvar.

6.1.5. Samfunnsutvikling - endringer i bosettingsmønster/befolkningens sammensetning

Oppsummering:

- Fram mot 2010-2020 forventes det ingen endringer i regionens befolkning eller bosettingsmønster som krever særlige tiltak på regionnivå. Pågående vei- og tunnelprosjekter kan få betydning ved vurdering av funksjons- og oppgavefordelingen internt i det enkelte HF. En økning i antall eldre som bor alene kan imidlertid føre til at eldres behov for spesialisthelsetjenester kan øke mer enn det økningen i antall eldre skulle tilsi.

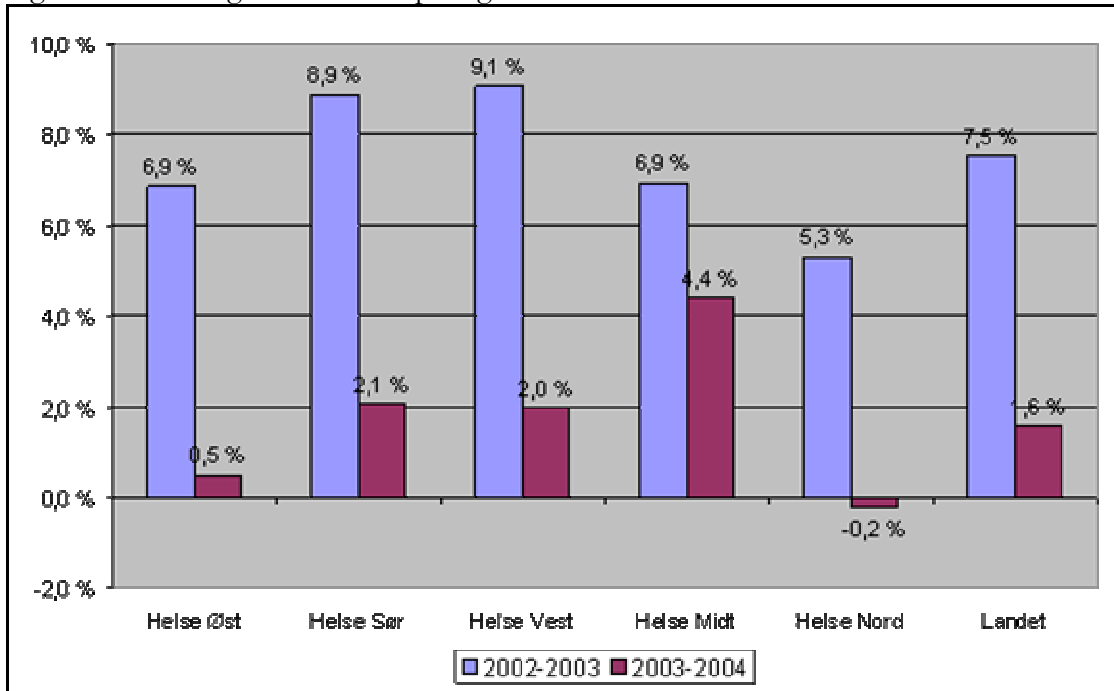
6.1.6. Finansiering og ressurser

Oppsummering:

- I 2004 fikk spesialisthelsetjenesten overført om lag 65 milliarder kroner. Dels kom disse inntektene som rammeoverføringer, og dels kom de som en følge av pasientbehandling. Noe av overføringene var øremerket til spesielle formål, mens andre ressurser kunne mottakeren disponere fritt. Overføringene kom både fra staten og rikstrygdeverket. Dette viser at finansieringssystemet slik det er utformet i dag både bygger på flere prinsipper for overføring (ramme vs. stykkpris), ivaretar flere politiske målsettinger (frie inntekter vs. øremerking) og kommer fra flere kilder (stat vs. RTV).

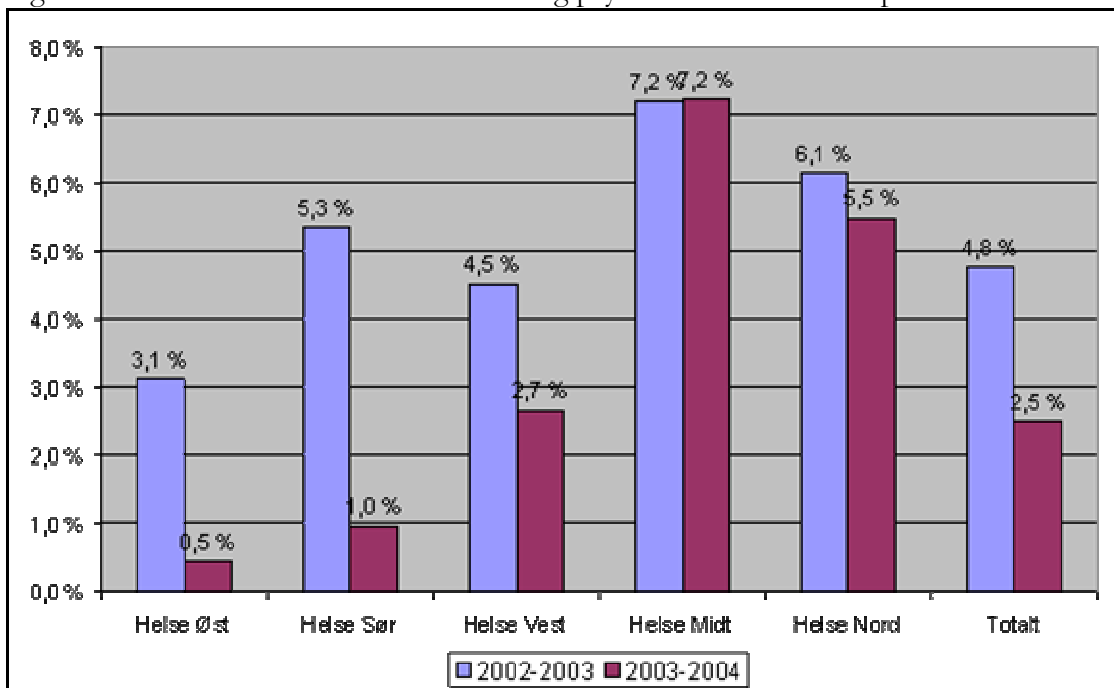
Figur 2 viser aktivitetsutviklingen i de fem regionale helseforetakene etter eierskapsreformen. Helse Midt-Norge utmerker seg med en særlig kraftig vekst fra 2003 til 2004. For øvrig er det en tendens til at den kraftige aktivitetsveksten de siste årene nå er i ferd med å flate ut.

Figur 2: Vekst i registrerte DRG-poeng, 2002-2004.



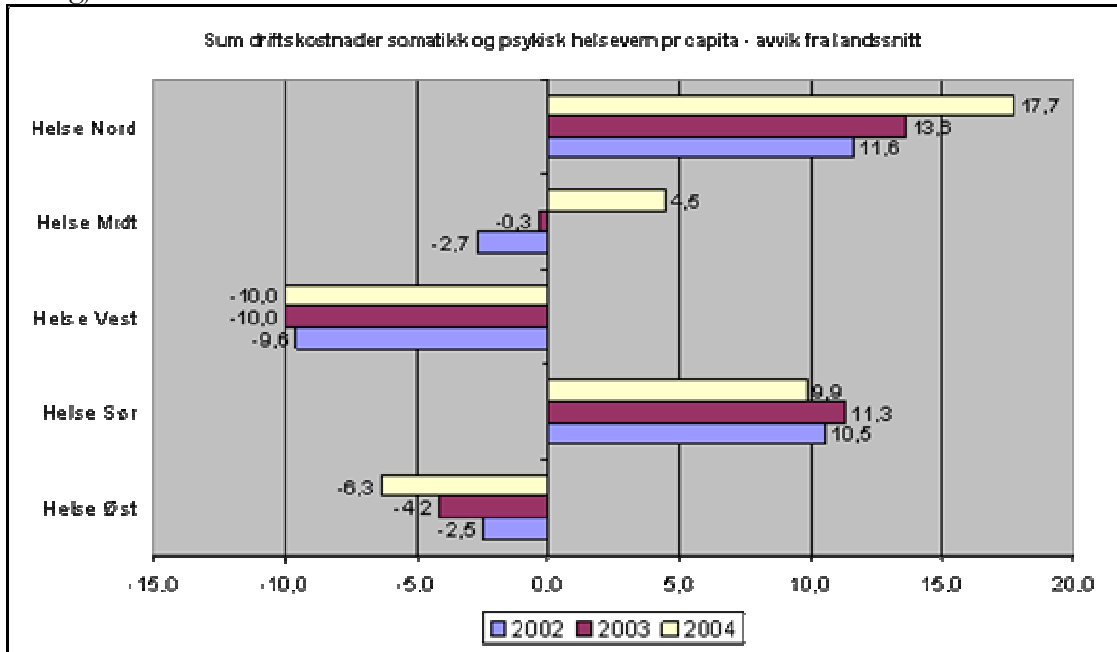
Helse Midt-Norge har også en relativt kraftig vekst i kostnader etter reformen (figur 3).

Figur 3: Samlet vekst i kostnader somatikk og psykisk helsevern. Faste priser 2002-2004



Den kraftige veksten i de siste årene har ført til at Helse Midt-Norge nå ligger over landsgjennomsnittet i bruk av ressurser til somatikk og psykisk helsevern.

Figur 4: Kostnader pr innbygger til somatikk og psykisk helsevern. Avvik fra landsgjennomsnitt. 2002-2004



Regnskapsmessig resultatutvikling 2002-2004

Årsresultat

	2002	2003	2004	Sum 2002-04
Foretaksgruppen totalt	- 180,7 Mkr.	- 554,3 Mkr.	- 648,6 Mkr.	1.383,6 Mkr.

	2002	2003	2004	Sum 2002-04
Helse Sunnmøre	-49,6 Mkr.	-89,2 Mkr.	-102,0 Mkr.	-240,8 Mkr.
Helse Nordmøre og Romsdal	-61,5 Mkr.	-112,2 Mkr.	-95,2 Mkr.	-268,9 Mkr.
St. Olavs hospital	14,7 Mkr.	- 301,3 Mkr.	-326,9 Mkr.	-613,5 Mkr.
Helse Nord-Trøndelag	-33,3 Mkr.	-97,2 Mkr.	-78,4 mkr.	-208,9 Mkr.

Helse Midt-Norges kostnader overstiger inntektene hvert år i perioden. Dette er en utvikling som ikke kan fortsette. Enten må inntektene opp eller kostnadene ned. Inntektsgrunnlaget bestemmes 100 % av bevilgningene som gis av Stortinget.

Helse Midt-Norge vil motta en større andel av de nasjonale bevilgningene (92 Mkr.) som følge av endret fordeling mellom regionene (Hagen – utvalget). Utover dette vil den økonomiske situasjonen kun bedre seg ved at det bevilges mer til helsesektoren, omprioriteres ytterligere mellom regionene, kostnadene reduseres eller ved at foretakene

øker DRG-produksjonen (forutsetter en gjennomsnittlig kostnad som er lavere enn 60 % av DRG-prisen).

6.1.7. Arbeidsdeling

Ved etableringen av Helse Midt-Norge som regionforetak ble det opprettet fire helseforetak (HF) med ansvar for tjenester både for somatikk og psykisk helsevern. I tillegg ble sykehusapotekene organisert som eget helseforetak. Da Helse Midt-Norge overtok ansvaret for rusbehandlingen i 2004, ble også denne organisert som eget foretak. Felles for de fire første var et tydelig geografisk opptaksområde. Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF samt Helse Sunnmøre HF har alle mellom 114 000 og 130 000 innbyggere, mens St. Olavs Hospital HF har det dobbelte. I hvert av de fire HF-ene er det to somatiske sykehus, der det ene har et noe bredere tjenestetilbud enn det andre.

Helse Midt-Norge har en oversiktlig sykehusstruktur, med et Universitetssykehus i Trondheim (St. Olavs Hospital) hvor de fleste regionfunksjonene ligger, et sykehus i Ålesund med et noe bredere somatisk tjenestetilbud enn de andre lokalsykehusene, og 6 lokalsykehus med en geografisk spredning som gir rimelig god tilgjengelighet til sykehustjenester for hele befolkningen. Arbeidsdelingen er også i dag slik at særlig ressurskrevende tjenester og behandling av sjeldne tilstander foregår ved St. Olavs Hospital, og hele regionen er derfor avhengig av at dette sykehuset fortsatt kan være ledende innen høyspesialiserte tjenester.

St. Olavs Hospital vil innen 2014 framstå som et av Europas mest moderne sykehus, både bygningsmessig og organisatorisk, gjennom det nære samarbeidet mellom den kliniske virksomheten og universitetsfunksjonen. Dette gir en unik mulighet for et tett samarbeid innen undervisning og forskning. Det nære samarbeidet med teknologimiljøet ved NTNU gir oss mange fortrinn i utviklingen og utnyttelsen av moderne teknologi. Vi må tilrettelegge for at dette også i framtiden skal komme hele regionen til gode. Sykehuset vil i denne perioden kontinuerlig utfordres på omstillinger, både som følge av selve utbyggingen, men også på bakgrunn av tøffe prioriteringer i en del av medisinen der mulighetene langt overstiger det vi har økonomisk evne til.

Det er vesentlig å skille mellom oppgavedeling mellom sykehus. Det kan innebære at tilbudet innenfor et spesialområde er kanalisert til et bestemt sykehus. Men det kan også innebære at enkelte utredningsprosedyrer utføres bare ved de større sykehusene, og at de pasientene som trenger nettopp denne prosedyren må overføres til et mer spesialisert sykehus. En slik "arbeidsdeling" er vanlig innen de fleste spesialiteter når undersøkelsen krever kompetanse eller utstyr som det ikke er grunnlag for å ha annet enn på de mer spesialiserte sykehusene.

I dette notatet er det først og fremst oppgavedelingen som beskrives.

6.2. Analyser

6.2.1. Behov og behovsdekning - kapasitet og kapasitetsutnyttelse

Gjennomførte forbruks- og behovsanalyser på aggregert nivå viser:

- Det har vært en betydelig vekst i befolkningens bruk av sykehustjenester fra 2000 til 2004.

- Det er store ulikheter mellom de forskjellige deler av regionen når det gjelder bruk av sykehustjenester. Levanger sykehusområde har et markert lavere forbruk av sykehustjenester enn de øvrige sykehusområdene, og dette er spesielt uttalt når det gjelder elektive sykehusopphold. Kristiansund sykehusområde ligger helt i toppskiktet samlet sett, og er i en klasse for seg når det gjelder øyeblikkelig hjelp.

Den sterke veksten i bruk av sykehustjenester er først og fremst et resultat av innsatsen for å få ned ventelistene, og av den ekstra kapasitet som ble skaffet til veie i den forbindelse, blant annet fra private sykehus.

I tråd med dette finner vi sterkest vekst i den elektive delen av virksomheten. Det er uvisst hvordan utviklingen vil bli når ventelistene er kommet ned på det nivået de skal. Vil vi få en overkapasitet som fylles opp med pasienter som ikke burde få prioritet?

Geografiske ulikheter i bruk av helsetjenester er et velkjent fenomen både i Norge og i de landene vi sammenligner oss med. Mange studier, både i Norge og andre land, viser at årsakene ofte er vanskelige å identifisere. En vanlig forklaring er at forskjellene primært reflekterer ulikheter i tilgjengelig kapasitet, men det er vanskelig å utelukke andre årsaker også. Dette gjelder spesielt årsaken som er mest relevant helsepolitisk sett, nemlig at forskjellene gjenspeiler geografiske ulikheter i sykelighet og behov. Resultatet kan bli at man aksepterer situasjonen som den er, og venner seg til å leve med ulikhetene.

Helse Midt-Norges ”sørge for”-ansvar krever at vi forholder oss konkret til store ulikheter i forbruket av tjenester. I bestillerdokumentet for 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet oppfordres vi til å identifisere områder med overkapasitet, og frigjøre ressurser slik at de kan overføres til områder hvor tilbudet er mangelfullt. Vi må regne med at vi i årene som kommer vil bli sterkere utfordret på dette området, men vi mangler metoder og systemer for å ivareta denne delen av ”sørge for”-ansvaret på en måte vi kan stå inne for. Dette er en strategisk utfordring.

6.2.2. Forbruk/forbruksmønster - pasientstrømmer og valg

En pasientstrømanalyse på aggregert nivå viser følgende forhold som er relevante i strategisk sammenheng:

- Private kommersielle sykehus tok i 2004 hånd om 10,7 prosent av vår elektive virksomhet målt i DRG-poeng. Det tilsvarer 5,2 prosent av vår samlede ISF-finansierte virksomhet.
- Befolkningen i Kristiansund sykehusområde benytter i høy og økende grad St. Olavs Hospital, og dobbelt så hyppig som befolkningen i Molde sykehusområde (2004). Dette gjelder i særlig grad elektiv virksomhet, men også øyeblikkelig hjelp.
- Bruken av St. Olavs Hospital fra Levanger sykehusområde ligner den fra Nordmøre, både når det gjelder omfanget og utviklingen over tid.

De private, kommersielle sykehusene har til nå vært et ekstra kapasitetstilskudd i arbeidet med å redusere ventelistene. Nå er målene for ventelistereduksjonen langt på vei nådd.

Bruken av private sykehus trenger derfor en annen begrunnelse. Denne begrunnelsen bør ha form av en policy som vi kan stå for, og som vi kan henvise til når vi får spørsmål fra omverdenen om innhold og omfang av vår bruk av private sykehus.

Bruken av St. Olavs Hospital fra Nordmøre og Romsdal har nådd et slikt omfang, og utvikler seg på en slik måte at det berører sykehusenes kapasitetsbehov og økonomi i betydelig grad. Det samme kan sies om den omfattende og økende bruken av St. Olavs Hospital fra Levanger sykehusområde.

Med fritt sykehusvalg, og så lenge St. Olavs Hospital har tilstrekkelig kapasitet, må vi være forberedt på fortsatt økning i bruken av St. Olavs Hospital. Helse Midt-Norge må ta stilling til om denne utviklingen er ønskelig, om det skal iverksettes tiltak for å stanse eller reversere utviklingen, eller om den tvert imot skal oppmuntres og forsterkes. Svarene på disse spørsmål kan få betydelige konsekvenser for de berørte foretakene.

6.2.3. Analyser innen psykisk helsevern

Det er erkjent at psykisk helsevern i dag ikke har den kapasitet som må til for å gi god behovsdekning. Dette gjelder både BUP (barne- og ungdomspsykiatrien) og VOP (voksenpsykiatrien). Opptappingsplan for psykisk helsevern 1998-2008 er iverksatt for å rette på dette. Et sentralt spørsmål som analysene må gi svar på er om vi ligger på en kurs som gjør at målene for opptappingsplanen vil bli nådd. Et annet viktig spørsmål er om vi i dag kan peke på områder hvor opptappingsplanens mål ikke er tilstrekkelige eller hensiktsmessige.

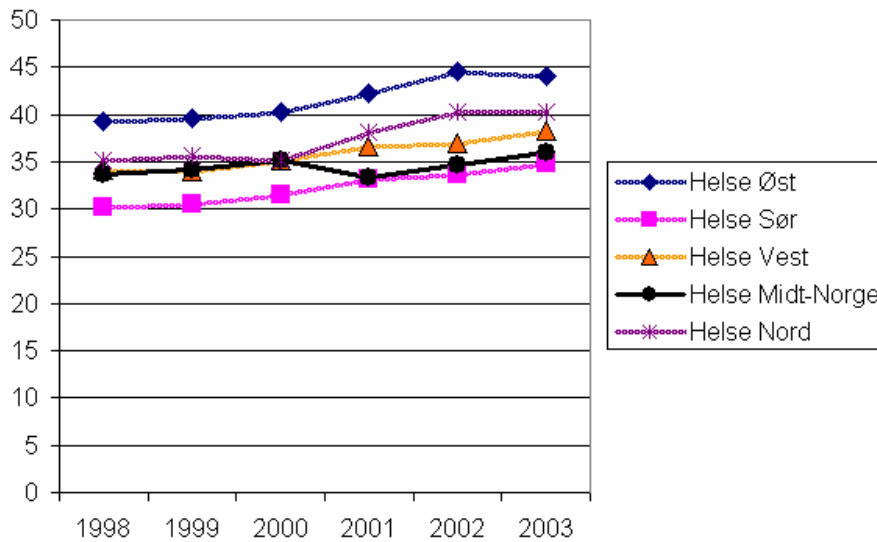
De data vi har om aktivitetene innen psykisk helsevern er mindre sikre enn de vi har for den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Dette henger delvis sammen med at kvaliteten på de data som rapporteres inn fra våre helseforetak ikke har vært god nok. En del av den type analyser som er gjort for den somatiske virksomheten vil derfor ha mindre verdi innenfor psykiatrien, dette gjelder for eksempel forbruksanalyser og analyser av pasientstrømmer.

Samlet ressursinnsats til psykisk helsevern

Figur 1 (neste side) viser hvordan personalinnsatsen i psykisk helsevern, målt i årsverk per 10 000 innbygger, utviklet seg i de fem helseregionene i perioden 1998 til 2003. Nasjonale tall for 2004 foreligger ennå ikke.

Helse Midt-Norge ligger lavt, og hadde en negativ utvikling til og med 2001. Fra 2002 har Midt-Norge hatt den sterkeste prosentvise veksten av alle regionene, og den fortsatte også i 2004.

I Midt-Norge har veksten i personalinnsats vært klart sterkere i BUP enn i VOP. Opptappingsplanen sitt mål om økt personalinnsats vil bli nådd før periodens utløp når det gjelder BUP. Dersom de siste års vekst fortsetter, vil også målet for VOP bli nådd.



Figur 1. Personalinnsats i psykisk helsevern, målt som antall årsverk per 10 000 innbygger, i de fem helseregionene.

Voksenpsykiatri – døgntilbud

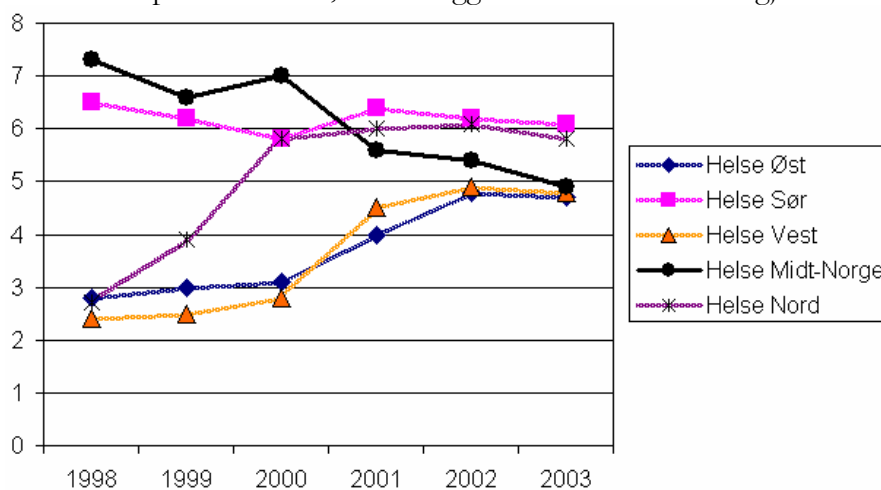
Antall voksenpsykiatriske døgnplasser i Midt-Norge har gått ned i perioden etter 1998, slik det har gjort i alle regioner bortsett fra Helse Nord.

Helse Nord har hele tiden hatt færre døgnplasser per 10 000 voksen innbygger enn de øvrige regioner. Nest etter Helse Nord er det Midt-Norge som har den laveste dekningsgraden.

Utbygging av distriktpsikiatriske sentra er et hovedelement i opptrappingsplanen.

Figur 3 viser hvordan utviklingen har vært til nå.

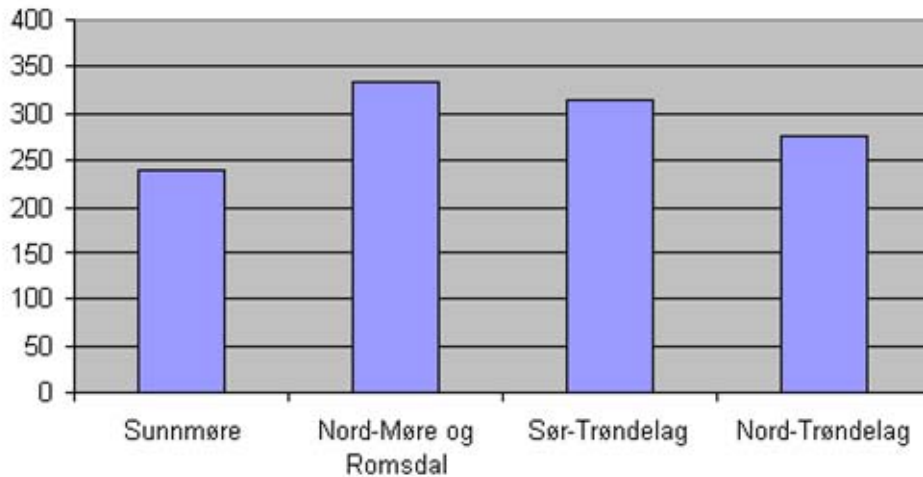
I Midt-Norge har det vært en markert nedgang i antall døgnplasser i DPS. Antall plasser økte med 5 prosent i 2004, men vi ligger fortsatt under landsgjennomsnittet.



Figur 2. Antall døgnplasser i DPS per 10 000 innbygger over 18 år i de enkelte regioner.

Figur 4 viser antall oppholdsdøgn per 1000 innbygger i de enkelte deler av regionen. Mangel på sikre data gjør at oppholdsdøgnene ikke er fordelt etter pasientens bosted.

Noen av oppholdsdøgnene som er tatt med for Helse Nordmøre og Romsdal kan for eksempel gjelde pasienter fra Sunnmøre osv. Noe av forskjellene kan derfor skyldes funksjonsdeling og fritt sykehusvalg, men det antas at de i hovedsak viser reelle forskjeller som blant annet kan skyldes historie og tradisjon.



Figur 3. Antall oppholdsdøgn per 1000 innbygger i voksenpsykiatriske institusjoner i de ulike deler av regionen.

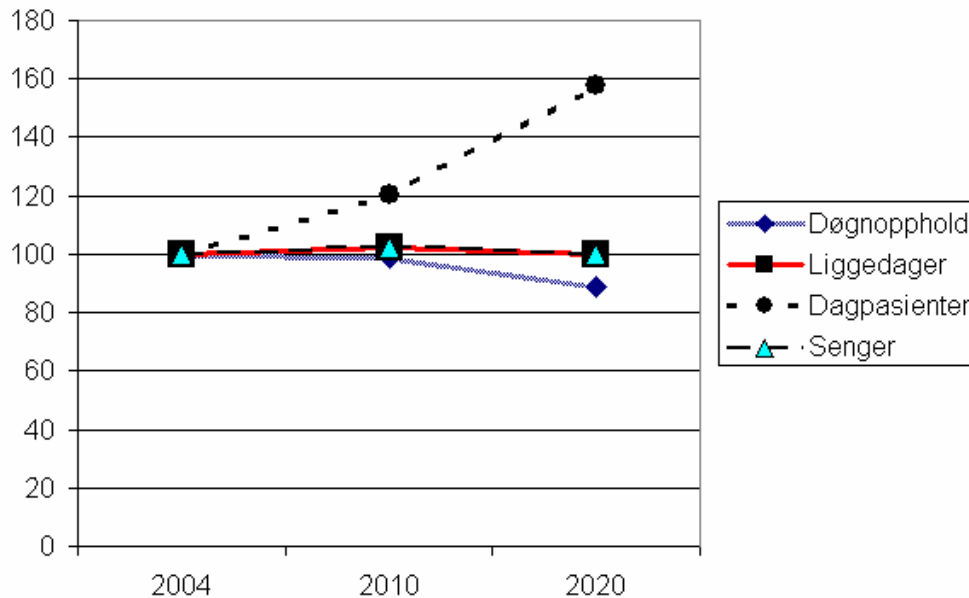
Vi ser en ulikhet mellom helseforetakene når det gjelder antall oppholdsdøgn per 1000 innbygger i de forskjellige deler av regionen.

6.2.4. Fremskrivning av forbruket av somatiske sykehustjenester

Behovet for somatiske sykehustjenester er framskrevet fra 2004 til 2010 og 2020. Fremskrivningen er basert på samme modell og forutsetninger som blant annet Helse Øst og Helse Sør har benyttet.

Det ventes bare små endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning fram til 2020, og heller ingen vesentlige endringer i sykdomspanorama. De mest vesentlige endringene som forventes er knyttet til endringer i medisinsk teknologi og praksis. Modellen tar hensyn til dette. Den bygger på en langtidstrend som gir en viss årlig vekst i behovet ut over det som følger av voksende folke mengde og flere eldre. Den forutsetter også at overgangen fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk fortsetter, og at liggetidene for døgnpasienter fortsatt reduseres.

Hovedresultatet er vist i figur 1 som viser en markert økning i dagbehandling inkludert dagkirurgi. Antall liggedager og antall senger vil derimot holde seg noen lunde konstant. Fremskrivningen viser en viss reduksjon av antall døgnopphold mot slutten av perioden.



Figur 1. Fremskrivning av døgnopphold, dagopphold, liggedager og senger i Midt-Norge fra 2004 til 2010 og 2020.

Det er gjort tilsvarende fremskrivninger for befolkningen i hvert HF-område. Resultatene blir i hovedsak de samme for hvert område. Avvikene som fremkommer er gjennomgående små, slik Tabell 1 viser.

Tabell 1. Prosentvis endring i behovet for døgnplasser etter HF-område

	2004	2010	2020
Helse Sunnmøre	100	102	97
Helse Nord-Møre og Romsdal	100	102	97
St. Olavs Hospital	100	103	102
Helse Nord-Trøndelag	100	102	100

Hovedpunkter

- Kapasiteten for dagbehandling, dagkirurgi og poliklinisk behandling må økes betydelig.
- Behovet for døgnplasser ventes ikke å endre seg vesentlig fram til 2020.
- Hvordan døgnplassene må fordeles mellom sykehus og helseforetak vil være avhengig av framtidig funksjons- og oppgavefordeling, og av framtidige pasientstrømmer.
- Det er usikkert hvordan resultatene vil påvirkes av endrede prioriteringer, blant annet av økt innsats for rehabilitering, kronisk syke og eldre.

7. Innspill fra delprosjektene

7.1. Samhandling

Dette delprosjektet skal ha hovedfokus på samhandling mot kommunehelsetjenesten, men størstedelen av tiltakene forutsetter et tilsvarende fokus på samhandling både innad i kommunehelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor følger konklusjonene i delprosjektet. Delprosjektet som helhet finnes vedlagt.

7.1.1. Verdigrunnlag for samhandling

Pasientene skal i sitt møte med helsetjenesten oppleve sammenheng i tjenestetilbudet uavhengig av hvilke enheter eller nivåer de mottar tjenestene fra. Skal vi lykkes med dette, er det av avgjørende betydning at vi utvikler et felles verdigrunnlag. Dette verdigrunnlaget må gjenspeiles i måten vi formulerer våre mål og strategier på, i måten vi organiserer oss på, måten ledelsen utøves på og ikke minst i måten vi opptrer i det daglige arbeidet.

De regionale helseforetakenes strategi for samhandling og desentralisering må ta utgangspunkt i pasientens behov for helhetlige tjenester.

Trygghet, respekt og kvalitet er grunnleggende verdier som skal ligge til grunn for kontakten og samarbeidet med brukere og samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten. Brukermedvirkning skal sikres ved aktiv deltagelse i utarbeidelse av overordnede strategier og gjennomføringen av disse.

7.1.2. Befolkningen skal tilbys et helhetlig, sammenhengende tjenestetilbud

Strategi:

- De regionale helseforetakene har ansvar for å utforme overordnede strategier for samhandling. Det forutsettes at de lokale samarbeidspartnerne ivaretar arbeidet med de konkrete tiltakene og tilpasningen til de lokale forholdene.
- Helse Midt-Norge RHF skal i tillegg ta et særlig ansvar for at samhandlingstiltakene gjennomføres av et tydelig ledelsesfokus på alle nivåer.
- Strategier for samhandling må innarbeides i avtalene med private spesialister og andre private aktører.
- Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal være preget av forutsigbarhet.

7.1.3. Pasientgrupper med størst behov for samhandling skal prioriteres

Strategier:

Helseforetakene må sikre at pasientgrupper med størst behov for samordning av tjenester blir prioritert, og bidra aktivt til at pasienter i disse gruppene får tilbud om individuell plan.

Eksempel på slike grupper er:

- Kreftpasienter
- Eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- Terminalt syke pasienter (palliativ omsorg)
- Kronisk syke (hjerte og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente med flere)
- Personer med alvorlig psykisk lidelse
- Personer med rusavhengighet

Det må utvikles og tas i bruk relevante data og analyseverktøy for å identifisere pasientgruppene, og kartlegge hvor samhandlingen svikter.

Innsatsen innen geriatri, rehabilitering og habilitering må styrkes.

7.1.4. Trygg og effektiv informasjonsutveksling

Strategier:

- Helse Midt-Norge vil fortsette å arbeide for at både primærlegene og omsorgstjenesten i kommunene blir en del av Norsk helsenett.
- Helse Midt-Norge vil arbeide for å sikre tilstrekkelig kvalitet på den informasjonen som sendes, og at den er tilgjengelig når våre samarbeidspartnere trenger den.

7.1.5. Desentralisering av spesialisthelsetjenester

Desentralisering av spesialisthelsetjenester har betydning for de pasientene som slipper å reise, men er også et viktig redskap for bedre dialog med primærhelsetjenesten.

Desentraliserte tilbud kan utvikles til en arena for gjensidig veiledning og slik bidra til å styrke alle ledd i behandlingsskjeden. En slik veiledning kan skje mellom ulike yrkesgrupper.

Desentralisering kan organiseres som kontordager i utvalgte kommuner, som del av innholdet i distriktsmedisinske sentra (DMS) eller som ambulering fra spesialavdelinger i større sykehus til lokalsykehusene. Desentraliserte tilbud kan også gis som ambulante tverrfaglige team, slik vi kjenner det fra områdegeriatri, habilitering og rehabilitering.

Strategi:

- Helse Midt-Norge skal vektlegge nærhet og kontinuitet i behandlingen, og arbeide for et desentralisert spesialisttilbud der dette er faglig og ressursmessig forsvarlig. Desentralisering skal forankres i ledelsen og fagmiljøene i helseforetakene.
- Desentralisering av tjenester benyttes for å sikre nærhet i de tilfellene hvor dette er nødvendig for at pasientene skal kunne benytte seg av tilbudet.
- De desentraliserte tilbudene skal organiseres slik at de understøtter primærhelsetjenestens arbeid og bidrar til redusert behov for spesialiserte tjenester.

7.1.6. Bruk av økonomiske virkemidler for å understøtte samhandling

Dagens finansieringsmodeller er i liten grad innrettet på å finansiere tiltak i ”gråsonen” mellom nivåene, det vil si der ansvaret for tiltak er delt. ”Samfinansiering” mellom foretak og kommuner er forsøkt, men erfaringene er at delte løsninger viser seg lite robuste over tid. Som eksempler kan nevnes finansiering av sykestuer og intermediæravdelinger. Det er behov for finansieringsmodeller som i større grad understøtter samhandlingstiltak der dette gir det beste tilbudet for pasienten.

Strategi:

- Helse Midt-Norge vil bidra til at det utvikles nasjonale finansieringsmodeller som understøtter samhandling i gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Helse Midt-Norge vil, i samarbeid med helseforetakene og kommunene, bidra til at det utprøves finansieringsmodeller som understøtter samhandlingen mellom nivåene.

7.1.7. Utdanning, undervisning og forskning

Kunnskap om samhandling er avgjørende for tilretteleggingen av det daglige arbeidet både på ledernivå og hos de enkelte medarbeiderne. Samhandling som tema må derfor bli mer synlig både i grunn- og videreutdanningen.

Strategi:

- Helse Midt-Norge vil sammen med NTNU og Høgskolene sikre at kunnskap om samhandling blir en viktig del av grunn- og videreutdanningen.
- Helse Midt-Norge skal bidra til økt kompetanse om effekter av samhandling både gjennom evaluering av egne pilotprosjekt og gjennom egne forskningsprogram.

7.1.8. Bruk av telemedisinske løsninger

Strategi:

- Telemedisinske løsninger som kan øke behandlingskvaliteten, redusere belastende reiser og som kan gi en mer effektiv samlet ressursutnyttelse må videreutvikles og brukes aktivt for å desentralisere deler av spesialisthelsetjenesten.

7.2. Private leverandører

Dette delprosjektet skal sette samarbeidet med de private i fokus.

Private leverandører omfatter:

- Private, kommersielle sykehus
- Private røntgeninstitutter
- Private rusinstitusjoner
- Avtalespesialister (leger og psykologer)
- Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner
- Transport

Nøkkeltall 2004

- Den private virksomheten utgjorde regnskapsmessig 5.4 % av det regionale helseforetaks totale utgifter. (I tillegg til tilskudd fra det regionale helseforetakene, får avtalespesialister, opptreningsinstitusjoner og private røntgeninstitusjoner betaling fra Rikstrygdeverket (RTV)).
- Aktivitet utført av private kommersielle sykehus utgjorde 5.4 % av total DRG aktivitet og 10.4 % av planlagt (elektiv) DRG aktivitet.
- Aktiviteten til avtalespesialistene utgjorde 21.9 % av summen som ble brukt til konsultasjoner totalt. Det betyr at mer enn hver 5. spesialistkonsultasjon foregår hos private avtalespesialister.
- Helseregion Øst har 34.99 avtalespesialister pr 100 000 innbygger mot helseregion Midt-Norge med 14.41 avtalespesialister pr 100 000 innbygger.
- Ovennevnte kommer fram i vedlegg ”Delprosjekt private leverandører”.

Strategier

- Helse Midt-Norge RHF sine avtaler med private leverandører skal være et supplement til det offentlige tilbudet, og bidra til å gi pasientene et bedre tilbud samlet sett. Det må avklares i hvor stort omfang Helse Midt-Norge skal gjøre bruk av private, og hvilket volum dette skal ha.
- Private leverandører kan som både supplement, korrektiv, alternativ og utfordrer til helseforetakene bidra til at publikum raskere får behandling, bidra til raskere omstilling og bedre utnyttelse av ressursene. Samtidig kan de bidra til raskere investeringer i ny teknologi slik at publikum får tilgang til denne på et tidligere tidspunkt.
- Foruten å være et supplement, korrektiv, alternativ eller utfordrer til helseforetakene, kan private også være en total leverandør innenfor et nærmere angitt område.
- Helse Midt-Norge RHF kan benytte private leverandører innenfor alle typer hovedoppgaver. Det vil kreve forutsigbarhet, og at avtalene har en viss varighet.
- Det regionale helseforetaket må ta hensyn til konsekvensene som kravene til akuttberedskap gir med hensyn til organisering og funksjonsfordeling av den totale spesialisthelsetjeneste innenfor alle områder.
- Ønske om å ”spre det som kan spres” av tilbudet gir økte muligheter dersom man benytter avtalespesialistordningen aktivt. Det innebærer at man kan inngå driftsavtaler med spesialister hvor virksomheten utøves i distriktene, nært aktuelle brukere.
- Skal private sykehus være en alternativ leverandør til helseforetakene må avtalene inneholde et visst volum. De private leverandørene påpeker at dette volumet burde være på minimum 10 %.

7.3. Helseforetakene - eierstrategier

Helse Midt-Norges eieransvar omfatter alle enheter som eies av Helse Midt-Norge RHF. Pr. oktober 2005 gjelder det:

- Det regionale helseforetaket (RHF's virksomhet) med RHF-avdelinger (Hemit, Helsebygg Midt-Norge) og prosjekter.
- Helseforetakene inkludert Rusbehandling Midt-Norge HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF.

Eieransvaret innebærer å løse oppdragene fra ”sørge-for”-delen av Helse Midt-Norge, gjennom styring og utvikling av innsatsfaktorene innenfor helseforetaksgruppen. Helse Midt-Norges eierstrategi beskriver en overordnet eierstrategi for foretaksgruppen fram mot 2010, slik at helseforetaksgruppen i Midt-Norge kan tilby spesialiserte helsetjenester med god kvalitet, god tilgjengelighet og akseptabel kostnad til befolkningen i Midt-Norge.

Eierstrategien tar utgangspunkt i et målbilde som bygger på de seks satsingsområdene som er definert av hovedprosjektet ”Helse Midt-Norge 2010”. Videre defineres og beskrives tre inndelinger av oppgaver i sykehusene:

- Lokalsykehusoppgaver
- Tilleggsoppgaver
- Universitetssykehusoppgaver/andre regionale oppgaver

Helse Midt-Norge skal satse på lokalsykehus for å ivareta kvalitet, helhet og trygghet i geografisk nærhet, og lokalsykehustjenestene skal derfor finnes i alle sykehus i regionen. Tilleggsoppgaver og regionale oppgaver skal fordeles på enkelte sykehus i regionen for å oppnå kvalitetsgevinst og økonomisk gevinst. Gjennom fokusering på pasientforløp skal tilbudene i de ulike sykehusene bindes sammen.

Eierstrategien har en særlig oppgave i å vise hvordan Helse Midt-Norge skal nå sine økonomiske mål, og må derfor vise tydelig både hvor foretaksgruppen skal satse og hvor den skal spare.

Ut fra målbildet er det utformet strategier med tiltak på følgende områder:

- Styrking av lokalsykehusoppgaver
- Fordeling av tilleggsoppgaver
- Regionale og nasjonale oppgaver
- Forbedring av pasientforløp
- Medisinske støttetjenester
- Administrative og tekniske støttetjenester
- Organisering av foretaksgruppen. Her kommer sammendraget fra eierstrategigruppa.

7.4. Oppsummering

Av de tre delprosjektene vil eierperspektivet som omhandler forholdet til helseforetakene danne grunnlag for et eget strategiområde.

De to andre delprosjektene vil bli tatt inn som tiltak i hovedprosjektets handlingsprogram.

8. Satsingsområder

8.1. Følgende satsingsområder foreslås

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

8.2. Begrunnelse for valgene og krav til de mål og strategier som blir valgt

8.2.1. Psykisk helsevern og rusbehandling

Området er nasjonalt prioritert, og Helse Midt-Norge har langt igjen før vi har nådd de nasjonale målene. De ulike prosessene som har vært kjørt som en del av dette prosjektet viser en bred enighet om nødvendigheten av økt innsats, og at prioritering av dette området nødvendigvis må gå på bekostning av andre områder.

Både mål og strategier på dette området må markere at det er nødvendig med en reell omfordeling av ressurser fra den somatisk delen av virksomheten. Psykisk helsevern og rusbehandling må med andre ord få større økning i ressurstilgangen enn andre områder. Rusområdet får sitt eget program som sikrer at de økonomiske ressursene blir brukt for å gi området et faglig løft. Det er samtidig nødvendig å øke kunnskapen hos de ansatte samtidig som tilgangen på nye medarbeidere ikke må bli en flaskehals. Rekrutteringsproblemer må ikke bli årsaken til manglende måloppnåelse.

8.2.2. Sammenheng i behandlingstilbudet

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 kvalitet. Økende spesialisering og funksjonsfordeling gir i tillegg spesielle organisatoriske utfordringer.

Bedre samhandling er et nasjonalt prioritert område, og det ble i 2004 utarbeidet en rapport, NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt", med forslag til felles regionale strategier.

Ansvaret for diagnostikk og behandling er delt mellom kommunene og helseforetakene. Denne spesialiseringen "stykker opp" pasientforløpene innad i spesialisthelsetjenesten. Det blir da avgjørende å etablere en ledelseskultur som legger til rette for sammenhengende pasient- og behandlingstilbud. Samtidig er det viktig å utvikle finansieringssystemet slik at det understøtter gode behandlingsforløp. Strategiene må avspeile dette.

8.2.3. Kronisk syke og syke eldre

Mer enn halvparten av pasientene på sykehusene er eldre, og ved de medisinske avdelingene er gjennomsnittsalderen over 70 år. De siste 10 årene har antall akuttinnleggelses økt langt mer enn antall 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.

Flere av de eldre trenger omsorgstjenester fra kommunehelsetjenesten, og har derfor stort behov for en sammenhengende behandlingsskjede.

Felles for disse gruppene er at de har sykdommer som varer 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.

8.2.4. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom

Bevisstheten om kvalitet er økende både hos utøverne og brukerne av helsetjenester.

Mange er villige til å reise for å oppnå kort ventetid og høy kvalitet.

Samtidig er det behov for nærhet både ved akutt sykdom og når behandlingen er omfattende og langvarig. Med økende spesialisering og funksjonsfordeling har mange følt at lokalsykehusfunksjonen var truet.

Stortinget har derfor vedtatt at lokalsykehusfunksjonen skal styrkes for de vanligste sykdommene, og skal utvikles som en trygghetsbase for befolkningen.

Det er nødvendig med strategier for hvordan akuttfunksjonen best skal ivaretas selv om ikke alle skal ferdigbehandles der.

Målet er å skape trygghet for befolkningen uavhengig av hvor man bor i regionen, og samtidig sikre kvalitet på tjenestene når akuttsituasjoner oppstår og det er behov for hjelp. Trygghet krever tilgjengelighet til en del basistjenester lokalt, samtidig som vi må sikre transport videre for pasienter som trenger mer spesialisert behandling. Fødetilbud er en slik basistjeneste som betyr mye for befolkningens trygghet.

8.2.5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet

Dokumentasjon av produksjonen er helt avgjørende både for kvalitetsvurdering, og for å kunne sammenligne kostnadseffektivitet. På en rekke områder er rapporteringen tilfeldig, og i en form som gjør det vanskelig å sammenligne samme behandling fra ulike tjenesteytere. Det er for eksempel ikke mulig å sammenligne kostnadseffektivitet mellom private og offentlige tjenesteytere på en tilfredsstillende måte.

Samarbeidsmøtene med de private tjenesteyterne viser at det er et sterkt ønske om at det stilles både kvalitetskrav og krav om rapportering, og at det skjer på måter som gjør at tjenester både i det offentlige og det private kan sammenlignes.

Bevisstheten i befolkningen om kvalitet i valg av helsetjenester gjør at det er et økende behov for å synliggjøre kvaliteten.

Alt kvalitetsarbeid skal ta utgangspunkt i ”pasientopplevd kvalitet”, jamfør ”Lov om pasientrettigheter”. Dokumentasjon av kvalitet er avgjørende for arbeidet med å forbedre tjenestetilbudet. 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.

8.2.6. Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Helseforetaket har et ansvar for spesialisthelsetjenesten innenfor gitte økonomiske rammer. En kostnadseffektiv produksjon vil gi mer helse for pengene. Det er også begrunnelsen for bruk av anbudskonkurranser ved kjøp av private tjenester. God ressursutnyttelse vil gi handlingsrom for de prioriterte tjenestene. Dette gjelder ikke minst innenfor den offentlige delen av tjenestetilbudet, som i volum står for ca 95 % av tilbudet.

Uttrykte mål og strategier må bidra til å bygge en kultur som respekterer rammen for de ressurser som er til rådighet. Innenfor denne rammen skal regionen innfri sitt ”sørge for”-ansvar.

God økonomistyring gir handlingsrom for nødvendige omprioriteringer for å nå de målene som er satt.

8.3. Mål, strategier og tiltak tilknyttet det enkelte satsingsområde

8.3.1. 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:
 - Realisere opptrappingsplanen.
 - Omfordele ressurser fra somatikk til psykisk helsevern og rusbehandling.
 - Forbedre produktiviteten ved at ressursene blir utnyttet bedre.
- Iverksette regionalt rusprogram
- Forbedre kunnskapsgrunnlaget i tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling

8.3.2. Sammenheng i behandlingstilbudet

Mål:

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

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

8.3.3. Kronisk syke og syke eldre

Mål:

Kronisk syke og syke eldre skal oppleve trygghet, nærhet og kvalitet i tilbudet. Behandlingen skal bidra til økt mestring og økt 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.
- Kompetansen innen eldremedisin, læring og mestring skal økes.

8.3.4. 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 akutt-funksjoner.
- Mer samarbeid og bedre oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten.
- Sikre at helsetjenesten utenom sykehus (pre-hospital tjeneste) utstyres og organiseres slik at den akuttmedisinske kjeden blir tilfredsstillende.

8.3.5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet

Mål:

God og pålitelig informasjon om kvaliteten i sykehusstilbudet skal være enkel å få tak i, og 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/akredittering og faglig revisjon som virkemidler.

8.3.6. 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.

9. Handlingsprogram 2006 – 2010

Innledning:

Et fullstendig handlingsprogram 2006 – 2010 vil bli utarbeidet og lagt fram for styret i møte i mars 2006.

For 2006 blir følgende tiltak viktige:

1. Synliggjøre omfordeling mellom somatikk og psykiatri/rus i budsjettet for 2006. Forbruk følges opp gjennom løpende rapportering (regnskap for 2006).
2. Velge ut områder for oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten og i samarbeidet med kommuner og private. I første omgang vil vi starte med sikkerhetspsykiatri og neonatalmedisin. Øvrige områder vil bli konkretisert i løpet av første halvår 2006.
3. Utarbeide en helhetlig prosessbeskrivelse for utvalgte pasientforløp. Den tidligere beslutningen angående kreftkirurgi skal vurderes i 2006. Man skal også se på om man har klart å ivareta et helhetlig pasientforløp. Øvrig kreftbehandling vil også bli gjennomgått. Ved videre bearbeiding av handlingsprogrammet vil akutte syke og aktuelle kronikergrupper bli foreslått for en tilsvarende vurdering.
4. Revidere og justere plan for prehospitale tjenester, herunder avklare spørsmålet om driftsansvar for ambulansetjenesten.
5. Utvikle system for kostnads- og kvalitetskontroll på pasientnivå (KPP).

10. Vedlegg

10.1. Bakgrunnsnotater

Den nye pasientrollen
Medisinsk teknologi og fagutvikling - nye behandlingsmetoder, spesialisering og teknologiutvikling
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
Helsepolitikk - reformer, samfunnsmessige konsekvenser
Samfunnsutvikling - endringer i bosettingsmønster/befolkningssammensetning
Finansiering og ressurser
Arbeidsdeling

10.2. Analyser

Behov og behovsdekning - Kapasitet og kapasitetsutnyttelse
Forbruk/forbruksmønster - pasientstrømmer og valg
Psykisk helsevern
Fremskrivning av forbruket av somatiske sykehustjenester

10.3. Delprosjektene

Samhandlingsprosjekt
Private leverandører
Eierstrategier

10.4. Utrykte uttalelser