

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Fonna HF

DATO: 18.03.2016
FRÅ: Administrerende direktør
SAKSHANDSAMAR: Olav Klausen

SAKA GJELD: Prosjektdirektiv. Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i nasjonal helse- og sjukehusplan

ARKIVSAK:
STYRESAK: 011/16

STYREMØTE: 04.04.2016

Administrerende direktør si orientering pkt.5

1 vedlegg

Vedlagt er prosjektdirektiv til prosjektet «Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan».

I etterkant av prosjektet tar ein sikte på å sende sluttrapporten på høyring. Tilrådingane frå prosjektet og innspel frå høyringsrunden vil bli lagt fram for styret i Helse Fonna HF og styret i Helse Vest RHF.

Odda og Stord sjukehus
i lys av føringane i
Nasjonale helse- og sjukehusplan (2016-2019)

Dokumentkontroll**Godkjenning**

Versjon	Dato	Namn	Organisasjon/Tittel	Kommentarar
1.0	09.02.16	Herlof Nilssen	Adm.dir. Helse Vest RHF	Godkjent

Endringslogg

Versjon	Dato	Tillegg/Endring	Endra av

Vedlegg

#	Namn
9.1	Bakgrunnsdokument

Innhold

1	Prosjektinformasjon	4
2	Mandat	5
3	Bakgrunn	6
3.1	Kva medfører planar og vedtak for utviklingsprosjektet	6
4	Prosjektets målsetting	6
4.1	Mål	6
4.2	Kritiske suksessfaktorar	6
5	Prosjektgjennomføring	7
5.1	Overordna framdriftsplan	7
5.2	Hovudmilepælar	8
6	Prosjektorganisering	8
6.1	Prosjekteigarskap	8
6.2	Prosjektgrupper (Stord sjukehus og Odda Sjukehus)	8
6.3	Arbeidsgrupper	9
6.4	Sekretariat	9
6.5	Rapportering og statusmøte	10
6.6	Vedtak og implementering av løysing	10
7	Budsjett	10
8	Kommunikasjonsstrategi	10
8.1	Målgrupper	10
8.2	Kommunikasjonstiltak	10
9	Vedlegg	11
9.1	Bakgrunnsdokument	11

1 Prosjektinformasjon

Prosjektnamn		Prosjektnummer
Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)		xxxxxx
Organisasjon / eining		Prosjektkategori
Prosjektet er eigd av Helse Vest RHF. Prosjektet blir gjennomført som to delprosjekt i Helse Fonna HF: Stord sjukehus Odda sjukehus		Utviklingsprosjekt
Prosjekteigar	Ansvar for avklaringar	Prosjektleiar
Helse Vest RHF Herlof Nilssen Helse Fonna HF Olav Klausen	Prosjektgruppa er ansvarleg for å leggja fram tilråding til prosjekt eigar. Dersom det er behov for avklaringar med prosjekteigar undervegs, er det prosjektleiar som har ansvaret for at dette blir tatt opp med prosjekteigarane.	Helge Bryne, seniorrådgivar, Helse Vest RHF

2 Mandat

Mandat

Arbeidet skal bygge på omtale av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019). Prosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidssretta og trygt tenestetilbod ved Odda og Stord sjukehus der nærleik, tilgjengelegheit, at ein blir møtt med omsorg og respekt og at tenestene er trygge og av høg kvalitet, står sentralt. Prosjektet skal også fokusere på korleis dei ressursane som er lokalisert til sjukehuset blir effektivt utnytta.

Nasjonal helse- og sjukehusplan er ein viktig del av regjeringa sitt arbeid for å skape pasientens helseteneste. Planen skal sikre trygge sjukehus og betre helsetenester, uansett kvar du bur. Nasjonal helse- og sjukehusplan gjeld for perioden 2016-2019, men beskriv og drøftar utviklingstrekk fram mot 2040. Nasjonal helse- og sjukehusplan har sju hovudområder og mål:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Alle måla har eige kapittel i sjukehusplanen www.sykehusplan.no

I Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF, krav og rammer for 2016, heiter det:
Forslaga som er lagt fram i Meld.St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019) vil få stor innverknad på helseføretaka. Stortinget skal behandle meldinga våren 2016. Styra i dei regionale helseføretaka må gjere seg kjent med innhaldet og starte arbeidet med å førebu verksemdene på forslaga som ligg i Nasjonal helse- og sjukehusplan, mellom anna ved å samle inn data og førebu dialog med kommunane.

Målet er at prosjektet skal vera avslutta til sommaren 2016.

Prosjektorganisering

Prosjektet blir organisert med ei prosjektgruppe for Stord sjukehus og ei prosjektgruppe for Odda sjukehus. Begge prosjektgruppene får same mandat.

Prosjekteigar er Administrerande direktør i Helse Vest RHF og Helse Fonna HF.

Prosjekteigar har ansvar for

- godkjenning av prosjektdirektiv og omfang
- behandling og godkjenning av endringar i prosjektets omfang

Prosjektgrupper

Det blir oppretta ei **prosjektgruppe** for Stord sjukehus leia av Helge Bryne med følgjande deltaking:

- 3 representantar frå Helse Fonna HF (1 representant frå Stord sjukehus)
- 2 representantar frå kommunane
- 1 representant frå vernetenesta
- 2 representantar frå dei tillitsvalde (Haugesund og Stord)
- 1 brukarrepresentant
- 1 representant frå Helse Vest RHF

Det blir oppretta ei **prosjektgruppe** for Odda sjukehus leia av Helge Bryne med følgjande deltaking:

- 3 representantar frå Helse Fonna HF (1 representant frå Odda sjukehus)
- 2 representantar frå kommunane
- 1 representant frå vernetenesta
- 2 representantar frå dei tillitsvalde (Haugesund og Odda)
- 1 brukarrepresentant
- 1 representant frå Helse Vest RHF

Sekretariat/ekstern bistand

Til prosjektgruppa skal det etablerast eit sekretariat som blir utpeika av Helse Vest RHF. Det kan også bli nytta ekstern bistand til strategisk rådgiving og analyse av talgrunnlag ved behov.

3 Bakgrunn

Dei nasjonale føringane ligg til grunn for oppfølginga regionalt og lokalt. Nedanfor er vedtak og dokument lista opp.

- Føretaksmøte for Helse Vest RHF 12. januar 2016
- Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)
- NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus
- St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreforma

3.1 Kva medfører planar og vedtak for utviklingsprosjektet

Utforminga av tenestetilbodet ved sjukehusa i Odda og Stord skal gjerast innanfor rammene i føringane som er omtalte over. Utviklingsprosjektet skal og vere med å bidra til at utforminga av tenestetilbodet blir framtidretta og at løysingane ein finn er utviklingsorienterte.

Veksten i ei samla helseteneste skal først og fremst skje i kommunane, og kommunane skal sørge for ei heilskapleg tenking rundt førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging. Utviklinga av eit framtidretta lokalsjukehus må difor ha ei rolle som understøttar kommunehelsetenesta og utviklast i samarbeid med kommunehelsetenesta.

4 Prosjektets målsetting

4.1 Mål

Finne løysingar som sikrar eit framtidretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik, samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammor som gjeld for helseføretaket.

4.2 Kritiske suksessfaktorar

- Dei som bur i Sunnhordland og Indre Hardanger skal kjenne seg trygge på at dei har eit godt spesialisthelsetenestetilbod.
- Medarbeidarane skal være trygge for at det er behov for dei og den kompetansen dei tilfører sjukehusa.
- Helse Vest og Helse Fonna vil legge til rette for gode prosesser etter at Nasjonal helse- og sjukehusplan er vedtatt.
- Samhandling og gjensidig respekt - sikre involvering og framdrift. Prosjektet skal gjennomførast med deltakarar som representerer ulike interesser og institusjonar (føretak, kommunar, tilsette (verneombod og tillitsvalde), brukarar). Skal ein nå måla som er satt for prosjektet er det viktig å vise respekt for dette, og vere einige i felles spelereglar og korleis diskusjonar, eventuelle konflikter og kommunikasjon handterast.

- Kommunikasjon og informasjon eksternt. Prosjektet må på ulike vis bidra til informasjon om arbeidet i prosjektet og prosessane må gjerast tilgjengeleg for lokalbefolkning og kommunane i regionen.
- Koordinering og samhandling med tilstøytane prosjekt som for eksempel Strategiplanen for Helse Vest, Helse 2030.

5 Prosjektgjennomføring

5.1 Overordna framdriftsplan

Prosjektet blir gjennomført med fem hovudfasar:

1. Planlegging
2. Innsamling av faktagrunnlag, analyse av data, delutgreiingar, avklaring av premissar
3. Vurdere alternative løysingar
4. Vurdere konsekvensar og risiko
5. Prioritering og anbefaling av løysing.

Fase 1 og 2 i prosjektet startar opp februar 2016 og skal vere ferdigstilt og presentert seinast mars 2016.

Fase 3, 4 og 5 blir gjennomført i perioden mars - juni 2016.

Framdriftsplanen er svært stram, og det er behov for at dei som deltar har høve til å arbeide intensivt gjennom våren 2016 om ein skal klare denne stramme framdriftsplanen.

Prosjektgruppene (Stord og Odda) arbeider parallelt. Tidsrammene for dei ulike tema og område innanfor prosjektet vil vere ulike.

Prosjektfasar og hovudaktivitetar:

1) Planleggingsfasen

- Formål: Etablere prosjektdirektiv, prosjektorganisasjon og sikre god forankring
- Hovudaktivitetar:
 - Få på plass prosjektorganisering
 - Sikre eit omforent direktiv og tilnærming
 - Framdriftsplan, kven skal gjere kva, når
 - Sikre godt samarbeid med kommunane i Sunnhordland og Indre Hardanger
 - Møteplan og involvering
 - Kommunikasjonsplan, sikre naudsynt informasjon kring prosjektet

2) Datainnsamling og analyse

- Formål: Skaffe naudsynt informasjon for vidare utgreiingar
- Hovudaktivitetar:
 - Behovsframskriving
 - Aktivitetsanalysar og analysar av pasientstraumar
 - Kartlegge ø-hjelp aktivitet
 - Innhente andre relevante data

3) Vurdere forslag til løysing

- Formål: Utarbeide og dokumentere alternative løysingar som dannar grunnlag for val
- Hovudaktivitetar:
 - Omtale innhaldet i pasienttilbodet
 - Vurdere moglege organisering av tilbodet

4) Vurdere konsekvensar og risiko

- Formål: Vurdere konsekvensar av aktuelle løysingar
- Hovudaktivitetar:
 - Vurdere konsekvensar (risiko og sårbarheitsvurdering) ved dei ulike løysingane
 - Kvalitet og pasienttryggleik
 - Kostnadseffektivitet
 - Samarbeid med kommunehelsetenesta og fastlegane
 - Heilskaplege koordinerte tenester tilpassa lokalbefolkninga sine behov

5) Prioritering og anbefaling av løysing

- Formål: Konkretisere og prioritere anbefalte løysingar og forslag til tiltak
- Hovudaktivitetar:
 - Anbefaling av forslag til løysing
 - Plan for implementering av løysing
 - Sluttrapport

5.2 Hovudmilepælar

Milepælar for prosjektet vil bli fastsette når arbeidsgrupper er nedsett.

Førebels er følgjande hovudmilepælar etablert for fase 1 og 2 i prosjektet

	Milepæl	Fase	Dato
	Vedteke prosjektdirektiv	1	Februar 2016
	Presentasjon av data for no situasjon	2	Februar 2016
	Presentasjon av alternative løysingar innanfor ulike område	3	Mai 2016
	Presentasjon av konsekvensanalyse av ulike løysingar	4	2016
	Sluttrapport med prioriterte og anbefalte løysingar	5	2016

6 Prosjektorganisering

6.1 Prosjekteigarskap

Prosjekteigar har ansvar for:

- Godkjenning av prosjektdirektiv og omfang
- Behandling og godkjenning av endringar i prosjektets omfang
- Godkjenne bruk av midlane etter tilråding frå prosjektleiar

6.2 Prosjektgrupper (Stord sjukehus og Odda Sjukehus)

Prosjektgruppene og prosjektleiar har ansvar for å:

- Oppnå målsetjingane for prosjektet i tråd med prosjektdirektiv frå prosjekteigar.
- Planleggje og sikre framdrift i prosjektet
- Motivere og gjennomføre
 - Skape eit godt samarbeidsmiljø
 - Handtere eventuelle konflikter
 - Tenkje nytt og framtidsretta
- Sikre intern kommunikasjon i prosjektet
 - Kommunisere prosjektets målsettingar og arbeidsoppgåver i prosjektgruppa og til eventuelle underliggende arbeidsgrupper
 - Ta i vare interessentar og deira forventningar til prosjektet

Følgjande prosjektgruppe er etablert for **Stord** sjukehus:

Rolle	Stilling	Namn	Reprenter
Prosjektleder	Tidlegare viseadm dir Helse Vest RHF,	Helge Bryne	Helse Vest RHF
Prosjektmedtaker	Fagdirektør	Haldis Lier Økland	Helse Fonna HF
Prosjektmedtaker	Klinikkdirektør Stord	Reidun Rasmussen Mjør	Helse Fonna HF
Prosjektmedtaker	Klinikkoverlege Stord	Ralf Teetzman	Stord sjukehus
Prosjektmedtaker	Ordfører	Harry Herstad	Stord kommune
Prosjektmedtaker	Kommunalsjef	Knut Johannes Gram	Stord kommune
Prosjektmedtaker	Klinikkverneombod	Kim Olsen	Vernetenesta Stord
Prosjektmedtaker	Tillitvald	Anne Cathrine Skaar	FTV DNLF
Prosjektmedtaker	Tillitvald	Kjetil Andre Våge	FTV NSF
Prosjektmedtaker	Brukarrepresentant	Else Berit Ingvaldsen	
Prosjektmedtaker	Seniorrådgjevar	Ingvill Skogseth	Helse Vest RHF

Følgjande prosjektgruppe er etablert for **Odda** sjukehus:

Rolle	Stilling	Namn	Reprenter
Prosjektleder	Tidlegare viseadm dir Helse Vest RHF,	Helge Bryne	Helse Vest RHF
Prosjektmedtaker	Fagdirektør	Haldis Lier Økland	Helse Fonna HF
Prosjektmedtaker	Klinikkdirektør	Berit Haaland	Helse Fonna HF
Prosjektmedtaker	Seksjonsleder	Ingunn Olin Haugen	Odda sjukehus
Prosjektmedtaker	Ordfører	Roald Aga Haug	Odda kommune
Prosjektmedtaker			Kommunane
Prosjektmedtaker	Føretaksverneombod	Randi Guddal	Vernetenesta Fonna
Prosjektmedtaker	Tillitsvald	Anne Cathrine Skaar	FTV DNLF
Prosjektmedtaker	Tillitsvald	Arvid Storgjerde	HTV Fagforbundet
Prosjektmedtaker	Brukarrepresentant	Else Berit Ingvaldsen	Brukarrepresentant
Prosjektmedtaker	Seniorrådgjevar	Ingvill Skogseth	Helse Vest RHF

6.3 Arbeidsgrupper

For delar av arbeidet kan det vere aktuelt å opprette eigne arbeidsgrupper for å løyse konkrete arbeidsoppgåver. Arbeidsgruppene vil levere eigne leveransar til prosjektgruppa undervegs i prosjektarbeidet. Arbeidsgruppene kan peikast ut av prosjektgruppa.

6.4 Sekretariat

Prosjektet har eit sekretariat bestående av:

- Ingvill Skogseth, seniorrådgjevar Helse Vest RHF
- Hilde Rudlang, seniorrådgivar Helse Vest RHF
- Analyseavdelinga Helse Vest RHF, ved Hege Fjell Urdahl og Terje Beck Nilsen
- Informasjonsrådgjevar
- Eventuell prosjektbistand frå Rammeavtalen med Deloitte

6.5 Rapportering og statusmøte

Førebels er følgjande plan for rapportering og statusmøte sett opp, denne vil endrast og vidareutviklast ved behov.

Aktivitet	Frekvens	Ansvar	Kommentar
Prosjektgruppeleiar rapportering til prosjekteigar	Anna kvar veke eller ved behov	Helge Bryne	

6.6 Vedtak og implementering av løysing

Prosjekteigar, Helse Vest RHF Herlof Nilssen og Helse Fonna HF Olav Klausen, har ansvar og mynde i høve vedtak og implementering av desse.

7 Budsjett

Dei driftsmessige konsekvensane av prosjektet skal etter prosjektperioden kunne løysast innanfor dei økonomiske rammene som gjeld for Helse Fonna HF.

8 Kommunikasjonsstrategi

Kommunikasjon og informasjon er viktig for sikre lokal forankring, vere proaktiv i høve eventuelle konflikter og søkje å unngå desse.

Prosjektet sitt kommunikasjonsmål er aktivt å informere og opplyse om arbeidet prosjektet gjennomfører, og sikre alle interessentar enkel tilgang til slik informasjon.

Kommunikasjon i og frå prosjektet skal vere tufta på fakta, og i hovudsak omhandle konkrete avgjerder og konkret framdrift i prosjektarbeidet.

Kommunikasjonen kring prosjektet skal kjenneteiknast av at den er:

- Pedagogisk, formidle aktivt og lettfatteleg
- Tilgjengeleg, informasjon om prosjektet skal med kortast mogleg tidstap gjerast offentlig
- Hyppig, det skal søkast å svare på alle spørsmål
- Konkret, svare konkret og lettfatteleg på spørsmål
- Ærleg, ubehagelege nyheiter skal kommuniserast på lik linje med positive nyheiter

8.1 Målgrupper

Viktige målgrupper for prosjektet vil vere:

- Befolkninga og kommunane i Sunnhordland og Indre Hardanger
- Helse- og omsorgstenesta i kommunane og fastlegane i Helse Fonna området
- Medarbeidarar i Helse Fonna HF, særleg dei ved Odda og Stord sjukehus
- Lokale media

8.2 Kommunikasjonstiltak

Prosjektet skal fortløpande søke ulike måtar å kommunisere med omgjevnadene. Deltakarane i prosjektet må vurdere kommunikasjonsbehovet for dei ulike målgruppene, og temaet kan drøftast på møta i dei ulike prosjekt- og arbeidsgruppene. Når det er mogleg bør prosjektet søke å nytte allereie etablerte informasjonsarenaer og møtestrukturar.

Døme på aktuelle kommunikasjonstiltak på er:

- Informasjonsmøte for dei tilsette på Odda og Stord sjukehus
- Informasjonsseminar/pressekonferanse med lokale journalistar og redaktørar
- Opprette eigen nettside som sikrar allment tilgjengeleg informasjon og tener som bibliotek om prosjektet

9 Vedlegg

Direktivet vil få fleire vedlegg når arbeidet i prosjektet kjem i gang.

9.1 Bakgrunnsdokument

A. Føretaksmøte for Helse Vest RHF 12. januar 2016

I Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF, krav og rammer for 2016, heiter det:

Forslaga som er lagt fram i Meld.St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019) vil få stor innverknad på helseføretaka. Stortinget skal behandle meldinga våren 2016. Styra i dei regionale helseføretaka må gjere seg kjent med innhaldet og starte arbeidet med å førebu verksemdene på forslaga som ligg i Nasjonal helse- og sjukehusplan, mellom anna ved å samle inn data og førebu dialog med kommunane.

B. Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)

Planen omtalar lokalsjukehusa si rolle i helsetenesta slik (kapitel 12): Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene

Skal bygge på disse prinsippene:

- Det skal fortsatt være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akutt sykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp.
- Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.
- For pasienter med behov for mer spesialiserte akutte tjenester, vil behandlingstilbudet som hovedregel være ved store akutt sykehus. Dette betyr at over tid vil færre sykehus enn i dag ha akutt kirurgi. Anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi på 60–80 000 innbyggere tas inn som en av flere føringer i denne vurderingen. Faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges stor vekt.
- Andre akutt sykehus skal behandle pasienter med vanlige tilstander som har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus.
- De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet som er nedfelt i stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet* (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud* fra 2011, ligger fast. Ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket.
- Vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehus må avklares i lokale prosesser der kommunene også skal høres.
- Det skal utarbeides et eget kvalitetssikringssystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, i form av en veileder, for å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, og sikre at det er gjennomført gode lokale prosesser.
- Stille krav om forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling. De skal også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger.
- Sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng. Endret oppgavedeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

C. NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

Utgreiinga slår fast at Noreg har ein god akuttberedskap, men meiner det er behov for eit nasjonalt løft for å auke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeda. Det har vore viktig for akuttutvalet å fremje forslag som kan bidra til å redusere geografiske forskjellar i tilgjenge til akuttmedisinske tenester.

Det blir foreslått ei rekke tiltak for å forbetre dei prehospitala tenestene; fastlegar, legevakt, heimebaserte tenester, kommunale øyeblikkeleg hjelp døgntilbod, medisinsk naudmeldeteneste og ambulanseteneste. Utvalet ser også på rolla til frivillig sektor og til skolar, idrettslag, arbeidsplassar og andre etatar, og foreslår tiltak for å sette befolkninga i stand til å hjelpe seg sjølv og andre ved akutt sjukdom og skade.

«Utvalget mener det er god samfunnsøkonomi å møte akutt sykdom og skade tidligst mulig med høy fagkompetanse og en effektiv transporttjeneste. Tidlig prehospital undersøkelse og behandling og rask transport til rett nivå i helsetjenesten kan være livreddende og fører også til raskere rehabilitering, mindre funksjonstap og bedre helse på sikt. Ved siden av forebyggende tiltak, innebærer investering i tiltak før sykehusinnleggelsen store besparelser i pleie- og omsorgssektoren og på trygdebudsjettet. Hjerneslag, psykiske lidelser og rus er områder som spesielt trekkes fram i rapporten, og der utvalget ser et stort potensial for bedre helse for pasientene og en lavere ressursbruk for samfunnet.»

Utvalet peiker på at ei funksjonsendring og differensiering av akuttilbodet ved små og store sjukehus føreset ei styrking av kapasiteten og kompetansen i dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehus.

D. St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreforma, Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Stortingsmeldinga peikar på at hovudutfordringane for framtidens helsevesen er knytt både til eit pasientperspektiv og eit samfunnsøkonomisk perspektiv. Sett i lys av begge desse perspektiva byggjer stortingsmeldinga på at betre samhandling bør vere eit av helse- og omsorgssektorens viktigaste utviklingsområde framover. Vektlegging av eit utviklingsbehov, står ikkje i motsetning til ein oppfatning av at dagens tenester har mange kvalitetar og at de fleste pasientane blir tatt hand om på ein god måte. Det er ei god helse- og omsorgsteneste som skal gjerast betre.

Det peikast i stortingsmeldinga på tre hovudutfordringar i høve dagens helsetenestetilbod:

1. Pasientane sitt behov for koordinerte tenester blir ikkje godt nok teke i vare – fragmenterte tenester
2. Tenestene er prega av for liten innsats for å avgrense og førebyggje sjukdom
3. Demografisk utvikling og endringar i sjukdomsbilete gjer utfordringar som vil kunne truge samfunnets økonomiske bæreevne

Stortingsmeldinga føreslege fem ulike hovudgrep som skal imøtekomma utfordringa som er skissert:

1. **Tydelegare pasientrolle**
Gode heilheskapelege pasientforløp bør i større grad enn i dag bli ei felles referanseramme for alle aktørane i helse- og omsorgstenesta
2. **Ny framtidig kommunerolle**
Kommunane si rolle i den samla helse- og omsorgspolitikken vurderast endra slik at dei i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonane om førebygging og innsats i ein tidleg fase av sjukdomsforløpet. Det blir lagt til grunn at den forventede veksten i behov for ei samla helseteneste i størst mogleg grad må finne si løysing i kommunane, fleira av helsetenesteoppgåvene skal takast hand om i kommunehelsetenesta. Kommunane skal sørge for en heilskapleg tenking med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging slik at heilskaplege pasientforløp i størst mogleg grad kan takast i vare innan beste effektive omsorgsnivå (BEON). Det blir lagt opp til eit forpliktande avtalesystem mellom kommunar/samarbeidande kommunar og helseføretak om blant anna oppgåvefordeling og samarbeid.
3. **Etablering av økonomiske insentiv**
Dei økonomiske insentiva skal understøtte den ønska oppgaveløysninga og gje grunnlag for gode pasienttilbod og kostnadseffektive løysningar. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar er de viktigaste virkemidla på dette området.

4. **Spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.**

Det er ein ambisjon å styrkje spesialisthelsetenesta si føresetnad for å kunne levere gode spesialiserte helsetenester til befolkninga. Dette kan primært skje på to måtar. For det første vil ein meir riktig oppgåvedeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta leggje til rette for at spesialisthelsetenesta i større grad kan konsentrere seg om oppgåver der dei har sitt fortrinn, dei spesialiserte helsetenestene. For det andre kan eit sterkare søkelys på heilskaplege pasientforløpa leggje betre til rette for at pasientar med behov for spesialiserte tenester finn fram til tenestestader som har den aktuelle kompetansen.

5. **Leggje til rette for tydelegare prioriteringar**

Framtidige prioriteringsavgjerder skal rettast inn mot heilskapen i dei pasientforløpa som svarer på dei aktuelle behov. Ein må unngå at prioriteringsavgjerd blir knytt til deltenester av det samla forløp, med risiko for at desse er dårleg tilpassa kvarandre.