

Fragmentert: Oppsplittet

Helhet: Avgrenset mengde av enkeltheter eller deler som hører sammen

Fra fragmenterte til helhetlige tjenester

Spesialisering har sine egne sterke drivkrefter, mens sykdomsutvikling og demografi krever mer helhet. Hvordan ivareta spesialisering og forenkling samtidig som vi prioriterer bredde og helhet for å oppnå skreddersøm til ulike behov?

Hvilke incitamenter kan anvendes for å drive fram spesialiserte helsetjenester, arbeidsdeling og helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene, som samtidig kommer hele regionen til gode og aksepteres som balansert?

Hvordan kan HMN dra nytte av øket teknologisk utvikling for å skape nødvendig helhet innenfor helsesektoren og samtidig bremse kostnadsutviklingen som følger av den samme utviklingen?

Hvordan kan foretaksgruppen utvide sitt nettverksarbeid til også å omfatte «utsiden», dvs ha systemer og kultur som bringer helheten inn i nettverkene, og som bringer oss inn i andre tjenesteyteres kompetanse og nettverk?

Hvordan kan vi bruke styrker innen fagkunnskap, teknologi, organisering, kultur og ledelse til også å bidra til helhet uten å bli «fanget» i å oppfylle befolkningens ønsker foran behov?

Fragmentering og helhet

Helsetjenesten har blitt mer spesialisert og oppdelt. Antall helsearbeidere har økt, det har blitt flere profesjoner, og hver profesjon er blitt mer spesialisert. For tjenesten gir spesialkompetanse status. Flere breddespesialiteter er på vei ut og kunnskapsutvikling virker selvforsterkende i retning oppsplitting.

Organiseringen av tjenesten har fulgt den samme utviklingen. Enheter og utstyr har blitt stadig mer spesialiserte. Oppdeling og avgrensing gir driftsmessig oversikt for helsearbeideren og lederapparatet.

Mye av denne spesialiseringen er til pasientens beste. Samtidig opplever både pasienter og tjenesteapparat ulemper med oppdeling. Pasientene ønsker å bli sett og møtt med helhet, samtidig som de vil ha tilgang til den beste spesialkompetansen.

For pasienten er helheten knyttet til en samlet oppfatning av sinn, kropp og funksjon. Den enkelte pasient ønsker at den spesialiserte kunnskapen settes i sammenheng med og tilpasses den enkeltes livssituasjon.

Helhetlig behandling kan bety en ting for en pasient som er raskt inn og raskt ut av en sykehusbehandling, og noe helt annet for en pasient med kroniske sammensatte lidelser med hjelpebehov fra mange tjenesteytere. Brukermedvirkning og brukernes organisasjoner bør aktiveres i utvikling av helhetlige tjenester.

Fragmentering av helseområdet har sine egne drivkrefter. Oppdelingen støttes av kunnskapsutviklingen, pasientens ønske «om det beste», profesjonene og medisinskteknisk industri, og virker sentraliserende.

Breddekompetanse kan bremse sentraliseringen og tilrettelegge for mer desentralisert behandling. **Fra fragmentert til helhetlige tjenester** krever en balansert strategisk tilnærming av forholdet mellom pasientens behov for spesialisering versus behov for breddekompetanse, når helsetjenestene skal videreutvikles.

Drivere for utviklingen

Vi vet noe om hvilke drivere som finnes for samfunnsutvikling og utvikling av helsetjenestene. Disse driverne har bidratt til nåsituasjonen, og vil påvirke veien frem mot de strategiske mål styret setter for 2030. Notatet drøfter kort viktige relevante drivere som det er ønskelig at styret diskuterer som oppspill til strategi 2030.

Demografisk utvikling

I følge SSB¹ vil folketallet fortsette å stige jevnt til ca. 6 millioner i 2030.

Fra år 2000 har vi hatt jevn befolkningsøkning i alle aldersgrupper og størst i den eldre befolkning. Fram mot 2030 får Norge en betydelig økning i antall eldre. En del av befolkningsøkningen skjer gjennom ulike typer innvandring. Dette endrer sammensetningen i pasientgrunnlaget frem mot 2030.

Sykdomsutvikling

Det forventes en betydelig vekst innenfor de fire store sykdomsområdene kreft, hjerte/kar, muskel/skjelett og psykiatri/rus frem mot 2030.

Fram mot 2030 vil økning i aldersrelatert sykdom forsterkes. Eldre har oftere sammensatte lidelser. Behovet for helhetlige og godt koordinerte tjenester vil derfor øke.

Psykiske helseproblemer og rusproblemer er blant de største helseutfordringene nå og dette vil utvikle seg videre i de neste 15 år. Pasientgruppen har behov for langvarig helhetlige og godt koordinerte tjenester, og behovet vil derfor øke.

Befolkningen er raskere til å søke lege nå enn før. Antallet leger pr 1000 innbygger vil fortsatt øke. Teknologisk utvikling vil gjøre at flere vil selvmonitorere visse sykdomsindikatorer. Disse faktorene fører til at bruken av helsetjenester øker og forventninger til hva helsetjenesten skal kunne «løse» øker frem mot 2030.

Økningen i livsstilssykdommer vil kunne føre til en forventning i samfunnet om i større grad ansvarliggjøre den enkelte for egen helse. Det øker både behovet for kunnskapsformidling til pasientene og evne til å lytte til pasientens opplevelse av egen helse- og livsmestring.

I dag står 1% av befolkningen for 20% av bruken av spesialisthelsetjenester. De neste 10% ene av befolkningen står for 66% av bruken. Et mål på omfanget av sykdomsbelastning er størrelsen på hjelpebehov. Ved varige og multiple sykdommer er hjelpebehovet (medisinsk/omsorg/pleie) ofte betydelig og vil øke frem mot 2030.

En helhetlig tilnærming til demografi- og sykdomsutviklingen krever at spesialisthelsetjenesten ser utover «sitt» ansvarsområde. Økningen av antall pasienter med sammensatte lidelser har stor betydning for kapasitets- og samhandlingsbehov, både i og mellom sykehus og mellom sykehus og kommunale tjenester.

Fra fragmentert til helhetlig har også en viktig prioriteringsside. Hvordan prioritere ressursene helhetlig for å oppnå likeverdige tjenester mellom grupper med stor ulikhet i helse, samtidig som tilbudet er tilpasset den enkeltes behov?

¹ Økonomiske analyser 4/2014

Sentralisering - desentralisering

Spesialisthelsetjenesten skal sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres. I Norden er Norge det landet med i gjennomsnitt færrest innbyggere pr opptaksområde for sykehus².

Sykehusene er viktige arbeidsplasser og en viktig del av samfunnene de er lokalisert i.

Samfunnet sentraliseres bl.a. ved at den yngre delen av befolkningen tar utdanning i sentrale strøk og kompetansearbeidsplasser finnes i hovedsak utenfor distriktene. Denne utviklingen, kombinert med at vi blir stadig flere eldre, som sjelden flytter, vil endre pasientsammensetningen i regionen.

Kommunereform med sammenslåing av mindre kommuner til større enheter kan gi grunnlag for mer samlokalisering med kommunale tjenester. En slik strukturendring kan gi bedre diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser som hindrer innleggelse i sykehus. Strukturendringen kan lette helhetlig samhandling mellom nivåene.

Kvalitet i spesialisthelsetjenesten har i stor grad vært vurdert i forhold til ivaretagelse av spisskompetanse. Pasientene etterspør slik spisskompetanse, som er sentraliserende. Samtidig krever endring i demografien mer breddekompetanse og desentraliserte tilbud til en aldrende befolkning. Samhandling og ny teknologi som gjør det mulig å gi bedre tilgang på kompetanse uavhengig av lokalisering, vil gi mulighet for å utvikle mer helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem, hvor balansen mellom spesialisering og desentralisering kan la seg kombinere.

Forholdet mellom pasientens behov for spesialisering/sentralisering versus breddekompetanse/desentralisering krever en balansert strategisk tilnærming. Samhandling og arbeidsdeling mellom sykehus og mellom sykehus og kommuner vil være sentralt for å finne riktig balanse. I dette ligger iboende interessekonflikter.

Hvilken rolle skal RHF ta, og med hvilke incitament, for å drive fram spesialiserte helsetjenester, arbeidsdeling og helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene, som samtidig kommer hele regionen til gode og aksepteres som balansert?

Samarbeid med kommunene

Samhandlingsreformen understreker sykehusenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og det er klare forventninger til at spesialisthelsetjenesten skal bidra til at kommunehelsetjenesten skal kunne håndtere en større del av det samlede helsetjenestetilbudet.

Samhandling med kommunene er nødvendig når pasientens behov for helhet krever det. Det er av betydning hvem som definerer dette behovet.

Det er behov for å fornye, forbedre og forenkle samhandling slik at den dekker den enkelte pasients behov for helhet i sin situasjon. Å dra klare ansvarsgrenser mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester på detaljnivå er ikke effektivt. Pasienten er bedre tjent med helhetlig pasientforløp, forutsigbar koordinering, og en kultur preget av deling av kunnskap, tillit, pasientsikkerhet og kvalitet. Det samme gjelder samhandling mellom helsetjenesten og andre sektorer.

Hvordan organiserer vi forholdet til andre tjenesteytere og deres kompetanse ift å skape helhet for pasienten.

² SINTEF rapport fra 2011, *Spesialisthelsetjenesten i Norden*

Offentlig og privat sektor

Andelen av private helsetjenester har vært relativt stabilt de siste 15 årene. Hoveddelen av kostnadene i privat sektor, om lag 6 milliarder kroner, gjelder private institusjoner med driftsavtale med staten. Her dominerer de store private ideelle organisasjoner. Samfunnet endres i mer individualisert retning. Andelen private tilbydere kan øke med bakgrunn i forsikringsordninger og at befolkningen har større betalingsvilje for egen helse enn for økende skatter for å finansiere offentlige helse- og omsorgstjenester.

Hvordan kan spesialisthelsetjenesten stimulere til/sørge for at private aktører og avtalespesialister bidrar til en mer helhetlig spesialisthelsetjeneste?

I en mulig opplevd konkurransesituasjon med private, hvordan sørge for at det er pasientens beste som blir målsettingen?

Forskning og utvikling (FOU)

Både behovet for ytterligere spesialisering og behovet for helhet gjennom god samhandling bør gis større plass i både forskning, innovasjon og øvrig utviklingsarbeid. Slikt FoU- og innovasjonsarbeid bør skje med både kommuner og spesialisthelsetjeneste som objekt. Utviklingsarbeid rundt anvendelse av helseteknologi vil kunne gi HMN bedre beslutningsgrunnlag for strategiske beslutninger.

Hvilke tema og samarbeidspartnere for FOU-satsing og tjenesteinnovasjoner er viktig for å utvikle både spesialisering og helhetlige og koordinerte tjenester?

Teknologisk utvikling

Utviklingen i medisinsk-teknisk utstyr og i forbrukerelektronikk har vært meget omfattende.

Behandlingsformer har endret seg, nye sykdomstilstander lar seg behandle og krevende behandling som tidligere enten var for kostbar eller medførte for stor risiko for pasienten kan nå gjennomføres. Historiske data viser at den medisinsk-tekniske utviklingen har stått bak 40 – 60 % av veksten i helsekostnader³, mens utviklingen i demografi og BNP forklarer resten. For perioden frem til 2030 konkluderer studier fra OECD og EU med at helsekostnadene forventes å øke mer enn BNP, hvor medisinsk-teknisk utvikling vil stå for 80 – 85 % av veksten, og demografisk utvikling 15 – 20 %. Denne kostnadsveksten har også en produktivitetsforbedrings-effekt. Analyser fra Helsedirektoratet indikerer økt kostnadseffektivitet på 0,7 – 2,4 % de siste 5 årene. Hvor stor andel medisinsk-teknisk utvikling står for av dette er vanskelig å tallfeste.

Teknologiselskaper og – utviklere har identifisert helsesektoren som et stort satsingsområde for nyvinninger/innovasjon. Forventningen om at helsesektoren skal bli mer moderne og teknologibasert vil være mye sterkere de neste 14 år enn de forrige 14 år.

Teknologisk utvikling kan både bidra til ønsket spesialisering (f. eks personlig tilpasset medisin) og til oversikt og håndtering av store mengder informasjon for bedre styring av helhet (for eksempel sanntids deling av pasientinformasjon for god samhandling). Medisinsk-teknisk utvikling øker, og prognosene for bruk av kostbare legemidler tilsier sterk kostnadsvekst og ytterligere spesialisering.

Hvordan kan HMN dra nytte av øket teknologisk utvikling for å skape nødvendig helhet innenfor helsesektoren og samtidig bremse kostnadsutviklingen som følger av den samme utviklingen?

³ Helsedirektoratet 2013. Rapport IS-2142 Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader, en gjennomgang av aktuell kunnskap

Generasjon Y (født 1982 - 2000) er oppvokst med utstrakt bruk av internettbaserte «dingser». De henter derfor mye av sin kontakt, informasjon og underholdning fra sine nettverk, og er typisk mer vant til å dele informasjon enn eldre generasjoner. Samfunnet vil derfor endre seg i retning nettverksbasert frem mot 2030. Med samfunnsendringen endrer våre ansatte og våre pasienter seg og vil forvente at nødvendig informasjon «alltid» er tilgjengelig for både spesialisering og helhet. I hvilken grad vil store organisasjoner følge samme utvikling? I dag er foretaksgruppen hierarkisk organisert og styrt, men har også betydelig med fagledernetverk, faste og oppgavebaserte grupper og tidsbegrensede prosjekter.

Når ansatte og pasienter er vant til interaktivt samarbeid i nettverk, hvilke konsekvenser får det for organiseringen av foretaksgruppen?

Hvordan kan foretaksgruppen utvide sitt nettverksarbeid til også å omfatte «utsiden», dvs ha systemer og kultur som bringer helheten inn i nettverkene, og som bringer oss inn i andres nettverk?

Samfunnsutviklingen de siste 14 år har gått i retning individualisme og kan være en sterk driver for mer individuell tilpasning til den enkeltes ønsker. Medisinskteknisk utvikling vil gi større mulighet til å gi mer behandling til de alvorlig syke pasientene som er avhengig av høy grad av spesialisering og spisskompetanse for å overleve. Pasientene med lettere sykdom/lidelser som kan behandles enklere vil også kunne tenkes å ønske/kreve den beste behandling som er tilgjengelig. Og de friske ønsker bekreftelse på at man er frisk, forebygge mulig sykdom, og ha oversikt over egen helsetilstand. Med en teknologisk utvikling hvor individets konsumentrolle ytterligere forsterkes, kan **skillet** mellom **ønsker** og **behov** reduseres. Teknologi som dekker et behov har størst legitimitet, og det vil derfor oppstå en kamp om å definere hva som er behov og hva som er ønsker.

Hvordan kan vi bruke styrker innen fagkunnskap, teknologi, organisering, kultur og ledelse til også å bidra til helhet uten å bli «fanget» i å oppfylle befolkningens ønsker foran behov?

Kompetanse

Utviklingen går entydig i retning økende spesialisering og mindre breddekunnskap innad i flere profesjoner/organisasjoner.

Norge har p.t. 46 ulike legespesialiteter. Innenfor sykepleie finnes 26 ulike faggrupper. Antall videreutdanninger er økende i tråd med legenes spesialisering. Helsetjenesten har også mange andre profesjoner som fysioterapeuter, radiografer, helsefagarbeidere, bioingeniører, audiografer, ergoterapeuter etc. Teknologisk og faglig utvikling vil medføre øket behov for fysikere, informatikere, teknologer, biostatistikere og ingeniører i perioden frem til 2030. Nasjonal Helse og Sjukehusplan legger opp til mer samarbeid mellom sjukehus rundt den enkelte pasient. Som et resultat av dette vil behov også innenfor logistikk, merkantile tjenester, service, kommunikasjon, informasjon og veiledning, øke for å ivareta koordinering, planlegging og informasjonsbehov til pasienter som behandles på flere nivå.

Spesialisthelsetjenesten får et økende antall helseprofesjoner med selvstendige arbeids- og ansvarsområder, mens pasientens behov er spesialister som også kan arbeide godt tverrfaglig og samhandle med kommunen ved behov. Denne koordineringen krever systemer, for eksempel individuell plan og myndiggjorte koordinatorene. Mest av alt kreves mennesker med helhetsforståelse, samhandlingskompetanse og organisasjonskultur til pasientens beste.

Med økt spesialisering og hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykehus og sykehusenheter, hvordan utvikle nettverk for både fagpersoner og enheter som samarbeider om pasientforløp og en organisasjonskultur som støtter opp om helhetstenking