

# Regional utviklingsplan Helse Nord RHF

## Styringsgruppemøte

6. februar 2018

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

### ROS-analyse

### Samhandling med primærhelsetjenesten

### Tiltak aktivitet og kvalitet

### Eventuelt

---

## Utviklingsplanens formål – hva skal den hjelpe oss med?

- Sette retning
- Gi føringer
- Være et felles utgangspunkt for utvikling og organisering av spesialist-helsetjenesten i landsdelen



---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

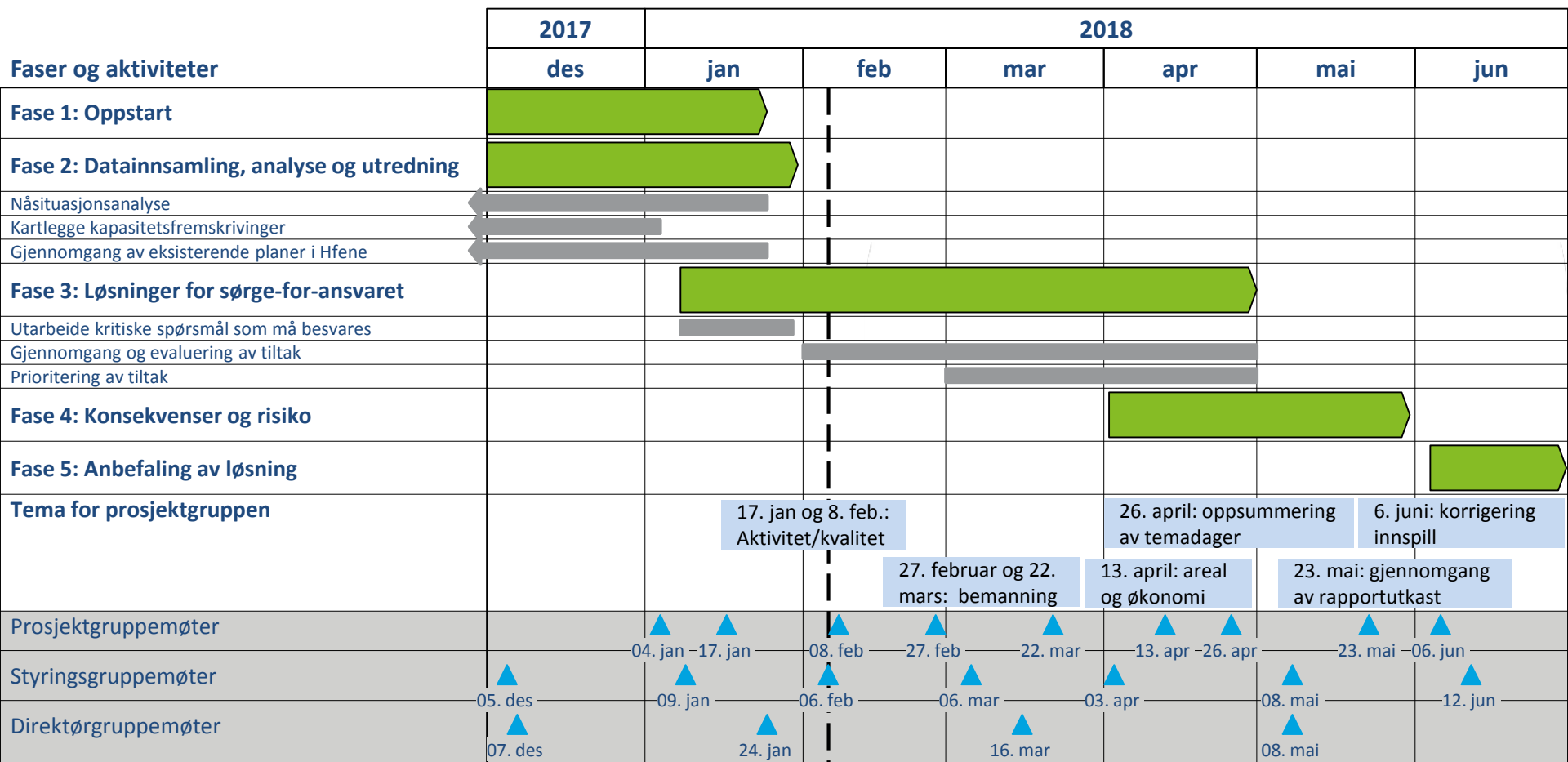
#### ROS-analyse

#### Samhandling med primærhelsetjenesten

#### Tiltak aktivitet og kvalitet

#### Eventuelt

# Framdriftsplan

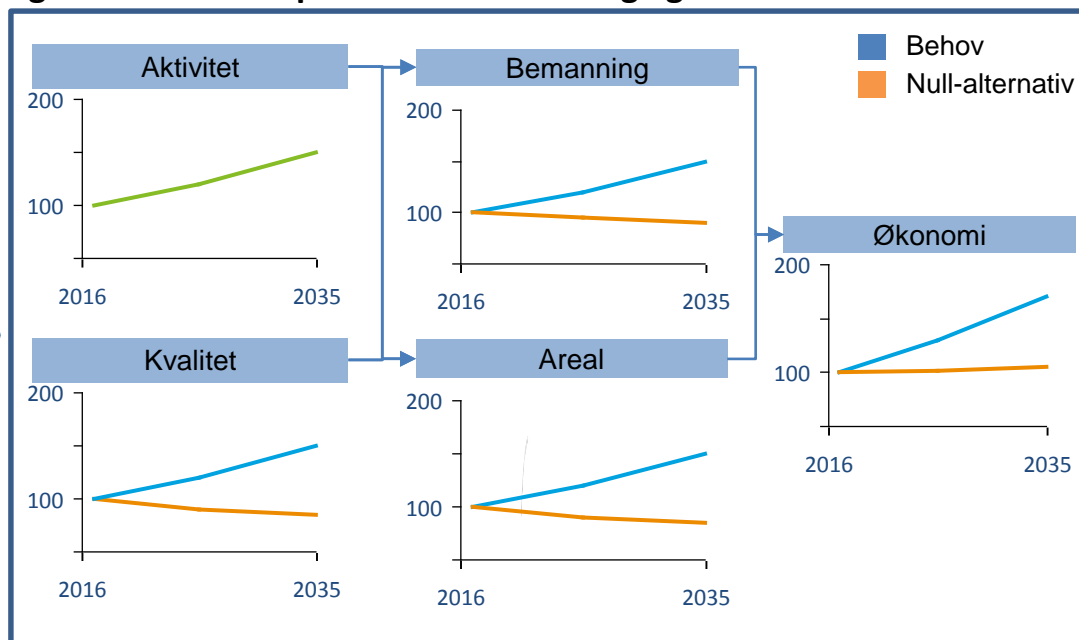
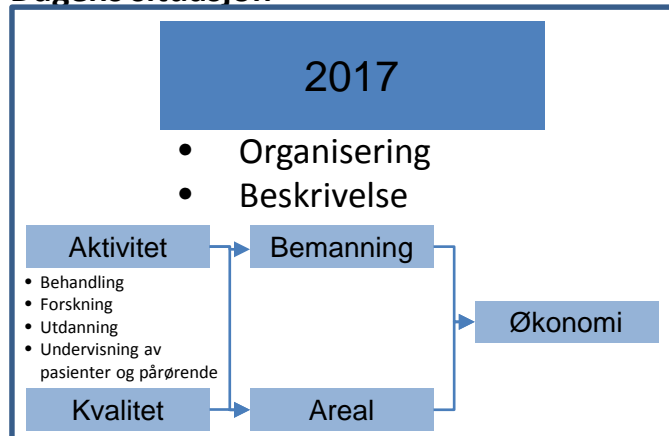


06. feb

# Løsningskisse – metodisk gjennomgang

## Utfordring mot 2035 – aktivitetsvekst og økende gap mellom behov og eksisterende kapasitet for bemanning og areal

### Dagens situasjon



### Tiltak for å lukke gapet på en god måte

Aktivitet	Kvalitet	Areal	Bemanning	Økonomi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variasjon</li> <li>• Samhandling (Kronikere)</li> <li>• Egenbehandling</li> <li>• Forbruksnivå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisinsk kvalitet</li> <li>• Pasient-opplevd kvalitet</li> <li>• Sentralisering / desentralisering</li> <li>• Samhandling med primærhelsetjeneste</li> <li>• Prosedyrer og avvik</li> <li>• Samiske perspektiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapasitetsutnyttelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt utdanningskapasitet</li> <li>• Økt stillingsprosent</li> <li>• Forskning</li> <li>• Jobbglidning</li> <li>• Beredskap/produksjon</li> <li>• Standardisert utstyr</li> <li>• Robotisering og kunstig int.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles innkjøp</li> <li>• Helse Nords rolle – styringsdialog</li> <li>• Produktivitetsutvikling</li> </ul>

### Muliggjørere

IKT, MTU, innovasjon og finansieringsordninger

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

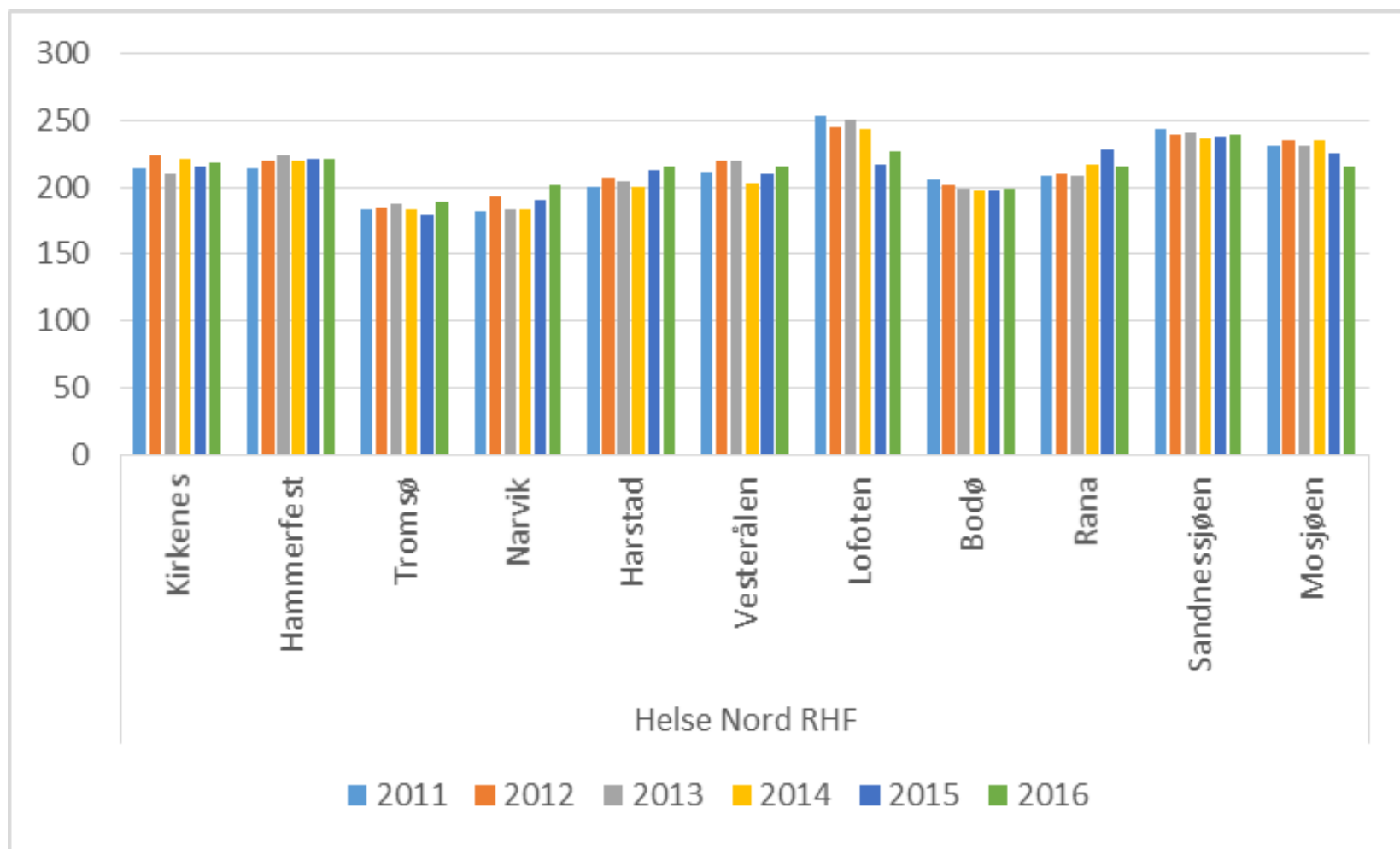
### ROS-analyse

### Samhandling med primærhelsetjenesten

### Tiltak aktivitet og kvalitet

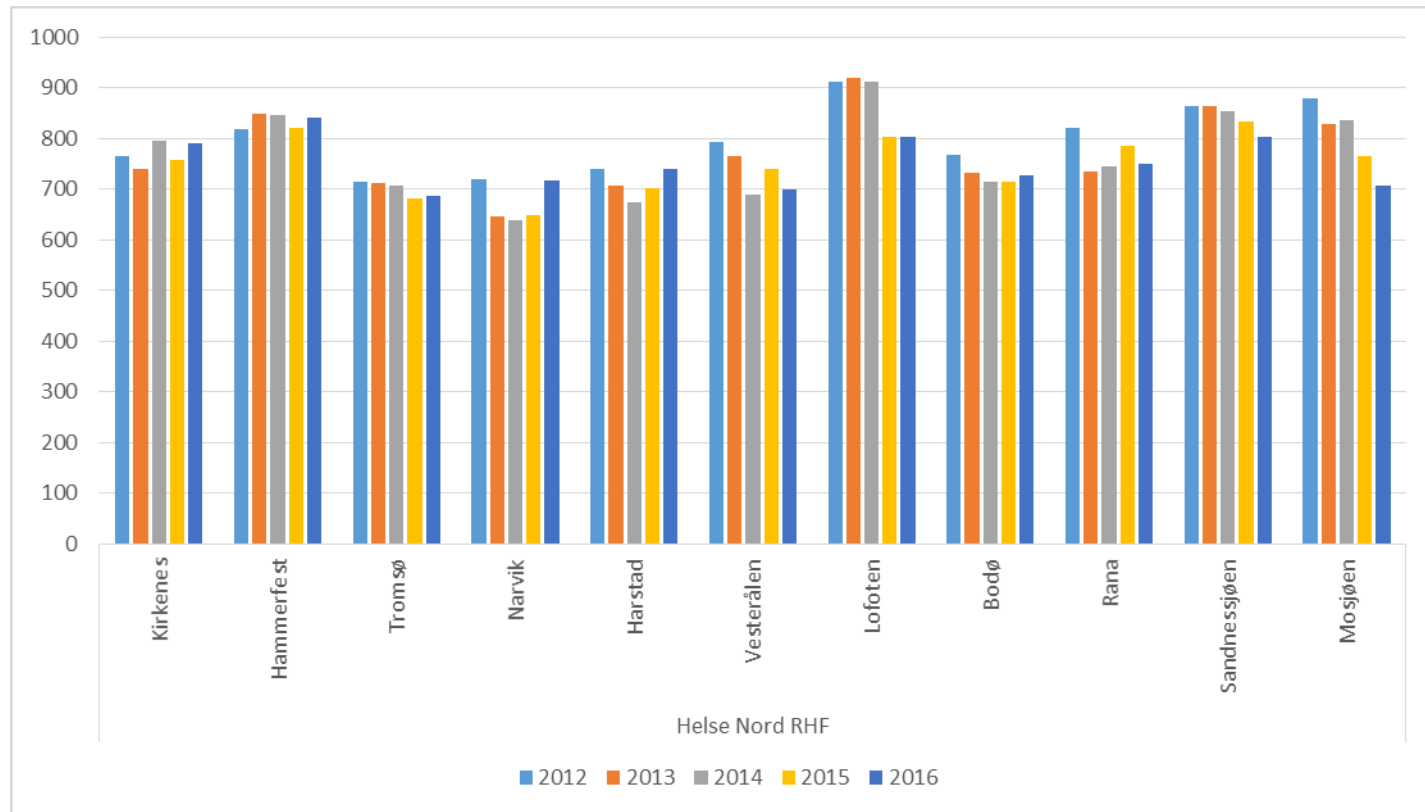
### Eventuelt

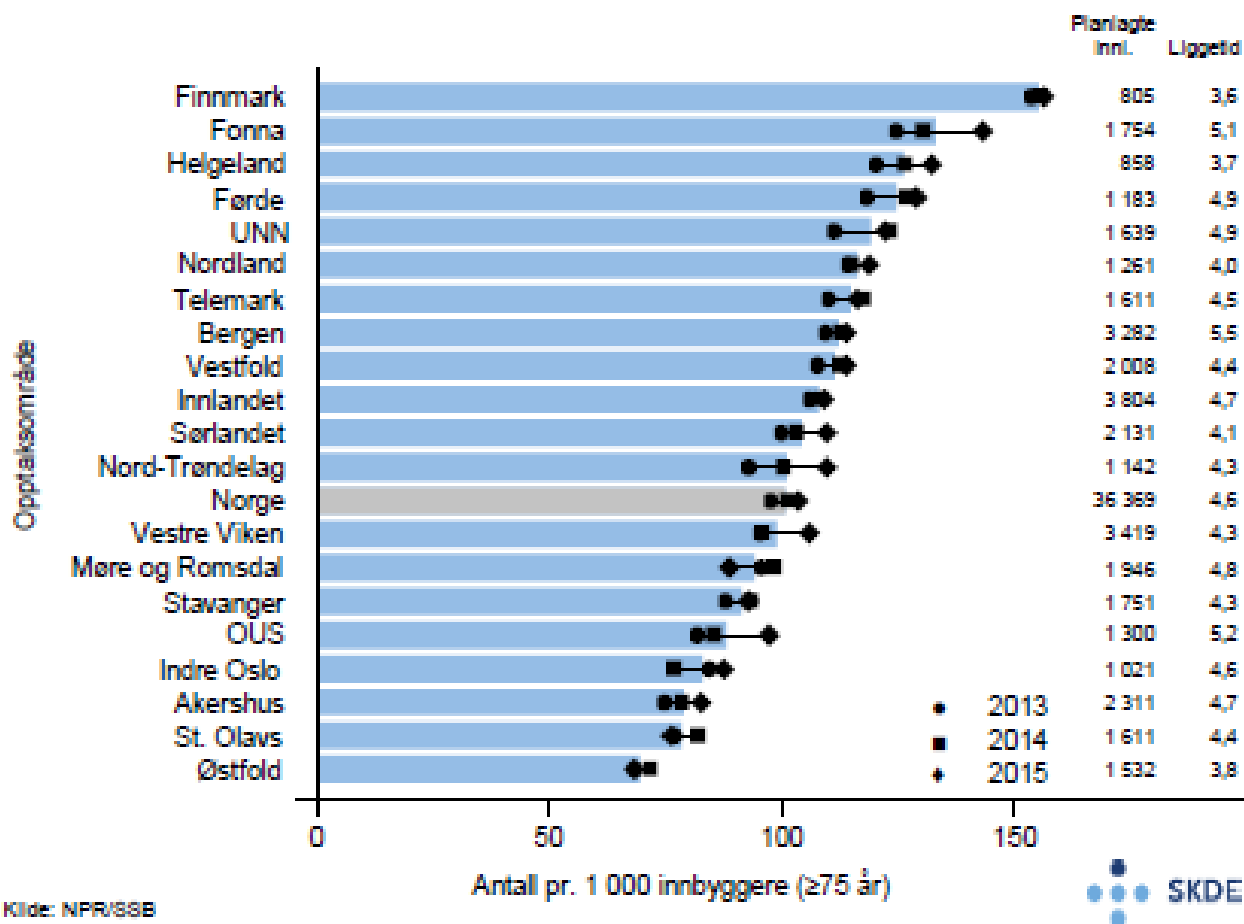
# DRG-forbruk pr. 1000 etter bo-område sykehus og år





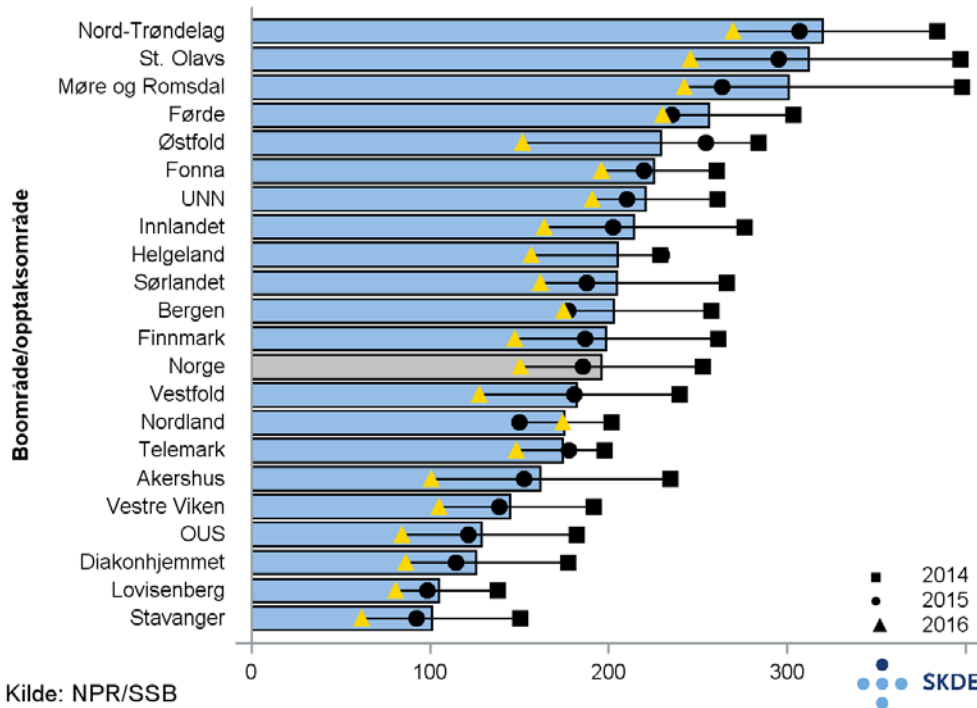
# Liggedøgnrate pr.1000 innbyggere etter bo.område sykehus og år





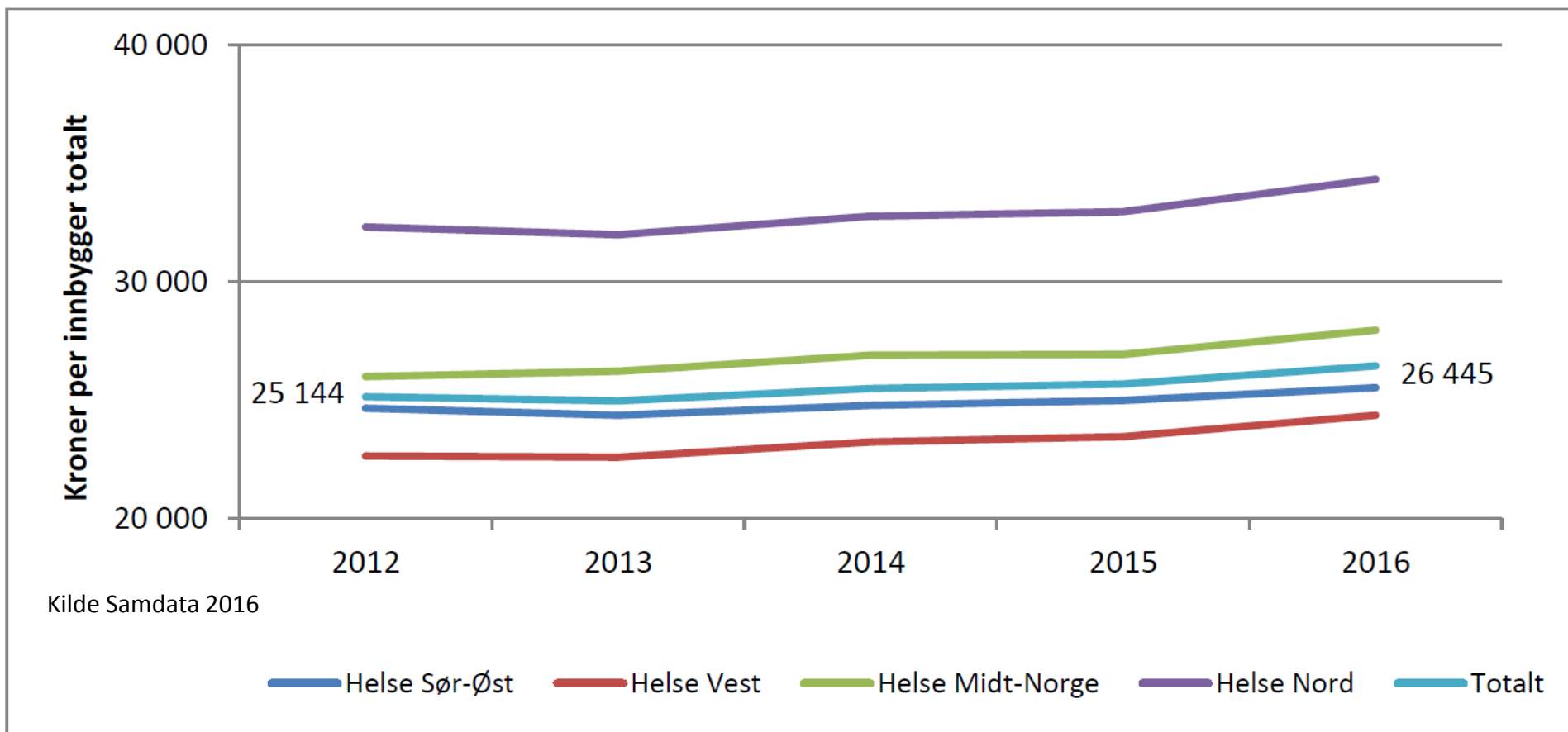
**Figur 7.3:** Planlagte innleggelser. Antall innleggelser pr. 1 000 innbyggere, 75 år og eldre, justert for kjønn og alder, gjennomsnitt pr. år for 2013–2015 fordelt på opptaksområde. Årlig rate vist med symbol. Gjennomsnittlig antall planlagte innleggelser og liggetid pr. innleggelse til høyre.

# Meniskkirurgi 2014-16

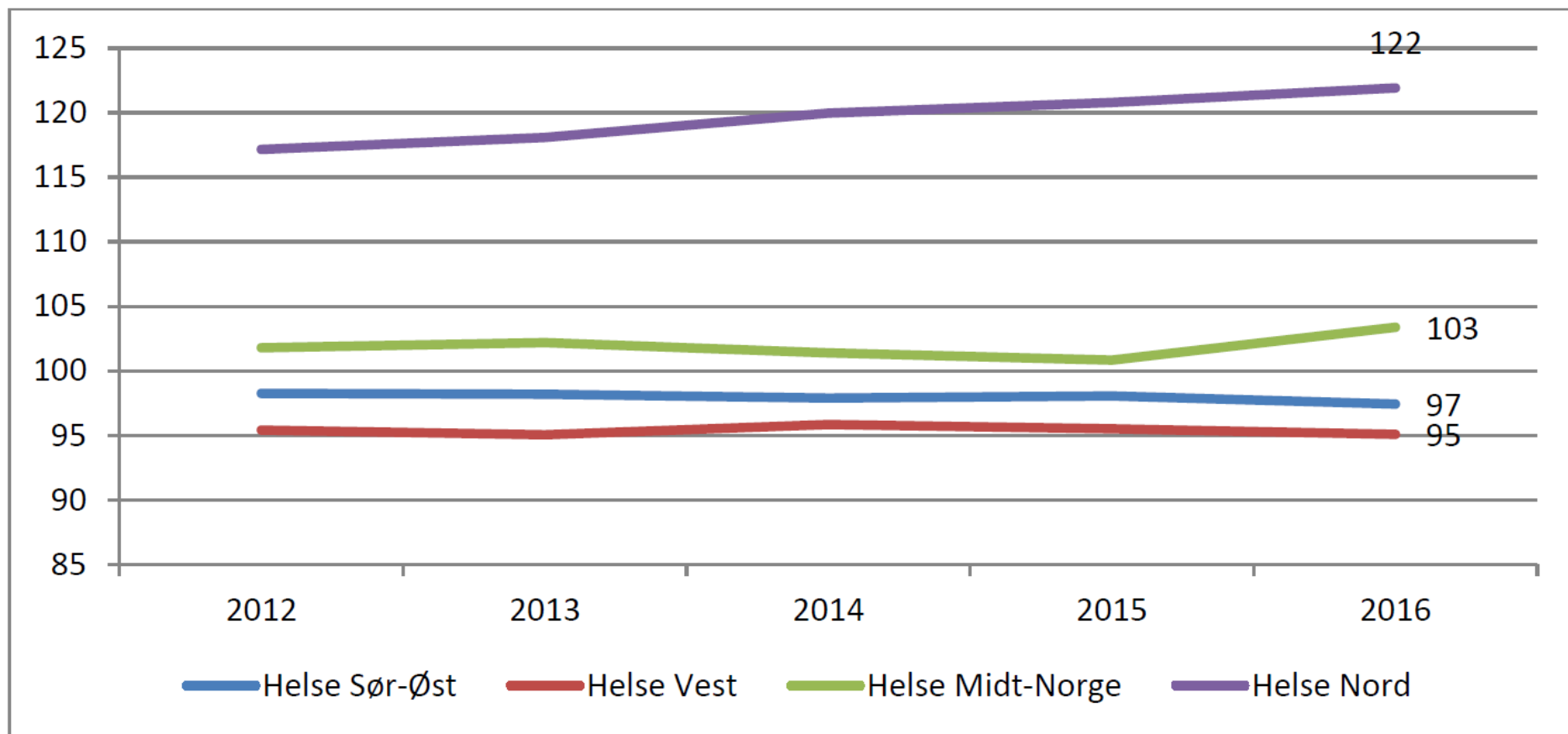


- Kraftig reduksjon
- Like mye variasjon
- Snittalder (median):
  - 2012: 49 (50)
  - 2016: 45,7 (47)
- Andel private inngrep:
  - 2014: 44 %
  - 2016: 37 %

Figur 4 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til spesialisthelsetjenester samlet i perioden 2012 - 2016. Priskorrigert og per innbygger.



Figur 13: Relativt nivå på kostnad per DRG-poeng 2012-2016.



Kilde Samdata 2016

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

### ROS-analyse

### Samhandling med primærhelsetjenesten

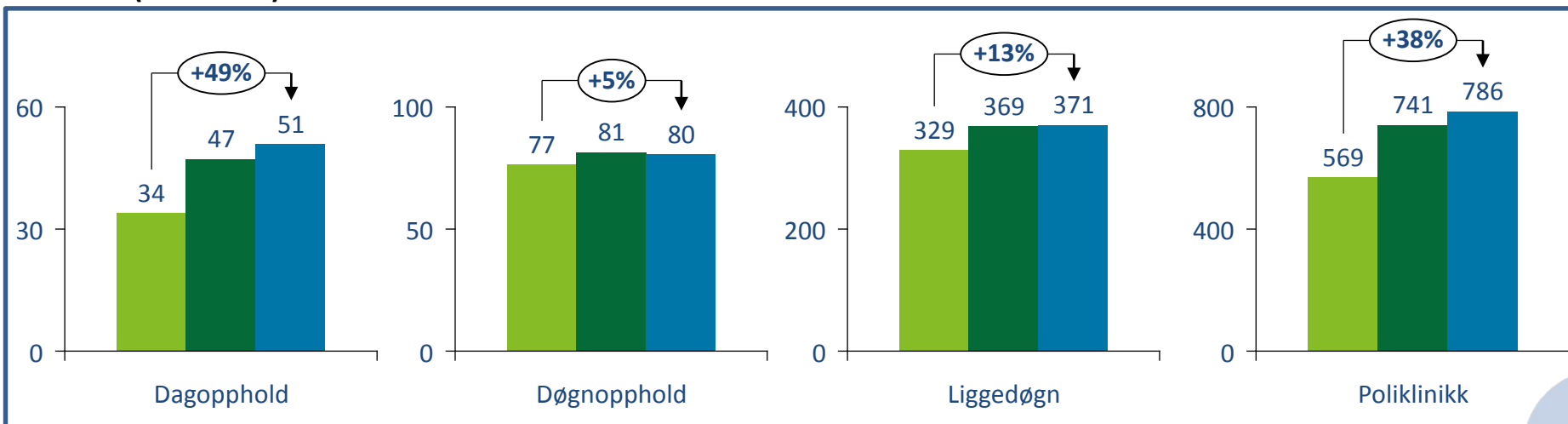
### Tiltak aktivitet og kvalitet

### Eventuelt

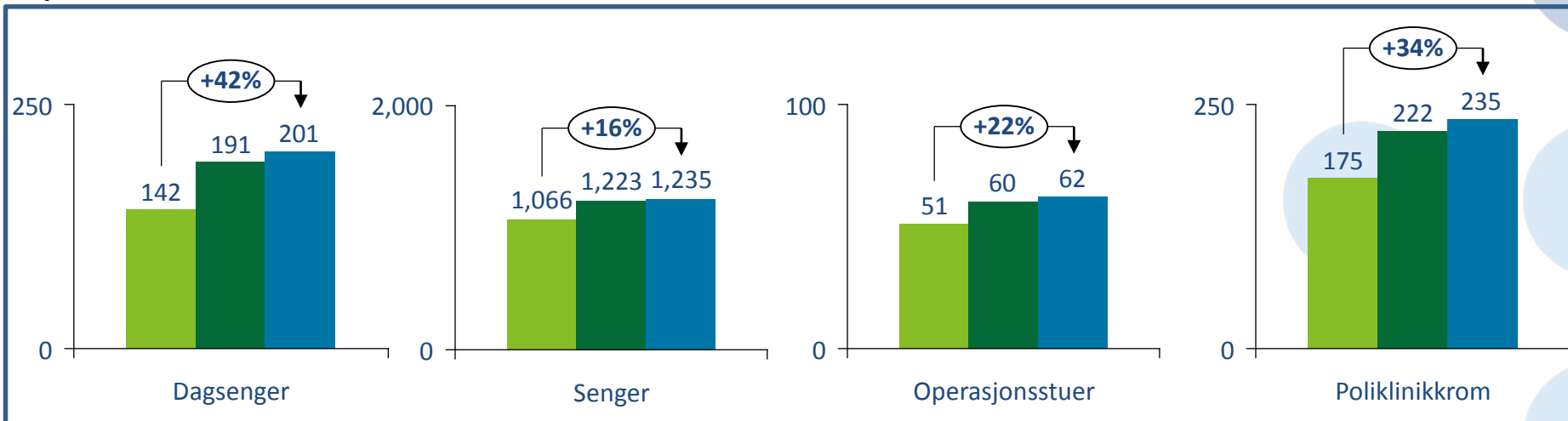
# Oversiktsbilde Somatikk: Aktivitets- og kapasitetsframskriving for Helse Nord



## Aktivitet (tall i 1000)

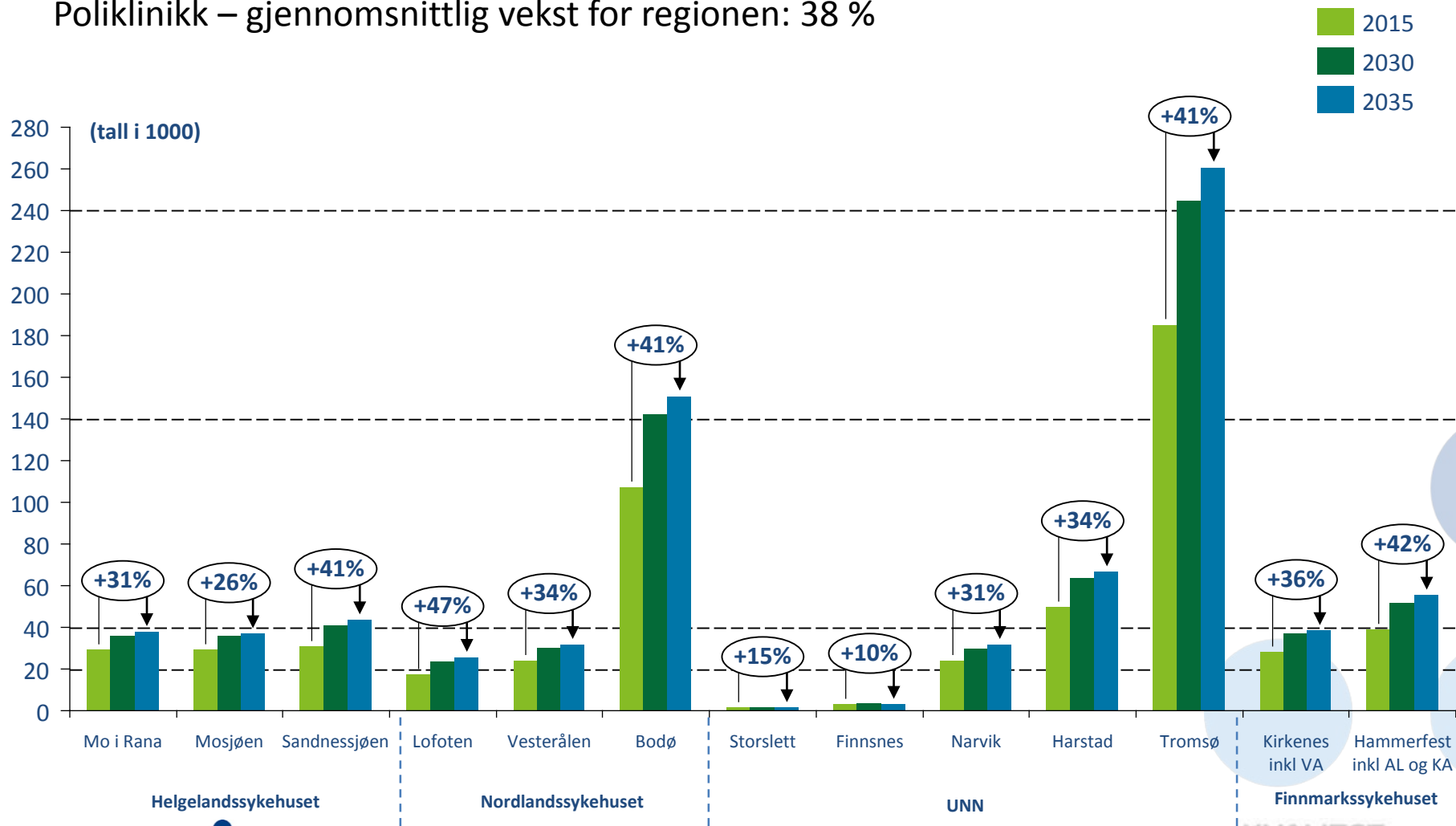


## Kapasitet



# Aktivitetsframskrivinger på sykehusnivå – Somatikk

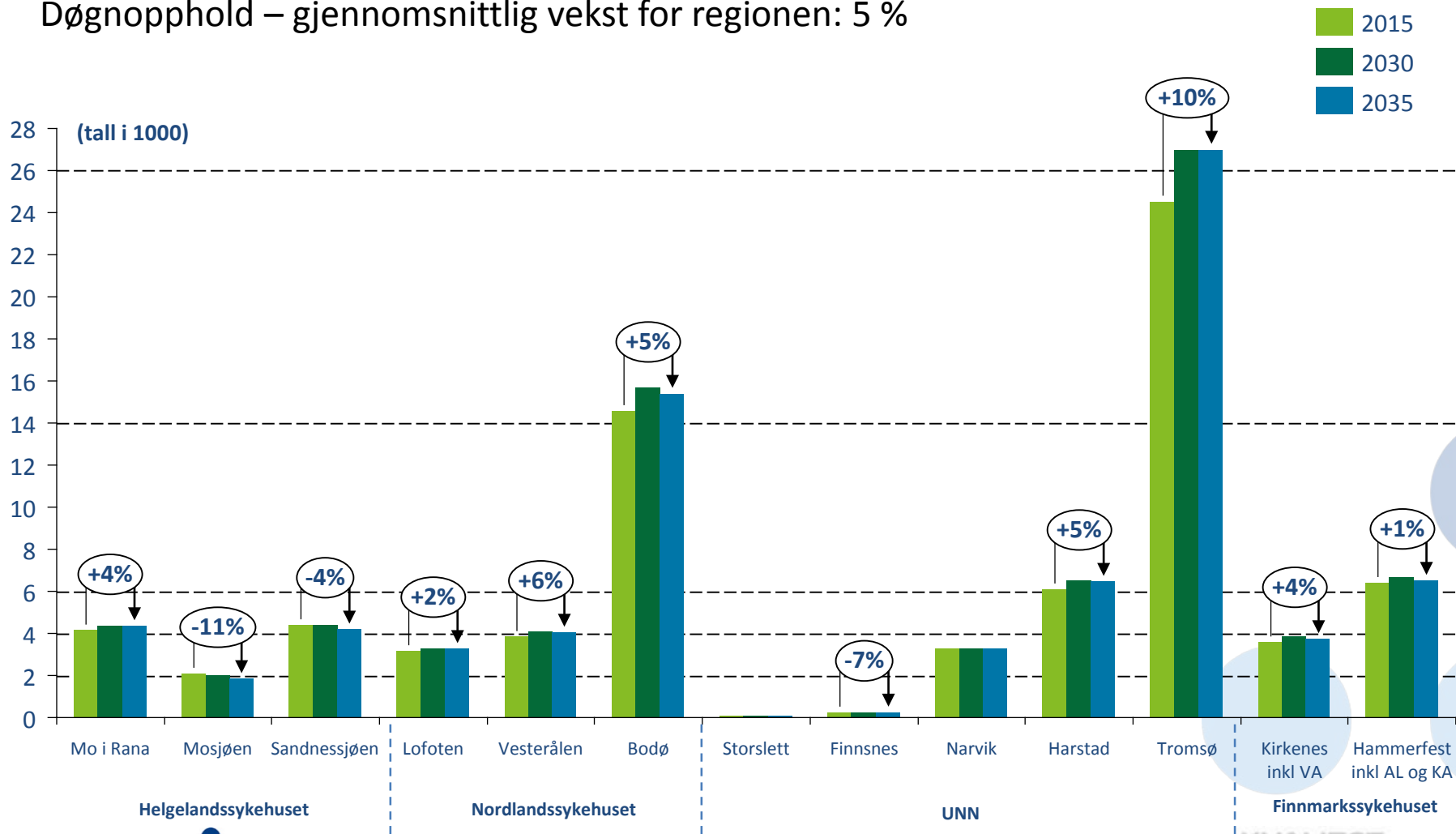
Poliklinikk – gjennomsnittlig vekst for regionen: 38 %





# Aktivitetsframskrivinger på sykehusnivå – Somatikk

Døgnopphold – gjennomsnittlig vekst for regionen: 5 %



---

## Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord 2035

Det tas utgangspunkt i foreliggende foretaksprotokoller:

- «Foretaksmøtet presiserte videre at utviklingsplanene for de ulike helseforetak må sees samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Den regionale utviklingsplanen skal "fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov" (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-19).»
- «Regionale utviklingsplaner må omhandle de samme temaene som helseforetakenes utviklingsplaner, jf. veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Det skal i de regionale utviklingsplanene gjøres en vurdering av kapasitetsbehovet i regionen under ett. De regionale helseforetakene skal bruke samme metodikk for vurdering av kapasitetsbehov, slik at kapasitetsbehovet kan summeres på nasjonalt nivå, jf. protokoll fra foretaksmøtet januar 2017. Bruk av private, inkl. avtalespesialister, må omtales i regionale utviklingsplaner. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge presiseringene over til grunn for arbeidet med regionale utviklingsplaner.»

Forslag til avklaring:

- Styringsgruppen ber prosjektgruppen legge til grunn Sykehusbyggs rapport «Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040 - Til utviklingsplanen for Helse Nord RHF – 2. utgave med ny framskrivning for somatisk sektor fra 2015 til 2030 og 2035 – 12. januar 2018» i det videre arbeid med regional utviklingsplan.

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

### ROS-analyse

#### Samhandling med primærhelsetjenesten

#### Tiltak aktivitet og kvalitet

#### Eventuelt

## Risikoregister før tiltak 1/3

Risiko #	Risiko	Analyse		
	Beskrivelse*	Sannsynlighet (S)	Konsekvens (K)	Risikoscore (SxK)
1	<b>Prosjektgjennomføring</b>			
1.1	Manglende tilstrekkelig tilgang til de rette ressursene	1	4	4
1.2	Arbeidsgrupper og delprosjekt med manglende gjennomføringskraft	2	4	8
1.3	Manglende involvering, deltakelse, forankring og motivasjon (internt 4(HF, RHF) og eksternt)	3	4	12
1.4	Undervurderer ressursbehovet til prosjektet.	1	3	3
1.5	Manglende oppslutning til felles målbilde fra enkeltenheter eller miljøer	3	3	9

- Risikoområdene er basert på Helse Vest sitt arbeid og tilpasset arbeidet med utviklingsplanen i Helse Nord
- Scoringen er gjort ut i fra en femtrinns skala for sannsynlighet og konsekvens
- Neste skritt er å utarbeide tiltak for å senke risikoen

## Risikoregister før tiltak 2/3

Risiko #	Risiko	Analyse		
	Beskrivelse*	Sannsynlighet (S)	Konsekvens (K)	Risikoscore (SxK)
2	Prosjektleveranser			
2.1	Risiko for at vi ikke forstår trender og implikasjoner rett, eksempelvis knyttet til teknologi	4	2	8
2.2	Selvsensur i prosjektet gjør at vi begrenser oss og ikke tar de strategiske grepene som er nødvendig.	4	4	16
2.3	Eksisterende og teoretiske (tilgjengelige) modeller blir for styrende (omformulert)	2	4	8
2.4	Strategien blir for åpen, overordnet og utydelig og gir dermed ikke verdi i form av retning, prioritering og konkrete tiltak	4	4	16
2.5	Eksisterende organisering mellom aktører, herunder offentlige og private aktører, til hinder for den beste strategien	3	2	6
2.6	Manglende støtte for eventuelle større omstillinger og ambisiøse mål	4	3	12
2.7	Manglende sammenheng i planverket og mellom ulike virkemiddel	4	4	16

## Risikoregister før tiltak 3/3

Risiko #	Risiko	Analyse		
	Beskrivelse*	Sannsynlighet (S)	Konsekvens (K)	Risikoscore (SxK)
3	Implementeringsrisiko			
3.1	Motkrefter og motstand mot endringer hindrer rett strategi, gode løsninger og nødvendig omstilling	3	4	12
3.2	Lang tidshorisont på planen gir stor usikkerhet	5	3	15
3.3	Endelig planutkast har ikke ivaretatt brukerperspektivet	2	4	8
3.4	Manglende realisering av samhanglidngen med kommunene	3	4	12
3.5	Liten evne til å se regional utviklingsplan i sammenheng med foretakgruppens andre planer.	4	2	8

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

### ROS-analyse

#### Samhandling med primærhelsetjenesten

#### Tiltak aktivitet og kvalitet

#### Eventuelt

---

## Henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten (Dokument 3:4 (2017-2018)):

- Noen kommuner har en henvisningsrate som tilsvarer knapt 6 prosent av kommunens befolkning per år, mens andre kommuner har en henvisningsrate som tilsvarer mer enn 25 prosent av befolkningen. Tilsvarende forskjeller finnes blant fastlegene.
- Undersøkelsen viser imidlertid at mer enn hver fjerde fastlege jevnlig henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Samtidig erkjenner hver tredje sykehuslege at de jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om det framgår av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist.
- Rundt 70 prosent av sykehuslegene opplever for eksempel ofte at pasienter som henvises til deres avdeling, må gjennom utredninger eller prøvetaking o.l. som legene mener burde vært gjort i primærhelsetjenesten
- **Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at helseforetakene må bidra til å sette fastlegene bedre i stand til å forbedre sin henvisningspraksis. Statsråden viser til at departementet vil følge opp dette gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene.**



## Befolkningsutviklingen i Norge og RHF-områdene

År		2017	2020	2025	2030	2035	2040
Region	Måltall						
Helse Sør-Øst	% Endring 20-66 år (M)	100,0	103,4	107,1	110,9	113,5	115,4
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,6	121,8	136,3	152,3	168,2
Helse Vest	% Endring 20-66 år (M)	100,0	102,6	106,0	109,6	112,4	114,7
	% Endring 67+ år (M)	100,0	108,8	124,6	140,5	157,0	173,2
Helse Midt-Norge	% Endring 20-66 år (M)	100,0	101,9	103,6	105,9	107,3	108,4
	% Endring 67+ år (M)	100,0	108,2	122,3	135,0	148,0	160,7
Helse Nord	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,7	99,9	100,0	99,3	98,7
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,7	120,9	132,1	144,0	154,3
Norge	% Endring 20-66 år (M)	100,0	102,8	105,8	109,0	111,1	112,8
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,9	122,3	136,5	151,8	166,7

## Befolkningsutvikling – foretaksområder i nord

År		2017	2020	2025	2030	2035	2040
Foretak	Måltall						
Finnmark	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,7	100,1	99,8	98,7	97,7
	% Endring 67+ år (M)	100,0	108,9	121,5	133,4	147,1	159,6
Troms og Ofoten	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,8	100,1	100,6	100,2	99,9
	% Endring 67+ år (M)	100,0	108,2	122,4	133,7	145,4	156,0
Nordlandssykehusområdet	% Endring 20-66 år (M)	100,0	101,0	100,3	100,7	100,3	100,0
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,5	121,3	132,3	144,5	154,5
Helgeland	% Endring 20-66 år (M)	100,0	99,8	98,3	97,1	95,6	94,6
	% Endring 67+ år (M)	100,0	105,8	116,8	127,3	137,8	145,9
Nord-Norge	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,7	99,9	100,0	99,3	98,7
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,7	120,9	132,1	144,0	154,3

## Befolkningsutvikling - lokalsykehusområdene

År		2017	2020	2025	2030	2035	2040
Lokalsykehus	Måltall						
Kirkenes sykehus	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,4	99,1	98,1	96,2	94,9
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,4	118,3	128,8	141,4	152,7
Hammerfest sykehus	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,9	100,7	100,8	100,1	99,3
	% Endring 67+ år (M)	100,0	109,9	123,7	136,5	150,9	164,3
UNN Tromsø	% Endring 20-66 år (M)	100,0	101,3	101,3	102,1	101,7	101,2
	% Endring 67+ år (M)	100,0	109,6	125,2	138,4	153,0	166,9
UNN Harstad	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,0	98,6	98,6	98,7	98,6
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,0	119,4	128,4	135,9	142,5
UNN Narvik	% Endring 20-66 år (M)	100,0	99,5	97,0	96,6	96,0	95,9
	% Endring 67+ år (M)	100,0	105,4	117,1	125,2	132,9	137,6
Nordlandssykehuset Bodø	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,9	100,6	101,5	101,2	101,1
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,8	122,6	134,2	147,2	158,1
Vesterålen	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,8	99,1	98,3	97,0	96,3
	% Endring 67+ år (M)	100,0	106,7	118,2	128,0	139,1	147,5
Lofoten	% Endring 20-66 år (M)	100,0	101,8	101,1	101,0	100,9	100,8
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,5	121,0	132,1	142,8	152,6
Rana	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,1	98,9	98,0	96,5	95,7
	% Endring 67+ år (M)	100,0	104,4	115,4	125,7	136,8	144,7
Mosjøen	% Endring 20-66 år (M)	100,0	99,0	96,3	93,4	91,0	89,1
	% Endring 67+ år (M)	100,0	105,0	112,3	120,1	127,7	132,8
Sandnessjøen	% Endring 20-66 år (M)	100,0	99,9	98,9	98,2	97,3	96,5
	% Endring 67+ år (M)	100,0	108,0	121,7	134,3	145,9	156,3
Nord-Norge	% Endring 20-66 år (M)	100,0	100,7	99,9	100,0	99,3	98,7
	% Endring 67+ år (M)	100,0	107,7	120,9	132,1	144,0	154,3

## Med justering for uførhet 1/2

År	2017		2025		2030		2035	
Måltall	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P
Region								
Helse Sør-Øst	4,27	2,82	3,75	2,57	3,47	2,42	3,18	2,26
Helse Vest	4,58	3,16	3,90	2,80	3,57	2,61	3,28	2,44
Helse Midt	3,96	2,62	3,35	2,32	3,10	2,18	2,87	2,05
Helse Nord	3,78	2,37	3,12	2,07	2,86	1,94	2,60	1,80
Norge	4,23	2,81	3,66	2,52	3,38	2,37	3,10	2,22

Tabell 1 – Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister i helseregionene i Norge med og uten justering for uførhet

År	2017		2025		2030		2035	
Måltall	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P
Foretak								
Finnmark	4,16	2,63	3,43	2,29	3,11	2,13	2,79	1,96
Troms og Ofoten	3,97	2,49	3,25	2,15	2,99	2,02	2,74	1,89
Nordlandssykehusområdet	3,62	2,32	3,00	2,01	2,76	1,89	2,51	1,76
Helgeland	3,32	2,02	2,79	1,79	2,53	1,66	2,30	1,54
Nord-Norge	3,78	2,37	3,12	2,07	2,86	1,94	2,60	1,80

Tabell 2 – Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister for foretakene i Nord-Norge med og uten justering for uførhet

## Med justering for uførhet 2/2

År	2017		2025		2030		2035	
Måltall	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P	Opprinnelig Y/P	Justert Y/P
Område								
<a href="#">Kirkenes sykehus</a>	3,83	2,44	3,21	2,15	2,92	2,00	2,60	1,83
<a href="#">Hammerfest sykehus</a>	4,38	2,76	3,57	2,38	3,24	2,21	2,91	2,04
<a href="#">UNN Tromsø</a>	4,43	2,79	3,58	2,40	3,26	2,24	2,94	2,06
<a href="#">UNN Harstad</a>	3,37	2,12	2,78	1,84	2,59	1,74	2,45	1,67
<a href="#">UNN Narvik</a>	3,25	1,95	2,69	1,71	2,51	1,62	2,35	1,54
<a href="#">Nordlandssykehuset Bodø</a>	3,84	2,48	3,15	2,14	2,91	2,02	2,64	1,87
<a href="#">Vesterålen</a>	3,20	1,99	2,68	1,75	2,46	1,64	2,23	1,52
<a href="#">Lofoten</a>	3,47	2,22	2,90	1,94	2,65	1,81	2,45	1,71
<a href="#">Rana sykehus</a>	3,39	2,10	2,91	1,87	2,65	1,75	2,39	1,62
<a href="#">Mosjøen</a>	3,08	1,87	2,64	1,67	2,39	1,56	2,19	1,46
<a href="#">Sandnessjøen</a>	3,37	2,03	2,74	1,75	2,46	1,61	2,25	1,50
Nord-Norge	3,78	2,37	3,12	2,07	2,86	1,94	2,60	1,80

Tabell 3 - Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister for lokalsykehusområdene i Nord-Norge med og uten justering for uførhet

---

## Samhandling mellom kommune og sykehus – Nasjonal helse- og sykehusplan

- Samhandlingsreformen
- En rekke krav til og styrking av kompetansen i kommunehelsetjenesten
- Kompetanseløft 2020
- Primærhelseteam og oppfølgingsteam
- Samlokaliseringer mellom primærhelsetjeneste, AMK, private helseaktører og spesialisthelsetjenesten
- Endringer i kommunestrukturen vil gi muligheter til overføring til kommunehelsetjenesten

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

### ROS-analyse

### Samhandling med primærhelsetjenesten

### Tiltak aktivitet og kvalitet

### Eventuelt

---

## Tentative tiltak for å stimulere riktig bruk av spesialisthelsetjenesten – hvordan begrense aktivitetsveksten og forbruksvariasjonene i regionen?

- Helse Nord vil styrke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene gjennom mer ensretting av indikasjonsstillinger og behandlingspraksis, blant annet gjennom endret bruk av fagrådene, felles faglige retningslinjer, kliniske fagrevisjoner, felles kompetanseplaner, tilgang på beslutningsstøtte, læring fra avvikshåndtering og videre utvikling av «Mine behandlingsvalg»
- Helse Nord vil etablere sin egen modell for stimulering av arbeidet med ensretting av indikasjonsstillinger og behandlingspraksis basert på erfaringene fra «Regionalt senter for helsetjenesteutvikling» (HM)
- Helse Nord vil arbeide for å redusere all uønsket variasjon til en minimum
- Helse Nord vil nedprioritere tilbud som beviselig har minimal eller ingen verdi for pasientene
- Helse Nord vil opp-prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Helse Nord vil i større grad benytte finansieringsordningene som et redskap for å stimulere ønsket adferd
- Helse Nord vil stimulere til økt bruk av ny teknologi for å sikre desentrale tilbud og større mulighet for egenderdiagnostikk/behandling
- Helse Nord vil tilpasse sengekapasiteten i regionen slik at de nødvendige behovene dekkes, dog slik at alternativer til sykehusinnleggelse benyttes der det er mulig og tjenlig
- Helse Nord vil legge til rette for at dialogen med spesialisthelsetjenesten kan ivaretas digitalt der det er mulig og tjenlig
- Helse Nord vil arbeide for at avtalespesialistene i langt større grad blir integrert som en del av den samlede spesialisthelsetjenesten og derved blir en viktig faktor i realiseringen av de overordnede målene for regionen
- Helse Nord vil prioritere forskning og innovasjon slik at denne aktiviteten som en minimum kommer opp på det samme nivå som i de andre regionale helseforetakene
- Helse Nord vil.....kfr dialogen med primærhelsetjenesten
- Helse Nord vil..... Kfr dialogen med det samiske miljøet



---

## Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU)

### Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) skal bidra til:

- beslutningsstøtte lokalt og regionalt vedrørende organisering og aktivitet.
- å sikre implementering av standardiserte pasientforløp i helseregion Midt-Norge.
- effektiv ressursutnyttelse ved å bistå med aktivitets og bemanningsanalyser i regionen.
- optimalt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

### Handlingsplan RSHU 2017-2019:

- RSHU skal bidra til helsetjenesteutvikling og tjenesteinnovasjon for å skape god kvalitet, god pasientflyt og optimal ressursutnyttelse i helsetjenesten.
- RSHU skal bistå ledelse i helseforetak med beslutningsstøtte for å sikre hensiktsmessig organisering og effektiv ressursutnyttelse.
- RSHU skal bidra til utvikling, implementering og evaluering av standardiserte pasientforløp i helseregion Midt-Norge, inklusive primærhelsetjenesten.
- Ved etableringen av nytt EPJ/PAS skal RSHU ha en koordinerende rolle mellom HFene i samhandlingen med programkontoret for Helseplattformen.
- RSHU skal bidra med helseøkonomiske vurderinger.
- RSHU skal bygge et kompetansemiljø i helselogistikk i samarbeid med universitet/høgskolesektor.
- RSHU skal samarbeide med kvalitetsregistre for å vurdere kvalitet, pasientsikkerhet, variasjon i bruk av helsetjenester og pasientforløp.

---

## Tiltak Aktivitet og kvalitet – til avklaring av detaljeringsnivå

- Prosjektgruppen er foreløpig i en tidlig fase når det gjelder utforming av tiltak. Det er ønskelig med styringsgruppens vurdering av detaljeringsnivået på tiltaksbeskrivelsene. Det vil bli nærmere redegjort for temaet i møtet.

### Forslag til avklaring:

- Styringsgruppen har fått presentert noen tentative tiltak innen området «Aktivitet og kvalitet». Styringsgruppen er av den oppfatning at materialet har et detaljeringsnivå som kan legges til grunn i det videre arbeidet med den regionale utviklingsplanen.

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. februar

### Innledning

#### Status i arbeidet i prosjektgruppen;

- Kommunikasjonsplan
- Nåsituasjonsbeskrivelse
- Aktivitetsframskriving
- Bemanningsutfordringer

### ROS-analyse

### Samhandling med primærhelsetjenesten

### Tiltak aktivitet og kvalitet

### Eventuelt