

# Helse2030

HELSE 2030

HELSE VEST

## VELKOMMEN TIL STRATEGISAMLING



BERGEN | TIRSDAG 20. SEPTEMBER | 12.00–17.45 | SCANDIC BERGEN CITY

Vi skal utvikle pasienten si helsetilstand videre og er i gang med å forme den overordnede strategien for spesialisthelsetjenestene på Vestlandet, Helse 2030.

Nasjonal helsetilstand og gjøttestrøplan er lagt fram. Planen peiker ut retninga for oss. Vi vet nøyaktig om utfordringane og krava som ligg framfor oss. Samhandling er det vi fleste skilteord. Teknologgi, nye måtar å gi tenester på, kompleksitet i behandling og gode leiar- og medarbeidarlag er andre. Men kordas er helsetilstand på Vestlandet ut 15 år fram i tid? Korleis mæter vi framtida med dei beste iøyngane?

12:00 Innløying ved møtestar

**Johnny Heggstad**, prosjektdirektør i Helse Vest Øst

12:05 Velkommen til strategisamling Helse 2030

**Lise Reiersen**, nestledar, styret i Helse Vest Øst

12:20 Frå Helse 2030 til Helse 2030: utfordringar og moglegheitar

**Hertof Nilssen**, administrerende direktør, Helse Vest Øst

12:40 Spisestua for framida, utfordringar og moglegheitar i ljeto for stat

**Elvind Hansen**, administrerende direktør i Helse Bergen

13:00 Pasientens helsetilstand

**Hilde Ottersen**, leiar av regionale ådet

13:20 Pause

13:40 Innlegg frå fem hovudsakene i strategien. Møtet med pasienten – Kompleksitet i pasientbehandling – I samhandlande helsetilstande – Teknologgi og nye måtar å levere helsetilstand på – Medisinske bedrifter og organisasjon

25 min **Pål Iden**, ass. fagdirektør, Helse Vest Øst

15 min **Pål Ove Vabø**, leiar, seksjonen for helsetilstandsutvikling Helse Bergen

15 min **Pål Iden**, ass. fagdirektør, Helse Vest Øst

15 min **Edik Hansen**, administrerende direktør, Helse Vest Øst

15:00 Matpause

15:30 Inno-kafédag – Korleis utviklar vi pasientens helsetilstande mot 2030?

15:40 Kafédag

16:40 Falskandring

17:30 Kort oppsummering og avslutning

17:45 Velkommen

HELSE 2030

# VELKOMMEN TIL STRATEGISAMLING



**BERGEN** | TIRSDAG 20. SEPTEMBER | 12.00–17.45 | SCANDIC BERGEN CITY



<b>13:40</b>	Innlegg frå hovudtema i strategien	<p><b>Pål Iden</b>, ass. fagdirektør, Helse Vest RHF</p> <p><b>Pål Ove Vadset</b>, leiar, seksjon for helsetenesteutvikling, Helse Bergen</p> <p><b>Erik Hansen</b>, administrerande direktør, Helse Vest IKT</p>
<b>15:00</b>	Matpause	
<b>15:30</b>	Kafédialog. “Korleis utviklar vi pasientens helseteneste mot 2030?”	<b>Alle</b>
<b>16:40</b>	Plakatvandring	<b>Alle</b>
<b>17:30</b>	Kort oppsummering og avslutning	<p><b>Herlof Nilssen</b>, administrerande direktør, Helse Vest RHF</p>
<b>17:45</b>	Vel heim	<p><b>Johnny Heggstad</b>, prosjektdirektør i Helse Vest RHF</p>



# Helse2030

## Fem utvalgte tema i strategien

---





# Fem utvalde hovudtema:

- Møtet med pasienten
- Kompleksitet i pasientbehandlninga
- Ei samhandlande hgelseteneste
- Teknologi og nye måtar å levere helsetenester på
- Medarbeidarar og organisasjon


# Innlegg frå hovudtema i strategien



**Pål Iden**, ass. fagdirektør, Helse Vest RHF

# Helse2030 TEMA 1-3





## Møte med pasienten

1.

Kvalitet, variasjon  
og pasienttryggleik

2.

Kommunikasjon og  
prioritering

## Kompleksitet i pasientbehandlninga

3.


Multisjuka  
pasientar

4.

Standardiserte  
pasientforløp







## Møte med pasienten

1.

Kvalitet, variasjon  
og pasienttryggleik

2.

Kommunikasjon og  
prioritering

## Kompleksitet i pasientbehandlinga

3.

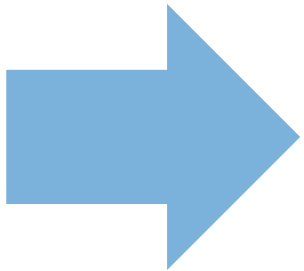
Multisjuke  
pasientar

4.

Standardiserte  
pasientforløp

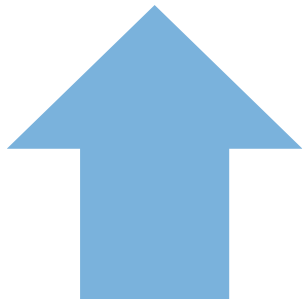


# Mål for pasienten si helseteneste



## Nullvisjon for helsetenesta

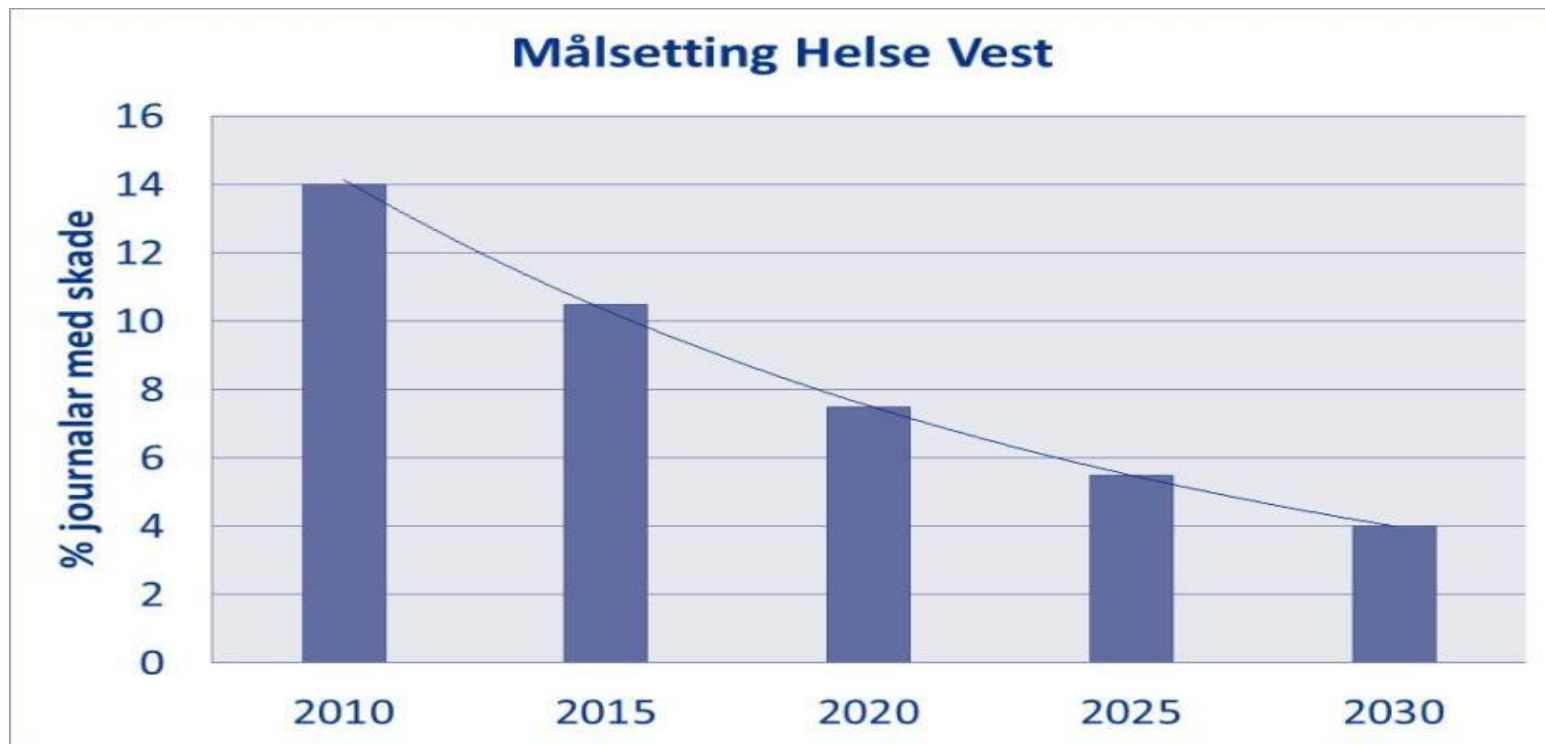
- «Ingen pasientar døy eller blir alvorleg skada som følgje av ytingar eller mangel på ytingar i helsetenesta».



## Plussvisjon for pasienten

- «Møtet mellom medarbeidar og pasient/brukar skal gi meirverdi».

# Nullvisjon?



# Framtidsbilete

- Det kjem ein gevinst ut av møta mellom pasient og helseteneste. Å **unngå alvorlege skader** er etablert som styrande prinsipp for alt pasientarbeid.
- Helsetenesta er prega av ein kultur der **tryggleik for alle** er eit overordna prinsipp
- **HMS, pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring** er ein integrert del av behandling og omsorg
- Det er **ingen uforklarlig variasjon** i tilbod og kvalitet.
- «**Pasienten si helseteneste**» er det styrande prinsippet for all organisering og oppgåveutføring
- Kompleksitet blir handsama
- Vi handterer utfordringa knytt til **antibiotikaresistens**

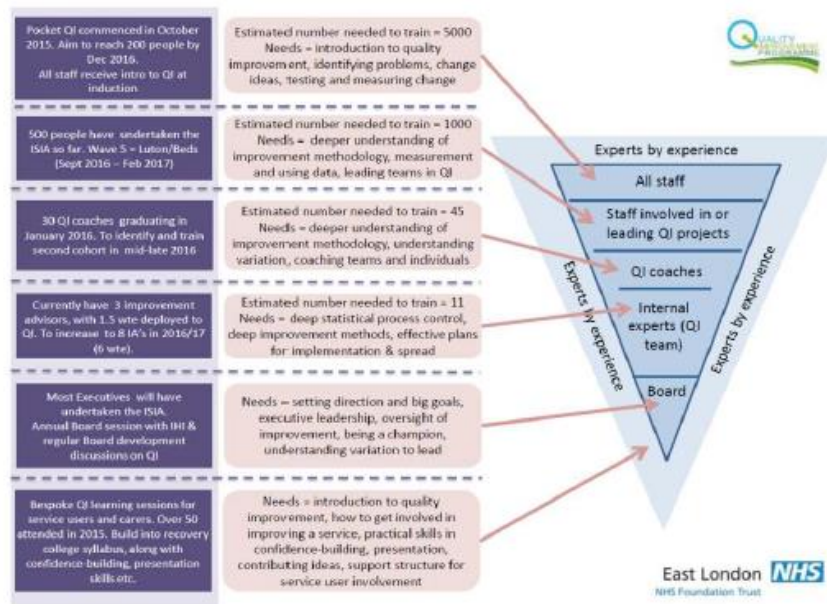
# Anbefalinger for vidare utvikling

1. Innføre ein **Plussvisjon** og **Nullvisjon** som grunnlag for all pasientbehandling. Befolkninga skal få den best tenkelege behandlinga i våre sjukehus.
2. Tryggleik for pasientar og medarbeidarar er eit overordna prinsipp, pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring er ein integrert del av behandling og omsorg.
3. Det er ingen uforklarleg variasjon i tilbod eller kvalitet.
4. «Pasienten si helseteneste» er det berande prinsipp. Omgrepet må spissast meir på innhald.
5. Kompleksitet må handterast både gjennom forenkling og gjennom prosesstøttesystem.
6. Arbeid knytt til antibiotikaresistens må prioriterast høgt.

# Døme på arbeidsmåtar


Kompetanseplan innan forbetningskunnskap frå East London NHS Foundation trust.

- kva type forbetningskompetanse er naudsynt på dei ulike nivåa i organisasjonen
- plan for å oppnå denne kompetanse
- kor mange som har gjennomført dei ulike kompetansestega.



Fr

	SAFETY-1	SAFETY-2
<b>Definisjon av pasienttryggleik</b>	At så få ting som mogleg går gale.	At så mange ting som mogleg går bra.
<b>Risikovurdering</b>	Reaktiv, reagere når noko skjer eller er definert som ein uakseptabel risiko.	Proaktiv, fokus på kontinuerleg å føreseie utvikling og hendingar.
<b>Perspektiv på den menneskelige faktoren i pasienttryggleiksarbeidet</b>	Den rådande oppfatninga av menneska er at dei er ein passiv byrde eller kjelde til risiko.	Menneske blir sett på som ein ressurs som er nødvendig for fleksible og tilpassingsdyktige system.
<b>Undersøking og oppfølging av uønskete hendingar</b>	Uønskete hendingar skuldast feil eller defektar. Formålet med ei undersøking er å identifisere årsaka til hendinga.	Ting skjer vanlegvis på same måte, uavhengig av resultatet. Målet med ei undersøking er å forstå korleis og kvifor ting vanlegvis går bra, som eit grunnlag for å forklare korleis ting av og til går gale.
<b>Risikovurdering</b>	Uønskete hendingar skuldast feil eller defektar. Formålet med ei undersøking er å identifisere årsaka til hendinga og faktorar som bidreg til hendinga.	Forstå under kva omstende variasjonar i tenesteutføring eller resultat kan bli vanskelege å overvake og kontrollere.



## Møte med pasienten

1.

Kvalitet, variasjon  
og pasienttryggleik

2.

Kommunikasjon og  
prioritering

## Kompleksitet i pasientbehandlninga

3.

Multisjuke  
pasientar

4.

Standardiserte  
pasientforløp





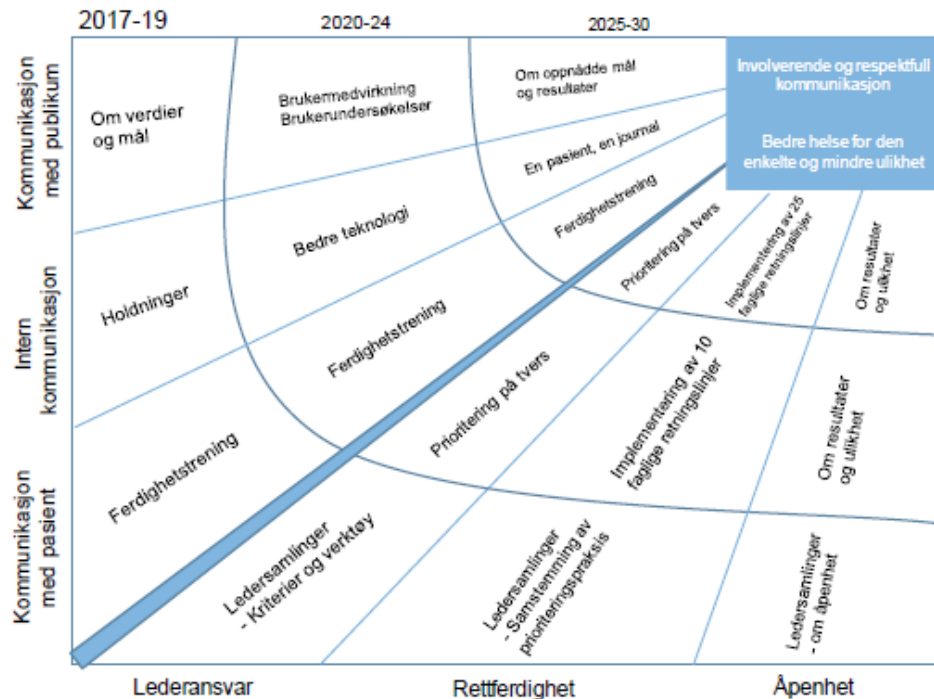
# Framtidsbilette – bygd på pasienten si helseteneste

Kommunikasjon	Prioritering
God kommunikasjon føresetnad for involvering av pasienten	Open om priotiteringar, prosessar og beslutningar
God kommunikasjon med pasient/pårørande	Likeverdig behandlingstilbod på tvers av bustad, inntekt og tilstand
Internt mellom helsepersonell	
Open kommunikasjon publikum	
Trening, bevisstgjeriing, bruk av teknologi	

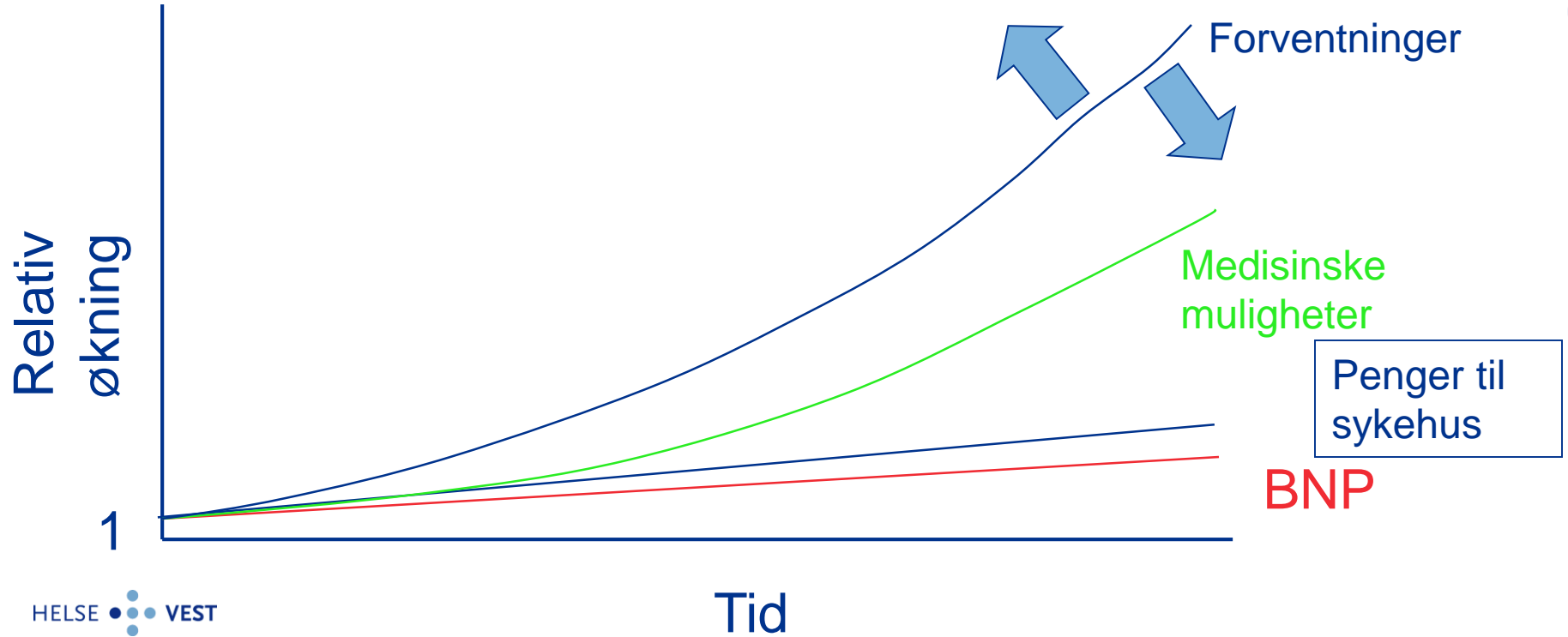
# Anbefalte tiltak kommunikasjon

- **Systematisk oppfølging av brukarerfaringsundersøkingar (PasOpp) og klagesaker** til bruk i endrings- og forbetningsarbeid på alle nivå i organisasjonen.
- Vidareutvikle **samarbeidet med brukarorganisasjonane** som arena for å betre kommunikasjon mellom helsepersonell og brukar.
- Styrke pasient og pårørende gjennom god **tilgang på informasjon og opplæring**.
- Bruke spesialistrolla i tiltak eller kampanjar for å gjøre befolkninga i betre stand til å **mobilisere egne ressursar (førebygging/folkehelse), eiga mestring og ta kontroll over eiga helse**.
- Aktivt å ta i bruk **digitale kommunikasjonsverktøy** for å kommunisere med pasientar, for eksempel samvalgsverktøy som er utvikla for fleire diagnosegrupper.

# Veikart kommunikasjon



# Prioriteringsgapet



NOU 1987: 23 s. 25:

SÆRLIG VIKTIG ER DET FOR ALVOR Å  
INNSE AT DET Å PRIORITERE A IKKE BARE ER  
Å VEDTA AT A SKAL PRIORITERES *OPP*. DET  
MÅ OGSÅ FINNES MINST EN B SOM  
PRIORITERES LAVERE ENN FØR. MAN MÅ  
KUNNE IDENTIFISERE DEN B SOM BLIR SATT  
ETTER A.

# Demografi - sykkelighet

- Økende befolkning
- Flere "aller eldste" eldre
  - Tallmessig eldrebølge økende etter 2020
  - Eldre blir "biologisk yngre"?
- Flere med kronisk sykdom
- Flere er behandlet for alvorlig sykdom
  - Eks. medfødt hjertefeil
- Flere med flere sykdommer
- Flere med mange stadig mer potente medikamenter
- Flere lever alene
- Flere med demens

# Utviklingstrekk I

- Økende opptatthet av helse
- Økende medikalisering:
  - Helsevesenet skal ha ”behandling” og ”tilbud” for alle livets plager.
- Økt materiell velstand
  - Påvirker standardkrav i sykehus

# Many health care settings have gotten complicated...





# Utviklingstrekk II

- ” Teknologeutvikling - medisinsk industri ”
  - Nye, dyre metoder bare kommer
  - Industrien er børsnotert, med fortløpende krav til avkastning
  - Ønsker tidlig bruk av nye metoder
  - Markedsføring
    - Sannheten, men ikke alltid hele sannheten
    - Prioriteringsvridning i forhold til det som ikke markedsføres

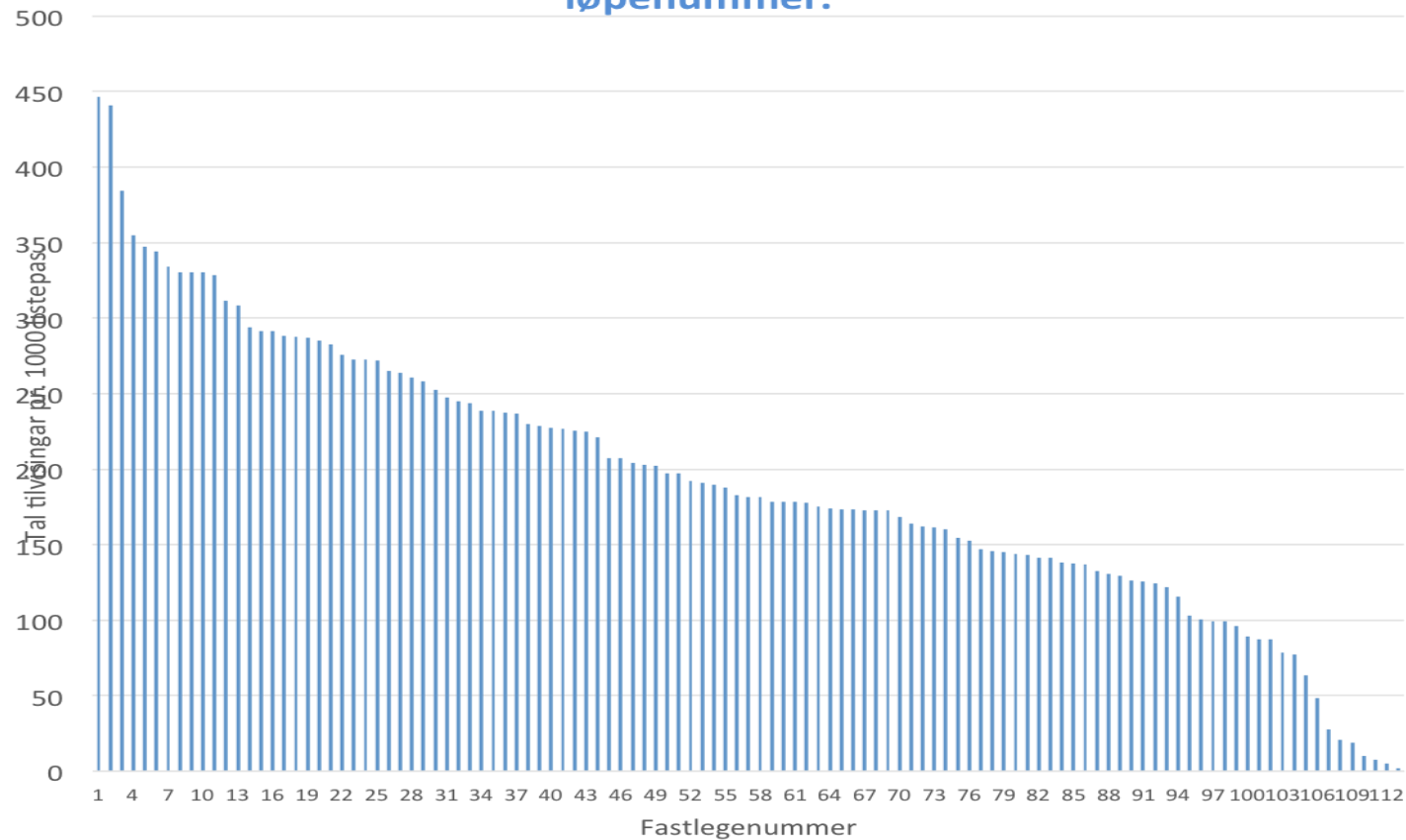
# Kan kvalitet og effektivisering redde oss fra prioritering?

- Indikasjonsgrenser avgjøres av effekt, bivirkninger/komplikasjoner og kostnader
- Bedre effekt, mindre bivirkninger og lavere kostnader: Oftere indikasjon



- Prosedyrekostnad ned, totalkostnad opp
- Såfremt pasientgruppens størrelse ikke er konstant, er svaret nei
- Eksempel: TAVI

## Tilvisningsvariasjon mellom enkeltfastlegar i Sogn og Fjordane til Helse Førde i 2012, kvar lege har tilfeldig løpenummer.





# Pasientens helsetjeneste

## Hvilken pasient?

- Den pasienten du har foran deg nå?
- Dine pasienter?
- Pasienter innenfor ditt fagområde?

Hva med de pasienter du ikke ser, utenfor ditt fagområde, som får mindre hvis du og dine kolleger bruker mer på deres pasienter?

# Faktorer ved prioritering

1. Gevinst for pasient.
  - a. Leve lenger
  - b. Bedre funksjon
  - c. Mindre lidelse
2. Ulemper for pasient
  - a. Forventede bivirkninger
  - b. Komplikasjoner – sannsynlighet og alvorlighet
3. Kostnader
  - a. Penger
  - b. Innsatsfaktorer som ikke raskt kan kjøpes for penger

$$\frac{1-2}{3}$$

# Anbefalte tiltak prioritering

## Prioritering som leiaransvar

- Systematisk opplæring
- Nasjonale faglege retningslinjer

## Samstemming av prioriteringspraksis ved bruk av kliniske retningslinjer

- Felles strategi/retningslinjer/tilvisingsretteleiarar
- Harmonisering av nasjonale og lokale retningslinjer

## Etablere gode lokale prosessar for prioritering

- Opplæring/utprøving av verktøy for samvalg
- Satsing på mini-metodevurderingar
- Nytte kliniske etikkomitear

## Prioritering på bakgrunn av befolkninga sine behov

- Auka merksemd på sosial ulikskap i helse
- Gode IKT-løysingar
- Aktiv bruk av kvalitetsregister

## Open kommunikasjon

- Open kommunikasjon med publikum om prioritering
- Prioriteringsrelevante styringsdata, resultat og ulikskap bør publiserast

## LEON-prinsippet

- Pasientløp for ulike diagnosar på tvers av behandlingsnivå
- Helsehjelp på riktig nivå til rett kvalitet.

---

# *Ivar Aasen*

Til lags åt alle kan ingen gjera;  
det er no gamalt og vil so vera.  
Eg tykkjer stødt, at det høver best  
å hjelpa den, som det trenger mest.



## Møte med pasienten

1.

Kvalitet, variasjon  
og pasienttryggleik

2.

Kommunikasjon og  
prioritering

## Kompleksitet i pasientbehandlninga

3.

Multisjuka  
pasientar

4.

Standardiserte  
pasientforløp





# Anbefalinger gruppe 3

- **Tenestene skal organiserast med utgangspunkt i pasienten, ikkje fag.**
- Ved byggplanlegging må det leggjast til rette for **samarbeid om multisjuka**
- Behov for einingar som **har tverrfaglig diagnostikk og behandling** som hovudoppgåve pasientorientert og fleksibelt spesialisthelseteneste
- Dei tverrprofesjonelle miljøa i spesialisthelsetenesta er **knutepunkt og kompetansebase**
- **Koordinatorrolla må styrkast.**
- **Epikrisa** må innehalde konkrete råd og kvalitetssikra **oversyn over medisiner**

# Anbefalingar, forts

- Ved behandlingsstart - ta aktivt stilling til om behandlinga er **ein episode eller om pasienten treng oppfølging på ubestemt tid.**
- Det skal **leggast plan** for vidare innsats og behandlingssløp.
- Meir systematiske «**risikomodellar**» for tidleg identifisering.
- Det er behov **for eitt felles journalsystem på tvers**
- Spesialisthelsetenesta må **samordne teknologi** med kommunen sin bruk av velferdsteknologi.
- Utdanning i **heilskapleg tilnærming** til menneske med samansette behov.
- Helsepersonell må halde ved like ein viss **basal breiddekompetanse.**
- Spesialisthelsetenesta må aktivt bidra **til justering av finansieringsløysningar**

# Helse2030 TEMA 1-3



# Gruppe 5

## Eit heilskapleg helsevesen

---





# Bakgrunn og utfordringsbilete

## Pasienten si helseteneste

- Saumlause helsetenester og samhandling er ein grunnleggjande føresetnad.
- Det må utviklast nye måtar å samarbeide på,
- Me treng samanhengande nettverk mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samheng mellom somatikk, psykiatri og rusbehandling, og eit samanhengande nettverk innad i og mellom sjukehus.

# Framtidsbilette / forslag frå arbeidsgruppe 5:

- Innanfor forsvarlege rammer og prioriteringar og med naudsynt støtte frå pårørande, nettverk og profesjonelle kan meir av styringa av helsehjelpa kan gjerast av pasienten.
- Skal vi få til ei meir heilskapleg helseteneste må det vere meir av likeverdig samhandling om verdig behandling og oppfølging. Pasienten må få meir innverknad på eiga behandling, og det krev av vi legg opp til meir brukarstyring og recovery-basert behandling og omsorg.
- Ei heilskapleg helsetenestes krev at spesialisthelsetenesta, kommunane og fastlegane arbeider tettare slik at vi kan sikre standardisering og individuell tilpassing side om side.

# Kva er føresetnadene?



# Bygging og endring av kultur

- For å involvere og engasjere pasienten i eiga behandling må tenestene flyttast nærmare der pasienten bur
- Behandling og omsorg må ha form av lagspel framfor dagens stafett, mellom dei ulike nivåa.



# Ta i bruk teknologi

- Vi lanserer Det Virtuelle Vestlandhelsevesenet.
- IKT-løysingane må vere samkjørde, eller dei same. Med «ein innbyggjar, ein journal» kan ein realisere dette.
- Systema bind saman spesialisthelsetenesta, inkludert avtalespesialistar og private, så vel som alle ledd i primærhelsetenesta.
- Blir datakjeldene betre og felles kan måling, tiltak og læring av kvaliteten på tenestene bli meir effektive.
- Pasienten kan få meir av innsyn, enklare dialog med tenestene og auka deltaking, samt for utvikling av.
- Telemedisin og tilpassa velferdsteknologi kan gi meir heilskaplege tenester nærmare der pasienten bur.

# Ny tenesteorganisering

- Ein felles modell for **forløpsklinikk** i sjukehusa
- Ein modell for **virtuelle teneste-nettverk** på tvers av tenestene

# Flytting av oppgåver/ endring av roller

- Framover må rolle- og oppgåvedelinga i helsetenestene vere styrt av pasientløpet
- Eit heilskapleg helsevesen betyr at pasienten ikkje skal merke om tenestene er ytt frå kommune- eller spesialisthelsetenesta.

## **Forslag:**

- Regional modellverkstad med representasjon frå brukarar, HF, fastlegar, kommunar og RHF
- Planverkstad knytt til kvart sjukehus med same, breie deltaking.

# Bygging og overføring av kompetanse

- Kompetanse må byggast på tvers av profesjongrensar, tenesteorganisering og nivå.
- Dialogen med utdanningsinstitusjonane må bli tettare tett, slik at dimensjonering og anretning av utdanningane fangar opp dei skiftande behova i tenestene.



# Innlegg frå hovudtema i strategien



**Pål Ove Vadset**, leiar, seksjon for  
helsetenesteutvikling, Helse Bergen

# STANDARDISERTE PASIENTFORLØP

Storsamling i Bergen vedr. Helse 2030  
Scandic City, 20.09.2016  
v/ Pål Ove Vadset, Seksjonsleder i FoU avdelingen



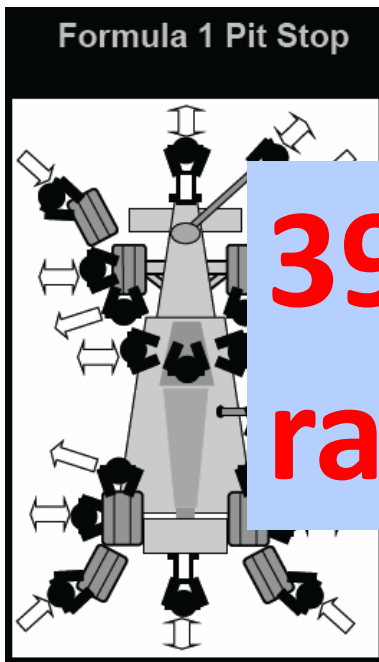
# STANDARDISERING



# 1. Hva kan standardisering bidra til?



# 1. Hva kan standardisering bidra til?



**39 ganger  
raskere...**



**20 personer: 3-4 sek**  
**Ressursinnsats = 70 sek**  
**(Verdensrekorden 1,9 sek.)**

**1 person: 45 min**  
**Ressursinnsats = 2 700 sek.**

## 2. Hva ville du verdsatt hvis du selv el. en av dine nærmeste ble alvorlig syk?

1. Rask tilgang til vurdering og hjelp.
  2. Møtt av hyggelige, velmenende og kompetente mennesker som kan gi meg en behandling som virker.
  3. Underveis et behov for å bli sett, lyttet til og tryk på en trygg hånd om.
- ...rest mulig kommer hjem igjen, og tilbake til «den gode dagen»

**Målet med det vi holder på med?**



### 3. Hva er dagens situasjon?

- Norge er i verdenstoppen når det gjelder helsetjenester!
- Samtidig avdekkes det til dels stor variasjon i alt fra forbruksmønster til ventetider, utredning, behandling mm.



## 4. Uø

#barnehelsestas

Enorm vari



Denne rapporten omhandler alle offentlig finansierte somatiske helsetjenester for barn (0-16 år) i Norge i perioden 2011-2014. Barne- og ungdomspsykiatri er ikke inkludert. En gjennomgang av alle kontakter for barn i primær- (ca. 7,1 millioner konsultasjoner) og spesialisthelsetjenesten (ca. 3,5 millioner konsultasjoner og innleggelser) for årene 2011 til 2014 viser et betydelig omfang og overraskende geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester gitt til verdens antatt friskeste barnebefolkning. Hvert tredje barn er årlig i kontakt med spesialisthelsetjenesten, mens 2/3 av barna har minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten.

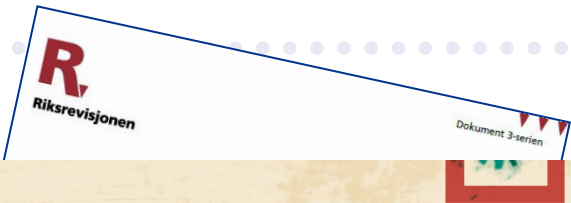
Å bli lagt inn på sykehus kan være en betydelig belastning for et barn og det er bred enighet om, og vedtatt i forskrift, at dette kun skal gjøres når en innleggelse er nødvendig for å sikre god behandling.

Det er overraskende store geografiske forskjeller når det gjelder innleggelser av barn i sykehus. For eksempel innlegges barn fra boområde Vestfold dobbelt så ofte som barn som sogner til boområde Vestre Viken.

Forskjellene i bruk av poliklinikk og dagbehandling for barn er også store. 40 % flere barn fra boområde Sørlandet mottas til polikliniske konsultasjoner enn barn i boområde Stavanger. Barn fra boområde Akershus med astma har nesten 4 ganger så hyppig konsultasjon i spesialisthelsetjenesten som barn fra boområde Vestfold og private spesialister dekker 70-80 % av astma konsultasjonene der forbruket av tjenester er høyest.

Øyeblikkelig hjelp-tjenester er en viktig del av spesialisthelsetjenesten og helt avgjørende for befolkningens opplevelse av trygghet. Når kontakter for et stort antall akutte diagnoser analyseres (29 000 konsultasjoner og 12 000 innleggelser) fremkommer det også på dette området betydelige geografiske forskjeller. For eksempel har barn i boområdene Vestre Viken og OUS dobbelt så hyppig øyeblikkelig hjelp-kontakt med sykehus som barn i boområde Finnmark. Barn fra boområdene Vestfold, Telemark og Sørlandet innlegges dobbelt så hyppig som barn fra boområdene Vestre Viken og OUS. Variasjonene i bruk av øyeblikkelig hjelp-tjenester kan ikke forklares med annet enn at det er stor forskjeller i hva som oppfattes som å trenge akutt hjelp og innleggelse. Disse forskjellene har ikke en åpenbar medisinskfaglig forklaring og skyldes mest sannsynlig lokal tradisjon og vane

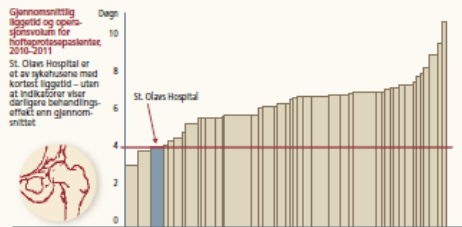
# 4. Uønsket variasjon



## Funn og anbefalinger

### Sykehusene kan bli mer effektive:

- Det er store variasjoner mellom sykehusene i liggetid for samme behandlingsform.
  - Det varierer mellom sykehusene om korsbåndpasienter som opereres må overnatte eller ikke.
  - Det er ikke flere pasienter som blir reinnlagt eller dør etter operasjon i sykehus som har kort liggetid.
  - Bedre utnyttelse av operasjonsstuene kan redusere helsekøene.
- Riksrevisjonen anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene å sørge for at erfaringene fra sykehus med effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonsstuene overføres til andre sykehus.

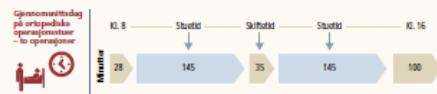


### Tverrfaglig og standardisert behandlingsforløp gir effektiv drift:

- Mange sykehus har oppnådd kortere liggetid med tverrfaglige og systematiske behandlingsforløp. Det har fjernet unødvendige rutiner og flaskehals, og det er skapt klarere oppgavefordeling og mer forutsigbarhet for de som behandler pasienten.
- Riksrevisjonen anbefaler at helseforetakene etablerer tverrfaglige standardiserte behandlingsforløp for vesentlige pasientgrupper.

### Bedre utnyttelse av operasjonsstuene kan redusere helsekøene:

- Kapasiteten ved operasjonsstuene er i mange sykehus den viktigste flaskehalsen for å kunne behandle flere pasienter.
  - Det er stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til når første operasjon starter, hvor lang tid det går mellom operasjonene og når den siste operasjonen avsluttes.
- Riksrevisjonen anbefaler at helseforetakene ser nærmere på hvordan kapasiteten på operasjonsstuene utnyttes.



### Kvalitetsindikatoren for hoftebrudd skaper usikkerhet om hva som er god praksis:

- Det varierer mye mellom sykehusene hvor lenge pasienter med hoftebrudd må ligge før operasjon.
- For å sikre likeverdig behandling og riktig prioritering av operasjonskapasiteten anbefaler Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet klargjør hva som er god faglig praksis for hvor raskt pasienter med hoftebrudd bør opereres.



## 5. Standardisering - det første skrittet på vei til gode forløp for pasientene?

For å sikre **gode forløp for alle pasientene** er man avhengig av å standardisere de viktigste tiltakene som medfører at forløpet "...er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte...", hvis ikke vil gode forløp være mer et resultat av tilfeldigheter for enkeltpasienter.

MEN man må også sikre at vekslingene mellom de involverte aktørene blir gode

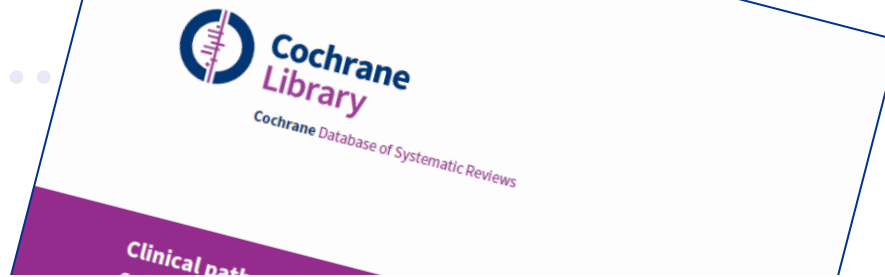
Standardisering i form av:

- Kunnskap
- Prosess
- Utstyr og IKT-system
- Metode/prosedyre





## 6. Virker det?



### PLAIN LANGUAGE SUMMARY

#### Clinical pathways in hospitals.

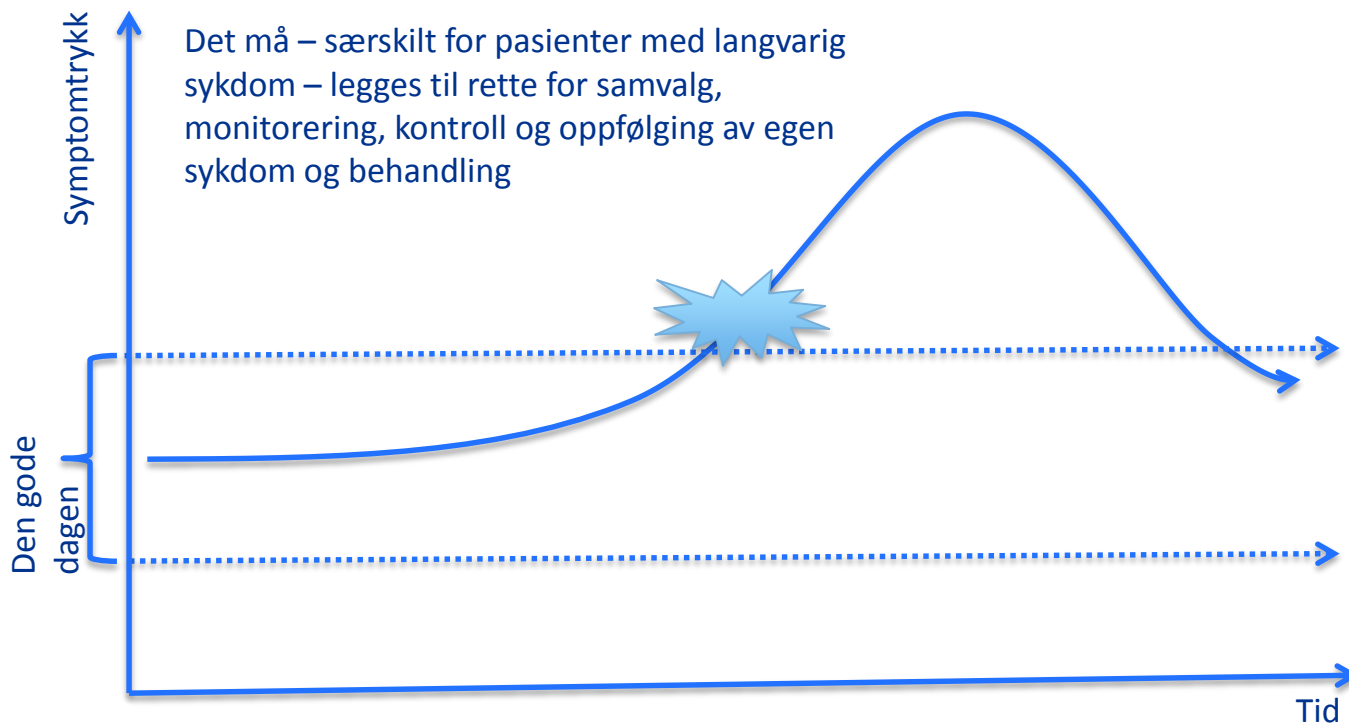
Decision-making in hospitals has evolved from being opinion-based to being based on sound scientific evidence. This decision-making is recognised as evidence-based practice. Perpetual publication of new evidence combined with the demands of every-day practice makes it difficult for health professionals to keep up to date. **Clinical pathways are document-based tools that provide a link between the best available evidence and clinical practice.** They provide recommendations, processes and time-frames for the management of specific medical conditions or interventions. Clinical pathways have been implemented worldwide but the evidence about their impact from single trials is contradictory. This review aimed to summarise the evidence and assess the effect of clinical pathways on professional practice (e.g. quality of documentation), patient outcomes (e.g. mortality, complications), length of hospital stay and hospital costs.

Twenty-seven studies involving 11,398 participants were included for analysis. **The main results were a reduction in in-hospital complications and improved documentation associated with clinical pathways.** Complications assessed included wound infections, bleeding and pneumonia. **Most studies reported a decreased length of stay and reduction in hospital costs when clinical pathways were implemented.** Considerable variation in study design and settings prevented statistical pooling of results for length of stay and hospital costs. Generally poor reporting prevented the identification of characteristics common to successful clinical pathways.

The authors concluded that **clinical pathways are associated with reduced in-hospital complications**



## 7. Målet = den gode dagen (stabil fase)



## 8. Anbefalinger

1. Alle pasientforløp skal være bygd opp av en eller flere standardiserte deler
2. Alle pasientforløp krever rom for individtilpasning, og klinisk skjønn kan til enhver tid trumfe standardiserte tiltak
3. Alle standardiserte pasientforløp skal stimulere til egenmestring
4. Alle standardiserte pasientforløp krever lokale tilpasninger til egen organisasjon
5. Alle standardiserte pasientforløp skal ha egne prosess- og resultatmål som måles regelmessig
6. Alle standardiserte pasientforløp skal få utpekt en forløpsleder som er ansvarlig for drift og utvikling av forløpet
7. Alle standardiserte pasientforløp skal informeres om på våre hjemmesider, og i tillegg vises i kvalitets- og/el. metodebøker

# Innlegg frå hovudtema i strategien



**Erik Hansen**, administrerende direktør, Helse  
Vest IKT

Auka verdiskapning.

Teknologi og nye måtar å levere helsetenester –  
spesialisthelsetenester utanfor sjukehus

*Sammenfatning av arbeidsgruppe 7 & 8*

---

*Helse 2030 storsamling i Helse Bergen HF*

*Scandic Bergen City, Bergen, 20. september 2016*

*Erik M. Hansen, Adm. dir. Helse Vest IKT AS*

# «Bølgjene»



# Auka verdiskaping *(arbeidsgruppe 7)*

- Avansert oppgaveplanlegging
- *Brukarmedverknad*
- Standardisering
- *Automatisering og robotisering*
- *Beslutningsstøtte og analyse*
- Tettare samhandling med primærhelsetenesta
- Tettare planlegging og samhandling med avtalespesialistane
- *Forskning og innovasjon*
- Funksjonsfordeling og organisering

## Teknologi og nye måtar å levere helsetenester på – spesialisthelsetenester utanfor sjukehus (*arbeidsgruppe 8*)

- Spesialisthelsetenester utanfor sjukehus, levert på nye måtar
- Oppgåvegledning
- *Digitale innbyggartenester*
- *Pasienten som ein ressurs*
- Konsekvensar for organisering av helsetenesta
- *Telemedisinske løysingar*
- *Kommersialisert og produksjonsklar teknologi (hyllevare)*
- *Innovasjon*
- Direkte menneskeleg kontakt!

# Robotar og sjølvbetjening



HEL

Aftenposten

## Robotene kommer!

**8,3%**

Nordmenn som tror jobben deres kan bli overtatt av roboter eller automatisert.

**33%**

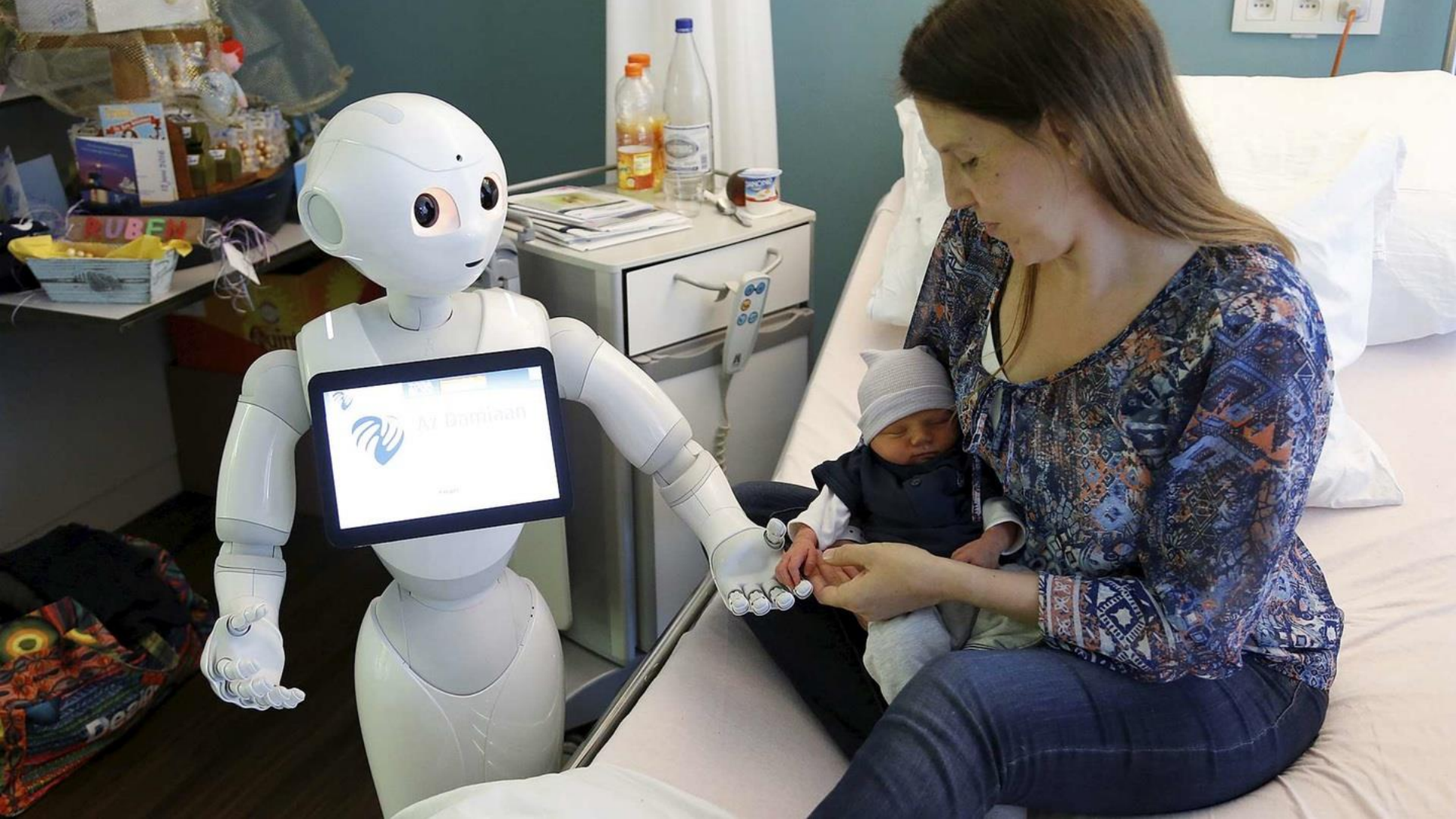
Andelen av norsk sysselsetting forskerne tror vil være automatisert i stor grad innen 20 år.

**97%**

Sannsynligheten for at kontormedarbeidere vil rammes av automatisering og roboter.



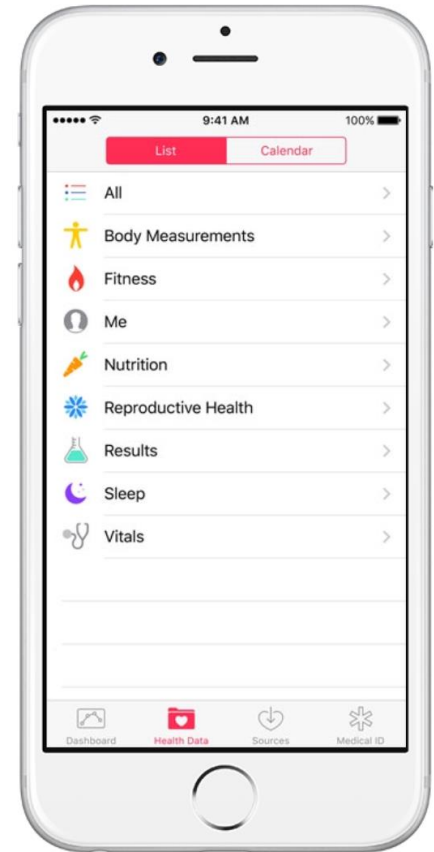


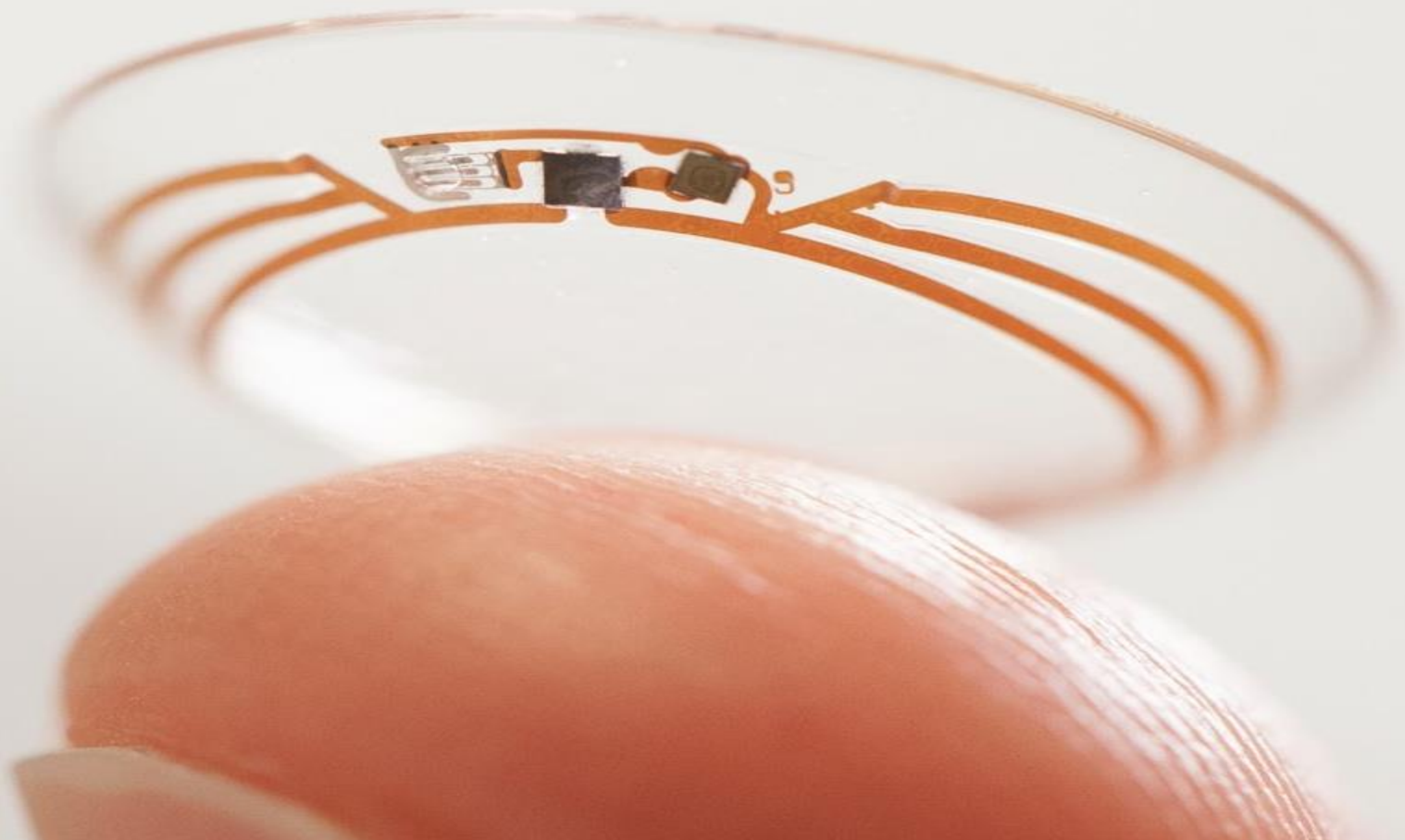


# Sensortechnologi



*Pulsmåler  
Akserometer  
Gyroskop  
Lyssensor*





# ÍNTROMAT

## *Persontilpasset teknologi-basert psykologisk behandling*

- Tilbakefallsforebygging ved bipolar lidelse
- Kognitiv og emosjonell kontroll:  
Trenings- og støttetiltak for voksne med ADHD
- Jobbfokusert behandling ved depresjon
- Tidlig intervensjon og behandling ved sosial angst
- Psykososial støtte for kvinner etter gynekologisk kreft



eMeistring



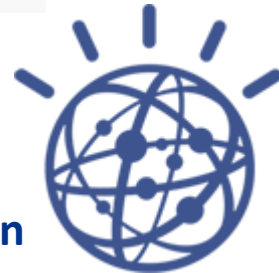


# Prosess- og beslutningsstøtte

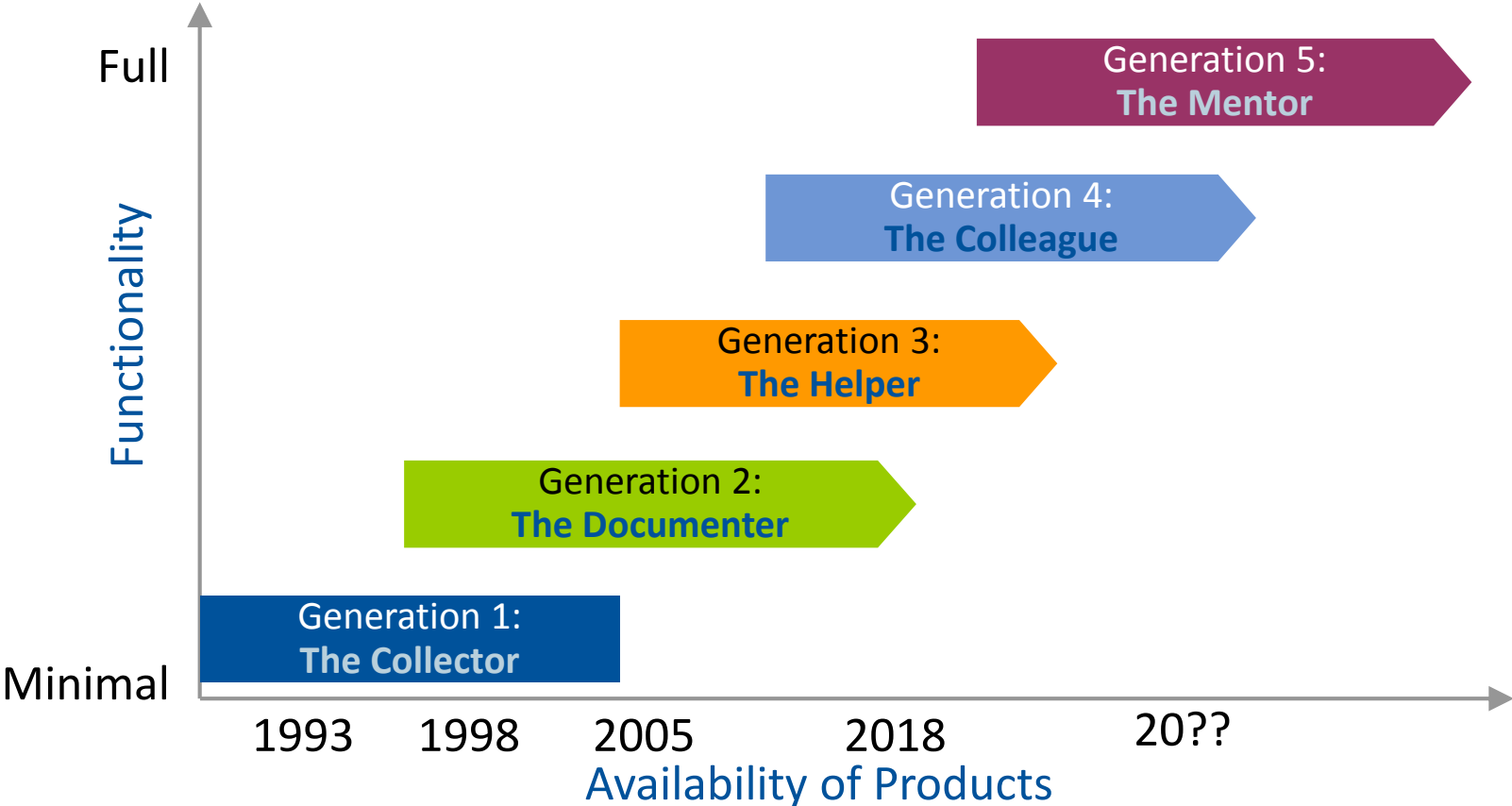
Aftenposten

Nyheter

**Legene brukte flere måneder på kreftdiagnosen. Watson brukte ti minutter.**



# EHRs are evolving to meet new care delivery demands



# Medisinske droner



# Digital sårbarhet – sikkert samfunn

Beskytte enkeltmennesker og samfunn i en digitalisert verden





***Takk for oppmerksomheten!***



# Kafédialog. “Korleis utviklar vi pasientens helseteneste mot 2030?”



**Dagfinn Hallseth**

# Oppgåven

- Korleis utviklar vi pasientens helseteneste mot 2030?

- Diskuter og dokumenter langs minimum følgende dimensjoner:



– Kvalitet og pasientsikkerhet



– Samhandling og organisering



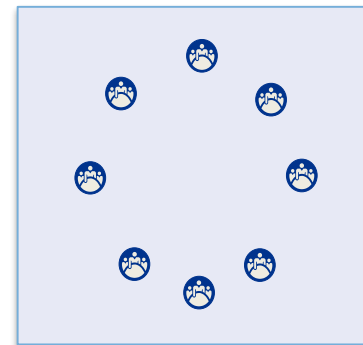
– Teknologi og innovasjon



– Bemanning og kompetanse

# Praktisk

- Ca 10 personer pr bord
  - Ein gruppeledar pr bord
  - Skriv ned innspela slik at de kan dokumenterast, samlast inn og presenterast
  - Det vil være flip-ark og gule lapar tilgjengelig
  - Etter diskusjonen skal gruppeleiar presentere gruppa sitt arbeid i plakatvandringa
- 
- Gruppearbeid frem til 16:30
  - Plakatvandring 16:40 – 17:20



# Oppgåven

- Korleis utviklar vi pasientens helseteneste mot 2030?

- Diskuter og dokumenter langs minimum følgende dimensjoner:



– Kvalitet og pasientsikkerhet



– Samhandling og organisering



– Teknologi og innovasjon



– Bemanning og kompetanse

# Pause

- Kafebordvert oppsummerer og lager plakat



# Plakatvandring!

- Inntrykk frå andre gruppearbeid!



# Korleis tar vi innspela med vidare?

- Oppsummering pr gruppe
- Oppsummering pr HF.
  - Rapport med innspel frå området
- Formulering av Helse2030
  - Eit overordna og strategisk dokument
- Innspel til vidare arbeid og til tiltak
- Styrebehandling og høyring





# Pasientens helseteneste

*Det heiter ikkje: **eg** - no lenger.  
Heretter heiter det: **vi**.*



# Oppsummering og avslutning



**Herlof Nilssen**, administrerende direktør, Helse Vest RHF

# Vegen vidare

## 3. kvartal 2016

- Storsamlingar i alle føretak
- Samle temarapportar og andre innspel (forsking, miljø osv.)
- Analyser og vurderingar innspel og totalitet
- Første versjon av strategi og satsingsområder

## 4. kvartal 2016

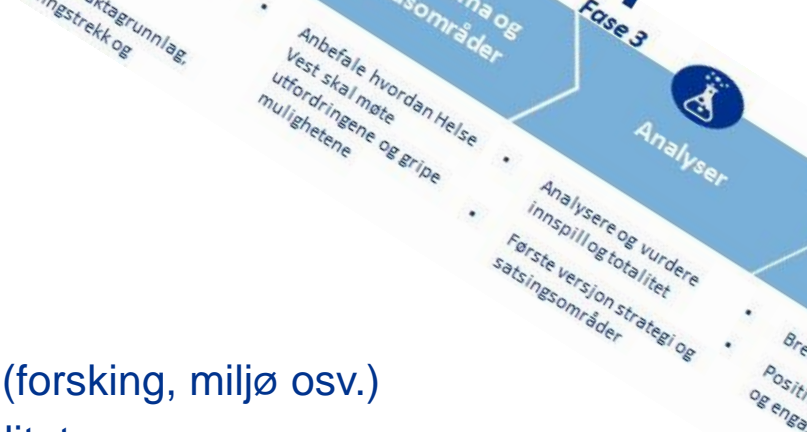
- Ulike seminar, kronikkar, innspel
- Utarbeiding av strategi

## 1. kvartal 2017

- Framlegg for styret Helse Vest RHF
- Høyring (HF, eksternt)

## 2. kvartal 2017

- Styrevedtak Helse Vest RHF



**TAKK – Vel heim!**

---

