

Helse2030



HELSE 2030
VELKOMMEN TIL STRATEGISAMLING
HELSE + VEST

FORDE | TORSDAG 29. SEPTEMBER | 09.30-15.30 | SCANDIC SUNNFJORD HOTEL

Vi skal ønske velkommen til Helse2030 velkommer til gang med i Helse2030 konferansen på Sunnfjord, Helse 2030.

Programet består av en rekke foredrag og paneler. Vi vil være glade for å ha med deg på Helse2030 konferansen på Sunnfjord, Helse 2030.

Tidspunkt for foredrag og paneler vil bli offentliggjort senere på Helse2030 konferansen på Sunnfjord, Helse 2030.

Med vennlig hilsen til Helse2030 konferansen på Sunnfjord, Helse 2030.

09.30 Innlegg: **Industriell medisin**
Johanne Rognmo, **Apotek** og **Pharmaceuticals**

09.35 Velkommen til Helse2030 konferansen på Sunnfjord, Helse 2030

09.40 **Tidspunkt for foredrag og paneler**
Helse 2030, **Helse 2030**, **Helse 2030**

10.15 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

10.30 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

10.45 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

11.00 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

11.15 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

11.30 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

11.45 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

12.00 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

12.15 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

12.30 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

12.45 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

13.00 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

13.15 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

13.30 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

13.45 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

14.00 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

14.15 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

14.30 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

14.45 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

15.00 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

15.15 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

15.30 **Panel: Helse 2030**, **Helse 2030**, **Helse 2030**

HELSE 2030

VELKOMMEN TIL STRATEGISAMLING



FØRDE | TORSDAG 29. SEPTEMBER | 09.30–15.30 | SCANDIC SUNNFJORD HOTEL



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



Baard-Christian Schem, Fagdirektør i 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 pasientbehandlninga

3.

Multisjuka
pasientar

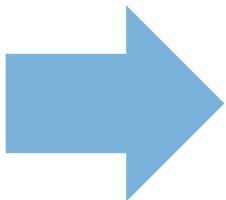
4.

Standardiserte
pasientforløp



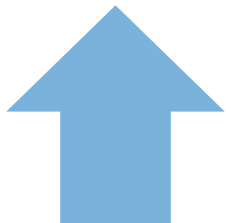


Mål for pasienten si helseteneste



Nullvisjon for helsetenesta

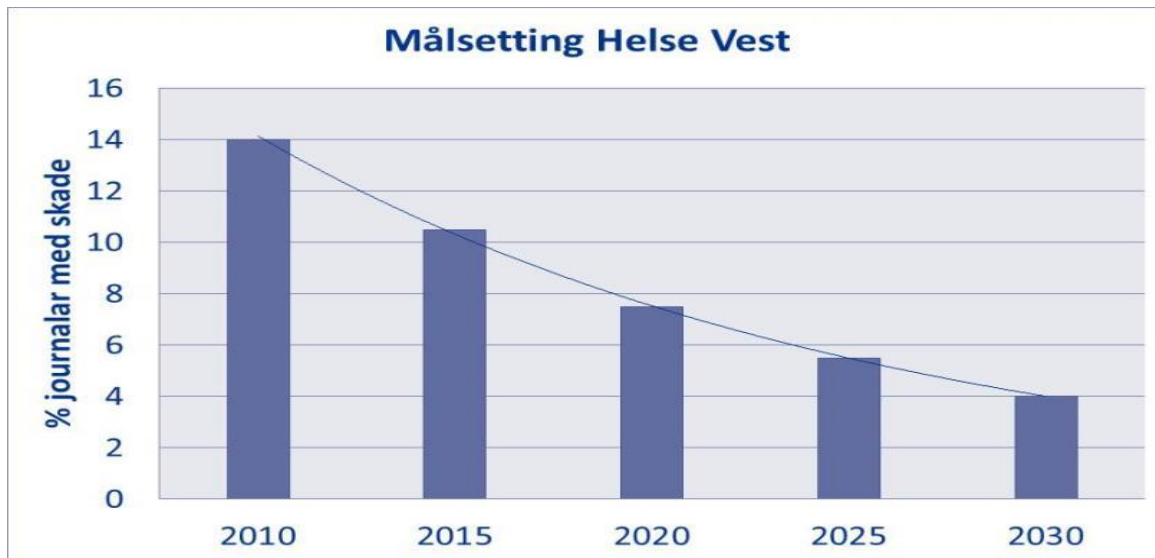
- «Ingen pasientar døyr eller blir alvorleg skada som følge av ytingar eller mangel på ytingar i helsetenesta».



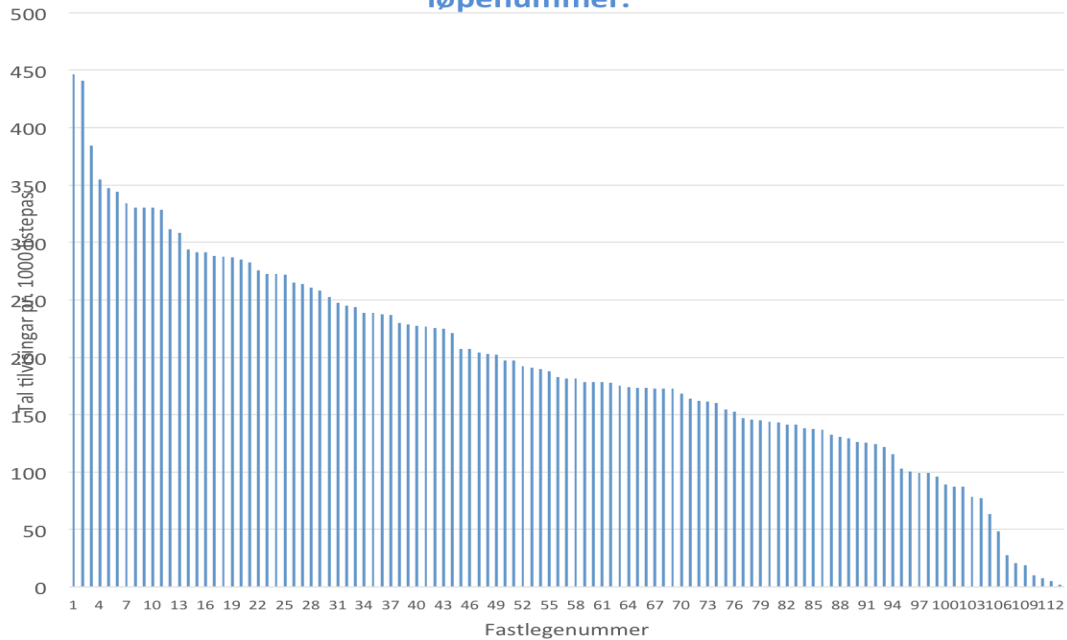
Plussvisjon for pasienten

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

Nullvisjon?




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





Anbefalingar 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 integert 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.



Møte med pasienten

1.

Kvalitet, variasjon
og pasienttryggleik

2.

Kommunikasjon og
prioritering

Kompleksitet i pasientbehandlninga

3.

Multisjuka
pasientar

4.

Standardiserte
pasientforløp



Framtidsbilete – bygd på pasienten si helseteneste

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

Many health care settings have gotten complicated...

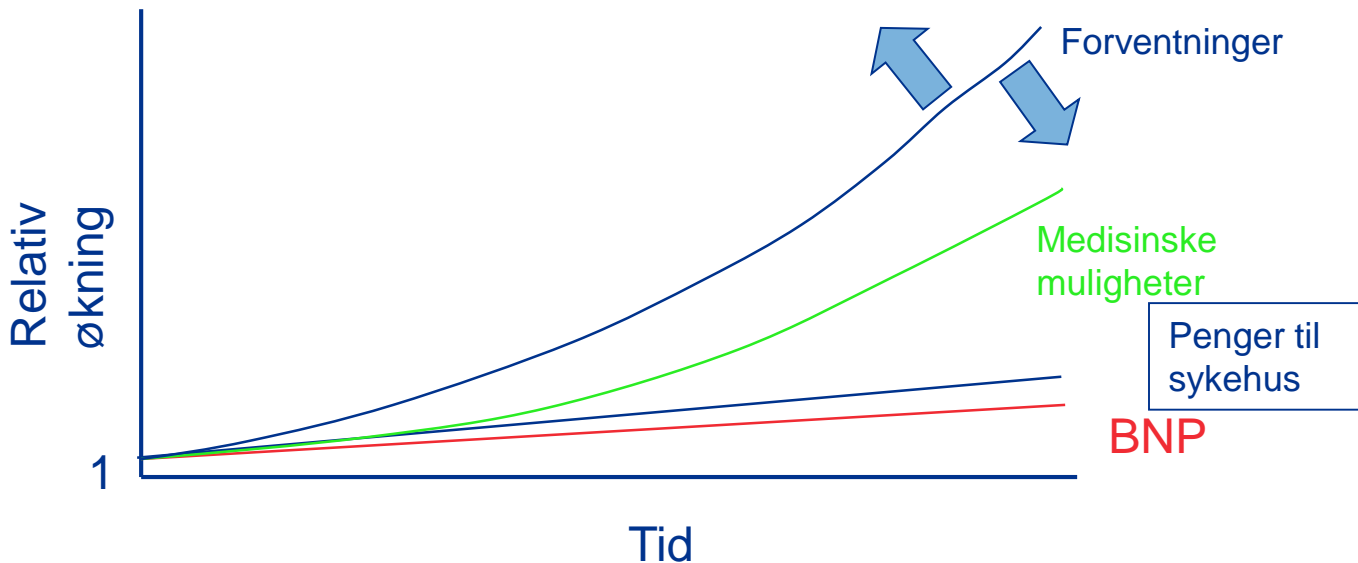




Anbefalte tiltak kommunikasjon

- **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 spesialistrollen i tiltak eller kampanjar for å gjøre befolkninga i betre stand til å **mobilisere egne ressursar (førebygging/folkehelse), egen mestring og ta kontroll over egen helse**.
- Aktivt å ta i bruk **digitale kommunikasjonsverktøy** for å kommunisere med pasientar, for eksempel samvalgsverktøy som er utvikla for fleire diagnosegrupper.

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.

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

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



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?

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.



Anbefalte tiltak prioritering

Prioritering som leieransvar

- Systematisk opplæring
- Nasjonale faglige retningslinjer

Samstemming av prioriteringspraksis ved bruk av kliniske retningslinjer

- Felles strategi/retningslinjer/tilvisingsveileddarar
- 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 ulikhet i helse
- Gode IKT-løysingar
- Aktiv bruk av kvalitetsregistre

Openheit og kommunikasjon

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

LEON-prinsippet

- Pasientforløp for ulike diagnoser på tvers av behandlingsnivå
- Helsehjelp på riktig nivå til rett kvalitet.



Møte med pasienten

1.

Kvalitet, variasjon
og pasienttryggleik

2.

Kommunikasjon og
prioritering

Kompleksitet i pasientbehandlninga

3.

Multisjuka
pasientar

4.

Standardiserte
pasientforløp





Demografi - sykkelighet

- Økende befolkning
- Flere "aller eldste" eldre
- 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

Anbefalingar gruppe 3

- **Tenestene skal organiserast med utgangspunkt i pasienten, ikkje fag.**
- Ved byggplanlegging må det leggst 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**
- **Koordinatorrollen må styrkast.**
- **Epikrisen** må innehalde rådgiving og fullstendig og kvalitetssikra **oversikt over medisinerig**
- Ved oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten må helsepersonellet aktivt ta stilling til om behandlinga er **en episode eller treng oppfølging på ubestemt tid.**
- Det skal **leggast plan** for vidare innsats og forløp.
- Det bør utviklast 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 må ta hensyn til behovet for en **helheitleg tilnærming** til mennesker med samansette behov.
- Det må sørgast for at alt helsepersonell vedlikeheld en viss **basal breiddekompetanse.**
- Spesialisthelsetenesta må aktivt bidra **til justering av finansieringsløsningar**

Helse2030 TEMA 1-3



STANDARDISERTE PASIENTFORLØP

Storsamling i Førde vedr. Helse 2030,
Scandic Sunnfjord hotel 29.09.2016
v/ Pål Ove Vadset, Seksjonsleder i FoU avdelingen

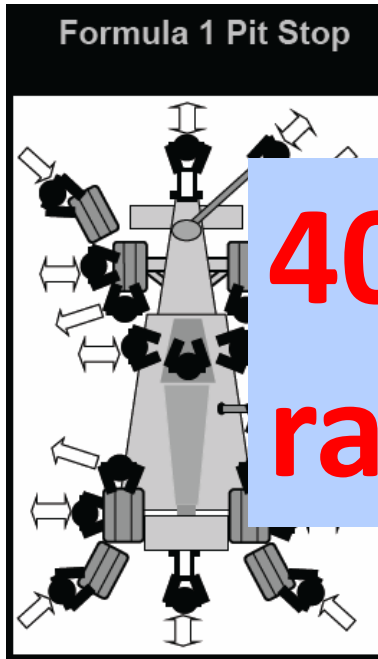


STANDARDISERING

1. Hva kan standardisering bidra til?



1. Hva kan standardisering bidra til?



**40 ganger
raskere...**



19 personer: 3-4 sek
Ressursinnsats = 66,5 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 trygget og trygt hånd om.
- Nest 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 innleggelse) 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 innleggelse 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.

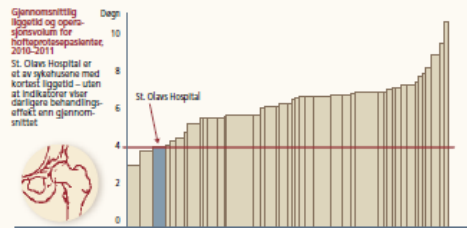
Øyeblikkelig hjelp-tjenester er en viktig del av spesialisthelsetjenesten og helt avgjørende for befolkningens opplevelse av trygghet. Når kontakter for et stort antall akutte diagnoser analyseres (29 000 konsultasjoner og 12 000 innleggelse) fremkommer det også på dette området betydelige geografiske 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 medisinsk faglig 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 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.

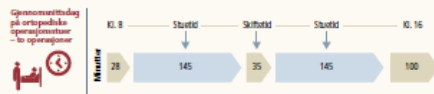


Tverrfaglig og standardisert behandlingsforløp gir effektiv drift:

- 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.

St. Olavs Hospital

Innleggelse Operasjon Hjem

Sykehus med lang behandlingstid

Innleggelse Operasjon Til oppretning Hjem

Dager

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

Hvem gjør hva til hvilket tidspunkt



Standardisering i form av:

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

Kontinuerlig forbedring

6. Virker det?



PLAIN LANGUAGE SUMMARY

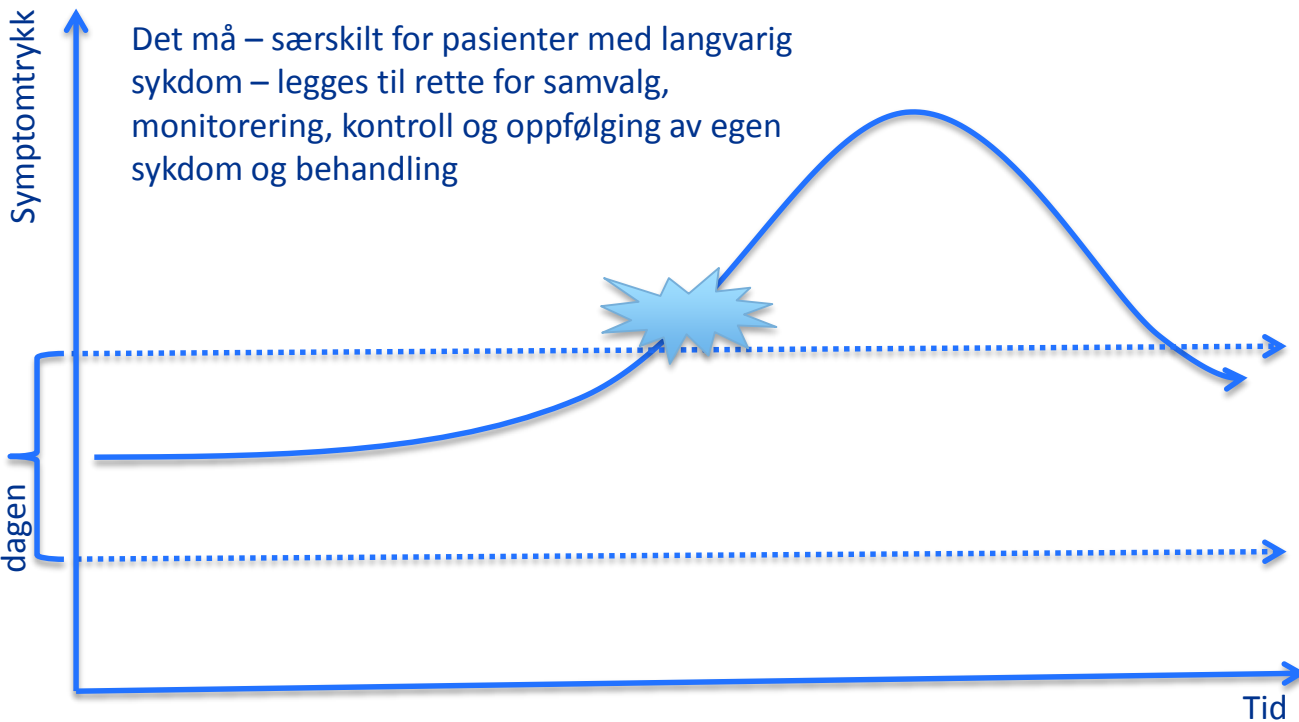
Clinical pathways in hospitals.

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



Pål Iden, Ass. fagdirektør Helse Vest RHF

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.



Framtidsbilete / 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 byggast opp kring pasienten sjølv og dei pårørande
- 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. «Ein innbyggjar, ein journal» kan realisere dette.
- Systema bind saman spesialisthelsetenesta, inkludert avtalespesialistar og private, så vel som alle ledd i primærhelsetenesta.
- Blir datakjeldene betre og felles, kan måling av kvaliteten på tenestene bli meir treffsikker og læring på tvers lettare
- Pasienten kan få meir av innsyn, enklare dialog med tenestene og auka deltaking.
- Telemedisin og tilpassa velferdsteknologi mellom nivåa 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 og pasienten sjølv
- 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, slik at dimensjonering og anretning av utdanningane møter dei skiftande behova i tenestene.



Innlegg frå hovudtema i strategien



Hilde Christiansen, Direktør medarbeidar,
organisasjon og teknologi Helse Vest RHF

**Teknologi og nye måtar å levere helsetenester –
Auka verdiskapning
Spesialisthelsetenester utanfor sjukehus**



Sammenfatning av arbeidsgruppe 7 og 8

Helse 2030 storsamlinger

«Bølgjene»



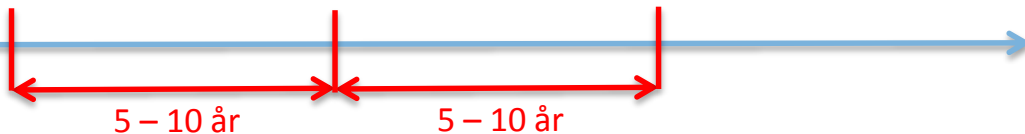
Organisasjonen
utnyttar
programvare og
utstyr



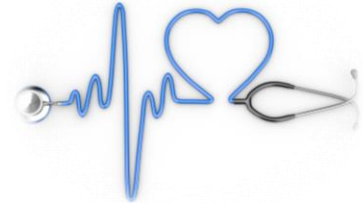
Programvare som kan bruke
teknisk utstyr er *tilgjengelig*



Teknisk utstyr *klart*



Auka verdiskaping *(arbeidsgruppe 7)*



- Avansert oppgaveplanlegging
- *Brukarmedverknad*
- Standardisering
- *Automatisering og robotisering, (særlig prosessrobotisering)*
- *Beslutningsstøtte og analyse*
- Tettare samhandling med primærhelsetenesta
- Tettare planlegging og samhandling med avtalespesialistane
- *Forsking og innovasjon*
- Funksjonsfordeling og organisering

Spesialisthelsetenester utanfor sjukehus, levert på nye måtar (arbeidsgruppe 8)

- Oppgåvedeling
- *Digitale innbyggartenester*
- *Pasienten som ein ressurs*
- Konsekvensar for organisering av helsetenesta
- *Telemedisinske løysingar*
- *Kommersialisert og produksjonsklar teknologi (hyllevare)*
- *Innovasjon*
- Direkte menneskeleg kontakt!

*Må
akselereras*



Robotar og sjølvbetjening



Robotene kommer!

8,3%

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

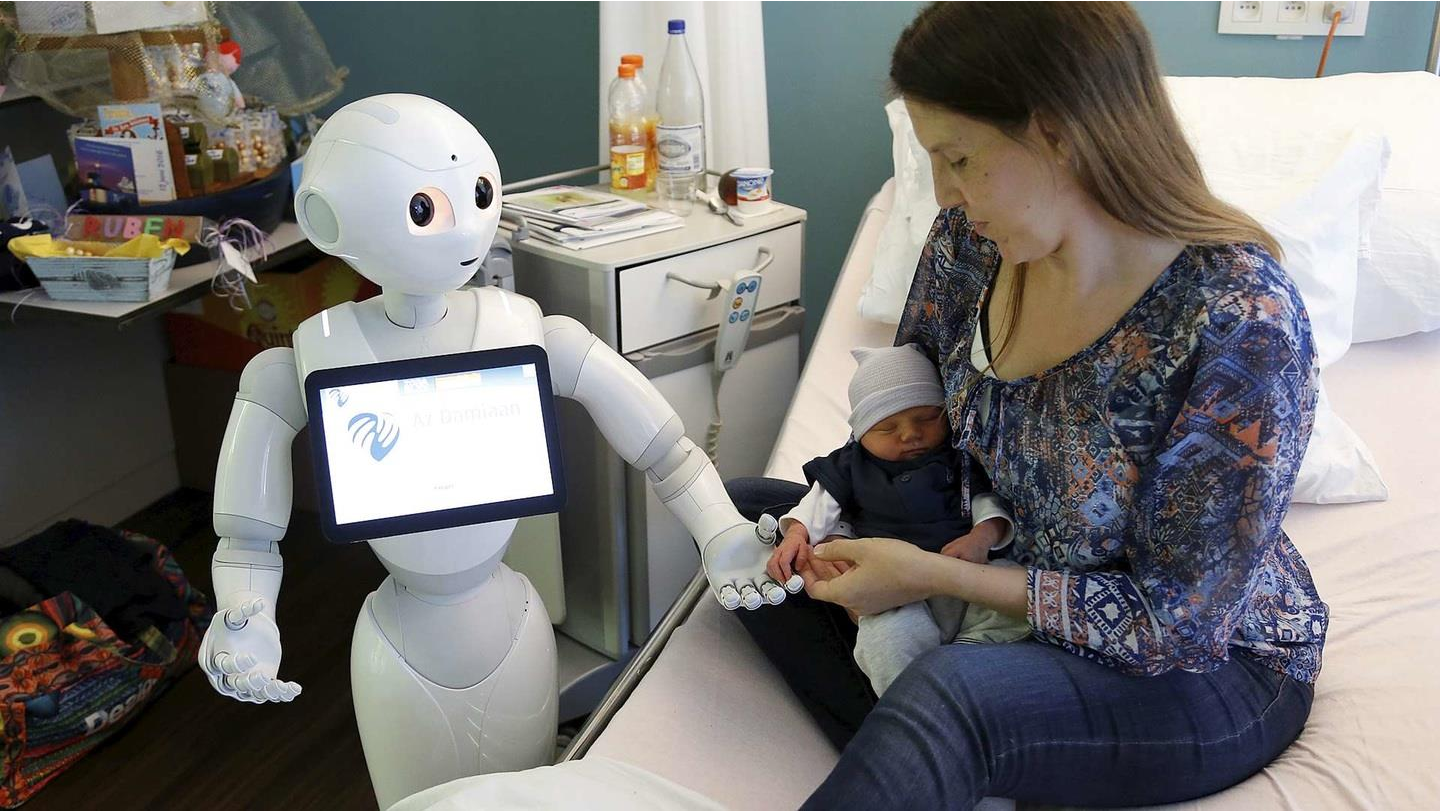
33%

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

97%

Sannsynligheten for at kontor-
medarbeidere vil rammes av
automatisering
og roboter.

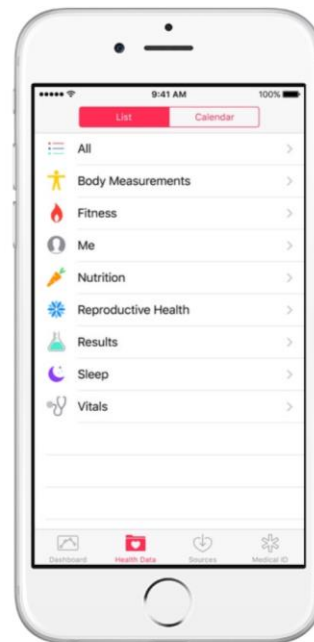


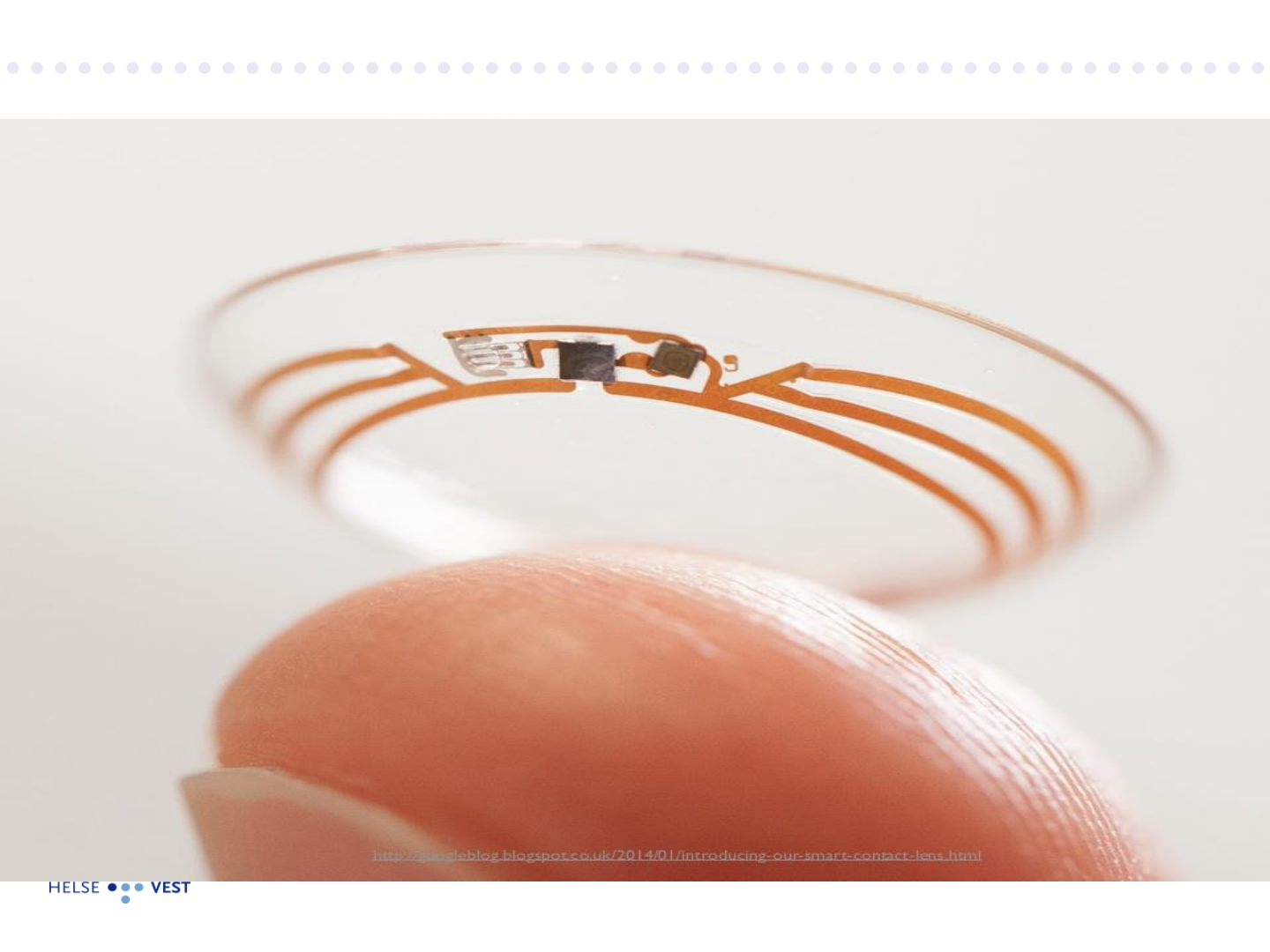


Sensorteknologi



*Pulsmåler
Akselerometer
Gyroskop
Lyssensor*





<http://googleblog.blogspot.co.uk/2014/01/introducing-our-smart-contact-lens.html>

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



Prosess- og beslutningsstøtte

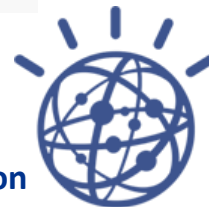
Aftenposten

Nyheter

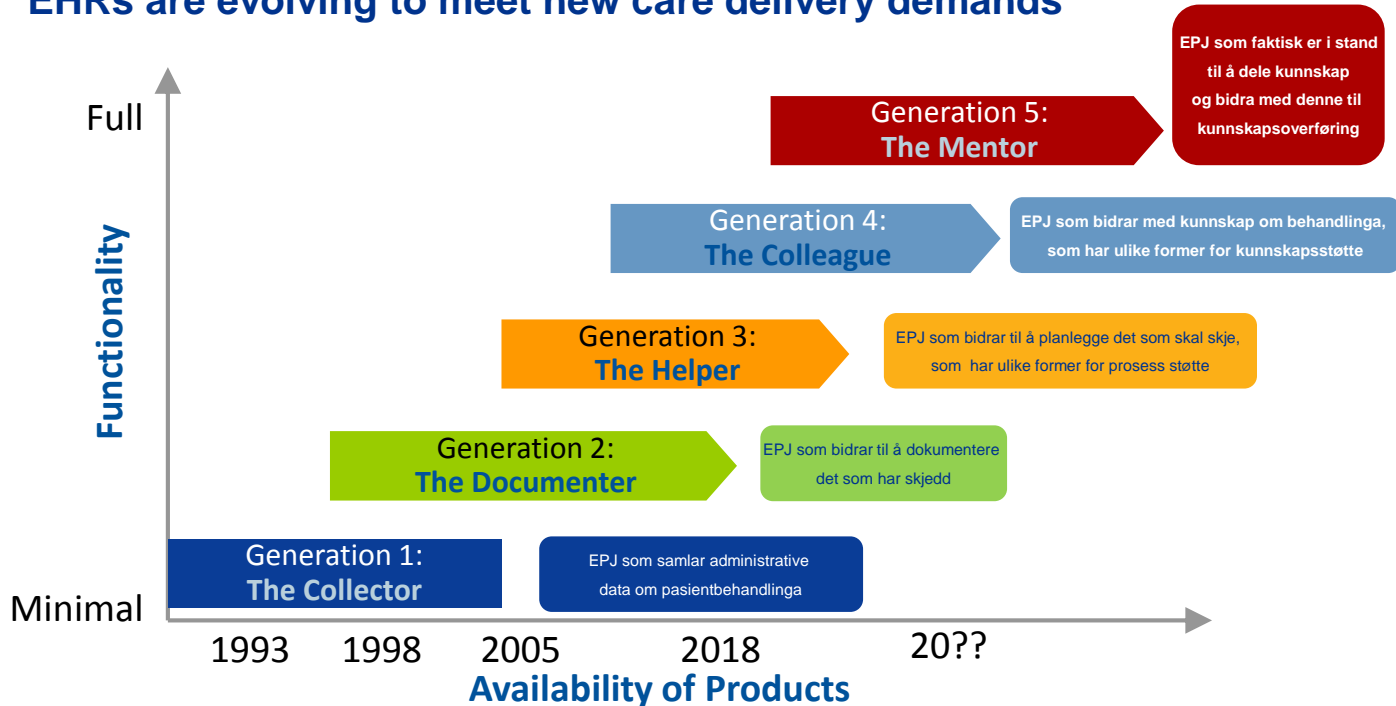
**Legene brukte flere måneder
på kreftdiagnosen. Watson
brukte ti minutter.**



Watson



EHRs are evolving to meet new care delivery demands



Medisinske droner



Digital sårbarhet – sikkert samfunn

Beskytte enkeltmennesker og samfunn i en digitalisert verden



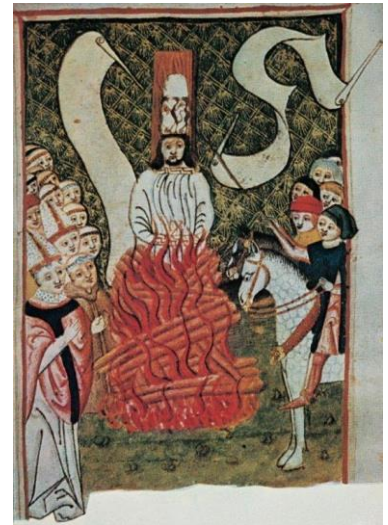
Lunsj – Til 13:20

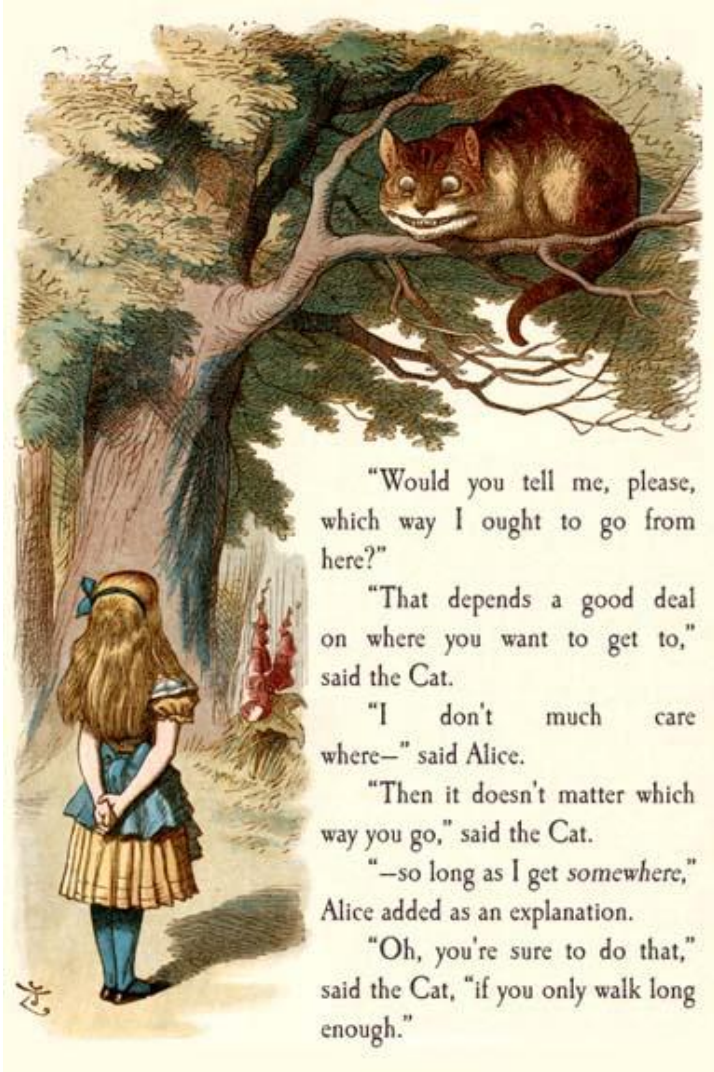


Frå fagrevir til pasientrevir - vil vi?

Samling Helse Vest IKT 28/9-16

- Skråblikk/lignelsar/allegoriar
- Hans Johan Breidablik
- Fagdirektør Helse Førde 2006-16





"Would you tell me, please, which way I ought to go from here?"

"That depends a good deal on where you want to get to," said the Cat.

"I don't much care where—" said Alice.

"Then it doesn't matter which way you go," said the Cat.

"—so long as I get *somewhere*," Alice added as an explanation.

"Oh, you're sure to do that," said the Cat, "if you only walk long enough."



- Value (kva er viktig for meg som pasient?)
- Reelt samval
- Kvalitet/tryggleik
- Rett prioritering
- Likeverdige tenester
- Realistisk medisin



1934

Høyanger sjukehus

1979



Fylkesarkivet i Sogn og Fjordane



KVIFOR BYGGJA
EIT ALTFORSTORT
SENTRALSJUKE-
HUS, NÅR VI KAN
KLARE OSS MED
DEI SMÅ??

NEI TIL
BYRÅKRATSTYRE
JA TIL
FOLKESTYRE!



Jacob Gløpersens (1852–1912) *Leggebask* (1885)

Denne gjengen reddet Runes liv

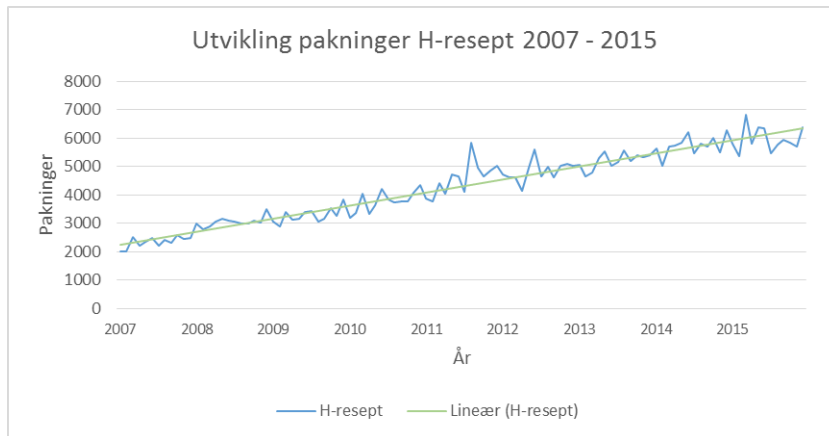


Loen 2015 - Kommuneoverlege Leiv Erik Husabø

UTFORDRINGA FRAMOVER?

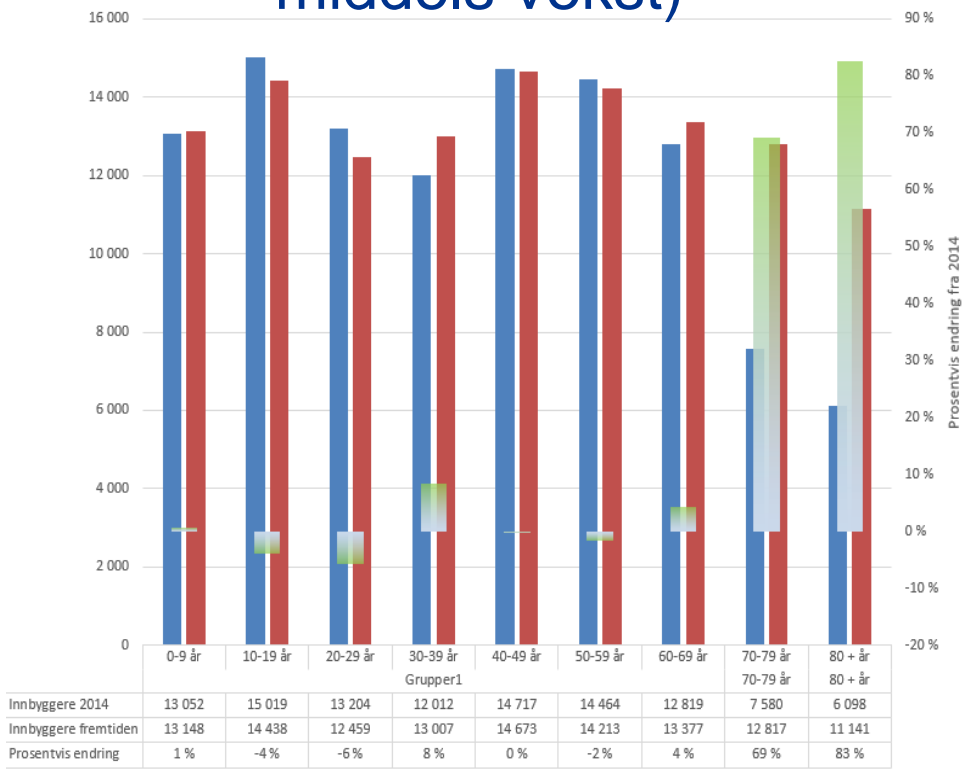
- ***«Increasing need, rising demand, and no more money – what the hell are we going to do?»***

Utvikling H-resept 2007 – 2015 (Prognose 2016)



H-resept	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prognose 2016
Antall pakninger	28 075	36 655	39 370	45 375	54 893	58 061	62 341	68 898	71 506	120 189
Vekst pakninger		30,6%	7,4%	15,3%	21,0%	5,8%	7,4%	10,5%	3,8%	68,1%
Beløp inkl. mva	234 413 750	328 500 669	338 933 005	390 081 477	408 673 037	441 709 858	474 825 658	614 976 317	661 562 702	941 862 200
Vekst beløp		40,1%	3,2%	15,1%	4,8%	8,1%	7,5%	29,5%	7,6%	42,4%

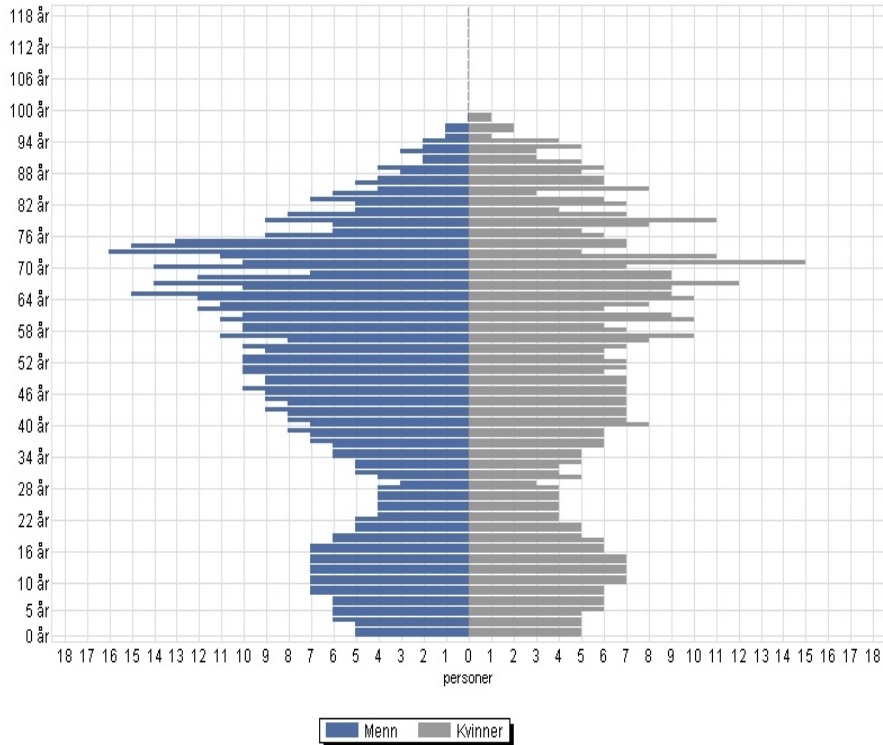
Befolkningsframskriving 2040 (SSB middels vekst)



derssegmenter	Innbyggere 2014	Innbyggere fremtiden	Prosentvis endring
	108 965	119 273	9 %

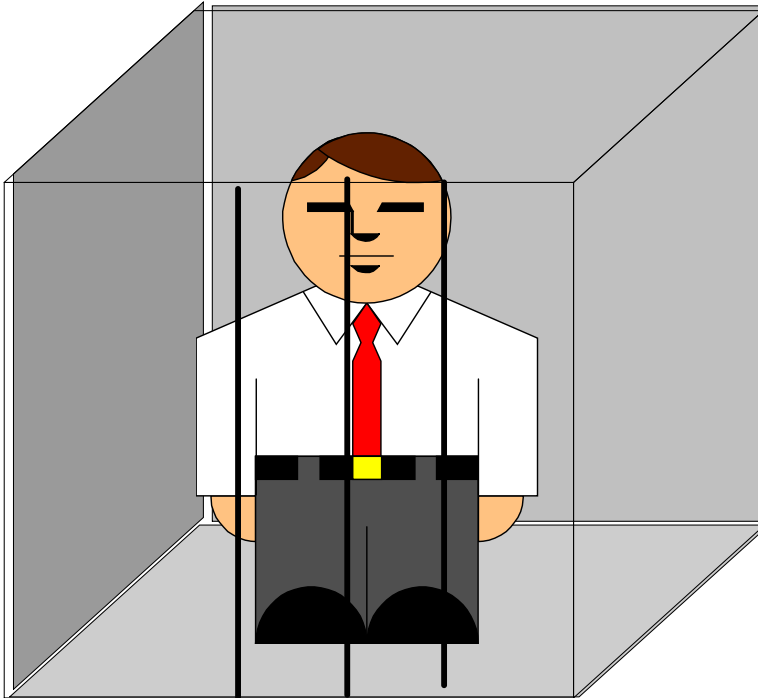
Fylket med befolkningspyramiden opp-ned

Framskrevet folkemengde,
etter kjønn og alder.
2040, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM), Hyllestad.



«*Pasientens helseteneste betyr å flytte makt*»

(Bent Høye)



CHARLES DUHIGG
**VANENS
MAKT**
Hvorfor vi gjør som vi gjør
og hvordan vi kan **forandre** oss



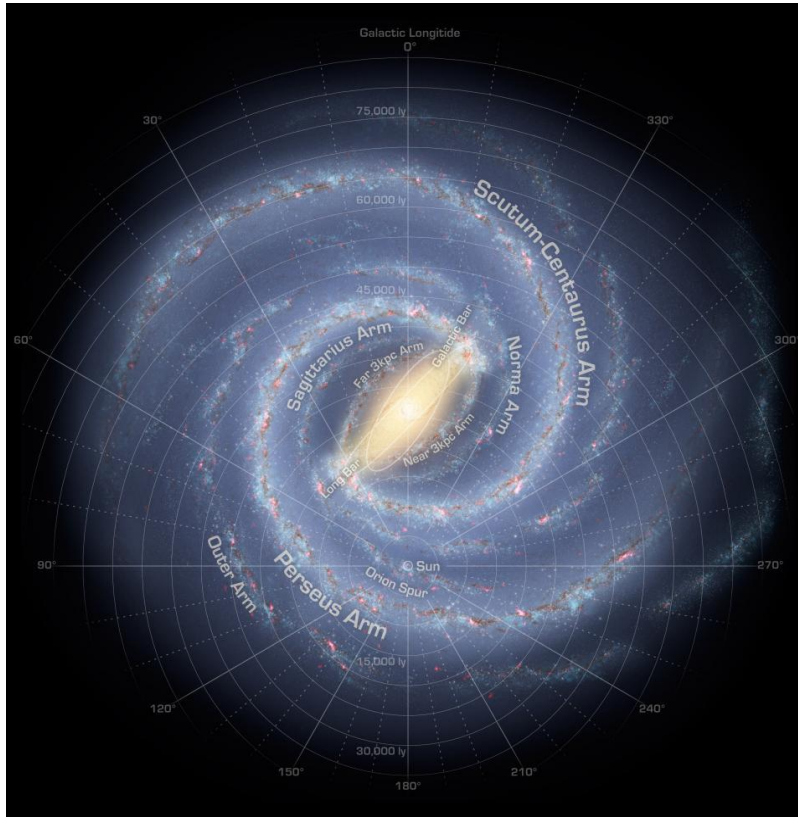
Flere enn **to millioner** solgte eksemplarer

”Thinking out of the box” is a lot easier if you’re out of the box.

Disney Institute

«Fagforeiningane går
samlar ut mot
sjukehusomlegginga»
(Firda 14.09.2016)

Sentrum i «helseuniverset» – pasient eller fag? (Høye: «Pasientens helseteneste er flytting av makt»)





Historie fra 2016

- Dårleg og sengeliggende pasient på psykiatrisk institusjon trengde å få teke blodprøve på ettermiddagen
- Sjukepleiar ringer til lab. i god tid og lurar på om prøven kan takast der pasienten ligg
- Dette blir avvist, lab vil ikkje forlate avdelinga
- Det må bestillast ambulanse for å frakte pasienten til lab.
- Pasienten får meir uro og engstelse etter dette
- Avstanden det handlar om ?

.....

fagReviret – den trygge plassen



«Sentralt i disse revirene har selveste «stortiuren» (også kalt sjefen) sitt revir, og det er der røyene samler seg og den virkelige kampen står»

- Men passar den «nye pasienten» til fagrevirorganisering?
- Kva med det aukande talet pasientar som havnar mellom revira?
- Korleis prioritere på tvers av revira?

Når skal medisinen legge bort gilliotineringa av kropp og hovud?

Giljotinen er oppkalt etter den franske legen Joseph Guillotin. Konstruksjonen av maskinen ble utført i samarbeid mellom kirurgen dr. Louis og en harpefabrikant, Schmitt.



Psykiatri og somatikk

- Kvar er den holistiske behandlinga?
- Finst det sjukdom som ikkje har både fysiske og mentale komponentar?
- Psykiatriske pasientar dør 20 år for tidleg
- Ikkje eingong felles journaltilgang!

Mikro- og makroskop



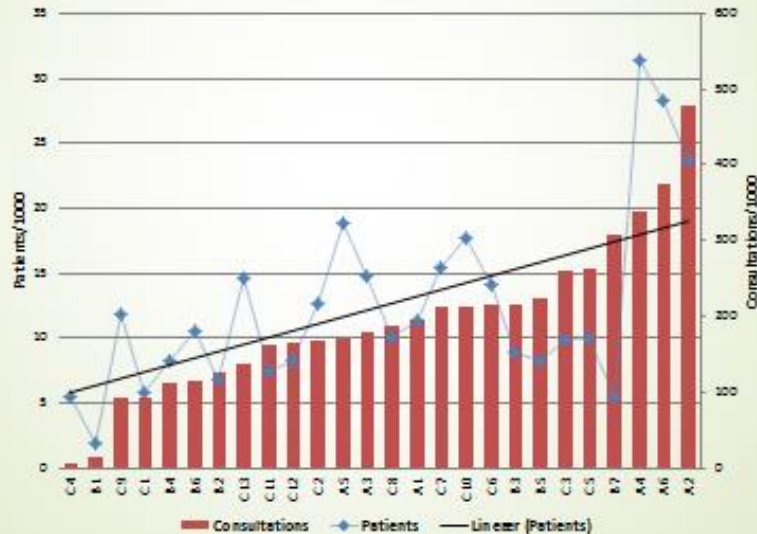
Spisskompetanse og breddekompetanse



«Vi må styrke sykehuslegenes breddekompetanse. Savnet av gode generalister i spesialisthelsetjenest en er stort».
DM: Lina Linnestad

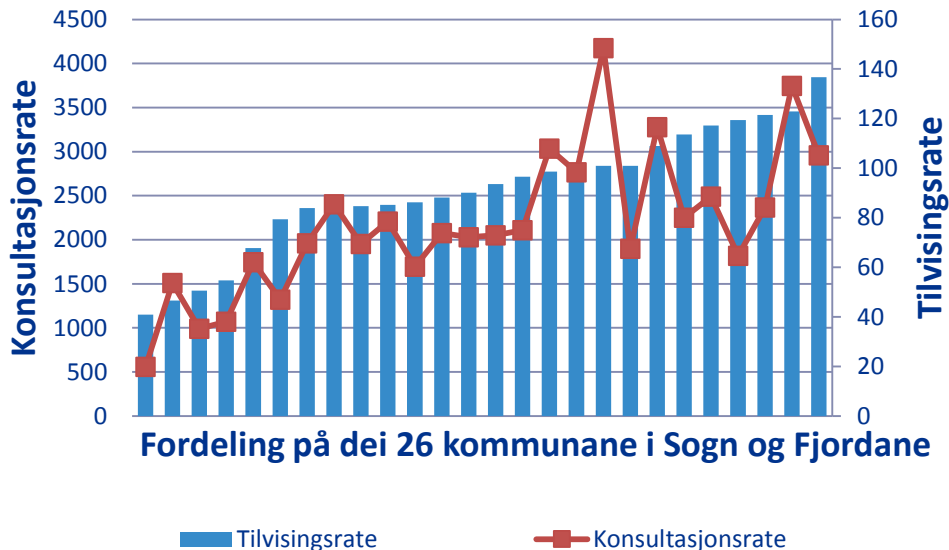
Likeverdig tildeling av spesialisthelsetenester og behandlingar – eller etter pasienten sitt postnummer?

Patientrate vs. consultationrate 2011-2015 for ADHD for the 26 municipalities (x-axis) (corr. 0.68)

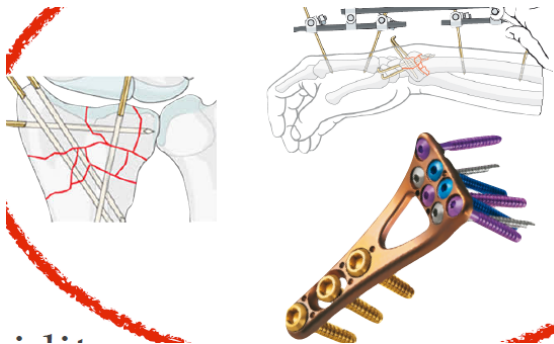


Input bestemmer output?

BUP: Tilvisingsratar og konsultasjonsratar per 1000 barneinnbyggjar i 4 års perioden (2012-2015)

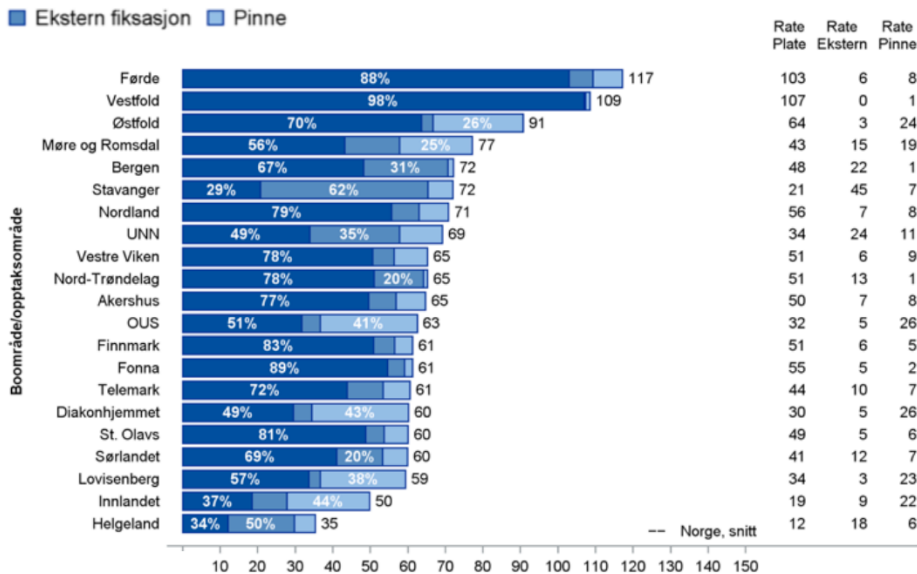


Korrelasjon: 0,72

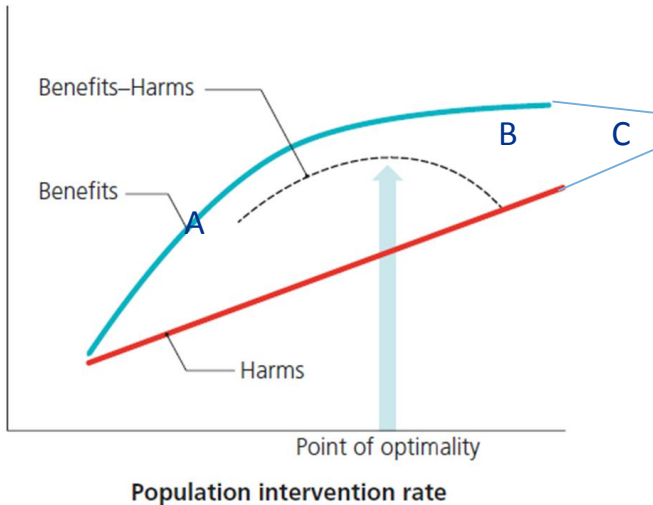


The different types of operative treatment 2009-2

Age- and gender adjusted rates per 100 000 inhabitants



Individ- og gruppe



- Helsepersonell «*with licence to heal (alt. harm)*»

«Risikosport»:

- a) **Høg legitimitet** for inngrep i enkeltpersonar sitt liv kombinert med
- b) **høg tiltru** til nytte både hos fagperson og pasient.

Nytte for einskildperson (A) vs. for gruppe (B+C)

Nasjonal helse- og sykehusplan



Oppdraget:

*«Ledelsens oppmerksomhet må rettes mot hvordan pasienten opplever behandlingen og hvordan man får til helhetlige pasientforløp **på tvers av** profesjoner, avdelinger, virksomheter, nivåer i helsetenestene» (frå innleiinga)*

Sentrale utviklingstrekk

1. Demografi
2. Endring i sjukdomsmønster:
Multisjukdom ofte kronisk
Fra enkle årsaker til svært kompliserte
(psyke-soma-samfunn)
Redusert funksjonsevne i det moderne
samfunnet («helseparadokset»)
3. For lite personell framover («ta vare på»-personell)
4. Auka krav til prioritering
5. Likeverdige helsetenester (over- underbeh.)

Den «nye» pasienten

Personer over 60 år vil stige fra 841 millioner i 2013 til 2 milliarder i 2050, og vil overgå tallet på barn i 2047!



Gulla Agnalt (71) ble kasteball mellom sykehus og sykehjem

I løpet av to måneder ble 71-åringen flyttet hele 16 ganger mellom sykehus og sykehjem. Hun var for frisk til å være på sykehus, men for syk til kommunale tilbud.



Journalist
[Lise Merete Olaussen](#)



Journalist
[Maria Nakken](#)

[MER OM ELDTREMSORG](#)

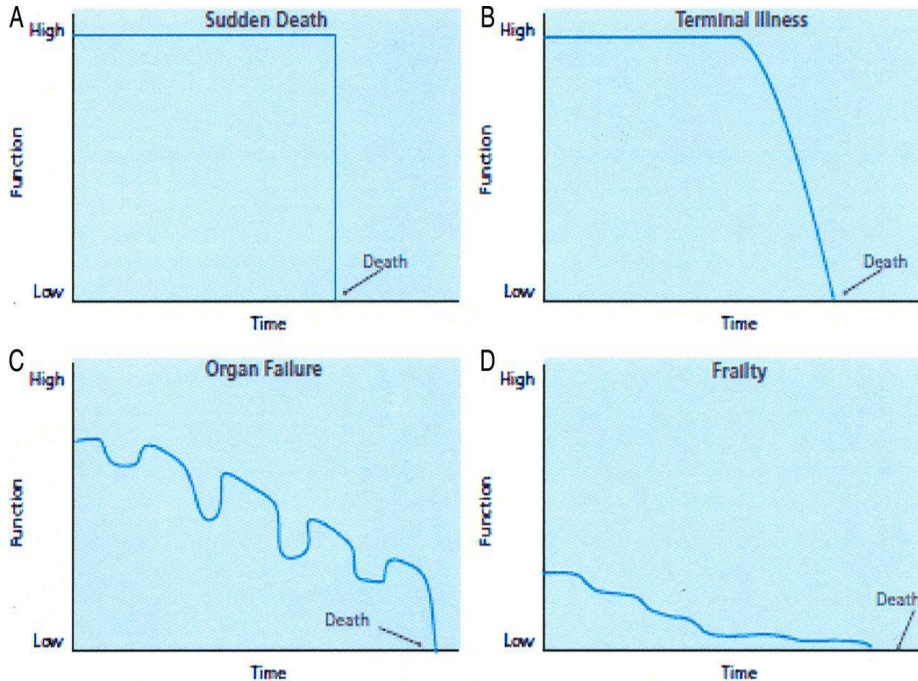
© Publisert 28.04.2014, kl. 13:16

BLE SYKERE OG SYKERE: Gulla Agnalt ble skrevet ut igjen og igjen fra sykehusene, samtidig som datteren opplevde at helsen hennes ble dårligere og dårligere for hver gang.

Har vi kompetanse på multisjukelegheit (den «nye» pasienten), organiserer vi for denne?

Diagnoser	Symptom	Status funn	Prøver	Medisiner
8 st	16 st	15 st	5 -	22 st
Hjertesvikt	Tretthet	Takycardi	<u>Lave</u>	<u>Bivirkninger?</u>
Diabetes	Kvalme	Knatring	Hb	Trøtthet
Glaukom	Svimmelhet	Benødem	Na	Appetit
Demens	Benødem	Muskelsvak		Kvalme
Nyresvikt	Smerter	Falltendens	<u>Høge</u>	Obstipasjon
Hypertoni	Obstipasjon	Blodtrykk ↓↓	Glukos	Muskelsvakhet
Inkontinens	Deprimert	Inntørket	Krea	Ustø
Perifer sirkulasjons- svikt	Svelgevansk	Minne ↓↓	Kalium	Ortostatisme
	Vekttap	Sår på tærne		Konfusjon
	Minne	Syn, hørsel ↓↓		m.m.
	Syn, hørsel ↓	Deprimert		

Korleis endar vi våre liv?



Davison R , and Sheerin N S Postgrad Med
J 2014;90:98-105

Utvikling («den nye pasienten»)

- Ho/han er ikkje «ny», men oftast gammal
- Ho/han har sjukdom som varer ved over tid
- Ho/han har eit fleirtal sjukdommar samtidig
- Ho/han har kroppslege og mentale (evt. sosiale) plager samstundes
- Ho/han har redusert funksjonsevne
- Ho/han blir stadig fleire framover
- Diagnostikk og behandling blir stadig meir komplisert, og helsevesenet manglar kompetanse

Skrøpelegheit («frailty/fragile»)

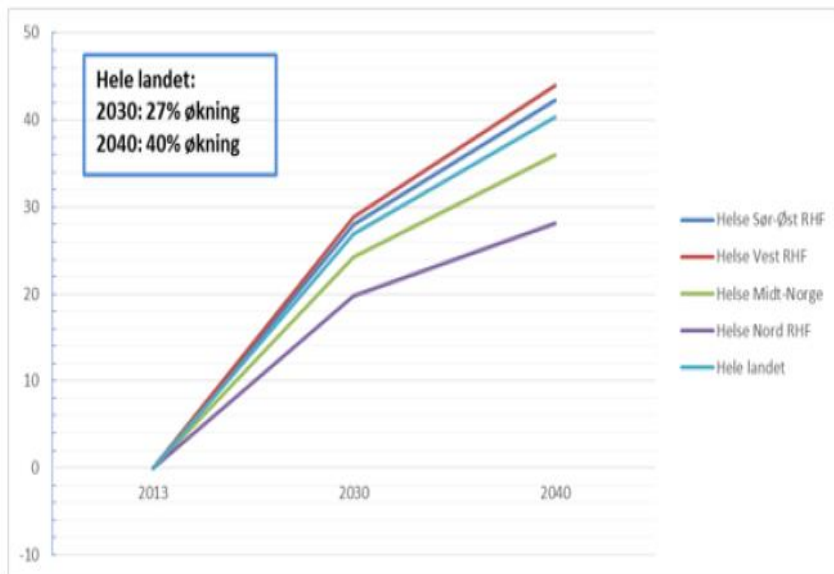
- Progressiv aldersrelatert svekkelse av fysiologiske system, med redusert funksjonell reservekapasitet,
- som medfører **økt sårbarhet ved stressende omgivelser**
- Indikatorer: trøttbarhet-vekttap-svakt grep- langsom gange og lavt energiforbruk evt. pluss kognitive- eller sansesvekkelser
- Forebygging (kunnskap): ernæring og fysisk akt.

«Folkehelseføretaket»-også for kronisk sjuke (Helse Førde)

- Integrasjon av:
- Folkehelseperspektiv (livsstil/livskvalitet/kunnskapsbank)
- Førebygging (særleg sekundær- og tertiærførebygging)
- Mestring/rehabilitering av kroniske og samansette sjukdomsbilete
- Forsking (helsetenesteforskning, samhandlingsforskning)
- Undervisning (pasient/pårørande/studentar)
- Hjelpemiddel/velferdsteknologi
- Kunnskapsbase for primærhelsetenesta

I helseføretaket sitt samla behandlingstilbod for alle grupper av befolkninga (gjennomgåande førebyggingsperspektiv i alt ein gjer)

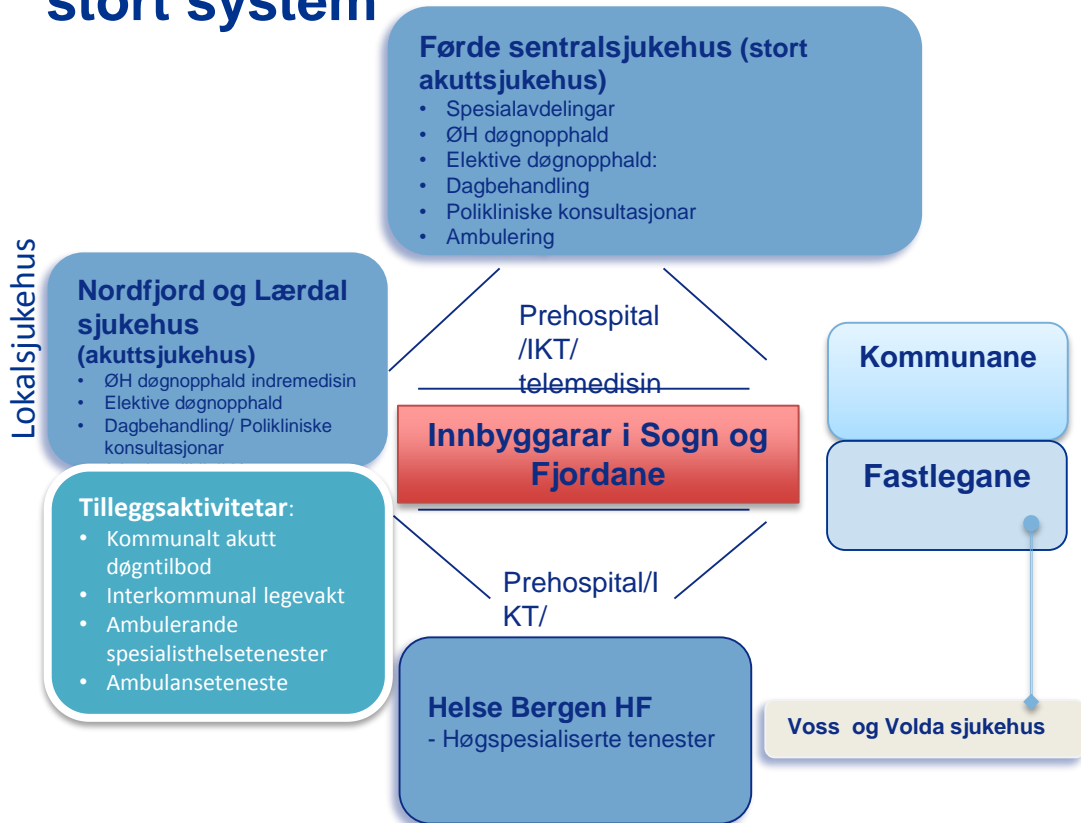
Vi kan ikke bemanne oss ut av utfordringene



Statistisk sentralbyrå, middelalternativ for befolkningsframskriving

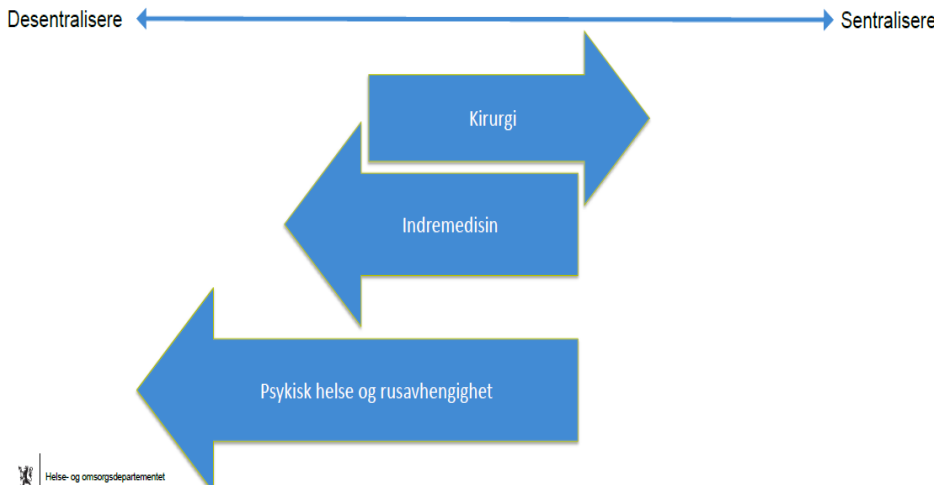


Pasientane får helsetenester frå eit stort system

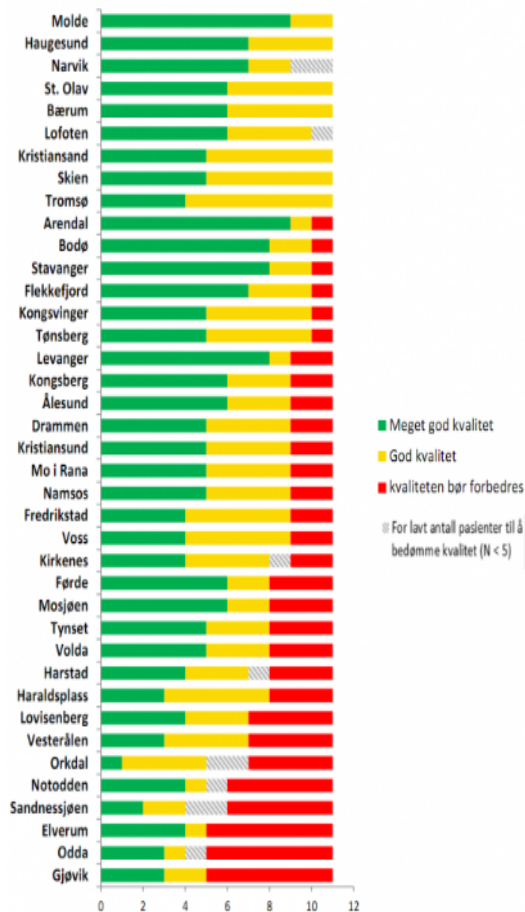


Sogn og Fjordane: 10 år utan akuttkirurgi ved lokalsjukehus

Fagene utvikler seg ulikt



Kvalitet på behandlingen bedømt ut fra måloppnåelse på de 11 kvalitetsindikatorer i **Norsk hjerneslagregister** for de 39 sykehus som har en dekningsgrad $\geq 70\%$ i 2014



"Elektronisk medisinerer" på sjukehusa i Helse Førde



Den nye «sjukestova»?





Hovudutfordringa

*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.*

*Og kor du bryggjar og kor
du bakar,
d'er alltid ein, som det ikkje
smakar;
og når den eine då gjerer
rop,
så ropar sidan den heile
hop.*

Letter to doctors from the Chief Medical Officer for Scotland



Dear Colleagues,

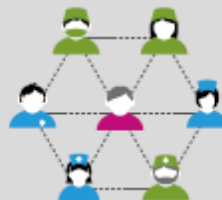
REALISTIC MEDICINE

CAN WE:

An icon showing two stylized human figures, a man with a beard and a woman, with a white speech bubble between them, indicating communication or shared decision-making.

CHANGE OUR STYLE TO
SHARED DECISION-MAKING?

BUILD A **PERSONALISED**
APPROACH TO CARE?

An icon featuring a radiation symbol and a pill bottle, both crossed out by a diagonal line within a circle, symbolizing the reduction of harm and waste.

REDUCE HARM
AND WASTE?



REDUCE **UNNECESSARY**
VARIATION IN PRACTICE
AND OUTCOMES?

MANAGE RISK BETTER?

An icon showing three lightbulbs, with the central one glowing green and the two flanking ones being grey, representing innovation and improvement.

BECOME IMPROVERS
AND INNOVATORS?

Kaféborddialog



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

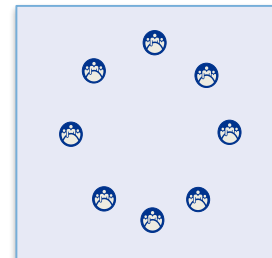


– Bemanning og kompetanse

Praktisk

111

- 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 – Til 14:55

- Kafebordvert oppsummerer og lager plakater



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 (forskning, 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
- Høring (HF, eksternt)

2. kvartal 2017

- Styrevedtak Helse Vest RHF



TAKK – Vel heim!

