

HELSE2030

HOVEDTEMA:

Kommunikasjon og prioritering

Dato 30.06.2016



INNHold

1 INNLEDNING	3
1.1 Gruppesammensetning	3
1.2 Arbeidsform	3
1.3 Kommentarer til dette arbeidet	3
2. Framtidsbilder og hvordan komme dit	3
3. Kommunikasjon	4
4. Prioritering	5
5. Anbefalinger	7

1 INNLEDNING

1.1 Gruppesammensetning

Eining/organisasjon	Representant – Namn	Stilling
Helse Bergen	Ole Frithjof Norheim	(Leder)
Helse Vest RHF	Elisabeth Huse	(Støtte)
Helse Bergen	Helge Alsaker Solheim	
RBU	Ingunn W. Jolma	
Helse Førde	Tom Guldhav	
Helse Fonna	Kenneth Eikeset	
Helse Stavanger	Anne Ree Jensen	
Helse Stavanger	Rolf Haaland	
Helse Vest RHF	Bente Aae	

1.2 Arbeidsform

Beskrivelse
Gruppen har hatt to videoarbeidsmøter og utvekslet innspill og kommentarer via e-post.

1.3 Kommentarer til dette arbeidet

Beskrivelse
Det har vært viktig å avgrense gruppearbeidets omfang opp mot de øvrige arbeidsgruppene i HELSE2030 som behandler beslektet tematikk.

2. Framtidsbilder og hvordan komme dit

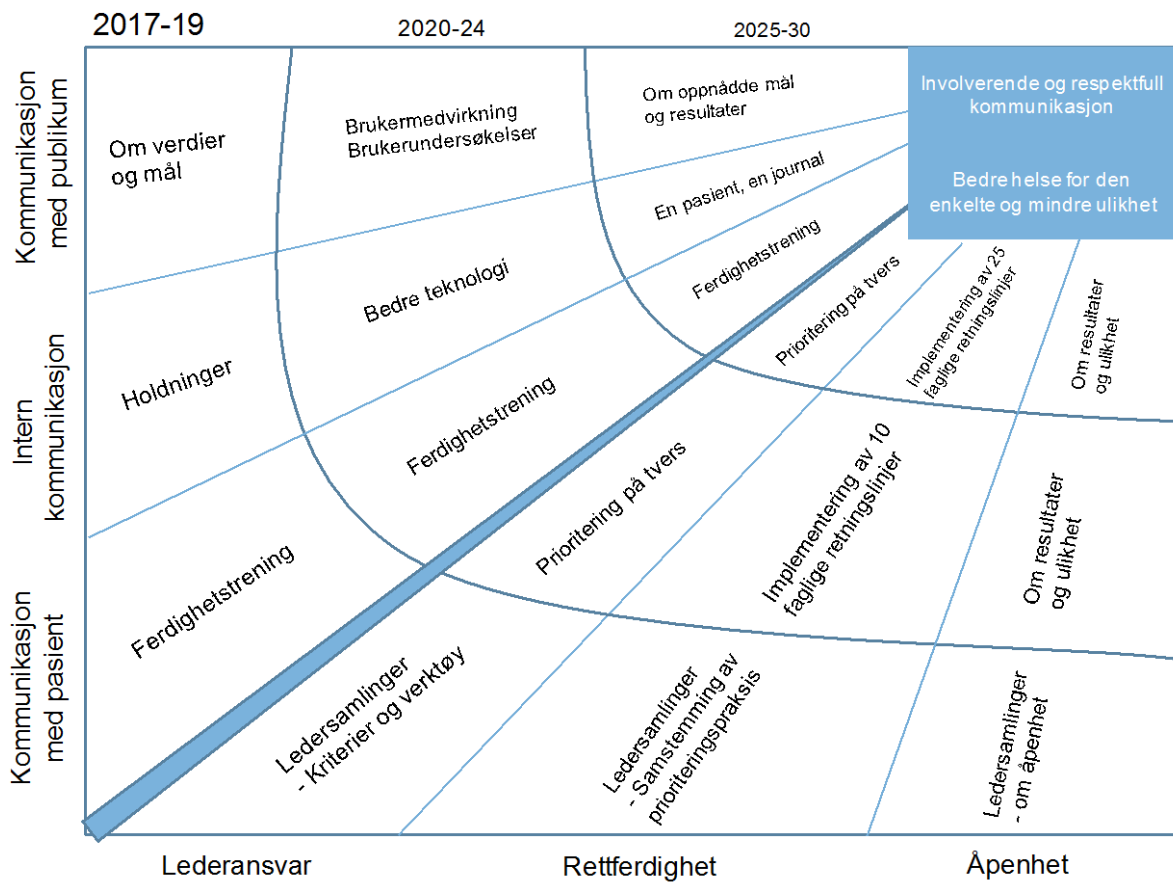
Utgangspunktet for Helse Vest er "Pasientens helsetjeneste" – og det har konsekvenser for organisering, demokratisering og brukermedvirkning. Både pasienter og pårørende skal ha medbestemmelse, autonomi og respekt. Vi ser for oss to framtidsbilder:

Involverende og respektfull kommunikasjon

God kommunikasjon er en forutsetning for involvering av pasienten og dermed også for å bygge «pasientens helsetjeneste». Det gjelder i den gode samtalen med pasient og pårørende, i den interne kommunikasjonen mellom helsepersonell, og i åpen kommunikasjon med publikum. For å nå dit kreves trening på kommunikasjonsferdigheter og bevisstgjøring av holdninger, og at det som er tilgjengelig av ny teknologi tas i bruk på en effektiv måte.

Bedre helse for den enkelte og mindre ulikhet

For å nå dit kreves at ledere tar ansvar for effektiv og rettferdig prioritering og at befolkningen har tillit til at dette skjer. Vårt framtidsbilde kan oppnås gjennom åpenhet om prioriteringer, prosesser og beslutninger – og et likeverdig behandlingstilbud på tvers av bosted, inntekt og tilstand.



3. Kommunikasjon

Bakgrunn
<p>Det ligger et uutnyttet potensiale i å se pasienter og pårørende som ressurs i egen behandling, et potensiale som vil være avgjørende for å sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden. Helsepersonell skal gi informasjon, behandling og pleie tilpasset den enkelte pasients behov og forutsetninger – ikke bare fordi det er en pasientrettighet, men fordi det gir bedre helse for pasientene.</p> <p>Ny teknologi gir muligheter for økt involvering av og toveiskommunikasjon med pasienter. Pasienter har stor tilgang på informasjon om helse og ulike behandlingsformer, noe en må anta at også forsterker seg de neste 15 årene. Dette gjør at mange er, og flere blir, ekspert på egen sykdom. Samtidig har ikke all informasjon like god kvalitet og det kan noen ganger være behov for at helsepersonell korrigerer og justerer forventninger. Utviklingen av informasjon og støtte for pasientene på helsenorge.no (tilgang til timer, journal, resepter, pasientreiser, beskrivelse av forløp osv) er bare så vidt i gang.</p> <p>Kommunikasjonen med pasienter om grensene for hva den offentlige helsetjenesten kan tilby, kan ofte være krevende. Mange pasienter og pårørende opplever at sykdom truer livskvaliteten og fremtiden og kan ha forventninger som av ulike grunner ikke kan innfris av den offentlige helsetjenesten.</p> <p>Riktig prioritering forutsetter gode beslutningsprosesser med involvering av berørte parter og faggrupper, åpenhet og forankring på alle nivå, fra fagfolk til myndighetspersoner.</p>

Det er et stort forbedringspotensial for kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, innad i tjenesten og mellom tjenesten og publikum.

Utfordringer

God kommunikasjon skaper tillit, som er en forutsetning for kvalifiserte samvalg pasienter og helsepersonell imellom og felles forståelse for prioritering. Det er et lederansvar å sørge for og legge til rette for god kommunikasjon, og det er en del av samfunnsansvaret vi har.

Vi har fortsatt mye å gå på med hensyn til kunnskapsformidling, for kvalifiserte samvalg, så vel som forebygging og realiteten i behandlingstilbudet. Kampanjer vi har kjørt de siste årene har gitt resultater, for eksempel gjennom at pasienter får raskere behandling for hjerneslag.

Den digitale utviklingen - med et stadig økende antall kommunikasjonskanaler - utfordrer vår måte å kommunisere med målgruppene på. Vi må henge med i utviklingen, og samtidig ivareta de som foretrekker mer tradisjonelle kommunikasjonskanaler.

Målet om at pasienten involveres i valg av behandling er ofte krevende å få til i praksis. Pasienten må inviteres til å ta del, bli satt i stand til å medvirke og oppleve å være ivaretatt, slik at invitasjon til deltagelse ikke skaper utrygghet. Vi må også ha respekt for og oppfølging av pasienter som velger noe annet enn det helsepersonell mener er best for dem.

Det er stor variasjon i helsepersonellskommunikasjonsferdigheter. Mange klagesaker bunner i dårlig kommunikasjon mellom pasient og behandler.

Vi har for få arenaer for læring og utvikling av gode kommunikasjonsferdigheter og holdninger i møte med pasienter og pårørende.

Ikke all informasjon pasienter tilegner seg er av like høy kvalitet. Noen ganger er informasjonen de har med i konflikt med etablert kunnskap på området og må korrigeres.

4. Prioritering

Bakgrunn

Å prioritere innebærer å rangere, det vil si å sette noe foran noe annet (NOU 2014: 12). Helse Vest ønsker å prioritere for å nå viktige mål: bedre helse for den enkelte og mindre ulikhet. Økt satsing på forebygging vil gi bedre helse i regionen. God prioritering og riktig bruk av ressurser kan frigjøre ressurser og sikre mer hensiktsmessig fordeling i tråd med befolkningens behov.

Det er ikke gitt at Norge og Helse Vest vil oppleve like god økonomisk vekst som før. Det gjør det enda viktigere å prioritere riktig og det kan skape økt aksept for prioritering. I 2030 er vi 6 millioner innbyggere i Norge (Kilde: SSB). Fram til 2030 vil det bli om lag 300 000 flere eldre over 70 år enn i dag, det vil si en økning på over 50 prosent (Meld St 11. Nasjonal helse- og sykehusplan). I Helse Vest forventer vi en økning på over 80 prosent for aldersgruppen 70-79 år og mer enn 100 prosent for de over 80 år. Forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester blant 70-åringene er omtrent dobbelt så høyt som blant 40-åringene (Meld. St. 34 (2015-16)), og med moderat ressursøkning blir det vanskelig å opprettholde dagens tilbud og standard fram mot 2030. Samtidig forventer befolkningen mer og høyere standard, og det utvikles ny teknologi og nye behandlingsmetoder - mange med bedre effekt,

men ofte med høyere kostnader. Helhetlig prioritering, likebehandling, forutsigbarhet og tillit blir viktige stikkord for en bærekraftig utvikling.

Utfordringer

Vi har i dag en helsetjeneste med høy kvalitet og god tilgjengelighet, men vi ser også utfordringer og potensiale for bedre prioritering.

Likebehandling

Vi ser likebehandling i praksis som en viktig utfordring. Mange ledere i Helse Vest rapporterer om betydelige lokale praksisvariasjoner, noe som også er godt dokumentert i Norsk Helseatlas.

For lite forebygging

Nye data om sykdomsbyrden i befolkningen viser at prematur dødelighet (død før 70 års alder) er lav (FHI 2016:1), og Norge har forpliktet seg til å ytterligere redusere prematur dødelighet av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent innen 2025. En stor andel av sykdomsbyrden skyldes store sykdomsgrupper som kreft, diabetes, kols, demens, rus, og psykiske lidelser og at mange lever med kronisk sykdom. Mange av disse sykdommene kan forebygges og behandling tidlig i forløpet kan gi økt overlevelse og livskvalitet. Hvis flere ressurser og kunnskap ble brukt på forebyggende innsats kunne det spart både ressurser og menneskelig lidelse. Vi har gode systemer for kunnskapsbasert praksis, men innføring av ny kunnskap kan skje raskere og vi må i framtiden innrette helsetjenestene bedre i forhold til befolkningens behov.

HVEM skal gjøre HVA?

Det er behov for større avklaring av hva som skal tilbys i 1. og 2. linjen. Mange ledere mener det er for lav terskel inn i spesialisthelsetjenesten, og at flere pasienter kan behandles og følges opp på et lavere nivå med like god kvalitet. Det er også behov for klarere grenser for behandling som pasienter ønsker, men som det offentlige ikke bør dekke.

Omstillingstempo og strategisk planlegging

Allerede i dag vet vi at vi om 15 år trolig har større behov og begrensede ressurser til rådighet. Vi ser behovet for mer av strategisk og konkret planlegging mhp helsepersonell. Er vi ikke offensive nok, klarer vi ikke omstille oss i det tempoet som utfordringene krever. Vi må komme raskt i gang med ny, felles praksis og kunnskap når terrenget forandrer seg. For eksempel: Hva skal knekirurgen gjøre hvis behovet for kneoperasjoner halveres, slik det faglig sett bør? I dag er det ofte bare aksept for å prioritere opp, men ikke ned.

Ulikt styrkeforhold mellom pasienter

Vi ser ulike styrkeforhold mellom ulike pasientgrupper og ulike spesialiteter i sykehuset. Ressurssterke grupper som egner å bruke media til å fremme sin sak, oppnår innimellom å få bedret sitt tilbud – på bekostning av tilbudet til andre pasientgrupper. Det er nærliggende å nevne eksempelet der brystrekonstruksjon ble prioritert opp – noe som førte til at barn med leppe-/ganespalte måtte vente lenger på operasjon. Det finnes også eksempler på ulik prioritering mellom og innenfor samme sykdomsgruppe, der noen pasienter får bedre og dyrere medisin enn andre uten at dette kan begrunnes rent faglig. Ledere må bli flinkere til å prioritere på tvers.

Manglende involvering

Vi ser fortsatt manglende involvering av pasienter og pårørende – og på tvers av fag. På flere områder mangler vi fortsatt struktur, rammeverk, gode beslutningsverktøy og tilslutning til felles beste praksis på tvers av nivåer og enheter. Innføring av pakkeforløp er et tiltak som kan skape gode prosesser og forløp for behandlere, pasienter og pårørende. Og flere av dagens beslutningsprosesser kan forbedres.

Etikk og prioritering

Vi spør om verdier og prinsipper for prioritering er for lite kjent i sykehusene? Hvordan balansere de aller vanskeligste etiske dilemmaene: Helsepersonells motvilje mot å si nei, selv om dette kanskje rammer mindre ressurssterke grupper. Hvordan prioritere rettferdig i møte med kampen for enkeltmennesket, ofte tabloidisert i media? Mange pasienter og pårørende forstår at prioritering i helsetjenesten er nødvendig. Samtidig ønsker de fleste at det som er mulig å gjøre for egen helse blir gjort, selv om dette ikke nødvendigvis er forenlig med rettferdig prioritering i et mer overordnet perspektiv.

Veien videre

Stortingsmeldingen om prioritering inneholder viktig forventnings- og rolleavklaringer og den angir klare prinsipper, kriterier og virkemidler som denne strategien tar utgangspunkt i (Meld. St. 34 (2015-16)). Disse kan gi helsepersonell i Helse Vest hjelp til og ryggdekning for beslutningene de tar i møtet med pasientene. Meldingen skiller også tydelig mellom ulike nivåer for prioritering: klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå. Helse Vest må følge de politiske prioriteringene som til enhver tid gjelder, men kan bidra til mer åpen og rettferdig prioritering på alle de andre nivåene.

5. Anbefalinger

Kommunikasjon

God kommunikasjon er et lederansvar. Det er ledernes ansvar å vektlegge kommunikative og relasjonelle evner ved rekruttering, legge til rette for ferdighetstrening og følge opp intern omgangsform i egen avdeling. Kommunikasjonsferdigheter kan utvikles gjennom systematisk trening og veiledning. Det er etablert flere kurs for dette (for eksempel «Fire gode vaner» som flere sykehus i Norge, blant annet Haukeland universitetssjukehus bruker). Kursene bidrar til bedre selvrapportert mestring fra helsepersonell og til bedre helse for pasientene (for eksempel bedre etterlevelse, tilfredshet og egenmestring). Tverrfaglig trening bidrar til bedre samarbeid på tvers av profesjoner. Alle medarbeidere som har pasientkontakt bør gjennomgå opplæring tilpasset sin yrkesgruppe og sammenheng.

Kurs gir også muligheter for å trene på særlig utfordrende samtaler. I denne sammenheng vil vi særlig trekke frem samvalg, kommunikasjon med pasienter som ikke gis en behandling de forventer å få og samtaler for å motivere pasienter til selv å ta ansvar for livsstilsendringer. For eksempel opplæring i motiverende intervju (MI). Mål: 80 prosent av medarbeidere som har pasientkontakt skal ha gjennomgått kommunikasjonsopplæring innen 2020.

Sykehusene har stor tillit i befolkningen og er gjenstand for mye oppmerksomhet. Det kan skape rom for å formidle gode resultater og mulighet for å bygge forståelse for utfordringer som prioritering. Åpenhet er en verdi i seg selv og gir økt tillit.

Den digitale utviklingen skaper nye flater og kanaler på nett og i sosiale medier. Dette gir mulighet for lavterskel toveiskommunikasjon, noe som øker tilgjengeligheten for pasientene og styrker deres rolle gjennom å bryte ned barrierer mellom det offentlige og privatpersoner.

God kommunikasjon bidrar til å skape attraktive arbeidsmiljø som er viktig med tanke på å beholde gode medarbeidere og rekruttering av fremtidens helsearbeidere. God intern omgangsform oppleves også positivt av pasienter og pårørende, og studenter i praksis.: Hvordan framstår vi som arbeidsplass?

Ledere på alle nivåer får ansvar for:

- Systematisk oppfølging av brukererfaringsundersøkelser (PasOpp) og klagesaker til bruk i endrings- og forbedringsarbeid på alle nivå i organisasjonen.
- Videreutvikle samarbeidet med brukerorganisasjonene som arena for å bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og brukere. Både i forhold til forventningene pasienter har til helsevesenet, og for å kommunisere hvilke forventninger økt brukermedvirkning spiller for å realisere «pasientens helsetjeneste» (HelseOmsorg21).
- Styrke pasient og pårørende gjennom god tilgang på informasjon og opplæring. Dette gjør pasientene bedre forberedt til møtet med sykehuset og til å håndtere egen sykdom, noe som gir mer effektiv pasientbehandling.
- Bruke spesialistrollen i tiltak eller kampanjer for å gjøre befolkningen i bedre stand til å mobilisere egne ressurser (forebygging/folkehelse), egen mestring og ta kontroll over egen helse. Kanskje må helsepersonell i større grad kommunisere hva som finnes av egne tiltak, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Aktivt å ta i bruk digitale kommunikasjonsverktøy for å kommunisere med pasienter, for eksempel samvalgsverktøy som er utviklet for flere diagnosegrupper.

Prioritering

Prioritering som lederansvar

Systematisk opplæring av alle ledere om prinsipper, kriterier, brukermedvirkning, åpenhet og verktøy for prioritering. Ledere skal ta ansvar for at nasjonale faglige retningslinjer iverksettes, og bør gi klare signaler om overordnede retningslinjer som alle bør følge, på et språk som alle forstår, og konsekvenser hvis de ikke blir fulgt opp.

Samstemming av prioriteringspraksis ved bruk av kliniske retningslinjer

Felles strategi og felles samlinger for implementering av faglige retningslinjer, henvisningsveiledere og veiledere for rettighetstildeling. Implementering av nasjonale faglige retningslinjer gjennom systematisk bruk av faglige fora kan redusere ulikhet og lokale praksisvariasjoner. Harmonisering av nasjonale og lokale retningslinjer er også nødvendig.

Etablere gode lokale prosesser for prioritering

Opplæring og utprøving av verktøy for samvalg (se Meld. St. 34 2015–2016: Verdier i pasientens helsetjeneste) bør inngå i kommunikasjonskurs. Brukermedvirkning er en selvfølge, og brukerne skal være med på alle felles samlinger for implementering av faglige nasjonale retningslinjer. Økt satsing på mini-metodevurderinger kan gi økt kompetanse lokalt. Kliniske etikkomiteer kan benyttes for refleksjon omkring vanskelig prioritering på klinisk nivå.

Prioritering på bakgrunn av befolkningens behov

For å nå målet om bedre helse og rettferdig og likeverdig behandling, kreves økt oppmerksomhet på sosial ulikhet i helse, særlig for utsatte grupper. I 2030 forventer vi gode IKT-løsninger og aktiv bruk av kvalitetsregistre og -mål for å overvåke, evaluere og planlegge for rettferdig prioritering på tvers av fagområder. I 2030 lager vi budsjetter basert på informasjon om behov i befolkningen: alderssammensetning og sykdomsbyrde samt effekt og kostnad for ulike behandlingstiltak.

Åpenhet og kommunikasjon

Åpen kommunikasjon med publikum om prioritering. Prinsipper, kriterier og prosesser for prioritering bør gjøres kjent. Faktiske prioriteringer som skjer gjennom faglige veiledere og retningslinjer bør gjøres

kjent og begrunnes. Prioriteringsrelevante styringsdata, resultater og ulikhet, bør publiseres.

LEAN-prinsippet

Prioritere behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Utvikle helhetlige pasientforløp for ulike diagnoser på tvers av behandlingsnivå der en definerer ansvar og oppgaver for de ulike aktørene for å sikre at helsehjelp blir gitt på riktig nivå til rett kvalitet.