

# HELSE2030

HOVUDTEMA:

**Område 5 Eit heilskapleg helsevesen**

Dato 30.06.2016



## **INNHALD**

1 INNLEIING .....	3
1.1 Gruppesamansetnad .....	3
1.2 Arbeidsform .....	3
1.3 Kommenterar til dette arbeidet .....	3
2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR.....	4
2.1 Framtidsbilete .....	4
3 Hovudtema.....	4
4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING .....	7

# 1 INNLEIING

## 1.1 Gruppesamansetnad

Eining/organisasjon	Representant – Namn	Stilling
RHF	Pål Iden	(Leiar)
RBU	Grete Knudsen	
Førde	Vidar Roseth	
Førde	Trond Aarre	
Bergen	Gunn Synnøve Dahl	
Bergen	Johannes Kolnes	
Fonna	Haldis Økland Lier	
Stavanger	Marianne Amdal	
Stavanger	Møyfrid Løvbrekke	
HVIKT	Anne Bjørlykke	
SAV	Christer Bakke Frantzen	
PKO, Fonna	Dag-Helge Rønnevik	
Bergen	Anne Kvalheim	(Støtte)

## 1.2 Arbeidsform

Beskriving
Møter: lync-møter: 13. mai, 20. mai, samling 2. juni og avsluttande møte på lync: 16. juni.

## 1.3 Kommenterar til dette arbeidet

Beskriving
Arbeidsgruppa påpeikar mangelen på representantar frå kommunehelsetenesta

## 2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR

### 2.1 Framtidsbilete

<b>Beskriving – Innspel til framtidsbilete</b>	
Innanfor forsvarlege rammer og prioriteringar er styring av helsehjelp flytt over til pasienten, som med hjelp av naudsynt støtte frå pårørande, nettverk og profesjonelle, sjølv kan ha høve til å koordinere dei tenestene som blir ytt.	

## 3 Hovudtema

<b>Bakgrunn</b>	
<b>Mandat</b>	Vårt mandat er å sjå på det som innanfor spesialisthelsetenesta bidreg til heilskap og samanheng i heile helsetenesta
<b>Avgrensing</b>	Aksar vi har vært innom: <ul style="list-style-type: none"><li>- pasient/pårørande – tenesta</li><li>- somatikk – psykisk helsevern og mellom dei ulike helseprofesjonane</li><li>- Primærhelsetenesta - spesialisthelsetenesta</li><li>- Offentlig – privat sektor</li></ul>
<b>Framtidsbilete</b>	
Område 1.	<b>Bygging og endring av kultur</b> Framtidsbilete: Den hierarkiske strukturen i samarbeidet er bygt ned og brukarstyring er utvikla, med vekt på salutogenese og mobilisering av pasienten og pårørande sine egne ressursar og med pasienten sin gode dag som mål. Helsehjelp, rehabilitering og omsorg er recoverybasert. Tenestene er flytta nærare der pasienten bur og vert ytt i eit likeverdig samarbeid mellom helsepersonell frå ulike fagdisiplinar og nivå, i eit klima prega av lagspel og heilskaplege pasientløp framfor stafett. Samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunane er prega av likeverd og bygd på ein samhandlingsplakat.
Område 2.	<b>Ta i bruk ny teknologi</b> IKT-løysingane i spesialisthelsetenesta er nasjonale og fullt integrerte med løysingane i primærhelsetenesta. Informasjon vert henta og ikkje sendt mellom aktørane og redaktøransvaret er til ei kvar tid eintydig definert og plassert anten hos pasient eller hos tenesteytar avhengig av kor pasienten befinn seg. Sjølv om pasienten har fått den aktive rolla, tek tenestene høgde for sosial ulikskap og ulik digital kompetanse hos brukarane. Kvalitetsindikatorar og –krav er innført både i offentlege og private tenester, og styringsdata er i aktiv bruk, også pr. pasient i sanntid, med teknologisk støtte til trygge pasientløp og samhandling. Det er utvikla ei nasjonal ordning for kvalitetssikring av pasientretta teknologiske applikasjonar. Velferdsteknologi vert utvikla og tatt i bruk saman med kommunane for å understøtte pasienttryggleik, betre pasientoppleving og gode i pasientløp.

Område 3.	<p><b>Ny tenesteorganisering</b></p> <p>Gamle og sjuke bur heime med betydeleg funksjonstap, omfattande helsehjelp og avansert medisinskteknisk utstyr.</p> <p>Når pasienten treng auka innsats, vert ressursar sett inn frå kommune og spesialisthelseteneste og dersom pasienten treng hospitalisering vil forløpsklinikken kanalisera pasienten til kommunalt øyeblikkeleg døgntilbod eller rett sengepost i sjukehus. Akutte pasientløp og løp for utgreiing og behandling av vanlege tilstandar er eintydig beskrive og livsviktig diagnostikk og behandling vert igangsett utanfor sjukehus</p> <p>Helsetenesta i regionen er organisert som <b>Det Virtuelle Vestlandshelsevesenet</b>, der helsepersonell frå ulike fag, verksemdar og nivå arbeider side om side i team rundt pasienten.</p> <p>Fastlegen si rolle er styrka som port-opnar og samordnar for pasienten, og som den som ivaretek populasjonsansvaret på vegne av Vestlandshelsetenesta.</p>
Område 4.	<p><b>Flytting av oppgåver/ending av roller</b></p> <p>Rolledelinga i helsetenesta i og utanfor sjukehus er styrt av definerte pasientløp og kva pasienten treng for å fungere heime. Mange oppgåver er flytta ut frå sjukehus til pasienten sin bustad, og tenester vert ytt i samhandlande team med ressursar frå ulike spesialitetar og på tvers av nivåa. Brukarstyring er det rådande prinsippet, og pasientløpa ivaretek så vel standardisering som individualisering, og pasient og pårørende vert naudsynt støtte til å spele nøkkelrolla. Innlegging i og utskrivning frå sjukehus er dialogbasert via Forløpsklinikken.</p> <p>Populasjonsansvaret i vestlandshelsetenesta vert ivareteke i samspelet mellom fastlege og ressursar frå kommune og spesialisthelseteneste ut frå prinsippa om kvalitet, rettferdig fordeling og likeverd i tenestene. Ansvar er tydeleg plassert på behandlarane, men pasienten merkar ikkje om tenestene vert ytt frå kommune- eller spesialisthelsetenesta.</p>
Område 5.	<p><b>Bygging og overføring av kompetanse</b></p> <p>Kompetanse vert bygd på tvers av profesjonsgrenser, tenesteorganisering og nivå. Kompetansen er spissa der dette er naudsynt, men elles delt og styrt av realkompetanse-behov kring den einkilde pasienten og pasientløpet, uavhengig av organisatorisk tilknytting. Kva hjelp kan vi gi systema våre for å bidra og dele kompetanse på ein eigna måte? Dialogen med utdanningsinstitusjonane er tett, slik at dimensjonering og anretning av utdanningane fangar opp dei skiftande behova i tenestene</p>
<b>Korleis kome dit?</b>	
Område 1.	<p><b>Bygging/ending av kultur – kva må gjerast på regionalt nivå</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det må byggast ein struktur for samplanlegging og utviklast eit systematisk program for samhandlingskompetanse med kommunane i regionen.</li> <li>- Alle viktige regionale planar vert utvikla i eit samarbeid ned kommunane.</li> <li>- Kommunerepresentantar og pasientrepresentantar må tungt inn i styra i RHF og HF.</li> <li>- Det må utviklast forløpsmetodikk der pasientar, kommunar og spesialisthelsetenesta inngår i likeverdig samarbeid om horisontale og vertikale pasientløp.</li> <li>- Helse Vest må vere ein pådrivar for kunnskap om folkehelse; førebygging og helsefremming.</li> <li>- Eksisterande dialogarenaer (toppleiarforum, samhandlingsmøter etc) må vidareutviklast.</li> <li>- Kjennskapet til samarbeidsavtaler må aukast nedover i organisasjonen og erfaringar frå tenesteytarar må i større grad takast med ved revisjon av avtaler.</li> <li>- Samarbeidet med utdanningsstadene må betrast for å sikre innretting av utdanning som gir kompetanse for samhandling. Praksisperiode og undervisningstema knytt til samhandling/overgang mellom tenester.</li> </ul>
Område 2.	<p><b>Ta i bruk ny teknologi for heilskap og samhandling</b></p> <p>Nasjonale tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Ein innbyggjar ein journal» vert utvikla med felles</li> </ul>

	<p>medikamentdokumentasjon og redaktøransvaret til ei kvar tid eintydig definert og plassert anten hos pasient eller hos tenesteytar avhengig av kor pasienten befinn seg. Må også omfatte avtalespesialistar, private verksemdar med avtale samt heil-private verksemdar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvalitetsindikatorar og datakjelder for tenesta vert vidareutvikla</li> <li>- Det vert oppretta ei nasjonal godkjenningsordning for pasientretta teknologiske applikasjonar knytt opp til helsetenesta.</li> </ul> <p>Regionale tiltak – RHF saman med kommunane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det vert ei regional samordning av Telemedisinske løysingar og bruken av desse.</li> <li>- Epikrise i handa må innførast</li> <li>- Det vert utvikla dialogbasert tilvising og epikrise, og sett av ressursar til å følgje opp kvaliteten på desse.</li> <li>- Praksisnytt vert vidareutvikla til ein regional dialogbasert webportal</li> <li>- Det må utviklast enkle felles sjølvbetjente løysingar mellom nivåa og verksemdene</li> <li>- Bruk av kreative workshops</li> <li>- Avtalespesialistane må inn i same teknologiløysingane som resten av tenestene</li> <li>- Det vert utvikla regionale standardar for bruk og avgrensing av registerdata til bruk både i spesialisthelsetenesta og kommunane</li> <li>- Det vert utvikla bookingssystem, i poliklinikkar, avtalespesialistar, hos fastlegar og andre kommunale tenesteytarar, betjent av pasienten sjølv og tenesteytarar uavhengig av nivå.</li> </ul>
Område 3.	<p><b>Ny tenesteorganisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det vert utvikla ein modell for <b>Forløpsklinikk</b> i alle HF, med ansvar for mottak og siling av pasientar til rett sengepost i sjukehus, kommunalt ØH-tilbod eller kommunal sjukeheimsavdeling. Klinikken har ansvar for interne flyttingar og utskriving til rett nivå, dessutan for styring av ambulante ressursar herunder akutt-tenester. Forløpskoordinatorane er tilsette i Forløpsklinikken som er driven av HF med bistand frå kommunane. Klinikken vil erstatte akuttmottak og mottaksklinikkar, samt observasjonssenger i legevakt. Forløpsklinikken omfattar alle pasientar som vert innlagde i sjukehuset, (somatikk, psykiatri og rusliding), og merksemda i klinikken vil vere på å gi heliskapleg helsehjelp på tvers av spesialitetane. Dei resterande sengepostane i sjukehuset er spissa inn mot definerte sjukdomsløp.</li> <li>- Modell for virtuelle teneste-nettverk ( Referansar: ParkinsonNet.com / e-mestring, Helse-Bergen HF), vert utvikla for utgreiing, behandling, monitorering og kompetanseutvikling rundt pasientar med definerte lidningar. Dette gir tenester der pasienten bur og oppheld seg, på tvers av tenestenivå og organisatoriske grenser i tversgåande pasientløp</li> </ul>
Område 4.	<p><b>Flytting av oppgåver/ending av roller</b></p> <p><b>Regional modellverkstad med representasjon frå brukarar, HF, fastlegar, kommunar og RHF:</b> Utvikling og deling av samhandlingsmetodikk, modell for pasientløp, modell for kronikarnettverk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles regional pott for frikjøp av dedikerte fastlegar</li> <li>- Regional PKO-koordinator for ei styrka PKO- ordning med økt kapasitet</li> </ul> <p><b>Planverkstad knytt til kvart sjukehus, med deltaking frå brukarar, HF, kommune og fastlegar via ei styrka PKO-ordning.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sam-planlegging av forløpsklinikk, definerte pasientløp, kronikarnettverk og tenester heime.</li> <li>- Alle endringar i tenesteorganisering vert sam-planlagde</li> <li>- Felles kompetanseplanar styrt av behov i tenestene/forløpa</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppgåver vert ikkje flytt mellom nivåa, men utført med fagleg grunnjeven fleksibel innsats frå kvar aktør i spennet mellom 0 til 100% innsats frå kvar enkelt til ei kvar tid.</li> <li>-</li> </ul>
Område 5.	<p><b>Bygging og overføring av kompetanse</b></p> <p><b>Tiltak på RHF- Nivå, i samspel med HF, kommunar og fastlegar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tett dialog med utdanningsinstitusjonane, forpliktande planar for kapasitet og anretning av grunn- og vidareutdanningar.</li> <li>- Samhandlingskompetanse må inn i grunnleggjande leiaropplæring.</li> <li>- Eit felles kompetanseløft for bruk av registerdata for styring av kvalitet og volum i tenester.</li> <li>- Eit felles kompetanseløft for samarbeid og kompetanse på heilskap og samhandling.</li> <li>- Samlokalisering som kompetansebygging i kommunane – avtalespesialistar.</li> <li>- Kompetansesenter for folkehelse, populasjonsretta tenester og heilskap i Helse Vest?</li> <li>- Forskingsmidlar styrt mot kommunebasert forskning.</li> </ul> <p><b>Tiltak på HF-nivå i samspel med brukarar, kommunar og fastlege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bygge kompetanse saman: Læringsnettverk, tverrfagleg og tverretatleg utdanning/vidareutdanning (referanse: seprep)</li> <li>- Felles kompetanseplanar.</li> <li>- Samlokalisering som kompetansebygging i kommunane, poliklinikkar og ambulante tenester.</li> <li>- Tovegs hospiteringsordningar og delte stillingar mellom nivåa</li> <li>- Felles undervisning på nett/video, felles akuttmedisinsk trening</li> <li>- Tilpassa stillingar for allmennlegar sitt utdanningsår på sjukehus</li> <li>- Felles kompetanseutvikling på folkehelse og populasjonsperspektiv</li> <li>- Gjensidig rettleiingsplikt og krav til kunnskapsutveksling.</li> <li>- Kompetansebygging på populasjons</li> <li>- Spreiing av forskingskompetanse til kommunane</li> <li>- Opplæring av pasienter/selvhjelpsgrupper/osv</li> </ul>
<b>Andre moment (inkl. premiss, fordelar, ulemper)</b>	

## 4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING

Anbefalingar for vidare utvikling, inkludert innspel til gjennomgående prinsipp for organisering av heilskaplege tenester.

Anbefaling	Beskriving
1.	Likeverdig samhandling om verdig behandling og oppfølging
2.	Meir makt til pasienten - brukarstyring og recovery-basert omsorg som prinsipp
3.	Inkludere kommunane og fastlegane i arbeidet med ei heilskapleg helseteneste
4.	Standardisering og individuell tilpassing side om side