

# HELSE2030

---

*HOVUDTEMA:*

*AUKA VERDISKAPING*

*Arbeidsgruppe 7*

*Dato 01.07.2016*

*Versjon 1.1*



# INNHALD

INNHALD.....	2
1 INNLEIING .....	3
1.1 Gruppesamansetning.....	3
1.2 Arbeidsform .....	3
1.3 Kommenterar til dette arbeidet.....	3
2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR .....	3
2.1 Framtidsbilete .....	3
2.2. Korleis kome dit?.....	6
3 AUKA VERDISKAPING .....	7
4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING.....	13

# 1 INNLEIING

## 1.1 Gruppesamansetning

Eining/organisasjon	Representant – Namn	Stilling
Helse Vest IKT	Erik M. Hansen	Adm. dir. (leiar)
Helse Bergen HF	Marthe Hammer	Spesialrådgjevar (støtte)
Helse Førde HF	Halfdan Brandtzæg	Økonomidirektør
Helse Førde HF	Frode Schanke	IKT-leiar
Helse Bergen HF	Ernst Reidar Omenaas	Forskingsleiar
Helse Bergen HF	Lars Ivar Mehlum	Spesialrådgjevar
Helse Fonna HF	Anne Lise Kvalevåg	Forskingsleiar
Helse Stavanger HF	Stein Tore Nilsen	Forskingsleiar
Helse Vest IKT	Geir Granerud	Avd. leiar
Helse Vest RHF	Hilde Christiansen	HR-direktør
Helse Vest Innkjøp	Julie Rinde	Avd. leiar
KTV, SAN	Toril Østfold	Konserntillitsvalt

## 1.2 Arbeidsform

Beskriving
Arbeidet er basert på framlegg og drøftingar i tre videomøter og to fysiske møter. Medlemmene har kome med innspel undervegs.

## 1.3 Kommentaarar til dette arbeidet

Beskriving
Arbeidet i gruppa har vore ope og konstruktivt. Gruppa har diskutert områder som gruppa meiner er relevant for auka verdiskaping. Det har vore ei utfordring å avgrense oppgåva i forhold til dei andre arbeidsgruppene og kva og korleis dei har svart på oppgåva.

# 2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR

## 2.1 Framtidsbilete

Beskriving – Innspel til framtidsbilete
<p>I 2030 opplever pasientar eit betre servicenivå gjennom auka tilgjengelegheit og sjølvbetjeningsløyser. Dei kan i auka grad medverke i utforminga av tenesta, delta i val av eigen behandling og få betre muligheter til å mestre eige liv så mykje at dei med dette avlastar spesialisthelsetenesta.</p> <p>I 2030 er pasientforløpa endra betydeleg. Dette gjennom teknologistøtta behandling og gjennom den informasjonen som pasienten sjølv har tilgang til om sin eigen sjukdom. Dette har medført endra organisering av sjukehusdrifta. Tverrfaglig samarbeid er hovudregelen, og det er tydelig og klårt for pasienten kvifor og kven som gjer dei ulike oppgåvene. Helsepersonell som jobbar med pasientbehandling vert spesialiserte behandlarar, og held høg kvalitet fordi jamleg trening og simulering gjer behandlinga og opplæringa meir effektiv.</p> <p>I 2030 vert pasientinformasjon (data) i stor grad registrert automatisk og/eller av pasienten sjølv, noko som gjer at meir tid nyttast til å behandle pasientar. Tilsvarande er rutinekontrollar i spesialisthelsetenesta, og tid medgått til dei store brukargruppene, i stor grad ført over til pasienten sjølv, gjennom teknologistøtte og kvalitetsmessig god oppfølging i kommunehelsetenesta. Dette har saman bidrege til å frigjere helsepersonell til meir spesialiserte og krevjande oppgåver. Det er om lag like mange personar tilsett i norske sjukehus i 2030 som i 2016, men dei</p>

handterer langt fleire pasientar med komplekse sjukdommar enn tidlegare.

I 2030 har Helse Vest generasjon<sup>1)</sup> 4 av elektronisk pasientjournal (EPJ), og Helse Vest har klart å etablere ein standard for helsedata som kan brukast på nytt mellom ulike nivå i helsetenesta og med private tilbydarar. I 2030 er Helse Vest ferdig med å rydda i eksisterande system og strukturar, slik at ein kan nytte ressursane til betre og meir effektiv pasientbehandling. I 2030 er «ein innbyggjar – ein journal» godt etablert, og pasientar har tilgang til denne uavhengig av nivå og institusjon. Dette gjer at i 2030 er helsesektoren ein integrert sektor sjølv med ulike forvaltningsnivå. Pasientar merkar ikkje at dei forhold seg til ulike nivå. Dei har sin pasienthistorikk, pasientforløp og kommunikasjon gjennom eit heilheitleg system.

Medisinsk teknisk utstyr som vert brukt i norske sjukehus må kunne samhandle basert på internasjonale standardar og kunne integrerast med opne IKT-plattformar. Dette må vere standardar som legg til rette for gjenbruk og kommunikasjon.

I 2030 er tilgangen til data av høg kvalitet betydeleg betre, og informasjonen vert brukt både i sanntid og akkumulert til å auke kvalitet og operasjonell effektivitet gjennom analyse og beslutningsstøtte, i pasientbehandling og i forskning.

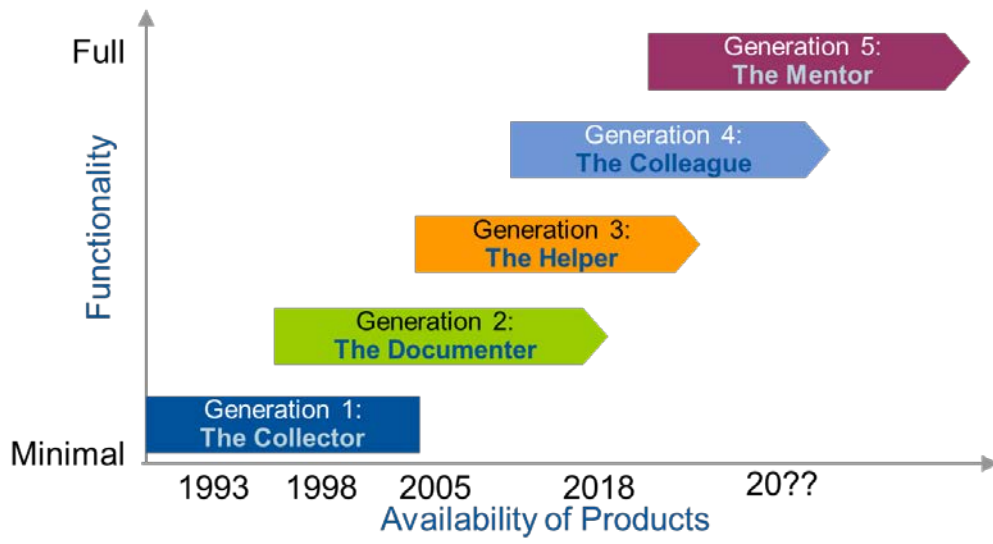
Teknologiutviklinga gjer at kontrollar og enklare oppgåver som tidlegare var gjort av høgt spesialisert helsepersonell no er overteke av anna, mindre spesialisert helsepersonell, eller gjort av kommunehelsetenesta eller pasienten sjølv.

Utdanning av helsepersonell og annan relevant kompetanse vert gjort med grunnlag i framskriving av behov. Kompetansen vert og utvikla for betre å kunne etablere tverrfaglege team. Organisering av kjerneverksemda og støttetjenestene vert bygd på vel dokumenterte tal for styringsdata og samanlikningar vert gjort med grunnlag i tall for kostnad og aktivitet per pasient og med utgangspunkt i samanlikning av kostnad og kvalitet («benchmarking»).

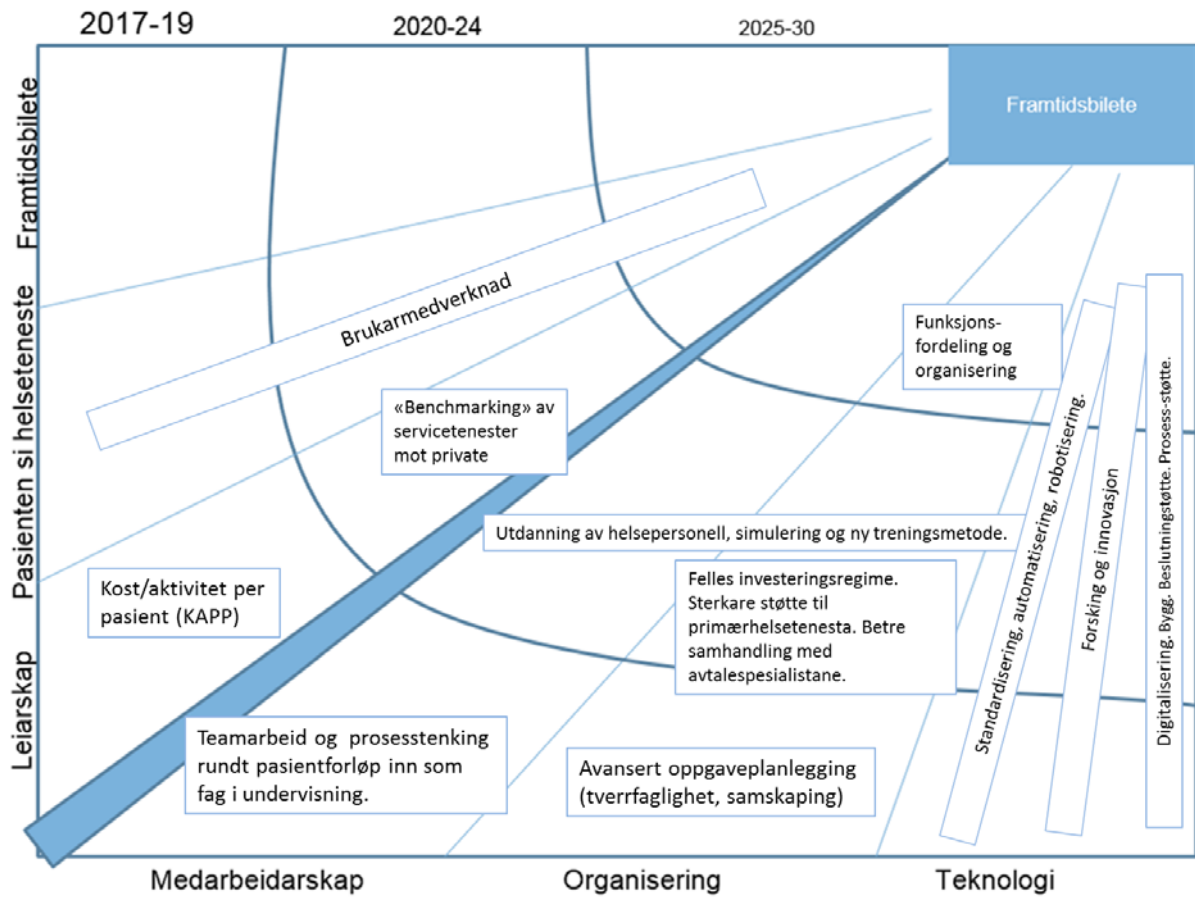
I 2030 er Noreg leiande på helseforskning og helseinnovasjon. Dette gjeld generelt, men også innan teknologi og helsedata. Arbeidet dei siste 15 åra med «Ein innbyggjar – ein journal» i den offentlege helsetenesta, som omfattar heile befolkninga, har bana veg for gjenbruk av verdifulle data som er unikt i verdssamanheng.

Dette fortrinnet har også gjort det mogleg å vere mellom dei landa i verda med den beste helsetenesta også når det kjem til medisinsk diagnostikk og behandling. Dei samansette utfordringane innan norsk folkehelse har vorte møtt med ulike førebyggjande og tverrsektorielle tiltak basert på tilgjengelege helsedata som har kunna avdekka sjukdomsårsaker, sjukdomsforløp og sjukdomsomsfang i befolkninga.

<sup>1)</sup> Figuren nedanfor illustrerer konsulentselskapet Gartner sine 5 generasjonar av EPJ.



## 2.2. Korleis kome dit?



### 3 AUKA VERDISKAPING

Bakgrunn	
Mandat	<p>Innanfor området <b>auka verdiskaping</b> peike på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>moglege framtidsbilete/ målbilete</b></li> <li>- <b>korleis Helse Vest kan komme til dette målbilete og</b></li> <li>- <b>kva for prinsipp som kan verte lagt til grunn for utviklinga</b></li> </ul> <p><b>Auka verdiskaping:</b> Behovet for spesialisthelsetenester vil auke sterkt i strategiperioden, anslagsvis 40%, men tilgangen til ressursar vert begrensa. Dette tilsvarar ein årleg produktivitetsvekst på 3%. Dette gir nye muligheiter og nye utfordringar. For å møte dette må Helse Vest ha evne til å utvikle seg som ein robust organisasjon som kan handtere dette. Det krev vidare ein digital modning i organisasjonen og en robust digital plattform for å kunne skape dei nødvendige endringane.</p>
Avgrensing	<p>Gruppa har diskutert kva ein meiner med «Auka verdiskaping». Spesialisthelsetenesta har fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørande. Verdiskapinga kan skje innanfor alle ansvarsområda. For helsetenesteyting kan verdiskapinga sjåast som «helseeffekt per pasient per krone». Tilsvarande kan ein beskrive verdiskaping for dei andre områda.</p>
Framtidsbilete	
Spørsmål 1	<p>Følgjande områder meiner gruppa har stort potensial for auka verdiskaping;</p>
På kva for områder finst det store potensial for auka verdiskaping?	<p><b>Avansert oppgåveplanlegging.</b> For å kunne legge til rette for samskapt planlegging mellom yrkesgruppene er det naudsynt med betre verktøy for planlegging av oppgåvene, og slik gjere det lettare å planlegge ressursbruken og administrere pasientkontaktane.</p> <p><b>Brukarmedverknad.</b> Pasienten skal medverke i utforminga av tenesta, delta i val av eigen behandling og få betre muligheiter til å mestre eige liv. Sjølvbeteningsteknologi, utvikling av sensorteknologi og betre tilrettelagt informasjon vil gjere at pasientar kan meistre eiga helse og behandling i langt større grad enn i dag, spesielt gjeld dette pasientar med kroniske sjukdommar. Sjølvrapportering, hjelp til sjølvhjelp, bruk av to-vegskommunikasjon kan korte ned tida ein behandlar bruker til ein konsultasjon eller redusere behovet for at pasientar må kome til sjukehuset. Auka grad av brukarmedverknad i utvikling av kliniske prosesser har stort potensiale i form av spart tid både for pasient og behandlar, betre kvalitet i data og informasjonsflyt, og for å kunne effektivisere behandlingsprosessane.</p> <p><i>Gruppa meiner dette er mellom dei områda som kan ha størst effekt. Fram mot 2030 bør ein kunne ta ut om lag 15 % i auka verdiskaping gjennom større grad av brukarmedverknad i sjukdomsforløpet.</i></p> <p><b>Standardisering.</b> Det er stort potensiale i å standardisere meir innan spesialisthelsetenesta og også i den øvrige helsetenesta. Frå standardisering av data i journalar og medisinsk utstyr, til standardisering av kliniske prosessar, prosedyrar, behandlingsforløp, kliniske støttetjenester, utvikling av bygg og infrastruktur. Til dømes gir standardisert elektronisk journal gevinst med omsyn til kvalitet i pasientbehandling, forenkling av arbeidsprosesser, redusert bruk av kontorstøtte, tilrettelegging for helseregister og forskning og dermed betre diagnostikk og behandling. Det er behov for konsoliderte felles løysingar innan støttetjenester som radiologi og laboratoriefaga. Standardiseringa vil og kunne redusere kostnader til opplæring og gjere det enklare og tryggare å bytte arbeidsstad innanfor Helse Vest.</p> <p><b>Automatisering og robotisering.</b> Med robotisering vert det her peikt på både fysiske robotar, men og på «programvarerobotar» som utfører oppgåver og rutinebaserte avgjerder I den daglege sjukehusdrifta er det stort potensial for auka grad av automatisering og robotisering, både i pasientbehandlinga, inn mot helsepersonell og i støttetjenestene. Tilsvarande er det eit stort potensial for slik automatisering og robotisering av prosessar i</p>

	<p>sjukehuset, kommunikasjon, innsjekk, lager, frakt, kart, etc.</p> <p><b>Beslutningsstøtte og analyse.</b> Beslutningsstøtte til behandlingspersonell gir verdiskaping i form av presis diagnostikk og behandling. Det å kunne nyttiggjere seg den store datamengda som vert generert i helsetenesta til analyse og beslutningsstøtte er viktig for auka verdiskaping. Dette krev ein strategi for bruk av både strukturerte og ustrukturerte data. Mulighetene er mange, frå brukarvennlig handholdt informasjonsstøtte, betre visuell framstilling av journal og prøvesvar, algoritmer for beslutningsstøtte, og betre tilgang til forskingbasert kunnskap kan både redusere ressursinnsatsen og auke kvaliteten på helsetenestene. Gjennom å smelte saman prosess- og beslutningsstøtte rundt fag- og behandlingsspørsmål vil dette også gjere det lettare å samhandle innad i sjukehuset, mellom sjukehusa og mellom nivåa i helsesektoren.</p> <p><b>Tettare samhandling med primærhelsetenesta.</b> Det er eit stort potensial for auka verdiskaping gjennom å understøtte og bidra til at primærhelsetenesta kan tilby raskare kvalitetsikra lavterskel diagnostisk avklaring. To-vegs kommunikasjon og ulike variantar av teknologistøtta overvaking av pasientar kan bidra til at pasientar i mindre grad treng å bruke spesialisthelsetenesta. Organiseringa av Nordfjord psykiatrisenter er eit døme på korleis ein sterkare samordning med primærhelsetenesta kan bidra til auka verdiskaping.</p> <p><b>Tettare planlegging og samhandling med avtalespesialistane.</b> Det er eit stort potensial for auka verdiskaping gjennom betre og tettare samhandling med avtalespesialistane. Bruk av felles IKT-system for pasientplanlegging, journaldokumentasjon, bilete, kurver, etc. vil kunne gje auka verdiskaping. Det vil være avgjerande at ein operasjonaliserer en heilskapleg strategi for bruk og samarbeid med/mellom dei kliniske fagmiljøa i helseføretaka og avtalespesialistane i tråd med ny rammeavtale/retteleing for samarbeidsavtalar.</p> <p><b>Forskning og innovasjon.</b> Det er eit stort potensial til å førebygge og behandle sjukdom betre, gjennom auka satsing på forskning og innovasjon. Tilgang til helsedata og registre med sosiale, økonomiske og demografiske opplysningar er eitt av Noregs viktigaste fortrinn i internasjonal forskning. Fram mot 2030 må det vere enklare å kunne nyttiggjere seg eksisterande data i forskning og innovasjonsverksemd, dette gjeld både helseregistre, journaldata og store datasett generert t.d. gjennom persontilpassa eller presisjonsmedisin. Tilsvarande er det viktig å auke nytten og bruken av eksisterande og ny infrastruktur til forskning og innovasjon (biobankar, laboratoria, testmiljø). Infrastrukturen bør vere like tilgjengeleg for alle og sjåast i eit regionalt perspektiv. Det er viktig å bygge ein innovasjonskultur med fokus på endring, forbetring og nytenking. Kva for løysingar som industrien har eller kan utvikle, og som vert teke i bruk i samarbeid med industrien, er avgjerande for å auke verdiskapinga.</p> <p><b>Funksjonsfordeling og organisering.</b> Auka spesialisering og samansette kliniske problemstillingar nødvendiggjer behovet for funksjonsfordeling og betre organisering på tvers av fag og disiplinær. Betre organisering gir verdiskaping i form av spart tid og betre kvalitet. Muligheit for å gjere meir for mindre ved samordning av fellesløysingar og støttetjenester.</p>
<p>Spørsmål 2</p> <p>Korleis kan helsetenester, kliniske støttetjenester og merkantile støtteinaktivitetar vesentlig auke si verdiskaping?</p>	<p>Følgjande områder meiner gruppa er områder der det er potensiale for auka verdiskaping;</p> <p><b>Prosess og metode.</b> Både helsetenester, kliniske støttetjenester og merkantile støtteinaktivitetar har potensiale for auka verdiskaping ved i større grad å fokusere på prosess eller prosessen i måten ein utfører tenestene og aktivitetane på. Ved å kartlegge og teikne prosesser for korleis vi løysar arbeidsoppgåvene, det være seg pasientflyt i sjukehuset, i ei avdeling eller mellom avdelingar. På same måte gjeld dette prøvflyt inn til og svar ut frå dei kliniske støttetjenestene i laboratoria eller arbeidsprosesser i merkantile støtteinaktivitetar. Ulike metodar kan nyttas i eit slikt arbeid, t.d. LEAN, Design Thinking og tenesteinnovasjon. Ved å kartlegge arbeidsprosesser på denne måten, er det lettare å identifisere relevant teknologi som kan støtte prosessane, for eksempel for sporing av kor i</p>



	<p>sjukehuset pasienten, prøven, utstyret, m.m. er, og kor flaskehalsane oppstår. For å oppnå hensiktsmessige arbeidsprosesser føreset dette mellom anna at bygg og annan infrastruktur, slik som IKT, vareflyt og utstyr støtter opp under gode og effektive arbeidsprosessar og pasientflyt.</p> <p><b>Tverrfaglig samarbeid, oppgåvedeling og betre ressursutnytting.</b> Målet om auka verdiskaping føreset ein organisasjon der ulike profesjonar på tvers av fag jobbar saman til det beste for pasienten. Ein kan sjå for seg tverrfaglege mottaksteam som vert organisert innanfor eiga ramme. Større grad av fleksibilitet til å nytte personell på tvers som utløyser god samhandling krev ein digital grunnmur som støtter ein slik arbeidsform.</p> <p><b>Felles regionalt investeringsregime.</b> Eit felles regionalt (for utvalde områder vil òg nasjonale investeringsregimer vere aktuelt) investeringsregime vil vere viktig for å sikre standardisering, utnytte stordriftsfordelar og unngå overinvestering. Eit felles regionalt investeringsregime kan vere viktig innanfor fleire områder. Dagens regionale investeringsregime innanfor IKT må vidareutviklast med auka fokus på gevinstvurdering og gevinstrealisering. Tilsvarande regime bør vurderast innanfor medisinsk-teknisk utstyr, teknisk infrastruktur og bygg. Ved eit felles investeringsregime vil og større grad av «flåtestyring» av teknologi kunne leggest til grunn.</p> <p><b>Bruk av simulering og trening for utdanning av helsepersonell.</b> Det å sikre at helsepersonell har rett kompetanse til å møte utfordringane i 2030 er avgjerande. I tillegg til dagens tradisjonelle helseutdanning, er det et behov for meir bruk av simulering og nye metodar for å trene helsepersonell. Helseføretaka må derfor vere teknologidrivande i helseutdanningane, for å sikre rett og oppdatert kompetanse, men også for å utdanne mange nok. Simulering og praktisk trening er ikkje berre teknologi, men først og fremst bruk av kunnskapbasert og dokumenterte metodar. Dette kan nyttast både i grunn- og i vidareutdanningane, i sjukehusa og også inn mot kommunehelsetenesta.</p> <p><b>Kunnskapsgrunnlag for forbetningsarbeid.</b> Forbetningsarbeid krev eit godt kunnskapsgrunnlag. Gode styringsdata og bruk av KAPP (kostnad – aktivitet – per – pasient) for samanlikning av drifta mellom sjukehus er viktig grunnlag for å ta gode avgjerder. Tilsvarande kan «benchmarking» av servicetenester mot private tilbydarar bidra til auka kunnskapen om potensialet for å sette tenestene ut til andre tilbydarar. Det vil ta tid å utvikle slikt kunnskapsgrunnlag.</p> <p><b>Smidig («agile») prosjektmetode.</b> Prosjekt må styrast ut frå dei måla som helseføretaka har. Med smidig prosjektmetode er det viktig med eit klart fokus på dei elementa som er av stor nytte, gir rask utvikling og leveransar med tilstrekkeleg kvalitet. Basert på erfaringane frå kvar iterasjon, må prosjektet styrast mot dei løysingane som gjev best effekt.</p>
<p>Spørsmål 3</p> <p>Kva karakteriserer den digitale grunnmuren som gjer dette mogeleg?</p>	<p>Arbeidsgruppa er uroa for at termen «den digitale grunnmuren» lett kan tolkast som infrastruktur og ikkje summen av naudsynt infrastruktur og programvare for å bidra til digitalisering av helsetenestene. Arbeidsgruppa har difor brukt termen «<b>Den digitale plattform</b>» i denne rapporten.</p> <p>Framtidas «digitale plattform» <b>gir gode brukaropplevingar</b>; den er alltid tilgjengelege på alle stader, den tilbyr tenester tilpassa konteksten brukaren er i, er heilskapleg, hendingsstyrt, samhandlingsorientert, sikker, i størst mogeleg grad basert på opne standardardar, fleksibel ovanfor endringar og den er samstundes kostnadseffektiv.</p> <p><b>Brukarar</b> av den digitale plattformen er både pasientar, pårørande, helsepersonell, ulike yrkesgrupper og andre helseaktørar. «Ein innbyggjar – ein journal» sitt målbilete er ein felles nasjonal løysing på tvers av alle helseaktørane. På vegen dit vil pasientar og pårørande sin digitale løysing gå gjennom innbyggjartenesta «helsenorge.no». Denne vil verte integrert med Helse Vest sin digitale løysing slik at pasienten kan involverast i sin eigen behandling, både i og utanfor sjukehuset. Tilsette på sjukehuset vil ha ein heilskapleg digital løysing</p>

	<p>som gir dei rett tilgang til tenester og informasjon i den konteksten dei er i; dvs. situasjonen dei er i (f.eks. en pasientsamtale eller et samhandlingsmøte), staden dei er på (f.eks. i en steril sone) samt tilgang til all relevant informasjon. Tenestene og informasjonen er tilpassa eininga brukaren nyttar – liten eller stor skjerm, med eller utan tastatur mv. Majoriteten av helsepersonell vil ha handhaldne einingar som enkelt kan koplatt mot større skjerm og tastatur på eit pasientrom, eit avdelingsrom, eit kontor mv.</p> <p>Den digitale plattformen er <b>hendingsstyrt og samhandlingsorientert</b> gjennom at hendingar, f.eks. ein for høg verdi på ei måling, automatisk vert vist til rett helsepersonell, og at samhandling mellom helsepersonell på sjukehuset og helseaktørar utanfor sjukehuset vert støtta på ein effektiv måte.</p> <p>Den digitale plattformen er bygd på <b>opne standardar og ein tenesteorientert arkitektur</b>. Den støtter saumlaus prosessintegrasjon der det er ulike applikasjonar. Brukaren ser ikkje dei einskilde applikasjonane, men ein heilskapleg brukarflate som er tilgjengeleg alle stader.</p> <p>Samfunnet og brukarane har stor tillit til den digitale plattformen. Pasientsikkerhet og informasjonssikkerheten er utan alvorlege hendingar, og den digitale plattformen er tilgjengeleg 24/7.</p> <p><b>Organisatoriske endringar</b> kan verte gjennomført utan at den digitale plattformen reduserer framdrift, medfører auka risiko eller representerer store endringskostnader. Brukarane av den digitale plattformen gir veldige gode tilbakemeldingar gjennom brukartilfredsheitsundersøkingar.</p>
<p>Spørsmål 4</p> <p>Korleis vil endringar innan digitalisering, MTU, bygg og nye måtar å levere tenestene påverke tenestene, og korleis kan dette gje auka verdiskaping?</p>	<p><b>Bygg og teknisk infrastruktur.</b> Lokalisering og utforming av bygg og teknisk infrastruktur legg i stor grad premissane for organisering, moglegheit for tverrfagleg samarbeid og for pasientflyt. Standardisering, fleksibilitet og i større grad bruk av av modular innan sjukehusbygg, er viktig for å sikre at bygg som vert ståande i mange tiår kan nyttast i tråd med ny teknologi, nye sjukdomsgrupper og ny organisering.</p> <p>Bygg som er tilrettelagt for pasientar og helsepersonell sine behov vil kunne gi ein gevinst i form av raskare pasientforløp og dermed reduserte kostnader. Samstundes ser ein rask endring i teknologi, så det å sikre fleksibilitet også i tilnærming til teknologi vil vere avgjerande for muligheita for gjenbruk og nyutvikling. Bygga må også verte utforma med omsyn til forskning som ein integrert del av pasientprosessen, slik at både forskings- og innovasjonsinfrastruktur vert lagt til rette for god delingskultur.</p>
<p>Spørsmål 5</p> <p>Finst det gode eksempel, nasjonalt eller internasjonalt, i helsesektor eller i andre bransjar?</p>	<p>Under er ei liste over ulike eksempel nasjonalt og internasjonalt som viser at det er potensial for auka verdiskaping på ulikt vis. Samstundes er også dette eksempel som viser muligheiter anno 2016, og ikkje muligheiter 2030. Meir informasjon om dei ulike eksemplene ligg i vedlegget;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Løysingar for å handtere pasientar utanfor sjukehus, slik at behovet for å komme til sjukehus vert redusert.</i></li> <li>2. <i>Forberedelse. Sjølvadministrasjon, forberedelser og sjølvvurdering/sensormåling før tilgang til spesialist.</i></li> <li>3. <i>Virtuelle pasientforløp - der pasientar vert behandla gjennom virtuelle/digitale tenester.</i></li> <li>4. <i>Post-operativ oppfølging av spesialist gjennom digitale løysingar.</i></li> <li>5. <i>Virtualisering av kliniske støttefunksjonar. Tilgjengeliggjere tolking virtuelt.</i></li> <li>6. <i>Teknologi for førebygging og tidlig deteksjon.</i></li> <li>7. <i>Skreddersydd teknologi til kronikarar for «recovery», sjølvhjelp, distribuerte spesialisthelsetenester og mestrings.</i></li> <li>8. <i>Standardisering, sjølvbetjening og automatisering av transaksjoner vil effektivisere støttefunksjonar.</i></li> <li>9. <i>Automatisert datainnhenting, forbetra kvalitet, auka tilgjengeliggjering av opplærings- og kompetansetiltak.</i></li> </ol>

	10. <i>Pasientapplikasjon for sjølvrapportering gir betre opplevingar for lungekreftpasientar.</i>
<b>Korleis kome dit?</b>	
Spørsmål 1	For å komme dit må det initierast tiltak innanfor dei ulike områda som fylgjer;
Korleis få fram auka verdiskaping?	<p><b>Avansert oppgåveplanlegging.</b> Vidare arbeid med tiltak knytt til betre planlegging og samhandling om pasientar, ressursar, bygg og utstyr.</p> <p><b>Brukarmedverknad.</b> Å kunne gjere pasienten i stand til sjølv å ta avgjerder og ansvar for eiga helse krev gode verktøy for innhenting og gjenbruk av elektronisk informasjon og kommunikasjon. Tilsvarande for monitorering av sjukdom og (sjølv)evaluering av intervensjon/behandling (PROMS). Kronikargruppene treng eit konsept der dei i større grad kan ta større ansvar for eiga helse og drive «sjølvadministrering» ut frå den einkilde sin helsesituasjonen og mestringssevne.</p> <p><b>Standardisering.</b> Standardisering krev sterk styring og leiarskap. Innan mange felt bør ein vurdere å «tvinge» igjennom høgare grad av standardisering og etterleving av vedtekne standardar.</p> <p><b>Automatisering og robotisering.</b> Identifisere områder som har mest å hente på automatisering/robotisering. Oppgåver som er ressurskrevjande og rutinepreget vil vere i fokus. Dersom oppgåvene ikkje kan automatiserast, kan dei kanskje robotiserast. F.eks. endring av tid for pasientkonsultasjonar.</p> <p><b>Beslutningsstøtte og analyse.</b> Dette krev ein strategi for utvikling av algoritmer for ulike former for beslutningsstøtte. Det er gode grunnar for å tru at den medisinskfaglege beslutningsstøtten dels vil vere basert på internasjonal kunnskap, og dette må vi følgje opp og forholde oss til.</p> <p><b>Tettare samhandling med kommunehelsetenesta.</b> Dette krev to-vegs strømlinjeforma kommunikasjon og felles IKT-system slik som visjonen om ein innbyggjar- éin journal legg til grunn. I tillegg trengs det meir støtte og samhandling. Betre dialog og tilrettelegging i kommunane kan hjelpe slik at dei tek over fleire oppgåver frå spesialisthelsetenesta. Meir bruk av ambulante tenester kan også gi færre liggedøgn og glidande overgang til kommunale helsetenester.</p> <p><b>Tettare planlegging og samhandling med avtalespesialistane.</b> Bruk av felles IKT-system for pasientplanlegging, journaldokumentasjon, bildediagnostikk, kurver, etc. vil kunne gje auka verdiskaping.</p> <p><b>Forskning og innovasjon.</b> Saman med dei andre aktørane innan helse gjennomføre dei mange gode tiltaka som er skissert i HelseOmsorg21 for auka verdiskaping. Til dømes sette i gang ein samla gjennomgang av lovverket for å forenkle det, og gjere tilgang til data enklare og sikrere, mellom anna det som gjeld reservasjonsrett og samtykke, tidsfristar for utlevering /tilgang til data. Sikre at oppfølginga av «éin innbyggjar – éin journal» og andre e-helsesatsingar ivareteke sekundære formål som analyse, forskning og innovasjon, og sørge for at helsedata kan brukast på nytt gjennom å forenkle kobling av data til andre registre (for eksempel sosioøkonomiske data, reseptregister eller liknande). Innføre deling av data som hovudprinsipp. Det vil si at registerdata og kliniske data blir tilgjengelige også til bruk på tvers av og utanfor føretak/kliniske einingar og i samsvar med god praksis og gjeldane lovverk. Utarbeide felles nasjonal prispolitikk for tilgang til registerdata og biologisk materiale frå helsetenesta. Gi innbyggjarane tilgang til egne registerdata og tilgjengelig informasjon om kva data brukast til. Bruke nye teknologiske løysingar som utvikles for de primære formåla, ikkje spesifikke registreringar til enkeltformål og/eller enkeltregistre. Etablere felles nasjonale system for tilgang til data, saksbehandling og kobling til bruk i</p>

	<p>analyse, forskning og innovasjon – éin portal for søknader og tilgang. Vurdere endringar i dei organisatoriske løysingane for sekundær bruk av helsedata, inkludert organiseringa og forvaltninga av dei nasjonale helseregistrane.»</p> <p><b>Funksjonsfordeling og organisering.</b> Det er viktig med «insentiv» som fremmar samarbeid og koordinering, der alle relevante moment vert tekne omsyn til ved vurderingane, slik som reisetid og kost, reduksjon av vaktberedskap, breiare samarbeid over fag og geografi, etc.</p>
<p>Spørsmål 2</p> <p>Korleis auke verdiskaping for helsetenester, kliniske støttetjenester og merkantile støtteeaktivitetar?</p>	<p>For å komme dit må det initierast «tiltak» innanfor dei ulike områda som fylgjer;</p> <p><b>Prosess og metode.</b> Det bør vere ein økonomimodell eller insentivstruktur som gjer at ein frå klinikkane og drifta kan frigi ressursar til forbetningsprosjekt. Prosjekt og fornying er ein del av drifta, det trengs insentiv og ein betre struktur enn dagens prosjektstruktur for å bidra til fornying, ny økonomimodell, budsjettere med ekstrakostnadar for prosjekt/drift. I dag er ikkje inntektsmodellen rigga for dette. Gjennom godt leiarskap etablere ein strukturert måte å jobbe med dette på. Samanheng mellom mål, målbilete og arkitektur, sette dette inn i ein metode for å sjå samanhengar på tvers. Ein føresetnad for å lykkes med prosessorientering er at Helse Vest har ein tilnærming til prosessorientert verksemdsutvikling og eit tydeleg definert prosesseigarskap.</p> <p><b>Etablere eit «framtidråd»</b> Det er viktig å bygga opp tilslutning til tiltaksområda. Kvar av tiltaka som er føreslått er kvar for seg krevjande, men til saman er dette store og komplekse prosessar som må spele på lag for å nå måla. Specialisthelsetenesta er ein generasjons sektor: det vi gjer no, må vera godt og bidra til ei robust og kompetent specialisthelseteneste for dei neste generasjonane. Å etablere eit «framtidråd» som får i oppgåve å bidra til tilslutning til tiltak på lang sikt og som evner å løfta tiltak strategisk og på lang sikt kan vera eit viktig virkemiddel. Ein overordna strategi kan fort bli ein diskusjon om tiltak for tiltak, mens det er summen av alle som kan bidra til måloppnåing. Føretaksgruppa Helse Vest har svært dyktige medarbeidarar og leiarar og vi bør våga å etablere eit «framtidråd» der vi kan forankra tiltak med tanke på den langsiktige verknaden, det gjeld ikkje berre dei som er medarbeidarar «i dag, men dei som skal overta oppgåvene på sikt». Andre bransjar har uttrykt dette som ekspertråd, vi trur ein slik tilnærming er lite treffande og ynskjer heller å løfta fram eit «framtidråd» der viktige strategiske tema kan bli diskutert og der legitimitet/tilslutning for dei langsiktige formåla blir skapt.</p> <p><b>Tverrfaglig samarbeid, oppgåvedeling og betre ressursutnytting.</b> Erfaringane viser at det tek tid å innarbeid møter for multidisiplinære tema (MDT), tavlemøter, video- og nettverksarenaer. Det er behov for ei <i>kulturendring</i> og <i>organisasjonsutvikling</i> på dette feltet som kan ha like så stort effekt som direkte teknologistøtte.</p> <p><b>Regionalt investeringsregime.</b> Dette er ei avgjerd som kan takast og gjennomførast relativt raskt.</p> <p><b>Utdanning, simulering og trening av helsepersonell.</b> Tilby kompetansegivande modular innan teknologi og sørgje for at leiarane har god teknologiforståing.</p> <p><b>Kunnskapsgrunnlag for forbetningsarbeid.</b> Vidareføre arbeid med «kostnad og aktivitet per pasient» (KAPP). Initiere arbeid med «benchmarking» innanfor utvalde områder i den hensikt å etablere erfaring med slike prosessar.</p>

<p>Spørsmål 3</p> <p>Korleis utvikle den «digitale plattform»? </p>	<p><b>«Den digitale plattform»</b></p> <p>Det er behov for å kartlegge behova og gjere dei nødvendige investeringane og oppgraderingane av den tekniske infrastrukturen, samt kartlegge og gjere nødvendige investeringar og oppgraderingar av kliniske og administrative IKT-system.</p> <p>I tillegg er det viktig å sørge for tilstrekkelig med kompetente ressursar sentralt og ute i føretaka for å innføre, halde vedlike og vidareutvikle kliniske og administrative system, og sørge for klinisk og operasjonelt leiarskap som driv implementering av IKT-løysingar og leier dei nødvendige organisatoriske og operasjonelle endringane som er nødvendig.</p> <p>Vi treng ei gruppe av klinikarar på tvers av helseføretaka, «ei klinisk ekspertgruppe», som vert rådspurt i arbeidet med den digitale plattform. Ei slik klinisk ekspertgruppe kan gje råd innanfor det handlingsrommet som er for utvikling og tilpassing av den digitale plattform.</p>
<p>Spørsmål 4</p> <p>Korleis utnytte digitalisering, MTU, bygg og nye måtar å levere teneste på?</p>	<p><b>Digitalisering, MTU, bygg og nye måtar å levere tenestene på</b></p> <p>I samarbeid med dei byggt tekniske einingane i Helse Vest og med Sykehusbygg HF estimere korleis teknologiske utviklingar og trendar får konsekvensar for planlegging av nye sjukehusbygg.</p> <p>Vere ei drivkraft for standardisering og modularisering av bygg, slik at gode løysingar kan brukast om igjen. Stimulere til innovasjon innan utforming av bygg og byggt tekniske løysingar, som gjev optimale arbeidsprosessar og logistikk.</p>
<p><b>Andre moment (inkl. premiss, fordelar, ulemper)</b></p>	
	<p>Følgjande kriterium bør leggjast til grunn ved prioritering av tiltak;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Grad av auka verdiskaping/effektivisering.</i></li> <li>• <i>Grad av realisme/risikoprofil.</i></li> <li>• <i>Krav til involvering av leiing for å lukkast.</i></li> </ul> <p>I tillegg bør fylgjande vurderast;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tidspunkt.</i> Kva er rett tidspunkt for gjennomføring?</li> <li>• <i>Avhengighet.</i> Er dette tiltaket avhengig av andre tiltak?</li> <li>• <i>«Virkeflata» for tiltaket.</i> Er tiltaket retta mot spesialisthelsetenesta, mot andre delar av helse- og omsorgstenesta, er tiltaket lokalt, regionalt, nasjonalt eller internasjonalt i sin karakter?</li> </ul>

## 4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING

Anbefalingar for vidare utvikling, inkludert innspel til prinsipp for Helse Vest.

Anbefaling	Beskriving
1.	<p><b>Standardisering definert som eit verdiskapande prinsipp for utvalde områder.</b></p> <p>Standardisering og samordning har over tid modna fram som nyttige tiltak for vidareutvikling av utvalde områder som inkluderer både IKT området og den kliniske operative verksemda. Framover må både «standarder» utviklast i større grad, og etterleving av desse må fylgjast opp.</p>
2.	<p><b>Felles investeringsregime i Helse Vest.</b> Eit felles investeringsregime i Helse Vest vil kunne auke realismen i gjennomføring av standardisering og samordning innanfor utvalde områder.</p>
3.	<p><b>Tilrettelegging for «Brukarmedverknad».</b> Pasienten vil gjennom digitalisering bli ein tydelegare pådrivar og deltakar i utviklinga av «Pasienten si helseteneste».</p>
4.	<p><b>Tilrettelegging for «Prosess- og beslutningsstøtte».</b> Tiltak må verte satt i verk no for å kome i inngrep med framtidige løysingar for prosess- og beslutningsstøtte. Kor lenge vil medisinske beslutningar kunne gjerast utan <i>kvalitetssikring</i> frå ein</p>

Anbefaling	Beskriving
	«kunnskapsdatabase»?
5.	<b>Bruk av smidig («agil») prosjektmetode.</b> Tiltak må gjennomførast med tydeleg leiarforankring, klart fokus på dei elementa som viser størst nytte, rask utvikling og sikrer leveransar med tilstrekkeleg kvalitet.
6.	<b>Deling av data.</b> I tråd med tilråding i HelseOmsorg21, skal vi fremje deling og gjenbruk av data som eit godt prinsipp. Det vil sei at til dømes registerdata og kliniske data også blir tilgjengelige til bruk på tvers av og utanfor eige føretak/kliniske einingar. Det er viktig at arbeidet med auka deling skjer i ein kontekst der det gjeld alle og i tråd med lov og regelverk.