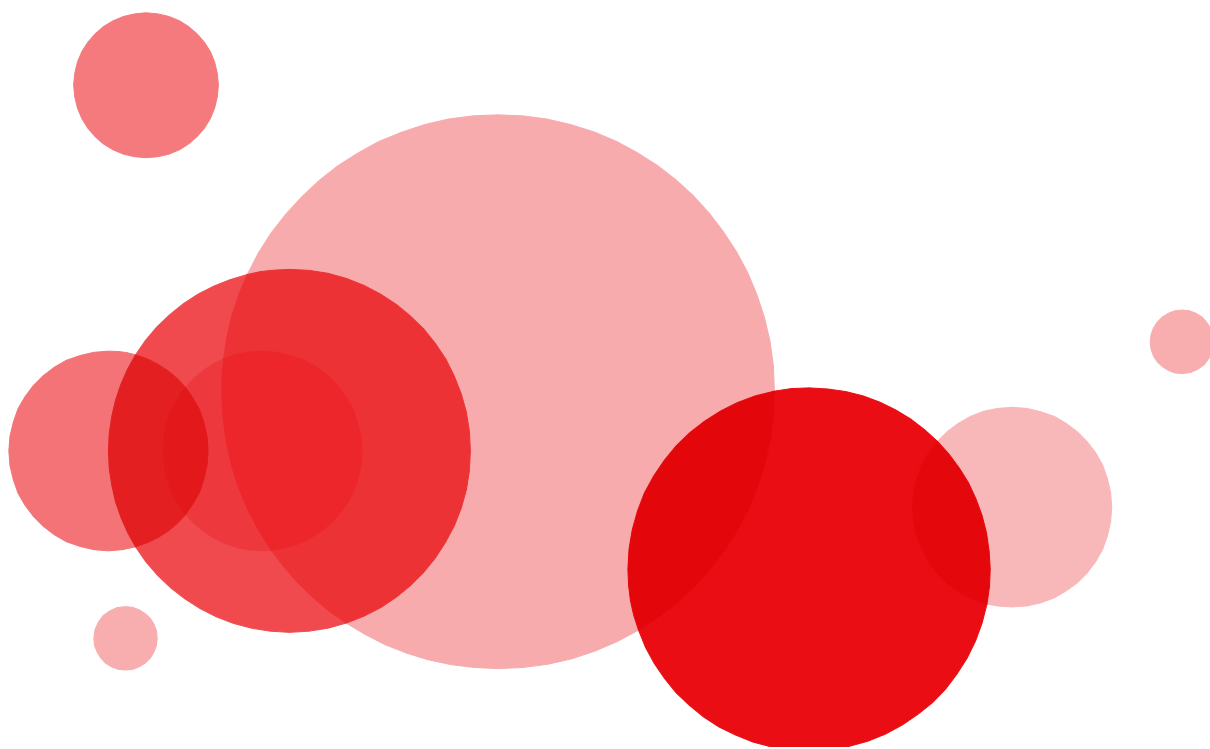


**Årleg melding 2017 for
Helse Vest RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhald

1. Innleiing	3
1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2017	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	8
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga	8
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	21
2.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik	33
3. Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 28.06.17 og 22.08.2017	48
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga	48
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	53
3.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik	56
4. Rapportering på krav frå føretaksmøtet	67
4.1 Krav og rammer for 2017	67
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017	88
5. Styret sitt plandokument	89
5.1 Utviklingstrender og rammeføresetnadar	89
5.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar	89
6. Vedlegg	90
6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og betre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	90
6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	92
6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning i og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	94
6.4 Rapportering 2017 Helse Vest RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet	95

VEDLEGG II – tall gyldne regel

VEDLEGG III – rapport transport av psykisk sjuke

1. Innleiing

1.1 *Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag*

Å utvikle pasienten si helseteneste har vore eit av dei berande prinsippa når Helse Vest RHF har utforma den nye verksemdstrategien vår, Helse 2035. Dette skal prege alle delar av aktiviteten til Helse Vest, anten det gjeld pasientbehandling, forskning, opplæring eller utdanning.

Nasjonal helse- og sjukehusplan gir føringar for spesialisthelsetenesta i Noreg. Helse Vest har lagt desse føringane til grunn i arbeidet med verksemdstrategien.

I strategiene er det lagt særleg vekt på dei områda som er omfatta av dei viktigaste endringane framover. Han er derfor bygd opp rundt utvalde tema, der dei grunnleggjande områda for verksemda er ein naturleg del.

Helse Vest står ovanfor store oppgåver, utfordringar og moglegheiter i perioden som kjem. Det krev at vi i fellesskap med pasientane, medarbeidarane og samarbeidspartnarar må byggje ei framtidsretta og berekraftige helseteneste.

Ressurstilgangen vil bli strammare i åra som kjem. På same tid vil vi sjå ein vekst i behov og behandlingmoglegheiter. Vi må derfor balansere behov og moglegheiter opp mot tilgjengelege ressursar på beste måte, og sikre berekraft for dei tenestene vi skal levere i dag, i morgon og fram mot 2035. Det vil krevje prioriteringar. Med ei utvikling mot betre tenester og ein meir effektiv måte å levere tenestene på skal vi møte pasientane med den respekten, kvaliteten og tryggleiken dei treng.

Gjennomføringa av Helse 2035 går føre seg på mange nivå. Helseføretaka sitt utviklings- og endringsarbeid er eit viktig verkemiddel i så måte, saman med dei regionale programma og prosjekta som blir gjennomført. I tillegg er det i tilknytning til Helse 2035 utarbeidd ein tiltaksplan som skildrar regionale tiltak som skal bidra til gjennomføring av strategien. Den byggjer på og heng saman med andre aktivitetar, styringsdokument og satsingar lokalt, regionalt og nasjonalt. Tiltaka i planen har ei overordna innretting og byggjer opp om den lokale gjennomføringa av strategien. Regionalt samarbeid, felles system og utgreiingar er derfor prioriterte.

Visjonen i Helse 2035 er:

«Å fremme helse, meistring og livskvalitet»

Verdiar:

Respekt, tryggleik, kvalitet

Mål:

- Trygge og nære helsetenester
- God samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet

- Aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- Ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon

1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2017

2017: Pasientens helseteneste

2017 har vore eit år med gode resultat for helseføretaka på Vestlandet. Gjennom så store endringsprosessar som skjer i spesialisthelsetenesta, blir det feil å sjå resultata isolert sett frå eit år til eit anna. Store organisasjonar treng tid til store omstillingar, og det er viktig å sjå utviklinga over tid. I så måte er 2017 eit godt år, og helseføretaka på Vestlandet har ein god utvikling og leverer gjennomgåande stadig betre resultat for pasientane.

Vi må førebu oss på at ressurstilgangen vil bli strammare i åra som kjem, samtidig som vi vil sjå ein vekst i behov og behandlingmoglegheiter. Vi må derfor balansere behov og moglegheiter opp mot tilgjengelege ressursar på beste måte, og sikre berekraft for dei tenestene vi skal levere. Satsing på god dialog mellom pasient og sjukehus, betre organisering, pasienttryggleik og felles systembygging har prega året, og har for alvor bidrege til å styrke pasienten sin helseteneste.

Nye teknologiske løysingar skal gjere det betre å vere pasient på sjukehusa i Helse Vest i framtida. Samstundes skal det frigjere tid for medarbeidarane våre, slik at dei kan bruke mindre tid på administrasjon og meir tid på pasientane. Fleire prosjekt er sett i gong i 2017 med dette for auge, mellom anna *Tilgangslogg* på helsenorge.no, *Innsjekk og betaling*, *Finne fram* og *Pasientflyt og ressursar*.

Helse Vest har hatt ei god utvikling på ventetider i 2017 og ligg no samla sett på kravet om 60 dagar, om ein ser alle fagområda under eitt. Dette er ein nedgang på to dagar frå 2016, da den gjennomsnittlege ventetida var på 62 dagar.

Den største nedgangen i ventetider har vore innanfor dei tre fagområda psykisk helsevern for vaksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og tverrfagleg spesialistert rusbehandling (TSB). Her ligg ventetidene godt under det nasjonale målkravet. Tala for somatikk har derimot vore høgast i landet gjennom 2017.

Helse Vest RHF har framleis differensiert kravet til ventetider i 2017 for behandla pasientar for dei ulike fagområda.

Helseføretaka i Helse Vest har over lengre tid jobba målretta med å redusere fristbrot og ventetider. Helseføretaka har spesielt arbeidd med å redusere ventetidene for dei fagområda der ventetidene er over seksti dagar. Ei lang rekke tiltak er sett i verk i alle helseføretak. Leiarane har fått ein meir heilskapleg styringsinformasjon som eit av fleire viktige bidrag for å redusere ventetid og unngå uønskt variasjon. Arbeidet med langtidspanlegging og direkte tildeling av timar har også hatt god effekt. Mellom anna er ventetida i Helse Førde på eit historisk lågt nivå.

Helse Vest nyttar felles regionale retningslinjer for planlegging og gjennomføring av poliklinikk aktivt for å sette einingane i stand til å redusere ventetidene.

Helseføretaka har arbeidd med å få ned talet på fristbrot heilt sidan sommaren 2010, med målsetting om at fristbrot ikkje skal finnast. På tross av dette har vi sett ein auke i fristbrot i 2017. Auken av fristbrot gjeld spesielt brystdiagnostisk senter i Helse Bergen og Kvinne- og Barneklubben i Helse Stavanger. Helse Førde har over lang tid hatt få fristbrot, og dette har halde fram i 2017.

Helse Vest når målet om at minst 70 prosent av kreftpasientane skal inngå i eit pakkeforløp. Tre av føretaka ligg over 80 prosent, medan Helse Stavanger ligg noko lågare. I gjennomsnitt inngår 82,1 prosent av kreftpasientane i Helse Vest i pakkeforløp for kreft.

Når det gjeld prosentdelen pakkeforløp for kreftpasientar som er gjennomført innan den definerte standard forløpstida har Helse Vest samla sett eit godt resultat, som viser at 75 prosent av pasientane i pakkeforløp får behandling i tråd med standard forløpstid. Det er her mindre forskjellar mellom tre av føretaka, men Helse Bergen har 86 prosent.

Det blir jobba mykje i alle føretaka med å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting. I Helse Bergen blir det mellom anna arbeidd med å utarbeide og innføre standardiserte pasientforløp. Helse Fonna arbeider for å etablere «ein port» inn i spesialisthelsetenesta. Det vil seie at alle tilvisingar blir vurderte slik at kapasiteten i alle sjukehusa blir sett på samla, og ein har felles ventelister for ulike fagområder. Helse Førde utviklar Helseatlas som skal gje datagrunnlag for analyser og gje kunnskap om variasjonar i bruk av helsetenester.

I perioden 19. mai til 4. juni 2017 blei det gjennomført ein informasjonskampanje for å gi pasientar og helsepersonell betre kjennskap til pasientrådgivarar og nettsida Velg behandlingssted. Nullpunkt- og effektmåling viser at informasjonskampanjen har auka kjennskapen i befolkninga.

Helse Vest arbeider på fleire ulike område for å redusere bruken av tvang, og det går i riktig retning. Tal for heile Helse Vest viser at det i 2017 var 1,86 tvangslinnleggingar per 1000 innbyggjarar, medan talet i 2016 var 2,31. Dei private ideelle institusjonane er med i talgrunnlaget for det helseføretaksområdet dei er etablert i. Tal på tvangsinnleggingar og tvangsbruk i Helse Førde er blant dei lågaste i landet, med 0,90 tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjarar.

Helse Vest har sidan 2015 hatt eit regionalt prosjekt for å sikre rett registrering av tvang. Det er laga rutinar for registrering av innleggingar og tvangsbruk, som er tatt i bruk i alle helseføretaka. Prosjektet er no avslutta, men arbeidet med rett registrering fortset via ei ressursgruppe.

I Helse Vest er det etablert ei arbeidsgruppe, med deltakarar frå alle HF og under leing av Helse Bergen, som utviklar samvalsverktøy for pasientar med psykoselidingar. Innhaldet i samvalsverktøyet blir kvalitetssikra av ei ekspertgruppe som Helsedirektoratet har peika ut, og vil bli lagt ut på helsenorge.no sine sider i 2018.

I Helse Vest er ein oppteken av at det skal vere høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk (den såkalla gylne regel). Etter ei negativ utvikling i 2014 og 2015 endra kursen seg i 2016. Tala for 2017 viser at den pågåande omstillinga i helseføretaka framleis drar i rett retning. Helseføretaka er nært målet om å oppfylle den gylne regel.

På området pasienttryggleik var det i 2017 eit mål at prosentdelen sjukehusinfeksjonar skulle vere lågare enn i 2016. Dei siste offisielle tala frå mai 2017 viser ein reduksjon for heile Helse Vest frå 3,1 prosent i mai 2016 til 2,8 prosent i mai 2017.

Tala på korridorpatientar for heile Helse Vest er uendra i dei to første tertiala i 2017 samanlikna med tilsvarende tertial i 2016 (1,7 prosent i første tertial og 1,4 prosent i andre). Dette er høgast i landet. Det er store variasjonar mellom helseføretaka. Delen korridorpatientar er lågast i Helse Førde og høgast i Helse Fonna i andre tertial 2017. Styret i Helse Vest har månadleg oppfølging av utviklinga.

Det er eit mål at det samla forbruket av breispektra antibiotika ved norske sjukehus skal vere redusert med 30 prosent i 2020 samanlikna med 2012. Dei siste offisielle tala er frå andre tertial 2017. Definerte døgndoser (DDD) for dei fem breispektra midla for heile Helse Vest var då 14,7 DDD per 100 liggedøgn. Dette er lågast i landet per andre tertial 2017. Dette utgjør ein reduksjon på 20,1 prosent frå andre tertial 2012 til andre tertial 2017. Tal for andre tertial viser ein reduksjon i alle helseføretak.

I 2017 er det gjennomført eit regionalt prosjekt om ambulante tenester og tidleg støtta utskriving innan rehabilitering, medrekna bruk av telemedisin og velferdsteknologi. Prosjektet har vore eit samarbeid mellom helseføretaka, kommunar og private aktørar. Prosjektet har utvikla ein generisk modell for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskriving for pasientgrupper som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Helse Vest tek sikte på at modellen blir prøvd ut i helseføretaka gjennom pilotar i 2018.

I alle helseføretaka i føretaksgruppa i Helse Vest er del 1 i ny spesialistutdanning for legar sett i verk i samsvar med ny forskrift, med tilsettingar i LIS1-stillingar frå og med hausten 2017. Det er sett opp eit tverregionalt prosjekt som planlegg for å sette i verk del 2 og 3 i ny ordning for spesialistutdanning i samsvar med ny forskrift. Regionalt utdanningscenter for LIS (RegUt) leiar det tverregionale prosjektet, som består av prosjektleiarar frå alle helseføretaka i føretaksgruppa og Haraldsplass DS, i tillegg til YLF-representant.

Førebels resultat for 2017 viser eit overskot på om lag kr 524 millionar kroner. Det er 211 millionar kroner betre enn budsjett. Dette til tross for at Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger i år har hatt resultat som har vore lågare enn resultatkravet.

Dei føretaka som ikkje når resultatkrava har ei utfordring når det gjeld å sikre tilstrekkeleg investeringsevne til å gjennomføre planlagde investeringsprosjekt. Dette fordrar at føretaka må løfte resultata framover og arbeide vidare med å innrette drifta si i forhold til framtidig resultatkrav. Helse Vest står ovanfor store investeringsbehov i åra som kjem, og det er derfor heilt nødvendig å ha eit positivt resultat. Helse Vest investerte for om lag 1 520 milliardar kroner i 2017. Dei største prosjekta som ligg framfor føretaka i vest er nytt sjukehusbygg i Stavanger, vidare arbeid med barne- og ungdomssjukehuset i Bergen, i tillegg til større utbyggingsprosjekt i Førde og Fonna.

Resultata frå omdømmemålinga for 2017 viser at innbyggjarane på Vestlandet har tillit til at dei vil få hjelp når dei treng det og har eit godt inntrykk av sjukehusa i regionen. Resultata er stabile samanlikna med målingane frå 2016, 2015 og 2014. Stabile resultat over fleire år viser at føretaka i Helse Vest klarer å oppretthalde eit høgt nivå av tillit til sjukehusa.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Mål 2016:

- Gjennomsnittleg ventetid skal reduserast i alle regionar i forhold til 2016. Gjennomsnittleg ventetid skal vere under 60 dagar i alle regionar.

Utviklinga frå 2016 til 2017 i den samla gjennomsnittlege ventetida for alle som starta behandling, fordelt per fagområde og samla for Helse Vest, er som følgjer:

Fagområde	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017 ¹
Somatikk	64	62	63	60	63	64
PHV ²	41	42	38	41	45	38
BUP ³ :	49	50	42	44	51	41
TSB ⁴ :	30	30	29	30	29	30
Alle fagområde:	62	61	61	58	61	62

Kjelde: NPR sine tal for 1. og 2.tertial begge år, samt 3. tertial 2016. Helse Vest sine egne tal for 3.tertial 2017.

Helse Vest sine egne tal for tredje tertial 2017 er per no ikkje tilstrekkeleg kvalitetssikra og dermed ikkje direkte samanliknbare med tal frå NPR.

Helse Vest sine egne tal⁵ viser at gjennomsnittleg ventetid for heile Helse Vest i 2017 var på 60 dagar (alle fagområder). Det er ein nedgang på to dagar frå 2016, da den gjennomsnittlege ventetida var på 62 dagar.

Helse Vest RHF har slik samla sett nådd den nasjonale målsettinga på 60 dagar.

Dette gjeld også innan kvart av områda psykisk helsevern for vaksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), der ventetidene ligg godt under det nasjonale målkravet. Tala for somatikk har derimot vore høgast i landet gjennom 2017.

Helse Vest RHF har framleis differensiert kravet til ventetider i 2017 for avvikla (behandla) pasientar. Krava vil bli sett lågare i 2018, sjølv om dei differensierte måla

¹ Tal henta frå regionalt datavarehus, og i tillegg omrekna månadlege ventetider frå NPR (TSB)

² Psykisk helsevern for vaksne.

³ Psykisk helsevern for barn og unge.

⁴ Tverrfagleg spesialisert rusbehandling

⁵ Helsedirektoratet publiserer etter planen offisielle tal for ventetid og aktivitet per 3. tertial 17 / årsdata 2017 for alle fagområder den 19. mars 2018.

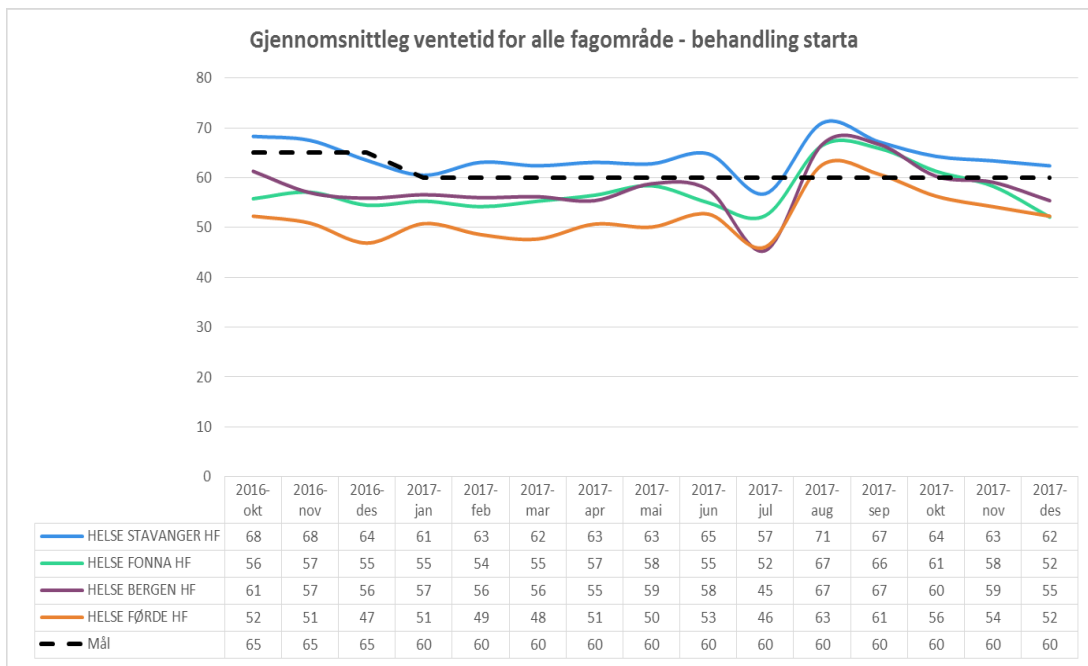
ikkje er nådd på alle område i 2017. Differensieringa blei gjort på følgjande måte i styringskrava til helseføretaka i 2017:

BUP: 35 dagar
 TSB: 35 dagar
 PHV: 40 dagar
 Somatikk: 60 dagar

Styret i Helse Vest RHF følgjer nøye med på ventetidsutviklinga gjennom dei månadlege verksemdsrapporteringane.

Tre av helseføretaka har i hovudsak hatt ventetider under det nasjonale kravet gjennom året. Det er spesielt Helse Stavanger som har hatt lengre ventetider enn kravet.

Figuren nedanfor viser ventetidsutviklinga per helseføretak for alle fagområde og for alle pasientar som har starta behandling (tala er frå det regionale datavarehuset):



Helseføretaka i Helse Vest har over lengre tid jobba målretta med å redusere fristbrot og ventetider. Ei lang rekke tiltak er sett i verk i alle helseføretak. Leiarar har fått ein meir heilskapleg styringsinformasjon som eit av fleire viktige bidrag for å redusere ventetid og unngå uønskt variasjon. Helse Vest har saman med helseføretaka sett nærare på ventetid for alle omsorgsnivå og fag. Det er få fagområde/spesialitetar som har ein gjennomsnittleg ventetid som overstig 60 dagar. Eit stort tal fag har ventetid som er betydeleg kortare enn kravet. Helse Vest har gjennomgått ventetida for kvart av helseføretaka per fagområde og omsorgsnivå. Det er laga prognosar for forventning til ventetid per omsorgsnivå og fagområde for 2018. Dette er eit godt grunnlag for å følgje opp kvart enkelt fagområde på ein god måte.

Tiltaka i programområdet «Alle møter» og «Vestlandspasienten» har vore sentrale i dette arbeidet. I «Alle møter» inngår informasjon, felles arbeidsprosessar og IKT-løysingar som både skal involvere, og mellom anna legge til rette for kortare ventetid:

- Kommunikasjon og digital involvering mellom helseføretaka og innbyggjarane.
- Planlegging av alle typer ressursar for kvart pasientforløp.
- Vurdering av tilvisingar, inntaksplanlegging og tildeling av time.
- Felles regionale prosedyrar for planlegging og førebuing av poliklinikk og dagbehandling.

I «Alle møter» er avansert oppgåveplanlegging ein viktig del av arbeidet for å redusere ventetidene. Sjå kap. 4 og 5.3.6 for nærare omtale av programområdet.

Det er særleg satt fokus på delprosjektet Optimal timetildeling. Det er forventa at dette delprosjektet skal bidra til å erstatte eksisterande kultur for tildeling av tentative timar med timetildeling i tråd med simuleringsmodell for Optimal timetildeling. Det inneber at fagmiljøa set av kapasitet til å handtere tilvisingar med høg hastegrad og deretter går over til fortløpande timetildeling. Kulturen har vore at timar i for stor grad blir tildelt tett opp mot frist, noko som aukar risiko for unødvendige fristbrot og ikkje minst bidrar til å oppretthalde ein skapt ventetid.

Helseføretaka har spesielt arbeidd med å redusere ventetidene for dei fagområda der ventetidene er over seksti dagar.

Dei viktigaste tiltaka i Helse Stavanger er:

- Aktiv bruk av «Avansert oppgåveplanlegging» saman med riktig dimensjonering av kapasitet og arbeidet med «Alle møter».
- Systematisk oppfølging av utviklinga.
- Arbeid på tvers av einingane innan VOP med inntak og behandlingsvarigheit i poliklinikkane.
- Sjå nærare på organiseringa av poliklinikkane innan VOP, vurdere opptaksområda for dei ulike poliklinikkane, og sjå om det er mulig å forsterke poliklinisk verksemd framfor døgndrift.
- Bruke LEAN som metode i arbeidet med å betre pasientflyt og kvalitet i tilbodet til born og unge.

Helse Fonna har gjennom 2017 hatt tiltak som:

- Prosjekt for samhandlingsforløp for fem forløp.
- Rekruttering av spesialistkompetanse i ledige stillingar.
- Prioritere vidare årsverkvekst i budsjett for 2018.
- Samarbeid på tvers av sjukehusa.
- Bruk av private leverandørar.

Tiltak i Helse Bergen er mellom anna:

- I somatikken blir det jobba med å auke talet på poliklinikk timar, auke operasjonstovetid og redusere talet på kontrollar.

- I VOP blir det arbeidd med å rekruttere til ledige stillingar, kveldspoliklinikk og dialog med avtalespesialistane. Bjørgvin DPS har gjennomført «Prosjekt kortare ventetid», der erfaringar skal overførast til dei andre klinikkane.
- I BUP har det vore særskilt merksemd mot inntak og avslutningar av dei polikliniske forløpa og oppgøveplanlegging.

I Helse Førde har tiltaka mellom anna vore:

- Gode planleggingsrutinar ved hjelp av inntaksteam i poliklinikkane
- Oversiktleg og enkel tilgang til data for personell og leing
- Tett rapportering til klinikk, toppleing og styret.

- Det skal ikkje vere nokon fristbrot.

Utviklinga frå 2016 til 2017 for dei gjennomsnittlege prosentdelane fristbrot for all behandling som blei starta, fordelt per fagområde og samla for Helse Vest, er som følger:

Fagområde	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017 ⁶
Somatikk	1,1	1,7	1,8	2,4	4,1	2,6
PHV ⁷	0,6	0,7	0,2	0,6	0,4	0,5
BUP ⁸	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2
TSB ⁹	1,7	1,5	2,4	1,6	1,6	1,0
Alle fagområde:	1,1	1,6	1,7	2,3	3,8	2,7

Kjelde: NPR sine tal for 1. og 2.tertial begge år, samt 3. tertial 2016. Helse Vest sine egne tal for 3.tertial 2017.

Helse Vest sine egne tal for tredje tertial 2017 er per no ikkje tilstrekkeleg kvalitetssikra og dermed ikkje direkte samanliknbare med tal frå NPR.

Helseføretaka har arbeidd med å få ned talet på fristbrot heilt sidan sommaren 2010, med målsetting om at fristbrot ikkje skal finnast. Utviklinga for fristbrot over tid, for både ventande og behandla pasientar, for heile Helse Vest inkludert private ideelle er fremstilt i tabell under:

⁶ Tal henta frå regionalt datavarehus, og i tillegg omrekna månadlege fristbrot frå NPR (TSB) til tertial.

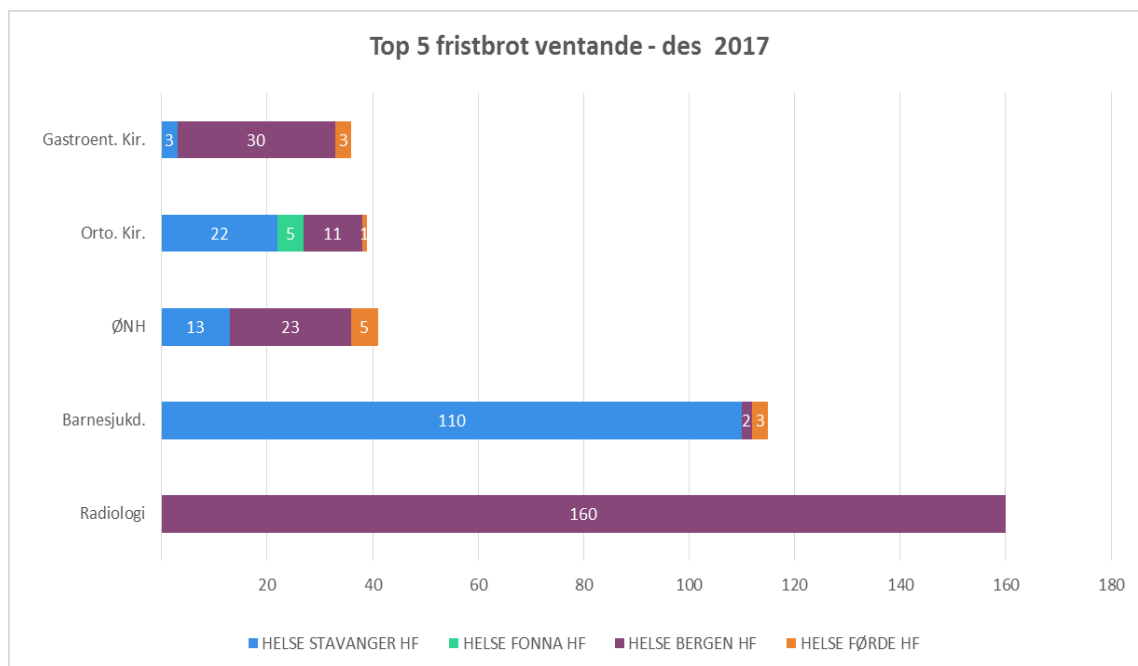
⁷ Psykisk helsevern for vaksne.

⁸ Psykisk helsevern for barn og unge.

⁹ Tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Tid	Fristbrot			
	For ventande ved periodeslutt		Der helsehjelpa ha starta i perioden	
	Pasientar	Pst	Pasientar	Pst
2016-okt	320	0,7 %	310	1,8 %
2016-nov	241	0,5 %	399	1,9 %
2016-des	356	0,8 %	341	2,0 %
2017-jan	354	0,8 %	585	2,7 %
2017-feb	292	0,6 %	296	1,6 %
2017-mar	329	0,7 %	412	1,9 %
2017-apr	549	1,3 %	515	3,2 %
2017-mai	514	1,2 %	721	3,6 %
2017-jun	478	1,1 %	672	3,6 %
2017-jul	816	1,9 %	367	3,6 %
2017-aug	646	1,6 %	701	4,3 %
2017-sep	546	1,2 %	562	3,1 %
2017-okt	473	1,0 %	531	2,8 %
2017-nov	338	0,7 %	556	2,7 %
2017-des	558	1,2 %	345	2,3 %

Biletet under syner dei fem fagområda med høgast tal ventande med fristbrot ved utgangen av 2017, samt kva helseføretak desse pasientane ventar ved. Samla utgjorde desse fem fagområda 75 prosent av alle ventande med fristbrot ved utgangen av desember 2017.



Auken av fristbrot gjeld spesielt brystdiagnostisk senter (radiologi) i Helse Bergen og Kvinne- og Barneklubben i Helse Stavanger.

Helse Stavanger:

Talet på fristbrot er framleis høgt i føretaket. Det er flest fristbrot i Kvinne-

og Barneklubben, men også andre klinikkar har utfordringar. Ein del avdelingar har ikkje fristbrot. For dei områda der det er fristbrot, er det sett i verk fleire tiltak:

- Utviding av klinisk areal for poliklinikk/dagbehandling.
- Oppgaveforskyving frå lege til sjukepleiar og sekretær.
- Gjennomføring av avansert oppgaveplanlegging for legar og sjukepleiarar.
- Fortløpande tildeling av timer i poliklinikk (delen direkte tildelt time er betydeleg auka).
- Delen pasientar med tentative timer er betydeleg redusert.
- Ekstra kapasitet er satt inn i poliklinikk (kveldspoliklinikk og ekstra vikarar).
- Fortløpande og tett samarbeid med Helse Vest («Alle møter») om analyse og tiltak.
- Nye arbeidsplanar for gastroenterologisk seksjon bidreg til betre kapasitet og betre planlegging. Avgjerd om colonscreening vil påvirke mogleikheiten til å dimensjonere tenesta riktig.
- Høgt leiarfokus og fortløpande oppfølging.
- Alle pasientar som vil få fristbrot får tilbod om alternativ behandlingstad gjennom HELFO. Få pasientar nyttar seg av tilbodet og dei fleste ønskjer å bli verande på venteliste i Helse Stavanger.

Helse Fonna:

Helseføretaket har hatt få fristbrot i psykisk helsevern i 2017. Registrerte fristbrot skuldast som regel feil-registrering i EPJ eller korttidsfråver hos behandlarar.

Fleire fagområde har hatt utfordringar med måloppåinga i 2017. Det har vore eit stort fokus på tiltak gjennom heile året, og utviklinga går i rett retning på slutten av året.

Tiltak som har hatt god effekt er:

- Fokus på planleggingshorisont og timebøker
- Jamleg rapportering/definere tiltak på pasientnivå
- Ambulerande verksemd
- Flytta ressursbruk til dei mest sårbare områda
- Utvida opningstider på poliklinikk
- Arbeidsdeling i poliklinikkane
- Prosjekt med etablering av felles tilvisingsgruppe for pakkeforløpspatientar innan mage- og tarmkreft
- Samhandling på tvers i føretaket.

Helse Bergen:

I Helse Bergen er det som vist over særskilt Brystdiagnostisk senter (BDS) som har hatt store utfordringar med fristbrot. Det er sett i verk tiltak med overtidsarbeid, tilsetting av nye overlegar som har ført til betre kapasitet og forbetra romkapasitet. Talet på fristbrot er synkande, men det er framleis vanskar med mellom anna å rekruttere og behalde legar med fagkunnskap i brystdiagnostikk.

I tillegg har det vore ei utfordring med fristbrot i medisinsk avdeling, klinikk for hovud/hals og kirurgisk klinikk. Utfordringane er mellom anna knytt til

langtidssjukefråver hos legar. Det er gjort tiltak for å styrke situasjonen med nok overlegar. Det er også satt i gang med kveldspoliklinikk for å ta unna pasientar med risiko for fristbrot, samt forsøk på å få avlasting ved andre sjukehus.

Klinikkane som har flest fristbrot frå månad til månad blir særskild følgde opp, i tillegg til den ordinære oppfølginga for alle einingane i aktuelle leiarmøter.

Helse Førde:

Helse Førde har over lang tid hatt få fristbrot, og dette har halde fram i 2017. I psykisk helsevern og TSB er det berre heilt unntaksvis fristbrot.

- Prosentdelen nye kreftpasientar som inngår i eit pakkeforløp, skal vere på minst 70.

Helse Vest når målet om at minst 70 prosent av kreftpasientane skal inngå i eit pakkeforløp. Tre av føretaka ligg over 80 prosent medan Helse Stavanger ligg lågast. I gjennomsnitt inngår 82,1 prosent av kreftpasientane i Helse Vest i pakkeforløp for kreft.

Helse Vest har i 2017 vidareført regionalt prosjekt for pakkeforløp for å kunne følgje opp utfordringar. Helseføretaka følgjer opp område der ein finn forbetringsspunkt. Nokre har til dømes satt i verk tiltak for å betre tilvisingar og rett melding til koordinatorer på tvers av føretaka. Det har også i 2017 blitt arrangert regional samling for forløpskoordinatorane.

Helse Vest har samla sett eit svært godt resultat.

- Prosentdelen pakkeforløp for kreftpasientar som er gjennomført innan den definerte standard forløpstida uavhengig av type pakkeforløp, skal vere på minst 70.

Samla sett har Helse Vest eit godt resultat som viser at 75 prosent av pasientane i pakkeforløp får behandling i tråd med standard forløpstid. Det er her mindre forskjellar mellom tre av føretaka, men Helse Bergen ligg ein del høgare med 86 prosent.

Det er best måloppnåing for kirurgisk behandling, og dårlegast for dei som får strålebehandling. Planlegging av tilstrekkeleg utgreiingskapasitet og samarbeid på tvers av føretaka er døme på viktige tiltak for å oppfylle styringskravet.

Forløpskoordinatorane har spelt i sentral rolle for å oppnå gode resultat. Helse Stavanger melder at også for dei forløpa som ikkje når krava er det betring i resultat.

- Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom sjukehusa, jf. andre oppgåver, skal reduserast.

Mykje av arbeidet med å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting operasjonaliserast gjennom programmet «Alle møter». I tillegg jobbar RHF-et fortløpande med gjennomgang og analyser av fagleg variasjon (prosedyrar og indikasjonar). Deltaking i AIM er ein bidragsytar til innovasjon på området. Helse Vest har gjort tilgjengeleg KPP-data i regionalt datavarehus, som gjev høve til å måle kostnaden for pasientforløp.

Helse Bergen:

For å redusere variasjon i effektivitet og kapasitets-utnytting, blir det arbeidd med å utarbeide og innføre standardiserte pasientforløp. I tillegg er det etablert ulike forbetningsprosjekt og læringsnettverk knytt til flyt i den kirurgiske verksemda.

Helse Bergen ønskjer å lære av dei som gjer det best i landet når det gjeld ventetider og ulike kvalitetsindikatorar. Det blir derfor arbeidd for å synleggjere tal frå dei einingane og sjukehusa som har dei beste resultata saman med eventuelle analysar og rapportar. Dette skal ligge lett tilgjengeleg for alle i Helse Bergen på intranettet til bruk i kvalitets- og utviklingsarbeid.

Fleire av einingane i Helse Bergen har direkte kontakt med einingar innanfor same fagområde ved andre sjukehus for å forsøke å unngå uønskt variasjon i kapasitetsutnyttinga. Eksempel på dette:

- Nettverk mellom DPSa i Helse Bergen og dei private ideelle DPSa på både administrativt og fagleg nivå.
- Ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus har faste møter med Haraldsplass Diakonale sykehus for samarbeid om felles pasientgrupper for å sikre størst mogleg lik ventetid.
- Kontakt med andre sjukehus i regionen å sikre samordning av indikasjonar og behandlingssopplegg
- Augeavdelinga har samanlikna seg med Stavanger universitetssjukehus og andre nordiske sjukehus for å evaluere eiga aktivitet

I det interne arbeidet med budsjett 2018 og omstilling av sengepostar, har det mellom anna vore brukt tal frå andre sjukehus når det gjeld gjennomsnittleg liggetid og preoperativ liggetid for ulike fagområde og pasientgrupper. På den måten er det mogleg å identifisere forbetningsområde i føretaket.

Helse Fonna:

Etter tilråding frå prosjekta som omhandla Stord og Odda sjukehus i lys av føringane i Nasjonal Helse og sjukehusplan vil Helse Fonna arbeide for å etablere «ein port» inn i spesialisthelsetenesta. Det vil seie at alle tilvisingar blir vurderte slik at kapasiteten i alle sjukehusa blir sett på samla, og ein har felles ventelister for ulike fagområde.

Det er gjennomført eit prosjekt og tilrådde tiltak er implementert for felles mottak av tilvisingar innan kreftforløp gastro. Eit nytt prosjekt for tilvisingar innan kreftforløp lunge er starta.

Helse Fonna vil delta og følgje opp arbeidet som er initiert av Helse Vest RHF for å redusere ugrunna fagleg variasjon. I dette arbeidet skal føretaket identifisere og følgje opp område der føretaket har store avvik frå nasjonale tal.

Helse Førde:

Helse Førde arbeider med fleire delelement knytt til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting; KPP, bemanningsmodell, Alle møter, kvalitetssikring av talgrunnlag til Pasientens helseteneste .

I psykisk helsevern og TSB blir ventetider brukt som mål på effektivitet og kapasitetsutnytting. Dei ligg under nasjonale mål, og blir overvaka månadleg. Skilnadene mellom seksjonar i Helse Førde er små.

Helse Førde utviklar Helseatlas som skal gje datagrunnlag for analyser og gje kunnskap om variasjonar i bruk av helsetenester. Helse Førde skårar høgt på målingar på nasjonale kvalitetsindikatorar, og føretaket bidreg i nasjonalt og regionalt arbeid med å utvikle nye kvalitetsindikatorar for måling og kvalitetsutvikling. Fagområda ortopedi og psykisk helsevern skal inngå i dei nye helseatlasa., Andre fagområde det er aktuelt å gå inn i er: hjartesyjukdom, plastikkirurgi, augesyjukdommar og øyre-nase-hals-sjukdommar.

I tillegg er det under arbeid ein indikator som heiter «tentativ tid», i lag med andre nye indikatorar (variasjon i del dagbehandling og liggetid, KPP, ikkje-møtt, re-planlegging og planleggingshorisont). Det er viktig å finne måtar å redusere variasjon på, og ikkje berre framskaffe tal. I arbeidet må ein definere kva variasjon er, og kor stor variasjon som er OK for kvar av indikatorane, og eventuelt kva mål ein skal styre mot.

Helse Stavanger:

Helse Stavanger har jobba mykje med spesielt to indikatorar frå AIM.

Tentativ time passert: Nytilviste pasientar får nesten alltid tildelt time i første brev, og får bare unntaksvis tentativ time. Dei som kjem på lista over tentativ time er nesten berre pasientar som skal til sjukhuset til kontroll langt fram i tid, for eksempel 6 månader eller 2 år. Talet på pasientar med tentativ time, både kontrollpasientar og nytilviste, er betydeleg redusert takka være eit arbeid der det blei retta opp i feilregistrering og manglande oppdatering.

Datofastsatt time passert: Dette er pasientar som har fått poliklinisk time, men som ikkje er avslutta i journalsystemet. Dette kan være fordi dei ikkje har møtt – utan at det er registrert korrekt – eller fordi konsultasjonen ikkje har blitt avslutta. I begge høve er det altså ikkje registrert korrekt, og det er blitt gjort en betydeleg ryddejobb og opplæring på dei avdelingane som hadde praksis med feilregistrering. Dette problemet er i praksis løyst, og det vil bli køyrd kontrollrapportar for å sikre fortsatt korrekt registrering.

Andre oppgåver 2017:

- Helse Vest RHF skal følge opp Helsedirektoratet sin gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering, som er venta å bli publisert 1. februar 2017.

Helse Bergen:

Har satt i verk ulike tiltak for nå måla om ventetider. I somatikken blir det jobba med å auke talet på poliklinikktilmar, auke stovetid og redusere talet på kontrollar. I vaksenpsykiatrien har det vore mange stillingar som har stått ledige, og det har vore arbeidd med å få inn nye medarbeidarar. Viktige tiltak er også kveldspoliklinikk og dialog med avtalespesialistane. Bjørgvin DPS oppretta 1. august eit eige prosjekt, «Prosjekt kortare ventetid», der målet er ventetid på 15-20 dagar innan utgangen av 2018. Førebels ventetidstal for siste tertial 2017, viser at Bjørgvin no har ventetid på 27 dagar. Erfaringane frå Bjørgvin-prosjektet skal overførast til dei andre klinikkane i divisjonen. I barne- og ungdomspsykiatrien har det vore særskilt merksemd mot inntak og avslutningar av dei polikliniske forløpa og oppgåveplanlegging. Einingane som ikkje når kravet til ventetider, blir følgde opp på ulike måtar, mellom anna gjennom delprosjektet Optimal timetildeling, ein del av Alle møter-prosjektet.

Helse Fonna:

Har per. ultimo desember nådd nasjonale og regionale kvalitetsparametrar på ventetid, og har som mål å ikkje ha fristbrot. For å vidareføre dette blir det lagt vekt på rett registrering av tilvisingar, regelmessig og hyppig kontroll av ventelister, effektiv ressursbruk og god kvalitet på koding.

Helse Førde:

Har halde fram det gode arbeidet frå 2016 med å halde ventetidene nede. Dei nasjonale krava er oppfylte i 2017, med gode resultat gjennom heile året sjølv om det har vore variasjonar. Ved inngangen til desember var den gjennomsnittlege samla ventetida i føretaket på 44 dagar. Tiltaka har vore gode planleggingsrutinar ved hjelp av inntaksteam i poliklinikkane, oversiktleg og enkel tilgang til data for personell og leiing, og tett rapportering til klinikk, toppleing og styret. Talet er innfridd kva gjeld psykisk helsevern og TSB.

- Helse Vest RHF skal implementere pakkeforløp for hjerneslag.

Dei første pakkeforløpa for hjerneslag (fase 1) blei først lansert frå Helsedirektoratet 18. desember 2017. Kravet om implementering blir derfor vidareført til helseføretaka i 2018. Fase 1 utgjer akuttdelen av pakkeforløpa. Det er ikkje starta eit regionalt arbeid med dette per no. Mange målepunkt i den akutte fasen blir heilt eller delvis registrert allereie i dag og er rapporteringspliktige til Norsk hjerneslagregister. Det vil bli utvikla fleire målepunkt for fase 1 pakkeforløpa tidleg i 2018. Helsedirektoratet vil òg starte arbeidet med å utvikle fleire pakkeforløp for hjerneslag.

- Dei regionale helseføretaka skal, i samråd med Helsedirektoratet, vurdere konkrete tiltak for å betre samhandlinga mellom sjukehusa og private avtalepartar. Tiltaka skal òg inkludere private med godkjenning gjennom

ordninga fritt behandlingsval, særleg der det er vesentlege forskjellar i kapasitetsutnyttinga mellom ulike institusjonar, og der tilgjengelegheita derfor kan betrast gjennom å utnytte desse forskjellane. Ein skal kartlegge og analysere årsakene til at samhandlinga ikkje er tilfredsstillande, som grunnlag for å vurdere tiltaka. Helse Sør-Øst RHF leiar arbeidet. Forslag til tiltak skal leggst fram for departementet innan 1. juni 2017.

Etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet blei fristen for å leggje fram tiltak utsett til 16. juni 2017. I rapporteringa som blei oversendt på vegne av dei regionale helseføretaka frå Helse Sør-Øst RHF innan den utvida fristen, vert det lagt til grunn at oppdraget blir oppfatta å gjelde forholdet mellom helseføretak og private institusjonar med avtale med eit regionalt helseføretak. Årsaka er at det er i forhold til desse private aktørane dei regionale helseføretaka kan påverke samarbeidet med og bruken av private avtalepartar.

Med dette utgangspunkt blei det utarbeidd ei spørjeundersøking til alle helseføretak og alle private aktørar som fylte føresetnaden. Helsedirektoratet blei informert om undersøkinga og ga innspel til nokre av spørsmåla som blei inkludert.

Undersøkinga blei gjennomført som Questback til den stadlege leiinga ved dei private avtalepartane og klinikkjefar/divisjonsdirektørar ved helseføretak med merknad om at den kunne vidaresendast internt i dei ulike institusjonane. Det er difor vanskeleg å definere kor mange som samla fekk undersøkinga tilsendt.

Det kom inn i alt 150 svar fordelt på 85 frå private avtalepartar, og 65 frå helseføretak og regionale helseføretak. Av dei 150 respondentane var 12 frå Helse Nord, 18 frå Helse Midt-Norge, 34 frå Helse Vest og 86 frå Helse Sør-Øst.

Dei registrerte svara stemte i store trekk overeins tidlegere erfaringar og kunnskap. Ei kortfatta oppsummering av resultatata frå spørjeundersøkinga følgde med som vedlegg til brevet til Helse og omsorgsdepartementet.

- Dei regionale helseføretaka, under leiing av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal i løpet av første halvår 2017 gjennomføre ein informasjonskampanje for å gi pasientar og helsepersonell betre kjennskap til pasientrådgivarar og nettsida «Velg behandlingssted».

Det blei gjennomført ein nasjonal informasjonskampanje i perioden 19. mai til 4. juni 2017. Målgruppene var pasientar (hovudmålgruppa: alder 50+) og helsepersonell.

Informasjon blei formidla via sosiale medium, nasjonale heimesider og helseføretaka sine egne nettsider. I tillegg blei direkte telefonnummer til informasjonstenesta «*Velg behandlingssted*» innarbeidd i helseføretaka sine brevmalar.

Nullpunkt- og effektmåling viser at resultatet av informasjonskampanjen var auka kjennskap i befolkninga til «*Velg behandlingssted*» og til pasientrådgivarane. Hovudårsak for auka tal telefonoppringingar til informasjonstenesta sitt direktenummer blei forklart med at telefonnummeret var tilgjengeleg i helseføretaka sine svarbrev på tilvising til pasientane. Målingane viser ingen signifikant auke i telefonoppringingar frå helsepersonell.

- Helse Vest RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til dette:
 - Oppfølging av forskjellar i kapasitetsutnytting og effektivitet på tvers av sjukehus målt ved hjelp av følgjande indikatorar:
 - Prosentdel og tal på pasientkontaktar, for nytilviste og pasientar i eit forløp, der planlagd dato er passert på rapporteringstidspunktet.
 - Prosentdel pasientar som ein har vurdert at ikkje har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta.
 - Prosentdel nytilviste i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet.
 - Prosentdel kontrollar i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet.
 - Prosentdel polikliniske konsultasjonar der aktivitet blir utført utanfor fast behandlingssad.

Dei regionale helseføretaka skal i oppfølgingsmøte i 2017 rapportere særskilt om utviklinga i desse indikatorane innan psykisk helsevern, ortopedi, hjartesyjukdom, plastikkirurgi, augesyjukdomar og øyre-nase-hals-sjukdomar, der det er teke omsyn til eventuelle forskjellar i kor relevant den enkelte indikatoren er for ulike fagområde.

- Oppfølging av systematiske samanlikningar mellom sjukehus av dagbehandling for behandlingar/pasientgrupper og gjennomsnittleg liggetid for dei prosedyrane/pasientforløpa som dei regionale helseføretaka har peikt på i rapporten til departementet av 25. november 2016.

Det er gjort analyse- og oppfølgingsarbeid til bruk i gjennomgang av kvalitetsregisterresultata m.v. Helse Vest har initiert ein prosess, der utvalde fagområde innan kirurgi og medisin skal vurdere bakgrunnen for uberettiga variasjon, for å identifisere eventuelle forbetningsområder.

Helseføretaka rapporter også følgjande:

Helse Fonna:

Klinikk for psykisk helsevern nyttar SAMDATA rapportane og nasjonale kvalitetsindikatorar knytt til tvang i sitt forbetningsarbeid. Ved å samanlikne klinikken sine resultat i forhold til resterande helseføretak i Helse Vest, samt nasjonalt, har klinikken identifisert forbetningsområde og sett i verk spesifikke tiltak for å betre

kvalitet på tenestene. Talgrunnlaget vert nytta som grunnlag for prioritering i både langtids- og årsbudsjett.

I Kirurgisk klinikk ved Haugesund sjukehus har det vore fokus på å få pasientane til å møte same dag som operasjonen. Det er vist til kvalitetsprosjektet som har vore gjennomført i Helse Bergen innan ortopedi. Til dømes rapporterte ortopedisk seksjon sengeposten med 2 senger i februar og innførte 'same dag'-operasjonar for pasientane.

Hjarteovervakinga ved Haugesund sjukehus har som eit ledd i arbeidet med å redusere ventetida for behandling for Stemi–infarkt¹⁰ gått gjennom sine rutinar og samhandling i oversendinga av pasientar til andre sjukehus. Resultat av kvalitetsregistreringar var bakgrunnen for dette.

Helse Førde:

Føretaket har sett i verk ein prosess, der utvalde fagområde innan kirurgi og medisin skal vurdere bakgrunnen for uberettiga variasjon, for å identifisere eventuelle forbettringsområde. Etter ei grundig vurdering av dei utvalde kvalitetsindikatorane vart det konkludert at det innan psykisk helsevern (PHV) ikkje var indikatorar som skilde seg ut. Denne første delen av prosessen hadde frist 31.12.2017, og arbeidet held fram i 2018.

Helse Stavanger:

Føretaket vil ta i bruk prosedyrar for korleis systematiske samanlikningar mellom sjukehus skal brukast i forbettringsarbeidet. Det blir stadig gjort samanlikningar og oppfølgingsarbeid i gjennomgangar av kvalitetsregisterresultat med meir.

- Dei regionale helseføretaka skal under leiing av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet innan medio oktober 2017 gjere følgjande:
 - Utføre analysar for å måle effektivitet og kapasitetsutnytting for poliklinisk aktivitet som koplar saman aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle indikatorar.
 - Arbeide vidare med dei 5 indikatorane som blei føreslått i 2016, både for å sikre datakvalitet og optimale definisjonar og for å innhente og vidareformidle erfaringar med bruken av indikatorane.
 - Utføre systematiske samanlikningar av kapasitetsutnytting og effektivitet for utvalde prosedyrar/forløp med forbruk av dei same prosedyrane/forløpa på tvers av sjukehus. Det er ein føresetnad at NPR og SKDE blir involvert i dette arbeidet.
 - Legge fram ein plan for styringsmessig oppfølging og vidare utviklingsarbeid knytt til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting

Helse Midt-Noreg har leia arbeida i arbeidsgruppe der alle regioner har deltatt. Arbeidet har hatt ei brei samansett styringsgruppe, og ei referansegruppe der både

¹⁰ Hjarteinfarkt med ST-elevasjon i EKG.

tillitsvalte og brukarar har deltatt. Både SKDE og kvalitetsregistermiljøet har bidratt i arbeidet. Etter godkjenning av de fire administrerende direktørane, ble rapporten sendt HOD i oktober 2017, i tråd med oppdraget.

Hovudkonklusjonar i rapporten:

-Arbeidet med å utvikle indikatorar (både dei som er identifisert og nye) bør fortsette.

-I rapporten presiserast det at nasjonale indikatorar viser *observert variasjon*, men at ein er avhengig av lokale data og eit lokalt analysearbeid for å identifisere kva som er *uønska variasjon*. Å identifisere uønska variasjon er en viktig inngang til lokalt forbetningsarbeid.

-Rapporten understreker at i alt forbetningsarbeid er det viktig å ha perspektiv både på «indre effektivitet», dvs. for den enkelte eining, og på «ytre effektivitet», dvs. i eit populasjonsperspektiv.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2017:

- Det skal vere høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske senter og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriterast innan psykisk helsevern. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivningar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjonar).

Etter ei negativ utvikling i 2014 og 2015 endra kursen seg i 2016. Tala for 2017 viser at den pågåande omstillinga i helseføretaka framleis går i rett retning. Helseføretaka er nær målet om å oppfylle den gylne regel. Vedlagt er ein detaljert oversikt over utviklinga.

Helse Vest har i styringsbodskapet til helseføretaka gjort kravet gjeldande for kvart helseføretak.

Kostnadar

Rekneskapen viser følgjande kostnadsvekst frå 2016 til 2017, der alle tal er eks. avskrivningar, pensjonar og legemiddel. Tala er ikkje justert for nøytral meirverdiavgift. Kjøp frå private er inkludert i tala:

Kostnadar fordelt på fagområde	2016	2017	Endring i prosent
Somatikk	15 233	15 469	1,5 %
Psykisk helsevern vaksne	3 378	3 427	1,5 %

Psykisk helsevern barn og unge	720	734	1,9 %
Tverrfagleg rusbehandling	1 029	1 070	4,0 %

Kjelde: RHF- rekneskapen 2016 og foreløpig rekneskap 2017. Alle tal i heile millionar.

Gjennomsnittleg ventetid

Helse Vest RHF har framleis differensiert kravet til ventetider i 2017 for avvikla (behandla) pasientar på følgjande måte:

- Somatikk: 60 dagar
- PHV: 40 dagar
- BUP: 35 dagar
- TSB: 35 dagar

Endringar i ventetider fordelt på fagområde er følgjande for første og andre tertial 2017 samanlikna med første og andre tertial 2016 jf. dei offisielle tala:

Gjennomsnittleg ventetid for avvikla	1. tertial 2016	1. tertial 2017	Endring i prosent	2. tertial 2016	2. tertial 2017	Endring i prosent
Somatikk	64	60	-6,3 %	62	63	1,6 %
Psykisk helsevern vaksne	41	41	0,0 %	42	45	7,1 %
Psykisk helsevern barn og unge	49	44	-10,2 %	50	51	2,0 %
Tverrfagleg rusbehandling	30	30	0,0 %	30	29	-3,3 %

Kjelde: NPR

Tal for heile 2017 (3. tertial) blir ikkje publisert hos NPR før 19. mars.

Ventetidene innan psykisk helsevern og TSB er klart lågare enn innan somatikk, men det er ingen markert reduksjon i ventetidene frå 2016 til 2017. Sjå rapportering om ventetider i kapittel 2.1.

Årsverk

Det ligg ikkje føre plantal for årsverk, men ei samanstilling av faktisk bruk av årsverk i 2017 viser følgjande endring frå 2016:

Tal på årsverk fordelt på tenesteområde	2016	2017	Endring i prosent
Somatikk	15 824	16 020	1,20 %
Psykisk helsevern vaksne	3 536	3 540	0,11 %
Psykisk helsevern barn og unge	859	893	3,96 %
Tverrfagleg rusbehandling	674	671	-0,53 %

Kjelde: Helse Vest HR datavarehus - brutto årsverk i egne føretak

Tala inneheld berre tilsette i Helse Vest sine egne føretak. Årsverkstal for dei private institusjonane blir publisert årleg av SSB. Tala for 2017 for dei private institusjonane som leverer tenester til spesialisthelsetenesta i Helse Vest sitt opptaksområde er slik sett ikkje klare p.t. Tala for spesielt PHV og TSB er dermed ikkje samanliknbare med somatikk slik dei no er presentert.

Poliklinisk aktivitet

Tala under viser all poliklinisk aktivitet per første og andre tertial 2017 samanlikna med tilsvarande tertial 2016:

Polikliniske kontaktar fordelt på tenesteområde	1. tertial 2016	1. tertial 2017	Endring i prosent	2. tertial 2016	2. tertial 2017	Endring i prosent
Somatikk	418 869	421 856	0,7 %	787 975	804 667	2,1 %
Psykisk helsevern vaksne	114 518	123 619	7,9 %	214 474	227 055	5,9 %
Psykisk helsevern barn og unge	64 508	69 902	8,4 %	113 197	121 556	7,4 %
Tverrfagleg rusbehandling	57 843	67 158	16,1 %	113 289	128 607	13,5 %

Kjelde: NPR.

Tal for heile 2017 (3. tertial) blir ikkje publisert hos NPR før 19. mars 2018.

Omlegginga til ISF innan PH og TSB gjer det vanskeleg å samanlikna aktiviteten i 2016 og 2017 innan PH og TSB. Omlegginga er med på å «blese opp» volumet. Mellom anna blir gruppebehandling talt på annan måte i 2017, noko som i seg sjølv gir større volum. Det er ikkje mogleg å «isolere» denne effekten.

Oppsummert

Målet er nådd for auke i kostnader i 2017 for BUP og TSB. Den foreløpige rekneskapen for 2017 viser at kostnadsveksten i PHV er den same som for somatikk.

Ventetidene er klart lågare innan TSB, PHV og BUP men dei har ikkje endra seg markert i rett retning i 2017 basert på tal frå 2. tertial.

Det er høgare endring av aktiviteten innan TSB, PHV og BUP basert på resultatata frå andre tertial 2017(NPR-tal) enn somatikk. På grunn av omlegging i 2017 er samanlikning mellom 2016 og 2017 vanskeleg. Det er ikkje offisielt talgrunnlag per no til å seie noko om heile 2017.

Det er heller ikkje talgrunnlag for å seie om målet er nådd for årsverk for TSB og PHV grunna manglande tal for private institusjonar. Målet er nådd for BUP når det gjeld årsverk.

Krav om å innrette verksemda etter «den gylne regel» er vidareført i styringsdokumentet til HF-a for 2018, og RHF-et følgjer opp HF-a når det gjeld utviklinga for dette.

- I samarbeid med kommunane skal talet på tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne per 1000 innbyggjarar reduserast i forhold til 2016.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren viser **delen** tvangsinnleggingar til døgnbehandling i psykisk helsevern for vaksne. Tala for heile 2016 viser at delen tvangsinnleggingar var på 18,4 prosent. Dei siste offisielle tala er frå andre tertial 2017 og viser at delen tvangsinnleggingar var på 18,9 prosent i Helse Vest.

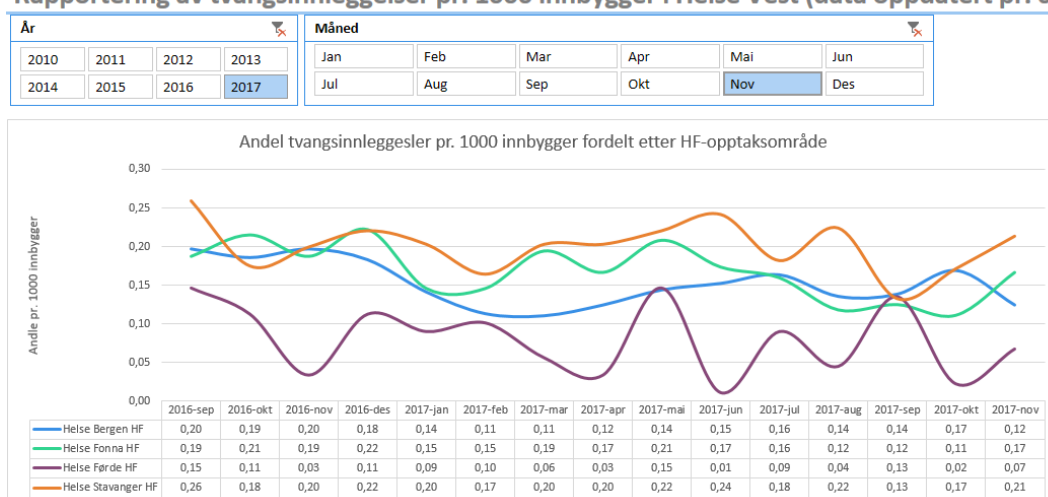
Helse Vest sine egne tal for tvang per 1000 innbyggjar viser variasjon frå månad til månad. Over tid viser tala at det går i rett retning i helseføretaka med reduksjon i 2017 samanlikna med 2016. Dei private ideelle institusjonane er med i talgrunnlaget for det helseføretaksområdet dei er i.

Tabellen under viser **talet** på tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjar per HF, og endring frå 2016 – 2017 (Helse Vest sine egne tal):

Helseføretak	2016	2017
Helse Bergen HF	2,26	1,67
Helse Fonna HF	2,32	1,90
Helse Førde HF	1,04	0,90
Helse Stavanger HF	2,74	2,38
Totalt	2,31	1,86

Tabellen under viser endring per månad når det gjelder **delen** tvangsinnleggingar.

Rapportering av tvangsinnleggelser pr. 1000 innbygger i Helse Vest (data oppdatert pr. 09-01-Tuesday)



Helse Vest arbeider på fleire ulike område for å redusere bruken av tvang. Regionale tiltak er mellom anna:

- Regionalt e-læringskurs i psykisk helsevernlova

- Kompetanseheving for vedtaksansvarlege, opplæringsprogram med spesielt fokus på ny lovendring.
- Dialogmøter om redusert bruk av tvang.
- Dialogmøter med Erfaringskompetanse (kompetansesenter).
- Revidere regional plan, der frivillig behandling og auka brukarstyring vil vere sentralt.
- Gjennomgang av avdelingar med mest tvangsbruk, samt setje inn tiltak for å redusere bruken av tvang på dei aktuelle avdelingane.

Andre tiltak i helseføretaka er mellom anna:

Helse Stavanger:

Av tiltaka som ser ut til å bidra til ein positiv utvikling er samhandling mellom DPS ved tenestetilbod som AAT (Assertive Community Treatment), ettervern og FACT team (Flexible Assertive Community Treatment) og primærhelsetenesta. Det blir også arbeid med å auke kompetansen om lovverket hos specialistane i mottaksposten.

Helse Fonna:

Sjå tiltak under krav om å redusere tvangsmiddelvedtak.

Helse Bergen:

Akuttforløpet er det viktigaste verkemiddelet for å redusere (tvangs-)innleggingar i psykiatrisk akuttmottak (PAM). Arbeidet med akuttforløpet er eit samarbeidstiltak, og i forløpsgruppa deltek PAM, alle DPS-a, praksiskoordinatorar (fastlegar) frå Bergen kommune og Bergen legevakt. Frå 2017 deltek også Avdeling for rusmedisin. Talet på akuttinnleggingar går no ned for første gong på mange år. Dette er ein indikasjon på at fleire pasientar kjem direkte til DPS, noko som er i samsvar med intensjonen i Akuttforløpet.

Helse Førde:

Tal tvangsinnleggingar og tvangsbruk i Helse Førde er blant dei lågaste i landet, og er lågast i Helse Vest. I samarbeid med kommunane har Nordfjord psykiatrisenter døgnoppe ambulans akutteam. Dette styrker det lokale tilbodet til menneske i krise, og hindrar akutte tvangsinnleggingar som ikkje er nødvendige. Konsultasjonsdagar i kommunane gjer at Helse Førde får tidleg varsel ved teikn til tilbakefall, og vinn tid til å setje inn høvelege tiltak før tvang blir aktuelt.

- Mål om å redusere talet på pasientar i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst eitt tvangsmiddelvedtak, per 1000 innbyggjarar.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren viser **delen** pasientar over 16 år i institusjon for døgnbehandling i psykisk helsevern for vaksne, med registrerte tvangsmiddelvedtak.

Dei siste offisielle tala er frå 2016 og viser at delen pasientar med minst eit tvangsmiddelvedtak i Helse Vest var 8.2 prosent.

Helse Vest har laga regionale rutinar for registrering av tvangsmiddel. Tala for bruk av tvangsmiddel er tilgjengeleg i Helse Vest sin styringsportal frå september 2017, slik at helseføretaka aktivt kan følgje med på eigne tal.

Tabellen under viser **talet** på tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggjar per HF, og endring frå 2016 – 2017 (Helse Vest sine eigne tal):

Helseføretak	2016	2017
Helse Bergen HF	0,55	0,49
Helse Fonna HF	0,52	0,58
Helse Førde HF	0,37	0,38
Helse Stavanger HF	0,49	0,57
Totalt	0,51	0,52

Helseføretaka har etablert kontakt med *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innan psykisk helsevern*, med mål om å gjennomføre dialogmøter for å redusere tvangsbruken.

Styret i Helse Vest RHF følgjer utviklinga tett og får månadleg rapportering om tvangsbruk i regionen.

Alle helseføretaka har tiltaksplanar for rett og redusert bruk av tvang. Eksempel på tiltak det blir arbeidd med i helseføretaka:

Helse Stavanger:

Helseføretaket sin eigen oversikt over utviklinga viser at det sidan 2013 har vore ein gradvis reduksjon i talet på tvangsvedtak og i talet på pasientar i døgnbehandling som har minst eit tvangsmiddelvedtak. Systematisk arbeid på fleire område har ført til denne endringa:

- Redusere beleggspersent og unngå korridorpatientar i sjukehussengepostar.
- Auka spesialistdekning.
- Jobbe med å sikre tilstrekkeleg kompetent faglært helsepersonell i alle sjukehussengepostar.
- Regelmessig dialog om tvang og tvangsbruk mellom leing og vedtaksansvarlege spesialistar.
- Undervisning i lov om psykisk helsevern til alt helsepersonell.
- Etablering av forbetringsteam på tvang.

Utfordringa med å redusere talet på tvangsmiddelvedtak ytterlegare er knytt til vedvarande mangel på kvalifisert helsepersonell i sjukehussengepostar, tilstrekkeleg tal på spesialistar og fare for overbelegg i sjukehussengepostar. I tillegg er det ikkje tilfredsstillande skjermingsfasilitetar og skjerma uteområde.

Helse Fonna:

Sentrale tiltak i Helse Fonna sin handlingsplan er etablering av brukarstyrte senger og etablering av ambulante team samt auka poliklinisk aktivitet med siktemål å komme tidlegare inn i eit sjukdomsforløp. Vidare er det gjennomført kompetansehevande tiltak knytt til Lov om psykisk helsevern for vedtakskompetente spesialistar. Det blir gjennomført to møter årleg på klinikknivå med kontrollkomisjonane med siktemål å få ein felles forståing og bruk av Lov om psykisk helsevern.

Ved Haugaland DPS er det sett i verk eit eige prosjekt knytt til pasientar på tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald for å redusere talet på pasientar på tvang. Saman med endringar i lov om psykisk helsevern gjeldande frå 01.09.17, har tiltaka ført til månadleg reduisering av talet på pasientar underlagt tvungent psykisk helsevern utanfor institusjon.

To akuttpostar i klinikk for psykisk helsevern har hatt eit felles prosjekt med mål om å redusere tvangsmiddelbruk. Resultatet er månadleg reduksjon i bruk av skjerming, mekaniske tvangsmidlar og tvangsmedisinering.

Helse Bergen:

Helseføretaket sin psykiatriske klinikk har arbeidd systematisk med tvangsreducerande tiltak. Nokre døme er;

- Systematisk kartlegging av alle tiltak (kor tid på døgnet, kven var på vakt, kven fatta vedtak mv.)
- Forbetring av prosedyrar som mellom anna opplegg for gjennomgang av tvangstiltak i etterkant både for pasient og tilsette.
- Tvang som tema i all opplæring.
- Prosjekt på alle postar med tvangsreduksjon som mål.

Det er oppretta kvalitetsregister ved Psykiatrisk klinikk for å samle informasjon som blir nytta i forbetnings- og kvalitetsarbeid.

Helse Førde:

Mest all bruk av tvangsmiddel skjer ved Psykiatrisk klinikk i Førde, som har starta eit prosjekt for å monitorere og redusere omfanget i samarbeid med brukarane. Tal blir registrert og kvalitetssikra.

- Registrere og sikre færrest mogleg avbrot i døgnbehandling med tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Helse Vest har p.t. ikkje gode og sikre tal for avbrot i døgnbehandlinga. Dette gjeld alle helseføretaka i Helse Vest. Dette er noko det blir jobba med for å finne ei løysing på. Eit nasjonalt, forløpsbasert kvalitetsregister for TSB vil bli eit verdifullt verkemiddel for å sikre pålitelege tal.

Men tematikken er viktig, og det blir arbeidd kontinuerleg med å unngå brot i behandlinga. Mellom anna har helseføretaka fått betre kunnskap til arbeidet med å hindre avbrot gjennom Drop-out prosjekta i Helse Stavanger og Helse Bergen.

Tiltak for å hindre avbrot er mellom anna:

- Førebuing før innlegging. Oppfølging i nært samarbeid med tilvisar og kommune, og eventuelt avrusingseining, samt samarbeid med pårørande.
- Pasienten må saman med tilviser leggje ein plan for avbrot / kriseplan.
- Under behandlinga: vektleggje kunnskap om triggere for avbrot.
- Når pasient ønskjer å forlate behandlinga blir det gjennomført samtalar.

Andre oppgåver 2016:

- Helse Vest RHF skal utarbeide samarbeidsavtalar som omfattar kommunale helsetenester, kommunalt og statleg barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrar god og lett tilgjengeleg helsehjelp for barn og unge på barnevernsinstitusjonar, poliklinisk og ambulant, samt rettleiing til tilsette ved institusjonane. Helsedirektoratet og BUF direktoratet skal utarbeide nasjonale føringar for innhald i avtalane.

Alle helseføretaka har inngått samarbeidsavtalar med BUF-etat og har samarbeidsrutinar. Dei siste avtalene vil bli inngått innan 01.02.2018.

Helse Stavanger:

BUF-etat Vest og Helse Stavanger har både overordna avtale for samarbeid, og eigne avtalar knytt til institusjonane i opptaksområdet. Avtalar om lett tilgjenge er ein del av dette. Det er konkretisert kontaktpersonar i helseføretaket, samt informasjon om kven som er barnevernsansvarleg i BUP. Barnevernsinstitusjonane har utpeika sine leiarar som helseansvarlege. Det er planlagt vidare samarbeid med kommunalt barnevern for mellom anna å sikre tidlegare hjelp og hindre alvorlege ruslidingar hos barn og unge som starter tidleg med alvorleg rusatferd.

Helse Fonna:

Det er inngått samarbeidsavtale med BUF-etat på overordna nivå. BUP-ane har lokale samarbeidsavtalar, og har regelmessige møter med (ideelle) barnevernsinstitusjonar i opptaksområdet.

Frå juni 2017 har det vore dialogmøte mellom BUP og andre barnevernsinstitusjonar (private og kommersielle aktørar) i helseføretaksregionen for å inngå liknande samarbeidsavtalar. Ein ser for seg å revidere gjeldande avtale og utarbeide like avtalar med alle barnevernsinstitusjonane, men med differensierte vedlegg. Det er invitert til dialogmøte med leiarane av kommunale barnevernstenester for drøfting av samarbeidsavtalar og hensiktsmessig møtefora tenestene imellom. Alle avtalar skal vera på plass innan 01.02.2018.

Systemteama ved BUP-ane (KIDSA) har samarbeid med psykisk helseteneste for barn og unge i opptakskommunane i form av samhandlingskonferansar, fast deltaking i nettverksfora og eigen koordinator i Ungdomsrådet.

Helse Bergen:

Helse Bergen har inngått avtalar med kommunane. Det er også inngått avtalar med BUF-etat og det er utvikla rutinar for samarbeid mellom BUP og lokalt kommunalt barnevern.

Helse Førde:

Helse Førde har samarbeidsavtale med kommunane om samarbeidet med psykisk helsevern og rustenestene. Føretaket har nyleg etablert nye avtaler med alle barnevernsinstitusjonane i fylket. Det er etablert felles konsultasjonsteam for drøfting av saker mellom psykisk helsevern for barn og unge, BUF-etat, representantar frå aktuelt kommunalt barnevern og Førde BUP.

Desse har jamnlege møte fleire gonger årleg. Det blir gjennomført årlege møte med BUF-etat og leiarane i psykisk helsevern for barn og unge.

- Det skal peikast ut ein barnevernsinstitusjon i kvar barnevernsregion som skal ha ansvar for barn og unge med behov for langvarig omsorg utanfor heimen og med særleg store psykiske hjelpebehov. Dei to første skal etablerast i 2018. Helse Vest RHF skal i 2017 førebu ein heimesjukehusmodell innan psykisk helsevern for barn og unge retta mot barn på desse institusjonane.

Så langt er det ikkje peika ut ein slik barnevernsinstitusjon innafor helseregion Vest. Dette er BUF-etat sitt ansvar, som også skal eige institusjonane.

Det er starta opp eit nasjonalt prosjekt som er leia av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Prosjektet skal legge rammer for mellom anna korleis spesialisthelsetenesta skal bidra inn i institusjonane. Helse Vest deltek i nasjonale arbeidsgrupper. Arbeidet blir ferdigstilt i 2018.

- Helse Vest RHF skal etablere ein barnevernsansvarleg i BUP i samsvar med tilrådingane frå Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet>. Direktoratata har fått i oppdrag å utarbeide ei kortfatta beskriving av og rutinar for ein slik funksjon i løpet av første halvår 2017.

Helse Vest har delteke i arbeidet med å utarbeide rutinar for barnevernsansvarlege. Rutinane blei vidaresendt til helseføretaka i desember 2017. Alle helseføretaka har oppretta barnevernsansvarlege.

- Departementet utarbeider eit rammeverk med mellom anna malar for kommunale forskrifter og avtalar mellom regionale helseføretak og interesserte kommunar for å legge til rette for prøveordninga med kommunal drift av DPS, jf.

avslutta høyring om saka. Rammeverket er planlagt å bli ferdigstilt i løpet av våren 2017. Det er ein føresetnad at Helse Vest RHF legg til rette for dialog og eventuelle forhandlingar med interesserte kommunar.

Det har ikkje vært aktuelt å gå i dialog med kommunar, da ingen har meldt sin interesse.

- Helse Vest RHF skal registrere utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutinar med kommunane for å førebu utskrivningar av desse pasientane, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunane tidlegast frå 2018.

Dette målet er delvis nådd, og utviklinga har vore positiv.

Helse Stavanger har til dømes hatt tilbod om opplæring til alle avdelingar innan psykisk helsevern og rus, i tillegg til felles fagdagar med kommunane om pleie- og omsorgsmeldingane. Dette har ført til ei auke i bruk av meldingane og sengepostane er betre førebudd.

I Helse Fonna blir utskrivingsklare pasientar registrert ved alle døgneiningar, og det har vore ei positiv utvikling når det gjeld registreringspraksis. Helseføretaket har samarbeidsrutinar mellom helseføretak og kommunar for dette, og rutinane er gjort kjend ved dei ulike døgneiningar.

Helse Bergen har etablert tenesteavtalar med kommunane. I TSB er det etablert eit prosjekt for standardiserte elektive døgnforløp innan TSB, i Bergensområdet. Prosjektet skal bidra til god organisering, avklarte ansvarsforhold, godt samarbeid og samhandling i tillegg til effektiv ressursutnytting for både TSB og kommunane. Forløpet skal mellom anna innehalde prosedyre for utskrivingsklare pasientar.

I Helse Førde er det lokalt samarbeid med kommunane om dei enkeltsakane dette gjeld.

- Helse Vest RHF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbod om nedtrapping av LAR-medikament samt tilgang til gratis langtidsverkande prevensjonsmiddel i regi av LAR.

Helseføretaka sikrar i hovudsak nødvendig informasjon og tilbod om nedtrapping. Tre av helseføretaka har tilbod om gratis langtidsverkande prevensjon. Helse Førde har svært få aktuelle pasientar, men skal utarbeide prosedyrar for å få dette på plass.

- Helse Vest RHF skal sørge for at det er etablert system for komplette og kvalitetssikra data om tvang i psykisk helsevern. Innan 1. februar 2017 skal det gjevast tilbakemelding til departementet om når eit slikt system er på plass.

Komplette og kvalitetssikra data om tvangsinnleggingar, tvangsbehandling og bruk av tvangsmiddel for 2016 skal leverast til NPR på det ordinære rapporteringstidspunktet, jf. krav for 2014 og 2015 i revidert oppdragsdokument 2016.

Helse Vest har sidan 2015 hatt eit regionalt prosjekt for å sikre rett registrering av tvang. Det er laga rutinar for registrering av innleggingar og tvangsbruk. Rutinane er tatt i bruk i alle helseføretaka. Rutinane skal reviderast i tråd med ny lovendring. Alle helseføretaka har etablert rutinar for kontroll av tvangsprotokollar og vedtak i DIPS. Prosjektet er no avslutta, men arbeidet med rett registrering fortsett via ei ressursgruppe.

Helse Vest RHF rapporterte til HOD innan fristen. I rapporten blei det gjort greie for dei seks forbettringsområda med tiltak som det regionale prosjektet identifiserte.

Helseføretaka rapporterer til NPR på ordinære rapporteringstidspunkt.

- Som eit ledd i å redusere bruken av tvang skal Helse Vest RHF gjennomføre leiingsforankra dialogmøte med pasientar/brukarorganisasjonar om erfaringar med tvang i alle psykisk helseverneiningar som tek i bruk tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Helse Vest RHF har hatt dialog med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. Det er etter dette oppretta ein koordinator i kvart helseføretak som er kontaktperson opp mot det nasjonale senteret. Tre av føretaka er i gang med gjennomføring av leiingsforankra dialogmøte.

Helse Stavanger:

Poliklinikk for barn og ungdom har både hatt dialog med Forandringsfabrikken om innleggingar i sengepost, og bruk av for- og etter samtale ved bruk av tvang. I tillegg er det lagt mal i DIPS, slik at miljøterapeutane i større grad kan strukturere sine observasjonar før, under og etter bruk av tvang.

Det er etablert ein felles leiingsforankra brukarreferansegruppe som møtast 7-8 gonger per år, der dialog om bruk av tvang i psykisk helsevern mellom anna blir tatt opp. Det blir nytta personar med erfaringskompetanse i undervisning av nytilsette og medisinarstudentar utplassert i klinisk tjeneste om bruk av tvang.

Helseføretaket har etablert samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. Det er planlagt å gjennomføre leiingsforankra dialogmøter med pasientar/brukarorganisasjonar med brukarreferansegruppen.

Helse Fonna:

Helseføretaket har gjennomført leiingsforankra dialogmøte i både Nord-Rogaland og Sunnhordland i 2017. Utgangspunktet for dialogmøter er klinikken sin handlingsplan

for rett og redusert bruk av tvang samt presentasjon av pågåande prosjekt med siktemål å redusere tvangsbruk. Gjennom dialog er målet å utvikle nye tiltak som kan redusere tvangsbruk og implementere disse i eksisterande handlingsplan.

Helse Bergen:

Helseføretaket har oppretta «Erfaringspanelet» som kontaktarena med brukarane. Tvang har vore tema i dialogmøter med Erfaringspanelet hausten 2017. Det har vore gjennomført fleire leiingsforankra dialogmøter med Erfaringspanelet hausten 2017 der reduksjon av tvang har vore tema.

Helse Førde:

Helseføretaket har ikkje gjennomført slike møter i 2017. Det vil frå januar 2018 bli starta eit eget prosjekt for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Kompetansen til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse vil bli nytta i dette arbeidet.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet etablere Stifinner'n ved Bjørgvin fengsel.

Helse Vest har tildelt kr. 1 mill. i 2017 og kr. 2 mill. i 2018 til Helse Bergen HF for å etablere Stifinner'n i Bjørgvin fengsel.

Avdeling for rusmedisin (AFR) i Helse Bergen har, saman med Bjørgvin fengsel, utvikla ein modell og ein plan for «Stifinner-forløpet i Bergen». Hovudinnhaldet er kartlegging og motivasjon for behandling, fysisk trening og tett samhandling inn mot vidare behandling i AFR for å unngå oppfølgingsavbrot. Eit viktig tiltak er tilbod om bustad gjennom samarbeid med Bergensklinikkane. Det er tilsett medarbeidarar i alle stillingane, og arbeidet starta i november 2017.

- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaka førebygger eventuelle uønskete tilpassingar som følgje av omlegginga av finansieringsordninga for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017, og at omlegginga blir brukt som eit verkemiddel for å understøtte ønskt fagleg innretning av desse tenestene.

Helse Vest RHF har etablert ein regional tverrfaglig ressursgruppe med deltakarar frå alle HF der tema er spørsmål og problemstillingar knytt til innføring av ISF i psykisk helsevern og TSB, mellom anna om ein ser uønskete tilpassingar. Så langt ser ein ikkje slike uønskete tilpassingar.

Helseføretaka har gjennomført opplæring i koding til alle behandlarar, og alle helseføretaka følgjer opp kodepraksis. Aktivitetsdata blir følgd opp jamleg.

Helse Fonna peikar på at det så langt kan sjå ut til at ein med den nye finansieringsordninga får ein lågare finansiering av poliklinisk og ambulant aktivitet enn ein gjorde i tidlegare ordning med P-takster. Dette er meldt inn til Helsedirektoratet.

2.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik

Mål 2017:

- Prosentdelen sjukehusinfeksjonar skal vere lågare enn i 2016.

Dei siste offisielle tala er frå prevalensmålinga i mai 2017 og viser ein reduksjon for heile Helse Vest frå mai 2016 (3,1 prosent) til mai 2017 (2,8 prosent).

Det blir i alle føretaka jobba systematisk med førebyggjande smittevern- og hygienetiltak for å halde sjukehusinfeksjonar på lågast muleg nivå.

- Prosentdelen pasientar med hjerneinfarkt som er trombolysebehandla, og får denne behandlinga innan 40 minutt etter at dei er innlagde. Mål: minst 50 pst.

Siste offisielle tal for dette er frå 2016. Helse Vest hadde da samla eit godt resultat ved at 71,4 prosent av pasientar med hjerneinfarkt som blei trombolysebehandla fikk denne behandlinga innan 40 min etter at dei blei innlagde (www.helsenorge.no).

I Helse Vest har Haraldsplass diakonale sykehus høgast score med 79,5 prosent. Resultat for helseføretaka er: Helse Stavanger (75,7 prosent), Helse Bergen (70,2 prosent), Helse Fonna (66,7 prosent) og Helse Førde (50,0 prosent).

Helse Stavanger har arbeidd systematisk med å få redusert tida frå innkomst til start trombolysebehandling. Deira egne tal viser at mediantid (tid til 50 prosent får behandling) nå er på mindre enn tjue minutt.

Helse Fonna har dette som eit kontinuerleg forbetningsarbeid med stadig forbetningspotensiale. Dei peikar på at gjennomgang av pasientforløp viser at forseinka behandling ofte handlar om at pasientar kjem for seint inn på sjukehus, tross regelmessige mediekampanjar. Det er behov for fleire tiltak for å sikre at pasientane kjem tidleg nok til sjukehus.

Helse Bergen sin egne tal viser ein score dei tolv siste månadene på 82,5 prosent for denne indikatoren. Tiltak for å sikre ein raskare start av behandlinga er regelmessige simuleringsøvingar, oppdatering og standardisert beskriving av akuttforløpet, og at det er tatt i bruk CT-maskin i akuttmottaket i staden for maskin på Radiologisk avdeling.

Helse Førde viser til at helseføretaket har hatt registreringsfeil i sin registrering til Norsk hjerneslagregister, og at tala i realiteten er høgare. Dei har satt inn tiltak for å sikre rett registrering.

- Det skal ikkje vere nokon korridorpatientar.

Tala for korridorpatientar for heile Helse Vest er uendra i dei to første tertiala i 2017 samanlikna med tilsvarende tertial i 2016. Dette er høgast i landet. Det er store variasjonar mellom helseføretaka. Delen korridorpatientar er lågast i Helse Førde og høgast i Helse Fonna i andre tertial 2017. Styret i Helse Vest har månadleg oppfølging av utviklinga.

Helse Stavanger:

Det blir arbeidd kontinuerleg med tiltak for å redusere talet på korridorpatientar. Tiltaka handlar om både betre samhandling klinikkane imellom, omlegging på kvar klinikk ved overgang frå døgn til dag, samt effektive utskrivingar.

Helse Fonna:

Det har i 2017 vore flest korridorpatientar i kirurgisk klinikk. Årsaka har i hovudsak vore tidvis opphoping av øyeblikkeleg hjelp pasientar og utskrivingsklare pasientar. Det er til samanlikning ingen korridorpatientar i psykisk helsevern. Tiltaka i kirurgisk klinikk er retta mot betre samhandling både internt og mellom klinikkar og sterkare leiarstyring. Andre tiltak i helseføretaket er forbetring av rutinar, endringar i pasientforløp med meir dagbehandling og poliklinikk, samt reduksjon i belegg og betre planlegging av innlegginga.

Helse Bergen:

Talet på korridorpatientar har hatt ein nedgong gjennom året. Det er dei somatiske einingane som framleis har korridorsengar. Etablering av ny mottaksklinikk med raskare diagnostisering har korta ned liggetida. Andre viktige tiltak er gode og effektive pasientforløp, gode utskrivingsrutinar, dagkirurgi og betre samhandling om ledige senger. Auka belegg i dei kommunale ØHD-sengane kan også ha betydning for den positive utviklinga.

Helse Førde:

Talet er lågt, men utfordringa er i somatikken. Det er leiarfokus og det er etablert samarbeid mellom sengepostane for å sikre at ledige senger blir nytta. For å sikre pasienttryggleik og god oppfølging, er det etablert ein såkalla «virtuell sengepost.» Dette er eit IKT – verktøy som gjer at personalet kan følgje med på kvar deira pasientar er når dei ikkje fysisk ligg i den posten dei høyrer til.

- Prosentdelen dialysepatientar som får heimedialyse, skal vere på minst 30.

Med heimedialyse er det meint både peritonealdialyse/posedialyse (PD) og hemodialyse (HD), men PD er den vanlegaste formen for heimedialyse. Hemodialyse som heimedialyse krev at pasienten sjølv klarer teknisk å gjennomføre behandlinga. Dette kan vere for utfordrande for mange.

Det har vore ei lita auke i heimedialyse frå dei to første tertiala i 2016 til tilsvarende tertial i 2017. Dei samla tala for Helse Vest er likevel langt frå målkravet om 30 prosent heimedialyse. Det er òg store forskjellar mellom helseføretaka.

Helse Vest vil derfor starte opp eit regionalt prosjekt i 2018 for å sikre ei betre måloppnåing.

Tiltak i Helse Stavanger er mellom anna jamleg «nyreskole» for pasientar og pårørande der dette mellom anna er tema. Fire gonger kvart år er det gjennomgang av alle polikliniske pasientar med alvorleg nyresvikt for å kartlegge behandlinga som er satt i verk. Valg av vidare behandling er her eit fokus. Det blir lagt stor vekt på pasienten sitt ønskje når nyreerstattande behandling skal velgast. Det er større fokus på kva for pasientar som kan få PD. Det er utfordringar knytt til stabile og tilstrekkelege sjukepleiarressursar og betre fysiske rammer for aktuell verksemd for å sikre ei større auke i PD som heimedialyse.

Helse Fonna har etablert PD som eit godt dialysetilbod og nyttar dette til dei pasientar som er eigna for det. Helseføretaket har mange nye pasientar der det er planlagt start med dialyse og det er planlagt for at ein større del av disse skal få heimedialyse. Organisatorisk arbeidar føretaket med å betre kapasiteten til å få innlagt dialysekateter for posedialyse på kort varsel når det er behov for dette. Tilhøva ligg elles godt til rette for posedialyse.

I Helse Bergen blir det arbeidd kontinuerleg med å halde oppe, og om mulig auke, delen med pasientar som får PD. Det er likevel vanskeleg å finne nok egna pasientar for heimedialyse. Tiltak for å auke delen er mellom anna god informasjon til pasientar og pårørande både individuelt og gjennom «Nyreskolen». Det er likevel ein del av pasientane som likevel ikkje ønskjer PD. Helse Bergen har oppretta fleire dialysesatelittar. Dette gjer at pasientane slepp å reise langt, og har dermed minska behovet hos pasientane for heimedialyse.

I Helse Førde blir det alltid vurdert om heimedialyse er eit behandlingalternativ for nye pasientar. Det er planlagt oppstart med PD for fleire nye pasientar i starten på 2018, noko som vil medføre ei dobling av talet pasientar med heimedialyse. Det er satt av dedikerte sjukepleiarressursar for å planlegge, informere og motivere pasientar til å velje heimedialyse før dei startar behandling.

- Det samla forbruket av breispektra antibiotika ved norske sjukehus skal vere redusert med 30 prosent i 2020 samanlikna med 2012. (Målt som desse fem breispektra midla: Karbapenem, 2. og 3. generasjons cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon).

Siste offisielle tal er frå andre tertial 2017. Definerte døgndoser (DDD) for desse fem breispektra midla for heile Helse Vest var då 14,7 (DDD) per 100 liggedøgn. Dette er lågast i landet per andre tertial 2017. Dette utgjer ein reduksjon på 20,1 prosent frå

andre tertial 2012 til andre tertial 2017. Tal for andre tertial viser òg ein reduksjon i alle helseføretak.

Utviklinga for heile år frå 2012-2016 målt i DDD per 100 liggedøgn:

Behandlingsstad	2012	2013	2014	2015	2016	2.tert. 2017	%-vis endring 2012-2016
Heile landet	18,9	18,8	18,4	17,9	18,0	16,4	-4,8
Helse Vest RHF	19,0	18,5	17,7	16,7	17,3	14,7	-8,9
Helse Bergen HF	19,1	19,0	18,4	17,8	18,5	15,7	-3,1
Helse Fonna HF	20,8	19,7	19,9	17,2	17,8	14,3	-14,4
Helse Førde HF	18,4	17,3	16,6	14,9	16,5	15,2	-10,3
Helse Stavanger HF	19,3	19,1	17,7	16,3	16,5	13,9	-14,5
Haraldsplass (HDS)	18,9	15,8	13,7	13,9	15,0	13,2	-20,6

(Kjelde www.helsenorge.no)

Antibiotikabruk er eit av risikoområda som er behandla i revidert regional smittevernplan (sjå over). Implementering av antibiotikastyringsprogram og etablering av tverrfaglege antibiotika-team i sjukehusa er viktige tiltak jamfør både nasjonal handlingsplan og regional smittevernplan. Alle helseføretaka har etablert dette og arbeidar målretta for å redusere forbruket av antibiotika ytterlegare.

Andre oppgåver 2017:

- Helse Vest RHF skal utvikle former for ambulante tenester innan rehabilitering og vaksen- og barnehabilitering.

I 2017 er det gjennomført eit regionalt prosjekt om ambulante tenester og tidleg støtta utskriving innan rehabilitering, medrekna bruk av telemedisin og velferdsteknologi. Prosjektet har vore eit samarbeid mellom helseføretaka, kommunar og private aktørar. Prosjektet har utvikla ein generisk modell for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskriving for pasientgrupper som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Helse Vest tek sikte på at modellen blir prøvd ut i helseføretaka gjennom pilotar i 2018. Målet er å auke bruken av ambulante tenester innanfor rehabilitering, og få erfaring med nye måtar å utføre ambulante tenester på. Kommunane som har delteke i prosjektet er positive til å vere med i pilotprosjekta. Med nasjonale føringar og anbefalingar om oppfølgingsteam (OT) i kommunane rundt pasient, er tidspunkt for gjennomføring av pilot gunstig.

Innanfor vaksen- og barnehabilitering er ambulante tenester i større grad ein etablert arbeidsform. I fleire av helseføretaka blir det likevel arbeidd med vidare utvikling også her. Til dømes vil vaksnehabilitering i Helse Bergen styrke ambulant intensiv oppfølging for enkelte pasientar med utfordrande framferd og psykiske tilleggsvanskar, og føretaket har planar om ytterlegare omlegging frå døgn til ambulante tenester. For

habilitering av barn i Helse Førde skjer rundt halvparten av kontaktane med familie/born og kommunalt hjelpeapparat ambulant. Ofte reiser fleire fagpersonar ut samla, ei tilnærming som får gode tilbakemeldingar.

- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av dei fire regionale helseføretaka frå og med 1. januar 2017 og inntil avtalane går ut på dato forvalte avtalar og tilhøyrande midlar på 57 mill. kroner under kap. 732, post 70, jf. Raskare tilbake-ordninga, som i 2016 har vore forvalta av Arbeids- og velferdsetaten. Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Sør-Øst RHF, innan 1. juni 2017 vurdere framtidig bruk av midlane på 57 mill. kroner etter at avtalane går ut. Midlane skal målrettast mot arbeidsretta rehabilitering i spesialisthelsetenesta og bidra til å understøtte opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, heilskaplege og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunane er ein integrert del av verksemda og styrking av spesialisthelsetenesta si rettleiing til kommunane, jf. Prop. 1 S (2016–2017).

Helse Sør-Øst RHF har, saman med dei andre regionale helseføretaka, vurdert framtidig bruk av midlar som har vore forvalta av Arbeids- og velferdsetaten. Rapport i forhold til vurderinga er sendt frå Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet den 1. juni 2017. Rapporteringa viser til, og er i samsvar med, rapport sendt til Helse- og omsorgsdepartementet den 1. mai 2017.

- Dei regionale helseføretaka skal i fellesskap innan 1. mai 2017 vurdere kva element i Raskare tilbake-ordninga som bør vidareførast innanfor det ordinære pasienttilbodet i spesialisthelsetenesta. Det som særleg skal vurderast, er tilbod som har vist seg å vere effektive, tverrfaglege tilbod og tilbod som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsretta hjelp. Dei regionale helseføretaka skal innhente eventuelle erfaringar og vurderingar av ordninga frå Helsedirektoratet.

Helse Sør-Øst RHF har, på vegne av dei regionale helseføretaka, gjennomført vurdering av vidareføring av element frå «Raskere tilbake»-ordninga innanfor spesialisthelsetenesta sitt ordinære pasienttilbod. Felles rapport er sendt Helse- og omsorgsdepartementet den 1. mai 2017.

- Helse Vest RHF skal utvikle fleire samvalsverktøy for at pasientar skal kunne delta aktivt i eiga behandling, og for å sikre at kvalitetssikra verktøy som blir publiserte på helsenorge.no, blir tekne i bruk i alle helseføretak.

I Helse Vest er det etablert ei arbeidsgruppe, med deltakarar frå alle HF og under leiing av Helse Bergen, som utviklar samvalsverktøy for pasientar med psykoselidingar. Innhaldet i samvalsverktøyet blir kvalitetssikra av ei ekspertgruppe som Helsedirektoratet har peika ut, og vil bli lagt ut på helsenorge.no sine sider i 2018.

Helse Bergen:

Det blir lagt til rette for god pasientinvolvering gjennom vidareutvikling av Checkware-løysingar der pasienten kan delta aktivt. Helse Bergen har lokal prosjektleder i Alle møter-prosjektet for å sikre god innføring og bruk av nye verktøy.

Helse Fonna:

Helse Fonna deltar i det regionale prosjektet som skal utvikle samvalsverktøy for psykoselidingar.

Helse Førde:

har delteke i utviklinga av Vestlandspasienten som skal forenkle kommunikasjon mellom pasient og sjukehus. I 2017 lanserte prosjektet Vestlandspasienten tenesta «Tilgangslogg» på helsenorge.no, som viser kven som har hatt innsyn i journalen.

Helse Stavanger:

Helse Stavanger har mellom anna tatt i bruk brukarverktøy på Poliklinikk Sykelig Overvekt og det blir informert både munnleg og skriftleg om samvalsverktøy/Mine behandlingsval på Pasientskolen. Det vil seie at alle som er anvist til bariatrisk kirurgi, mottar informasjon.

Psykisk helsevern har vore opptatt av brukarverktøy gjennom vegvisarprosjektet. Det er laga to hefter for å betre kommunikasjonen mellom pasient og behandlar. I tillegg er BUP Hinna utpeika som Motor-BUP – eit prosjekt ein har med Forandrings- fabrikken, for å vere ein spydspiss i ein brukarvennleg BUP. Sengepostane i BUP har arbeida med for- og etter samtale ved innlegging, og der desse verktøya blir brukt.

- Helse Vest RHF skal legge til rette for eit system for fagrevisjonar i helseføretaka. Dei regionale helseføretaka skal etablere eit nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og hjelpe til med opplæring og erfaringsoverføring. Helse Nord RHF skal leie dette arbeidet.

System i Helse Nord RHF og interregionalt nettverk er etablert. Det er hittil halde eitt møte.

Helse Vest har i fleire år hatt eit system for å gjennomføre faglige revisjonar i føretaka. Helse Stavanger leier dette arbeidet på vegne av Helse Vest. Alle føretaka deltar i revisjonane. I 2017 har det vore gjennomført regionale faglege revisjonar av barn som pårørande. Fagleg revisjon av oppfølging av diabetes for ungdom under 18 år og behandling av rusmiddelproblem og avhengighet hos barn/unge under 18 år er starta i 2017 og vil bli avslutta i 2018. Helse Vest deltek i det nasjonale nettverket som er leia av Helse Nord.

- Helse Vest RHF skal delta i læringsnettverket 'Gode pasientforløp' når kommunane i opptaksområdet til helseføretaka deltek.

Satsinga med læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunane er i regi av Kommunesektorens organisasjon (KS) og finansiert av HOD. KS samarbeider med

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet (FHI) om gjennomføringa. Det er så langt starta opp læringsnettverk retta mot:

- o Eldre og kronisk sjuke
- o Psykisk helse og rus

I Helse Vest sitt opptaksområde er det så langt kommunane i Rogaland, og dermed også Helse Stavanger og Helse Fonna, som er invitert med i dette arbeidet. Begge helseføretaka deltek i læringsnettverk saman med aktuelle kommunar.

Helse Stavanger:

Arbeidsgruppene er breidt samansett, på tvers av profesjonar. Begge nettverka jobbar med å sikre gode overgangar mellom nivåa. Innan somatikk er det utarbeida og tatt i bruk ei sjekkliste /utreisekonvolutt på sengepostane for å sikre at pasientane får med seg nødvendige dokument og informasjon ved utreise. Innan psykisk helsevern og rus blir det jobba med likemannsarbeid/recovery. Begge prosjekta er i prosess og blir avslutta medio 2018 for overføring i drift.

Helse Fonna:

Føretaket har etablert eit forbettringsteam som har satt konkrete forbettringsmål for arbeidet i eiga verksemd. Forbettringsteamet består av leiarar på utøvande nivå i sjukehusa, representant frå brukarane og rådgjevar frå pasientsikkerhet i føretaket. I tillegg er det etablert ei ressursgruppe som skal bidra til å sikre fagleg fokus og forankringa i toppleiinga.

Forbettringsteamet har sett på tilsynsrapportar, avviksmeldingar, forskning og resultat av PasOpp undersøkingar. Dette, saman med brei gjennomgang av forhold ved utskrivingsprosessen frå sjukehus, har resultert i at hovudfokus i forbettringsarbeidet er informasjonsutvekslinga mellom sjukehus og kommune og kvaliteten på denne. Utfordringar som teamet har kartlagd er ulike forhold ved kvaliteten på pleie- og omsorgsmeldingane (PLO). Det er utarbeida ny sjekkliste for meldingsutveksling, og det er etablert piloteining for utprøving av denne.

Forbettringsteamet har satt som overordna mål at det innan 1. juni 2018 skal vere gjennomført testing for eit «godt» samhandlingsforløp for eldre og kronisk sjuke ved overføring frå sjukehus til kommunal omsorg. Det nye forløpet skal sikre samval med pasienten, redusere risiko ved overføring til kommunen og vere tydeleg kva for oppfølging spesialisthelsetenesta tilrår etter utskrivning. Forbettringsprosjektet har identifisert moglege nytteeffektar og satt måltal for desse. Det er og gjort risikovurdering av tiltaka som skal prøvast ut i piloteininga.

Samarbeide med kommunane som deltek i læringsnettverket er bra, og forståinga for felles utfordringar har blitt tydlegare og betre. Det er gjennomført arbeidsmøter om innhaldet i PLO meldingane der 50 deltakarar frå kommunar og føretaket deltok, og

føretaket har deltatt på fellessamlingar i læringsnettverket i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Så langt i prosjektet har meldingsutvekslinga mellom kommunar og sjukehuseiningar som deltek i læringsnettverket blitt forbetra.

- Dei regionale helseføretaka skal etablere eit nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle åtferdsproblem. Det skal leggest vekt på tverrfagleg samarbeid, mellom anna med barnevernet. Helse Vest RHF skal leie nettverket.

Det er i samarbeid mellom dei regionale helseføretaka etablert eit nasjonalt nettverk. Nettverket er leia av Betanien sykehus på vegne av Helse Vest RHF.

Etter avtale med Helsedirektoratet vil nettverket også bli nytta til særskild kompetanseutvikling i alle regionane. Det er sett av eigne midlar til dette og laga forslag til eit program for kompetanseutvikling over 2-3 år. Betanien sykehus vil vere leiar for prosjektet/programmet.

Den første samlinga er i mars 2018.

Det er også sett ned ei styringsgruppe som Helse Vest leiar, med representantar for alle dei regionale helseføretaka.

- Helse Vest RHF skal bygge opp tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å kunne tilby alle barn som blir avhøyrde ved Statens barnehus, medisinsk undersøking utover dei kliniske rettsmedisinske undersøkingane som politiet rekvirerer. Dei regionale helseføretaka har ansvaret for å sørge for dette. Undersøkingar som ikkje krev spesialisert utstyr, skal gjerast på barnehuset. Helse Vest RHF skal innan 1. mai levere ein plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive korleis kapasiteten kan styrkast gjennom å bruke sosialpediatarar og anna helsepersonell, medrekna sjukepleiarar.

Helse Vest RHF leverte ein plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet til HOD innan fristen 1. mai.

I Helse Vest sitt opptaksområde har Statens Barnehus senter i Bergen og i Stavanger. Barnehuset i Bergen er ansvarleg for tilbodet til barn i Helse Bergen og Helse Førde sitt opptaksområde. Barnehuset i Stavanger har ansvar for å gi eit tilbod til barn i Helse Stavanger og Helse Fonna sitt opptaksområde.

Helse Stavanger har etablert eit tett, strukturert og forutsigbart samarbeid med Barnehuset i Stavanger/Politiet om undersøking av barn som er utsatt for seksuelle overgrep og vald. Planen for det vidare arbeidet skal følgjast opp som føresett.

Helse Fonna har etablert ei kompetansegruppe med legar og sjukepleiarar som tek hand om oppfølging av barn som har vore utsatt for vald og traumatisk stress. Det har

blitt halde relevante kurs om temaet og sikra at informasjon om prosedyrer og ressurspersonar er kjent. Det er oppretta ei ressursgruppe/kompetansegruppe med overlegar frå fleire einingar.

Helse Bergen har no 3(4) involverte legar (i deler av stillinga) og tilsvarande 3 sjukepleiarar med erfaring på området. Ei utviding av kapasiteten til å kunne tilby alle barn som blir avhøyrde ved Statens barnehus i Bergen medisinsk undersøking, vil krevje ei betydeleg ressursauke. Det er utvikla eit sjukehusovergripande nettverk som både skal styrke faget, men også utgjere ein felles ressurs for sjukehuset. Det er etablert eit pasientforløp, og det har vore arrangert ein fagdag med brei deltaking frå heile sjukehuset. Det er møter med Barnehuset der medisinske undersøkingar er hovudtema. Føretaket melder at det er ei stor og krevjande oppgåve å etablere dette tilbodet. Det har vore ei utfordring å skape nok interesse for fagområdet sosialpediatri.

Det blir arbeidd med å få etablert ein barnehus-satellitt i Sogn og Fjordane under Bergen. Hausten 2017 blei det løyvd midlar til å etablere tilbodet i Førde. Helse Førde har delteke i møte og planlegging og vil stille med nødvendig kompetanse når tilbodet blir etablert.

- Helse Vest RHF skal sikre at hendingar der tilrådinga om at den fødande skal ha ei jordmor hos seg så tidleg som mogleg i den aktive fasen av fødselen og til fødselen er over, blir dokumenterte i avvikssystema til helseføretaka, og at resultatata blir brukte til kvalitetsbetring.

Jordmor er i hovudsak tilstades i den aktive delen av fødselen og avvikssystemet Synergi blir i hovudsak nytta til å melde avvik om dette.

I Helse Stavanger er det utfordringar med at ei definert jordmor er til stades hos den fødande «så tidleg som mogeleg» i den aktive fasen. Jordmor er likevel til stades så mykje som mogeleg i den aktive fasen, og til fødselen er over. Helseføretaket melder at det er ein utfordring at det ikkje er klart definert kva som er ein «aktiv fødsel», og fremhever at ulikt syn kan gje ulik praksis.

I Helse Fonna har dette stort sett vore mogeleg å gjennomføre, men det kan vere utfordringar på kveld, helg og natt dersom det kjem fleire fødande enn normalt. Det er i 2017 meldt omlag ti avvik. Det har vore ei utfordring å få jordmødre til å melde avvik. Dette blir det jobba med kontinuerleg både av leiing og fagutviklingsjordmor. Det blir òg arbeidd med å lage gode rapportar frå Synergi som kan vise tala.

I Helse Bergen er det systematisk kartlegging av om det er ei jordmor til stades hos den fødande i den aktive delen av fødselen. Kartlegginga viser at kravet så langt er oppfylt i 96 prosent av alle fødslane. Ingen kvinner har født utan jordmor til stades. Det er etablert ei gruppe som går gjennom alle enkeltsakane som er meldt i avvikssystemet Synergi, for å sjå på læringspunkt og eventuelle tiltak som må settast i verk.

I Helse Førde er det i hovudsak ei jordmor tilstades så tidleg som mulig i den aktive delen av fødselen. Det er ikkje meldt avvik om dette i 2017. I 2018 vil ein føre vidare fokuset på dette, for å synleggjere eventuelle utfordringar ein har.

- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid etablere eit prosjekt for å sikre samanhengande og heilskapelege pasientforløp for barn under 18 år med moderate og alvorlege hjerneskader. Arbeidet blir leia av Helse Midt-Norge RHF, som skal utarbeide ei prosjektskisse innan 1. april 2017.

Dei regionale helseføretaka har oppretta eit samarbeidsprosjekt. Statusrapport blei oversendt frå Helse Nord RHF til HOD i januar 2018. Ny statusrapport vil bli sendt i februar 2018, og sluttrapport vil bli levert innan 1.april 2018.

- Helse Vest RHF skal bidra i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk vidareutvikling av spesialisthelsetenester til den samiske befolkninga med nødvendig samhandling og kommunikasjon, slik at behovet den samiske befolkninga har for spesialisthelsetenester blir godt sikra, og slik at kompetansen på samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengeleg også i andre delar av landet.

Helse Nord RHF har eit særskilt ansvar for strategisk utvikling av likeverdig spesialisthelsetenestetilbod for heile den samiske befolkninga i Norge. Dette skjer mellom anna gjennom verksemda til Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS). SANKS tilbyr mellom anna rettleiing til helse- og sosialarbeidarar som møter samiske brukarar og klientar. Det er òg utvikla e-læringsprogram som skal bli gjort tilgjengeleg for alle helseføretak. Helse Vest RHF har ikkje blitt invitert med i Helse Nord sitt arbeid med dette i 2017.

- Helse Vest RHF skal bruke kunnskap om urettvis variasjon i den styringsmessige oppfølginga si av helseføretaka. Dette omfattar òg å følgje opp eksempel på urettvis variasjon i forbruk av helsetenester som er avdekt gjennom helseatlas. Dei målsette indikatorane som er identifiserte i rapporten «*Indikatorer for måling av uberettiget variasjon*», SKDE november 2016, skal brukast i oppfølginga av helseføretaka. Dei regionale helseføretaka skal under leiing av Helse Nord RHF i fellesskap vidareføre arbeidet med å dokumentere eksempel på urettvis variasjon i forbruk av helsetenester.

I Helse Vest blei det i 2017 utarbeidd ein eigen regional samanstillingsrapport med viktige funn frå SKDE-rapporten og Helseatlas.

Helseføretaka i Helse Vest har på bakgrunn av denne rapporten sett i verk konkrete analyser og forbetningsprosjekt der det er påvist at ein ugrunna ligg vesentleg utanfor venta forbruk av tenester eller fagleg norm. Forbetningsprosjekta blir ført vidare i 2018.

SKDE lager nye helseatlas (KOLS og eldre) og understøtter prosessen i Helse Førde (har ikkje får ut store nok datasett for kvalitetssikring). Arbeidet blir vidareført i 2018 (psykiatridata (nord), kvinnehelseatlas (nasjonalt), ortopediatlas (nasjonalt – blir laga av Helse Førde).

- Dei regionale helseføretaka skal etablere eit nasjonalt nettverk av regionale kompetansesenter for persontilpassa medisin og eit nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelege humane genvariantar, begge under leiding av Helse Sør-Øst RHF og i dialog med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere oppfølginga av strategien.

Oppdraget er organisert i ein prosjektmodell vedteke i møte mellom dei regionale helseføretaka sine administrerande direktørar den 23. januar 2017. Prosjektet er etablert med to arbeidsgrupper for utgreiing av beslutningsgrunnlag for etablering av ein anonym frekvensdatabase over sekvensvariasjon og eit nettverk av regionale kompetansesenter.

Arbeidsgruppene er leia av representant frå Oslo universitetssykehus HF og representant frå Helse Bergen HF og har representasjon frå alle fire helseregionar. Prosjektet si styringsgruppe er leia av direktør forskning og innovasjon, Helse Sør-Øst RHF. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-Helse deltek som observatørar i arbeidet.

Arbeidsgruppene har i løpet av 2017 utarbeida konseptskisser for tiltaka som er skildra i oppdraget. Skissene byggjer mellom anna på kartlegging av eksisterande ressursar og behov i helseregionane og vil bli vidareutvikla i løpet av 2018. Prosjektutviklinga følgjer ein konsensusprosess.

Statusrapport frå arbeidet blei presentert for Helse- og omsorgsdepartementet i møte den 5. januar 2018. Ny statusrapport frå arbeidet vil bli førelagt departementet i løpet av mars 2018.

Oppdraga har avhengigheiter spesielt knytta til Helsedirektoratet si koordinering og arbeid med oppfølginga av «Nasjonalt strategi for persontilpasset medisin 2017-2021». Helsedirektoratet vil blant anna utarbeide ei juridisk avklaring av anonymitet for genetiske sekvensdata. I dette ligg også ei avklaring av anonymitet for lågfrekvente sekvensvariantar som vil ha avgjerande betydning for den vidare gjennomføringa av delprosjektet knytta til etablering av ein anonym frekvensdatabase.

Nasjonalt nettverk er etablert. Det er etablert eit nettverk for regionale kompetansesenter, og ei gruppe for nasjonalt anonymt frekvensregister. Helse Vest har deltakarar frå Helse Bergen og Helse Stavanger med i gruppene. Helse Vest RHF deltek i ei felles styringsgruppe.

- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid etablere einsarta arbeidsprosessar og systematikk for innsamling og analyse av data om forbruk, effekt, sikkerheit

og kostnader når det gjeld legemiddel, andre etablerte metodar i "Nye metoder" og utprøvande behandling (off-labelbruk) som blir gitt til enkeltpasientar, for eksempel ved bruk av elektroniske kurver, FEST og SAFEST-programmet og nasjonale medisinske kvalitetsregister. Formålet er mellom anna å kunne fase ut metodar som ikkje har forventna nytte. Arbeidet skal gjennomførast i dialog med Direktoratet for eHelse og aktørane i systemet for nye metodar.

Rapport «*Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensede oppdrag*», blei levert til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2017. Det blei også svart på tilleggsspørsmåla.

Arbeidet med SAFEST blir vidareført, og det er dialog om finansieringsansvar. Det har vore eit eige møte med Helse- og omsorgsdepartementet om dette.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og under leiing av Helse Nord RHF utarbeide ein elektronisk statusrapport for dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra. Rapporten skal vise måloppnåing for arbeidet, medrekna dekningsgrad og bruk av kvalitetsregister til kvalitetsbetring og forskning.

Rapporten "Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2017" er utarbeidd av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE og blei ferdigstilt og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet den 13. november 2017.

- Helse Vest RHF skal sette i verk tiltak for auka bruk av avvikssystemet i analysar av enkelthendingar, statistikk og risikoanalysar samt ta i bruk same klassifikasjonssystem som meldeordninga til Helsedirektoratet for å kunne unytte meldingane betre.

Helse Vest har i 2017 tatt i bruk ny versjon av avvikssystemet Synergi, mellom anna med ein dash-board-funksjon som gir betre høve for lokal og aggregert rapportering på avvikshendingar, og dermed auka nytte i styringsmessig oppfølging.

Helse Vest har tatt del i det nasjonale arbeidet med utvikling av eit felles klassifikasjonssystem for uønskte hendingar. Det nye klassifikasjonssystemet er sett i drift frå årsskiftet 2017/-18. Det er sett i verk opplæringstiltak for meldarar og leiarar.

I Helse Vest er det etablert eit regionalt systemeigarforum for å samordne bruken av avvikssystemet. I 2018 vil det bli sett i verk eit regionalt arbeid for å styrke meldingskulturen og identifisere område som kan styrkast gjennom regionale rutinar for oppfølging av avvikshendingar.

Personell, utdanning og kompetanse

- Helse Vest RHF skal implementere del 1 i ny spesialistutdanning for legar / sette i verk ny ordning for spesialistutdanning i samsvar med ny forskrift, med tilsetningar i LIS1-stillingar frå og med hausten 2017.

Alle helseføretaka i føretaksgruppa i Helse Vest har sett i verk del 1 i ny spesialistutdanning for legar i samsvar med ny forskrift, med tilsetningar i LIS1-stillingar frå og med hausten 2017.

Helseføretaka har etablert utdanningsutval som mellom anna bidrar i planlegging, koordinering og kvalitetssikring av utdanning av LIS1. Utdanningsutvala er eit rådgjevande organ for å sikre at LIS når læringsmåla på ein best mogleg måte.

Helseføretaka har tatt i bruk IKT-verktøy for dokumentasjon av læringsmål, læringsaktiviteter og gjennomførte rettleiingssamtaler (Kompetanseportalen). Verktøyet er tatt i bruk av både LIS1, leiarar og rettleiarar.

Vidare er det planlagt ei evaluering av ny modell som blir koordinert saman med Regionalt utdanningscenter for LIS (RegUt).

Helse Førde:

Helse Førde har sett ned eit LIS1-utdanningsutval med representantar frå alle dei fire kliniske avdelingane, tillitsvalde, HR og seksjon for kompetanse og utdanning, leia av fagdirektør, med tre møter per halvår. Det er fortløpande evaluering, især med merksemd på registrering av oppnådde læringsaktiviteter og –mål. Dei har eit tett samarbeid med Fylkesmannen og kommunal rettleiar.

Helse Bergen:

Introduksjonsveka for LIS1 er revidert i samsvar med nasjonale føringar for fagleg innhald. Alle læringsmåla for LIS1 er gjennomgått, og fastsetting av ulike læringsaktiviteter er fordelte mellom dei involverte utdanningseiningane i Helse Bergen. Det er gjennomført kurs i medisinsk rettleiingspedagogikk (individuell og gruppe) for overlegar og erfarne LIS som skal vere rettleiarar for LIS1. Det er etablert obligatorisk kommunikasjonskurs for LIS1.

Helse Fonna:

Det er utarbeida læringsaktiviteter som er nødvendige for å oppnå vedtekne læringsmål i del 1. Føretaket har dokumentert korleis arbeidet med spesialistutdanninga er organisert og korleis ansvaret er plassert på alle nivåa i verksemda.

Helse Stavanger:

Rettleiingskompetanse er på plass. Læringsaktivitetar og læringsmål er ferdigstilte og lagt inn i kompetanseportalen.

- Helse Vest RHF skal planlegge for å sette i verk del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning i samsvar med ny forskrift.

Regionalt utdanningscenter for LIS (RegUt) er lagt til Helse Bergen. Det er sett opp eit tverrregionalt prosjekt som planlegg for å sette i verk del 2 og 3 i ny ordning for spesialistutdanning, i samsvar med ny forskrift. RegUt leiar det tverrregionale prosjektet som består av prosjektleiarar frå alle helseføretaka i føretaksgruppa og Haraldsplass DS, i tillegg til YLF-representant. Regional prosjektplan og felles kommunikasjonsstrategi for innføring av LIS2 og 3 er utarbeidd og godkjend.

Vidare har representantar frå alle spesialitetane i helseføretaka delteke i å utarbeide ei felles høyringsfråsegn frå Helse Vest i samband med fråsegna av læringsmål del 2 og 3.

Helse Bergen:

Orienteringsmøter med alle nivå 2-einingar i Helse Bergen er gjennomført. Prosjektplan for innføring av LIS2 og 3 er utarbeidd og godkjend.

Helse Fonna:

Leiar av utdanningsutvalet er prosjektleiar for mottaksprosjekt del 2 og 3. Prosjektet skal planleggje og innføre ny ordning, i samsvar med ny forskrift om spesialistutdanning for legar, og sørge for læringsaktivitetar som er nødvendig for å nå vedtekne læringsmål for den enkelte spesialitet.

Helse Førde:

Helse Førde har starta arbeidet, og planlagt vidare innføring i 2018, i tett samarbeid med RegUt. Det er oppnemnd prosjektleiar og sett ned ei gruppe som skal arbeide med innføring av LIS2 og 3.

Helse Stavanger:

Høyringsrunde er gjennomført og føretaket avventer godkjenning av læringsmål som foreligger primo januar 2018. Når desse er vedtatt, blir det arbeidd vidare med planlegging av ferdigstilling av nye læringsmål i samarbeid med RegUt.

Forskning og innovasjon

- Dei regionale helseføretaka og Forskingsrådet skal vurdere moglegheitene for auka samordning av kriteria for nytte samt evaluere forståinga og effekten av nye kriterium for høvesvis kvalitet, nytte og brukarmedverknad.

Arbeidet med dette oppdraget har vore handsama via RHF-a si Strategigruppe for forskning. Helse Vest fekk gjennom arbeidsutvalet (AU) i oppgåve å koordinere arbeidet med å innhente data frå helseføretaka om bruk av vurderingskriteria, og dette var med som grunnlag for sak som var oppe på møte i Strategigruppa i oktober (38-2017 *Diskusjonssak, Forståelse og effekt av kriterier for vurdering av kvalitet, nytte og brukarmedverknad ved tildeling av forskningsmidler i RHF-ene*). Strategigruppa beslutta at dette arbeidet blir sett på som eit grunnlag for ein vidare prosess med forskingsrådet om felles forståing av desse kriteria.

Det blir òg arbeidd med ein felles rettleiar for brukarmedverknad for RHF-a. Arbeidet har vist at det er ein del skilnad mellom helseregionane i forståing og operasjonisering av brukar-medverknad. Strategigruppa har føreslått å sjå på dei ulike sidane ved brukarmedverknad i ein større samheng og vil ta dette inn i den vidare dialogen med Forskningsrådet i 2018.

Alt i alt er arbeidet med samordning av kriteria for nytte samt evaluere forståinga og effekten av nye kriterium for høvesvis kvalitet, nytte og brukarmedverknad eit omfattande arbeid som ikkje har komme i mål i 2017.

I 2018 vil RHF-a, via arbeidsutvalet i Strategigruppa, ta dette arbeidet vidare, og invitere Forskningsrådet inn i ein vidare prosess med grunnlag i det arbeidet som er gjort mellom regionane i 2017.

- Helse Vest RHF skal styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og næringslivet i samsvar med regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien.

Helse Vest har utarbeidd ein eigen regional innovasjonsstrategi som baserer seg på HelseOmsorg21 og tilhøyrande tiltaksplan. Vidare er Helse Vest også aktive i det nasjonale innovasjonsarbeidet både mellom RHF-a og med Helsedirektoratet. Regionalt legg vi stor vekt på næringslivsdimensjonen i samarbeidet med TTO-ane våre, Valide AS i Stavanger og BTO AS i Bergen. Det er gjennomført innovasjonsprosjekt i dialog med næringsliv som legemiddelindustrien og Biomedical Network.

Vi har og eigne fora for samhandling mellom føretaka og innkjøpsselskapet, der vi kontinuerleg jobbar mot betre prosessar og rutinar for kravstilling og samarbeid med leverandørane.

- Helse Vest RHF skal følge opp rapporten frå den nasjonale arbeidsgruppa for samordning mellom universitet og helseføretak (Husebekk-utvalet) innanfor sitt ansvarsområde. Det er ein føresetnad at oppfølginga skjer i dialog med universitets- og høgskulesektoren og dei andre regionale helseføretaka. Dei regionale helseføretaka skal saman med universiteta særleg vurdere moglegheitene for å harmonisere rutinar og retningslinjer på tvers av sektorane, regionalt og nasjonalt. Der det er hensiktsmessig, bør Helse Vest RHF vurdere å etablere fellesfunksjonar med universitetet/universiteta.

Dette arbeidet blir gjort i regi av Samarbeidsorganet for forskning og innovasjon i Helse Vest. Ei arbeidsgruppe med representantar frå universitet- og høgskulesektoren og Helse Vest har utarbeida ein rapport for å identifisere område for samordning, og kva som kan løysast regionalt.

3. Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 28.06.17 og 22.08.2017

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Andre oppgåver 2017:

- Det vises til Helsedirektoratets rapporter *Kvalitet i ventelistedata* (2014) og *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten* (2017) hvor det framgår at registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer kan ha ført til at
 - andelen pasienter som registreres med frist til utredning er for høy
 - at andelen henvisninger som registreres som avvist av spesialisthelsetjenesten er for høy.

De regionale helseforetakene skal sørge for at riktige opplysninger registreres i de pasientadministrative systemene og rapporteres til Norsk pasientregister, herunder sørge for at det gjennomføres endringer i de pasientadministrative systemene i henhold til det som framkommer i rapportene.

Helse Vest RHF har deltatt i arbeidet med å følge opp Helsedirektoratet sine rapportar som omhandlar ventelistedata. Dette arbeidet har i hovudsak blitt følgt opp gjennom arbeid i det nasjonale ventelisteforumet som består av deltakarar frå Helsedirektoratet, RHF-a og ein skilde inviterte HF-representantar.

I rapporten frå 2014 blei det peikt på at delen pasientar som blei registrert med frist til utgreiing var for høg, og delen med frist til behandling for låg. Eit av punkta det blei peikt på i denne samanheng var at registreringsfeltet tilvisingstype i DIPS hadde ein uhøveleg plassering, og burde flyttast saman med andre registreringsfelt som blei registrert på vurderingstidspunktet. Dette feltet har no blitt flytta i DIPS, og tabellen nedanfor syner delen som blei registrert med utgreiing per tertial. Som ein ser gjekk delen ned i Helse Vest i 2. tertial 2017.

Prosentdel tilvisingar vurdert til utgreiing*

RHF	1. tert 2016	2. tert 2016	3. tert 2016	1. tert 2017	2. tert 2017
Helse Nord	92 %	93 %	94 %	93 %	93 %
Helse Vest	94 %	93 %	94 %	93 %	79 %
Helse Midt-Norge	82 %	82 %	82 %	82 %	82 %
Helse Sør-Øst	89 %	89 %	90 %	89 %	86 %

*Tal frå NPR

Å skulle måle delen tilvisingar som blir avvist er framleis ei utfordring, særleg i høve til å berekne «teljaren», men og «nemnaren» i berekninga er utfordrande.

Hovudutfordringa i denne samanheng, for helseføretaka som nyttar DIPS, er at avviste blir registrert med mange ulike avvisingsskodar i DIPS. Alle desse avvisingsskodane blir rapportert til NPR som «rett til helsehjelp» kode 5 «Pasienten har ikkje behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta». Dette gjev eit for høgt volum av pasientar som ikkje har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta. «Ikkje medisinsk indikasjon» er den avvisingssgrunnen ein ønskjer å telje.

Andre utfordringar knytta til avviste tilvisingar er at dei ikkje blir tilordna eit fagområde når dei blir vurdert. Fagområde blir først tilordna ei tilvising etter at den er vurdert til å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Det har og blitt peika på at reine førespurnadar frå fastlegar blir registrert som tilvisingar med ein avvist-kode. Desse burde vore sendt som dialogmeldingar.

Det blir jobba med å endre DIPS classic på systemnivå slik at berre tilvisingar som blir koda med «ikkje medisinsk indikasjon» blir mappa til «rett til helsehjelp» kode 5 «ikkje behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta» (avvist). DIPS legg og til rette for rapportering av fagområde for avviste, noko som seinast skal implementerast ved rapportering frå DIPS Arena.

- Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at de regionale helseforetakene legger til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene.

Helse Vest RHF har ei fungerande regional KPP arbeidsgruppe med representantar frå alle fire HF, i tillegg til Haraldsplass Diakonale sjukehus. Gruppa blir leia av RHF-et. Formåla med arbeidsgruppa er å sikra ei felles tilnærming til korleis RHF-et tek i bruk KPP-data, inkludert analyser så vel som etablering av teknologi.

I løpet av sommaren blei KPP-data gjort tilgjengelig for kvart enkelt HF-a i Helse Vest sitt regionale datavarehus. Dette betyr at HF-a no er i stand til å kople data mot andre datakjelder.

Det må understrekast at KPP-talla framleis er umodne. Dette betyr at primærfokuset p.t. er å kvalitetssikre og forbetre berekningsmodellen slik den er i dag, i samarbeid med Helsedirektoratet. Endra krav frå Helsedirektoratet om innrapportering til nasjonal

KPP database medfører at Helse Vest må gjere ein tilleggsinvestering på verktøysida for å sikra kompatibilitet.

På HF-nivå er det eit arbeid for å marknadsføre og validere modellen mot klinikkar. Erfaring frå Sverige viser at tett involvering med klinikkarar er eit suksesskriterium for å hente ut gevinstar frå KPP-arbeid. Dette arbeidet dreier seg om å sikra at klinikkarar vedkjenner seg dei kostnadsberekningane som kjem ut av modellen, slik at dei opplever KPP som ein relevant kjelde til informasjon, og slik at KPP på lengre sikt kan nyttast som eit hjelpemiddel for å analysere medisinsk praksis og kvalitet. I tillegg må klinikkarar involverast i arbeidet med å sikre betre datakvalitet.

På eit meir teknisk nivå er Helse Vest i gang med å etablera tertialsvis oppdatering av KPP-data. For at KPP-data skal vere relevante for forbetningsarbeid på HF-nivå, er det eit suksesskriterium at tala blir oppdatert hyppigare enn éin gang årleg. På lengre sikt har Helse Vest ambisjon om å leggje inn nye datakjelder til modellen, inkludert prislister for legemidlar og lab-data. Målet med det er å auke granulariteten i data.

Helse Bergen HF

- Helse Bergen har som mål å ta i bruk KPP-data i lokalt forbetnings- og planarbeid, og deltar aktivt for å kvalitetssikra og vidareutvikla modellen for somatikk.
- Helse Bergen er pilot for KPP-leveransar for psykiatri og rus til Helsedirektoratet, og har prioritert dette arbeidet høgt dei siste seks månadene. Det blir for tida jobba med å kvalitetssikre data, avklare ulike problemstillingar og komme med innspel til den nasjonale KPP-spesifikasjonen.

Helse Stavanger HF

- Helse Stavanger er framleis i tidleg fase med å ta i bruk KPP, men kan sjå at KPP allereie har ført til betydeleg effektivisering i innrapportering av kostnadsveker til Helsedirektoratet.
- Organisasjonsutviklingsarbeidet som held på som del av SUS2023 (nytt sjukehus) har som mål å utnytte KPP-data i planlegginga av to-senterløysinga, både til å framstille pasientforløp og til å beskrive konsekvensar av framtidig løysingsmodellar. Det er særleg tre faktorar som blir viktig å få visualisert og konsekvensvurdert; deling av kompetanse, tilgjengelegheit for å handtere volum og responstid, og plassering av utstyr. KPP gir oversikt over pasientvolum i ulike pasientløp (ulike veger i eit forløp), bemanning og kompetanse knytt opp mot aktivitetar og tidsintervall. Datagrunnlaget kan dermed nyttast til å bygge scenario for pasientflyt med ulike val om lokalisering og bemanning.

Helse Fonna HF

- Helse Fonna jobbar med kvalitetssikring av KPP-data saman med det kliniske fagmiljøet og ser fram til hyppigare oppdatering av tala.

- Helse Fonna har som mål å anvende KPP til forskning, kvalitetsforbetringsarbeid, måling/estimering av økonomiske effekt av endringer i pasientforløp og rett medisinsk koding.

Helse Førde HF

- Helse Førde har som mål å ta i bruk KPP som eit gjennomgåande styringsverktøy frå topp til botn. Fordi organisasjonen ikkje er godt kjent med KPP, blir forankring prioritert no. I forankringa ligg det også ein bevisstgjerung av kostnadsdrivarar.
- I budsjettarbeidet vil KPP bli brukt til å fordele pengar meir rettferdig i organisasjonen. KPP gir indikasjonar på ineffektive område og kan synleggjere underfinansierte område.
- Helse Førde ønskjer å nytta KPP til å identifisere område der vi har ein avvikande kodepraksis, så vel som avvikande behandlingspraksis.

Avtalespesialister

- Stortinget slo gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 fast at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som finner sted i avtalepraksis skal være underlagt disse prinsippene. Dette er til dels reflektert i rammeavtalene som er inngått mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner. I avtalene heter det bl.a. at den enkelte avtalespesialist skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til lov og forskrift, nasjonale og regionale planer, og gjeldende faglige retningslinjer og behandlingsveiledere. Avtalespesialisten skal videre organisere sin venteliste i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere. Avtalespesialistene har imidlertid ikke juridisk kompetanse til å vurdere og tildele pasientrettigheter. Med endringen i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 er loven endret med sikte på å gi disse behandlerne slik kompetanse. Det har samtidig vært en felles vurdering mellom departementet, de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner at det må gjennomføres et forsøksprosjekt før slik kompetanse kan gis til alle avtalespesialistene. Departementet gir i revidert oppdragsdokument ansvaret for å gjennomføre et slikt forsøksprosjekt til de regionale helseforetakene, i samråd med foreningene og etater, jf. nærmere spesifisert oppdrag nedenfor. Samtidig varsler departementet at det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av kommende stortingsperiode.

De regionale helseforetakene skal utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter som skal prøve ut rettighetsvurdering i tilknytning til avtalespesialistpraksis, både innenfor psykisk helsevern og somatisk(e) fagområde(r). Arbeidet skal ledes av Helse Vest RHF. Arbeidet skal skje i samhandling med Den norske

legeforening og Norsk psykologforening og må koordineres med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Frist: 15. oktober 2017.

I eit felles notat datert 18.10.2017 frå dei fire regionale helseføretaka til Helse- og omsorgsdepartementet er det gjort greie for korleis vi foreslår å prøve ut vurdering av rett til helsehjelp knytta til avtalepraksis.

Dei regionale helseføretaka peiker i notatet på ulike modellar for utprøving av vurdering av rett til helsehjelp. Utdrag frå rapporten:

*«De regionale helseføretakene er samstemt i å tilrå en pilotering av rettighetsvurdering etter modell 4.2, **Rettighetsvurdering i tilknytning til en eksisterende vurderingsenhet i et helseføretak/DPS**. I første omgang bør denne modellen utprøves innenfor psykisk helsevern, dernest innenfor somatikk.*

*En pilot etter modell 4.3, **Rettighetsvurdering i et samarbeid mellom avtalespesialister i gruppepraksis**, kunne også være mulig å gjennomføre, men en slik modell har et svært begrenset potensiale, grunnet få aktuelle kandidater for en slik modell.*

*De regionale helseføretakene vil samstemt frarå en pilotering etter modell 4.1, **Den enkelte avtalespesialist gis rett og plikt til å tildele pasientrettigheter**».*

- Spesialistutdanningen av leger og tannleger er besluttet lagt om. Det vises til etablert forsøksordning med utdanning av legespesialister (LIS) i avtalepraksis. Driftsansvaret for ordningen som nå ligger i Helsedirektoratet, overføres til de regionale helseføretakene så snart som mulig og vil ved prøveprosjektets slutt 1. mars 2019 bli ivaretatt av den nye spesialistutdanningen for leger. Avtalespesialistene må integreres i utdanningsløpene for legespesialistene, særlig i spesialiteter der dette er nødvendig for å sikre gode utdanningsløp og der kapasitetshensyn tilsier dette. Arbeidet må utføres i dialog med Helsedirektoratet og tilrettelegges opp mot ny spesialiststruktur og definerte læringsmål.

Helse Vest har etablert regionalt utdanningsssenter som førebur eit omfattande fornying av utdanning av legespesialistar. Det er ei omfattande oppgåve der samarbeid i regionen vil være heilt avgjerande for å lukkast. Helse Vest og helseføretaka har gode planar for å gjennomføra overgangen til ny spesialistutdanning. Sjukehusa skal vere attraktive arbeidsgivarar som tilbyr gode utdanningsløp og kompetente fagmiljø. I tillegg har vi ansvar for å legge til rette for utdanning for LIS legar utanfor føretaksgruppa Helse Vest. Gjennom samarbeidsavtaler mellom helseføretaka og private ideelle sjukehus skal ein sikre gode utdanningsløp.

Helse Vest må sikre at føretaka samla bidrar til at det til ein kvar tid er planlagde og heilskaplege utdanningsløp med god gjennomstrøyming i kvart av føretaka, og mellom helseføretaka/private ideelle. Det gjeld spesielt der det er behov for dei i gruppe 1-teneste i dagens modell, der legar i spesialisering må ha del av utdanningsløpet i eit

anna helseføretak enn der dei har si faste tilsetning. Helse Vest skal sikre at samspelet som må til mellom helseføretaka for ny spesialistutdanning fungerer godt, og legge til rette for nok og riktig dimensjonering av spesialistar.

Helse Vest har kartlagt status for dagens LIS-utdanning for å unngå flaskehalsar i utdanningsløpa. Helse Vest legg til grunn at helseføretaka føresetter at LIS 2 og LIS 3 kan ha deler av sitt utdanningsløp i fleire av helseføretaka i Helse Vest når dette er fagleg nødvendig, eller for å unngå at det bygger seg opp flaskehalsar i utdaningsløpa.

Helse Vest sitt regionale utdanningssenter (RegUt) skal sikre kvalitet og eit likeverdige utdanningstilbod gjennom etablering av samarbeid regionalt og nasjonalt om læringsaktiviteter og rettleiing. Det regionale utdanningssenteret må til ein kvar tid ha rett og tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse så raskt som mogleg for dei oppgåvene som blir overtatt frå det nasjonale prosjektet.

- Det vises til arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og sykehus, jf. de inngåtte rammeavtaler. De regionale helseføretakene skal oppsummere erfaringer vedr. inngåelse av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Helse Nord RHF skal, på vegne av alle de regionale helseføretakene, levere en samlet statusrapport til HOD innen 20. november 2017.

Vi viser til dei regionale helseføretaka sin samla statusrapport til HOD, sendt frå Helse Nord RHF den 16.11.17, der det blir gjort greie for status. Jamfør rapporten har Helse Vest kome lengst i dette arbeidet der 75 % av avtalane er inngått og der det var planlagt å slutføre arbeidet innan utgangen av 2017. Per januar 2018 er det nokre få avtalar som ikkje er inngått. Helse Vest RHF vil følgje dette opp.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgåver 2017:

- De regionale helseføretakenes sluttevaluering av prosjektet Transport av psykisk ustabile personer forutsettes å foreligge sammen med årlig melding for 2017. Det skal rapporteres på omfang av politioppdrag, brukertilfredshet og på utvikling mht omfanget av akuttinnleggelse. Rapportering og oppsummering skal gjøres i samarbeid mellom helseføretakene og aktuelle politidistrikt, jf. revidert oppdragsdokument 2014 og departementets brev av 1. desember 2014 etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014).

I tilleggskdokument til Oppdragsdokumentet 2014, datert 27.06.14, fekk Helse Vest 2 mill. kroner til etablering av prosjekt knytta til transport av psykisk sjuke. Helse Stavanger og Helse Fonna fikk tildelt 1 mill. kroner kvar til sine prosjekt.

I statsbudsjettet for 2015 blei det lagt inn ytterlegare 2 mill. kr til formålet. Helse Førde fekk 1 mill. kroner, Helse Bergen 700 000 kroner, og Helse Fonna 300 000 kroner til utviding av allereie etablert prosjekt.

Helse Vest ble bedt om ein treårig sluttrapport i årleg melding 2016. Det ble bedt om å rapportere på følgjane:

«Det skal rapporterast på bruk av midlane i årleg melding for 2014. Årleg melding for 2016 skal innehalde ein tre års oppsummering av prosjekta. Det skal rapporterast på omfang av politioppdrag, brukartilfredshet og på utvikling mht. omfanget av akuttinnleggingar. Rapportering og oppsummering skal gjerast i samarbeid mellom helseføretaka og aktuelle politidistrikt, jf. oppdragsdokument for 2014 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014).»

RHF-a fekk i brev 8.6.2016 utsatt frist til sluttrapport til årleg melding 2017. Helse Vest har hatt prosjekt i alle helseføretaka. Vedlagt er sluttrapport frå Helse Stavanger (to rapportar), Helse Bergen og Helse Fonna (foreløpig sluttrapport). Oppsummering er som følgjer:

Helse Stavanger:

Prosjektet si målsetting har vore å sikre verdig transport av psykisk sjuke gjennom god samhandling mellom pasient, pårørende, politi og andre helsetenester. Det har òg våre ei målsetting at politiet skal bruke mindre ressursar på transport av psykisk sjuke.

For å nå måla har prosjektet tatt utgangspunkt i følgjande utsegn, og jobba målretta for å svare opp alle utsegnene:

«Pasienter opplever transporten av psykiatriambulansen som trygg og forutsigbar.

Tiltak: Pasient/ brukerundersøkingar og evalueringsmøter med bruker/pårørendeorganisasjonar

Politiet opplever redusert behov for bistand og opplever bruk av politiresurser som nødvendig i forhold til bistandsplikten

Tiltak: Statistikk fra politiet. Innhente uttalelse/ evaluering fra politiet

Personell i ambulansetjenesten generelt og på psykiatriambulansen føler seg kompetent og trygg som utøvere av helsetjenesten.

Tiltak: Personell i ambulansetjenesten: Evaluere kompetanseheevende tiltak og evaluere samarbeidsrutiner.

Andre utøvere av psykiatriske helsetjenester opplever psykiatriambulansen som en god samarbeidspartner

Tiltak: Evaluere psykiatriambulansens teneste hos AAT, legevakt, fastleger og bofellesskap

Psykiatriambulansens åpningstider er tilpasset behovet for tenesten.

Tiltak: Undersøke hvor stor andel av psykiatriske akutthenvendelser psykiatriambulansen håndterer.»

Helse Stavanger har rapportert på omfang av politioppdrag, brukertilfredsheit og på utvikling av omfanget av akuttinnleggingar. Sjå vedlagte sluttrapport.

Helse Bergen:

Helse Bergen fekk prosjektmidlar knytta til samspel mellom psykiatriambulansen og akutt ambulante team ved Kronstad DPS. Målet var å sjå på korleis eit systematisk samarbeid mellom psykiatriambulansen og det akuttambulante teamet kunne styrke kompetansen innan dei prehospitale akuttpsykiatriske tenestene ved mellom anna å sjå på:

- Felles planlegging av dei prehospitale tenestene
- Styrke fag- og kompetanseutvikling innan akuttpsykiatri
- Sikre riktig kompetanse gjennom vidareutvikling av psykiatriambulansen sitt kompetanseprogram
- Sikre ansvarsavklaring innan dei prehospitale tenestene ved Haukeland universitetssjukehus

Realiseringa av prosjektet har vore meir krevjande enn forventa. Ei omstrukturering av dei ambulante tiltaka ved Kronstad DPS førte til at den del av prosjektet som var retta inn mot det akuttambulante teamet ved Kronstad DPS ikkje kunna la seg realisere innan ei realistisk tidsperiode. Denne situasjonen førte til at prosjektet fokuserte meir på vidareutvikling av psykiatriambulansen sitt kompetanseprogram; korleis skal ambulanspersonell ivareta sine oppgåver på ei god måte? Det er utarbeidd ein rettleiar som skisserar korleis ambulanspersonell kan ivareta sine oppgåver. Rettleiaren, som er tufta på erfaringsbasert kunnskap, tek opp i seg daglege situasjonar for personell i dei prehospitale tenestene, og viser korleis oppdraga kan gjennomførast på ein trygg måte både for pasient og ambulanspersonell.

Helse Bergen har rapportert på omfang av politioppdrag, brukarmedverknad og på utvikling av omfanget av akuttinnleggingar. Sjå vedlagte sluttrapport.

Helse Fonna:

Helseføretaket engasjerte prosjektleiar i tre år. Prosjektet starta opp i august 2015. Dei oppretta samarbeid med politiet i Haugaland- og Sunnhordland politidistrikt og med legevakta i Haugesund og Karmøy.

Prosjektgruppa har arbeidd med talgrunnlag, kartlegging av no-situasjon og analysar av talgrunnlag. Det har vore fokus på gjennomføring av tiltak og aktivitetar retta mot samarbeidet mellom ambulansetenesta og politi, samt kompetansehevande tiltak for ambulansetenesta.

Vedlagte rapport er ikkje ein sluttrapport då Helse Fonna fortsatt held på med deloppdrag 2. Dei leverar sluttrapport i løpet av våren.

Helse Fonna har rapportert på omfang av politioppdrag, brukarmedverknad og på utvikling av omfanget av akuttinnleggingar. Sjå vedlagte rapport.

Helse Førde:

Helse Førde har oppretta akuttmedisinske samhandlingsforum med faste deltakarar frå ambulanse, legevaktsentralar, AMK sentralar og psykisk helsevern. Ein av oppgåvene i samhandlingsforumet er å sjå på etablering av betre rutinar for samhandling med psykisk sjuke.

I tillegg har Helse Førde brukt prosjektmidlane til fagdag for over 200 tilsette i prehospitala tenester, AMK og ambulansepersonell. Fagdagen hadde tematikk kring akutt psykiatri.

Talgrunnlag og rapportar som syner utviklingstrekk for omfang av psykiatrioppdrag er under utforming. Oversikta manglar framstilling frå ein del politioppdrag, og sluttrapporten kan tidligast bli levert medio februar 2018.

- Det vises til departementets brev av 30. mars 2017, der Helsedirektoratet sammen med de regionale helseforetakene ved kompetansesentrene for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri bes om å bistå i arbeidet med å planlegge for nasjonal utbredelse av modell for rettspsykiatri. Helse Midt-Norge RHF skal etablere en styringsgruppe med blant annet SIFER, Domstolsadministrasjonen og Riksadvokaten. Styringsgruppen skal bidra med å sette i verk og kvalitetssikre oppdragene for nasjonal utbredelse.

Oppdraget blei gitt til St Olavs Hospital HF. Styringsgruppa blei etablert våren 2017 og hadde sitt første møte i juni 2017.

Sluttrapport for prosjektet blei levert 8. januar 2018.

3.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik

Andre oppgåver 2017:

- Det ble gjennomført felles foretaksmøte med de fire regionale helseforetakene 24. april 2017. Foretaksmøtet la vekt på at akuttfunksjonene gjennom dette møtet ble avklart, for å sikre forutsigbarhet og ro rundt det videre arbeidet med utviklingsplanene som skal ferdigstilles i 2018.

Odda sjukehus har spesielle utfordringar på grunn av sin geografiske beliggenhet og risiko for stengte vegar. Helse Vest RHF skal sikre at Helse

Fonna sin plan for implementering av føretaksmøtet sitt vedtak ivaretek følgjande:

- Odda skal være et akuttssjuehus. Tilbudet ved Odda sjukehus skal være framtidsrettet og vidareutvikles i samsvar med nasjonal helse- og sykehusplan, være forsvarlig, forutsigbart og ivareta tryggheten, og er en viktig del av beredskapen for befolkningen.

Tilbodet og beredskapen ved Odda sjukehus er framtidsretta og vil bli vidareutvikla i samsvar med nasjonal helse- og sjukehusplan. Helse Fonna har i 2017 kontinuerleg forsøkt å rekruttere fast tilsette kirurgar til Odda sjukehus utan å lykkast med dette. I dag er drifta basert på innleige og vikarar som gir ein utfordring med tanke på framsynt planlegging. Føretaket vurderer at tilbodet i dag er forsvarleg. Dette kan bli endra om det ikkje lykkast å rekruttere kvalifisert kompetanse, spesielt når det gjeld spesialistar innan generell kirurgi.

Helse Fonna har i dag fordelt oppgåver innan kirurgi til Odda sjukehus. Om det blir endringar i funksjonsfordeling i kirurgi i Helse Vest vil føretaket vurdere om allereie tildelte funksjonar til Odda sjukehus må endrast.

- Sjukehuset skal kunne handtere situasjonar med akutte alvorlig sjuke eller skadde pasienter/traumepasienter, og stabilisere for vidare transport. Dette gjeld både akutte alvorlige medisinske og kirurgiske tilstand. Den samlede beredskapen for befolkningen tilhørende Odda sjukehus skal være på samme nivå og gi tilsvarende trygghet som i dag. Den samlede kompetansen som finnes på sykehuset, og som er i beredskap, skal selvsagt kunne brukes i akutte alvorlige situasjonar.

Sjukehuset kan handtere situasjonar med akutt alvorleg sjuke eller skadde pasientar/traumepasientar, og stabilisere for vidare transport. Den samla beredskapen for befolkninga tilhøyrande Odda sjukehus er på same nivå som tidlegare.

- Kirurg/ortoped skal behandle pasienter på skadepoliklinikken, og skal være tilgjengelig for sykehuset på døgnbasis.
- Anestesilege og medisinsk overlege skal være tilgjengelig på døgnbasis.

Generell kirurg er i vakt. Det er ikkje oppretta eigen skadepoliklinikk, men etablert felles legevakt for indre Hardanger på sjukehuset. Dette er eit lenge etterspurt tilbod både frå kommunar og føretak for å samle kompetanse ved Odda sjukehus. Legevaktslegane har kort veg til å konferere med spesialistkompetanse og tilgjenge til laboratorie- og radiologiundersøkingar.

Anestesilege og medisinsk overlege er tilgjengeleg på døgnbasis. Det har i periodar i 2017 vore utfordringar med å dekke vakt for anestesilegar. Helse Fonna har fortløpande løyst desse utfordringane.

- Sykehuset skal gjennomføre kompetansehevende tiltak og regelmessig trening slik at personellet er forberedt på å håndtere akutte situasjoner.

Helse Fonna gjennomfører kontinuerleg kompetansehevende tiltak, kurs og trening for aktuelle medarbeidarar ved Odda sjukehus slik at dei er førebudd på å handtere akutte situasjonar.

- Det skal utarbeides en beredskapsplan med tiltak for å møte ulike scenarier, herunder en situasjon med stengte veier. Beredskapsplanen utarbeides i samarbeid med de ansatte ved Odda sjukehus, med kommunene og øvrige aktuelle aktører.

Helse Fonna har starta arbeidet med å koordinere eksisterande beredskapsplan med kommunane, inklusiv delplan for stengte veger.

Helse Vest vil etter dialog med Helse Fonna koma attende til endeleg organisering av akutt tilbodet i Odda, i tråd med føringar gitt i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet.

- Som følge av beslutninger i Nye metoder og gjennom overføring av flere legemidler fra folketrygden, utgjør finansiering og forvaltning av legemidler en stadig større oppgave for de regionale helseforetakene. Dette setter økte krav til regionale helseforetaks kapasitet til å forvalte legemiddelområdet, og fordrer evne til å realisere gevinster både gjennom anbudskonkurranser og overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler.

I 2018 tas det sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Som varslet i Prop. 129 S (2016–2017) legges det opp til å overføre finansieringsansvaret for gjenværende legemidler i noen legemiddelgrupper/terapiområder der finansieringsansvaret allerede er overført, samt for terapiområder der det forventes nye legemidler som kan føre til konkurranse. Dette vil blant annet omfatte legemidler til behandling av hiv, hepatitt B, alvorlig astma og mastocytose. For at de regionale helseforetakene skal få tid til å forberede seg til overføringen, herunder bestille metodevurderinger, ble dette varslet allerede i Prop. 129 S (2016–2017).

De regionale helseforetakene skal:

- Etablere tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre anbudskonkurranser knyttet til legemidler finansiert av regionale helseforetak, herunder legemiddelgrupper som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2018. Kapasiteten skal dimensjoneres med sikte på å realisere gevinstpotensialet knyttet til anbud.

- Sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus.
 - Sørge for tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger. Departementet viser i denne sammenheng til at det i statsbudsjettet for 2016 ble understreket at dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som da ble lagt til grunn for SLVs og FHIs bevilgninger og rammer, kan disse finansieres over regionale helseforetaks egne rammer.
- De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for hvordan disse styringskravene er fulgt opp.

Samandrag frå rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet sendt 1. november 2017 frå dei regionale helseforetaka ved Helse Sør-Øst RHF:

Kapasitet til forvaltning av legemiddelområdet i dei regionale helseforetaka

Dei regionale helseforetaka vil som følgje av auken i oppgåver knytt til legemiddelområdet og kompleksiteten innan området vurdere å styrkje eigen kapasitet. Dette inkluderer også behovet for tettare oppfølging av helseforetaka og føreskrivarar utanfor egne foretak.

Føringar frå dei regionale helseforetaka

Dei regionale helseforetaka vil vere meir aktive og tydelege i form av overordna føringar innan legemiddelområdet. Dette gjeld til dømes føringar om at bytte til rimelegare faglege likeverdige legemiddel som hovudregel skal gjelde alle pasientar utan medisinske kontraindikasjonar og ikkje berre nye pasientar.

Forankring av LIS-anbefalingane i dei regionale helseforetaka

Mandatet for LIS-spesialistgruppene blir formalisert og godkjend av dei regionale fagdirektørane. Etter at LIS-anbefalingane er utarbeidd blir anbefalingane sendt til dei regionale fagdirektørane, som gir sin tilslutning til at anbefalingane blir følgt opp i egne helseforetak.

Tettare oppfølging av helseforetaka

LIS utarbeidar, i samråd med spesialistgruppa, måltal for den enkelte konkurranse for eit realistisk bytte. Dette kan dei regionale helseforetaka følgje opp i styringslinja. Det blir anbefalt at helseforetaka aktivt følgjer opp reseptdata som ligg føre i oppgjersordninga, blant anna kven som føreskriver H-reseptlegemiddel. Implementering og oppfølging av faglege likeverdige legemiddel skal følgjast ved å bruke «Sykehusenes legemiddelstatistikkverktøy (<https://sls.slmk.no>).»

Andre tiltak for å understøtte LIS-anbefalingane

ISF-ordninga bør tilpassast behovet for raskare opptak av nye legemiddel, slik at ordninga ikkje risikerer å bidra til å undergrave LIS-anbefalingane eller gi vridningseffektar. Helsedirektoratet har sett i gang eit arbeid for å sjå på dette. Det bør

også sikrast at ISF-ordninga blir handtert likt i regionane slik at ulike praksis ikkje medfører ulike tilgang til legemiddel for pasientane. Det er sett i gang eit arbeid for å gjennomgå grenseoppgangen mellom *Nye Metodar* og anbudsprosessen, for blant anna å sikre at avgjerder i *Nye Metodar* ikkje går på tvers av anskaffingsregelverket. Arbeidet skal bli ferdigstilt i desember 2017. Det blir anbefalt at det blir satt i gang eit arbeid for å sørge for betre koordinering mellom nasjonale faglege retningslinjer/handlingsprogram og LIS-anbefalingar.

Virkestoff-føreskriving og substitusjon i apotek

Det er i prinsippet ikkje noko til hinder for at bytte til rimelegaste generiske/biotilsvarande LIS-preparat kan bli utført i apotek, dersom det ligg føre ein avtale som sikrar at LIS-tilrådinga blir følgt. Dette er ein mogleg veg til raske omstillingar til det til ein kvar tid rimelegaste generiske/biotilsvarande alternativet, der føreskrivande lege ikkje har gjort ein reservasjon mot bytte. Det kan vere behov for avklaringar/forskriftsendingar innan nokre område ved bytte i apotek. Det arbeidet som er sett i gang om bytte i H-reseptordninga bør vidareførast.

Kapasitet til anbuds konkurransar

Både verdien og talet på anbud i LIS har auka kraftig dei siste 3 åra, og med komande overføringar og innføring av nye legemiddel vil veksten fortsette. LIS er tilført 7 nye stillingar i løpet av 2017, og det er planlagt for nye stillingar i 2018. Bemanninga vil gjennom dette vere meir enn fordobla og behovet for ytterlegare styrking blir vurdert fortlaupande. Kapasiteten blir vurdert som tilstrekkeleg for å dekke behovet i 2017 og for planlagde aktiviteter i 2018.

Tilgjengeleg strukturert legemiddelinformasjon

Spesialisthelsetenesta har per i dag ikkje tilgang til ei oppdatert nasjonal kjelde for legemiddeldata til bruk i relevante arbeidsprosessar og aktivitetar (ordinering, avgjerdsstøtte, logistikkinformasjon mv.) Ein viktig føresetnad for overgang til fagleg likeverdige legemiddel er at legen har tilstrekkeleg informasjon på føreskrivingstidspunktet. Ein utfordring med dagens system er at føreskrivande lege ikkje har tilgang til avtaleprisar og tilrådingar gjennom dei elektroniske systema.

Prosjekt SAFEST skal levere legemiddelinformasjon frå éin oppdatert nasjonal kjelde som kan takast i bruk som nasjonal kjelldata i spesialisthelsetenesta, FEST. I vente på ein elektronisk løysing har LIS starta eit arbeid for forenkla og tydelegare LIS-tilrådingar. I samarbeid med spesialistgruppene blir det utarbeida informasjonsmateriell til helsepersonell og pasientar tilsvarande «likeverdige (generisk) bytte i apotek». Det blir vidare sett i gang eit arbeid for å sikre betre informasjon om og formidling av LIS-tilrådingane til avtalespesialistane.

Kapasitet til metodevurderingar

Talet oppdrag om metodevurderingar til Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet har auka kraftig sidan etableringa av *Nye metodar* i 2013. Dette gjeld særleg metodevurderingar av nye legemiddel og indikasjonutvidingar i regi av

Statens legemiddelverk. Basert på dei oppdraga som er gitt og forventa marknadsføringstillatingar i 2018, samt ein føresetnad om same metodikk for metodevurderingar, anslår Statens legemiddelverk at behovet for 2018 vil vere 28,2 årsverk. Dette vil sei eit behov for auke ressursar tilsvarande 14,7 årsverk.

Folkehelseinstituttet vil ikkje sjå vekk i frå at det kan vere behov fleire ressursar i vidare arbeid med metodevurderingar. Begge utgreiingsinstansane ønskjer dialog for å finne meir effektive måtar å levere avgjerdsgrunnlag på. Det blir starta ein dialog med SLV og FHI om korleis dette skal handterast framover. Dette inkluderer meir effektive og raskare måtar å levere avgjerdsgrunnlag på, for å redusere både framtidige kapasitetsbehov og saksbehandlingstid.

Kva Helse Vest RHF i tillegg har gjort:

Helse Vest RHF ga styringskrav til helseføretaka i 2017 om å sikre seg tilgjengeleg strukturert legemiddelinformasjon for å understøtte bruk og føreskriving av legemidlar i sjukehus i samsvar med nasjonale føringar og regionale avgjerder/legemiddelval.

Meona (elektronisk legemiddelkurve i Helse Vest) bruker strukturert dosering. Dette vil seie at alle einingar i Helse Vest som har tatt i bruk Meona har tilgjengeleg strukturert legemiddelinformasjon i sine føreskrivingar av legemidlar i sjukehus. For å kvalitetssikre legemiddellista har ein i pilot tatt i bruk import av pasienten si legemiddelliste frå *Kjernejournal* og *Forskrivingsmodulen*. Piloten viser at legemidlar som blir importert frå *Kjernejournal* eller frå *Forskrivningsmodulen* utan å vere føreskriven i strukturert form vil bli importert til Meona utan dosering, og legen må i desse tilfella dosere manuelt.

Det blir jobba saman med leverandøren Meona for å få dokumentasjon på legemiddelsamstemming inn saman med legemiddelinformasjonen. Det står igjen å få strukturert eksport til kommunehelsetenesta / reseptformidlar på plass i Meona.

- De regionale helseføretakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.

Det er etablert ei løysing for informasjon om kliniske studiar på - kliniskestudier.helsenorge.no.

Arbeidet med å utvikle løysinga held fram og i 2018 vil løysinga bli knytta til felles nettløysing for spesialisthelsetenesta, slik at pasientar og pårørande kan finne informasjon om studiar knytta til ulik aktuell utgreiing og behandling. Det ligg til forskingsmiljøa å presentere studiar i løysingar, og ved å knytte løysinga til helseføretaka sine nettsider vil ein ta ut ein større del av potensiale for å presentere fleire studiar for målgruppene.

- Siden 2015 har sykehusene re-gransket celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. De regionale helseforetakene må sørge for at sykehusene har gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regransking av tidligere prøver. Det vises også til økning i tilskudd til Kreftregisteret omtalt i vedlegg 1.

I Helse Vest er det Helse Bergen og Helse Stavanger som deltek i screeningprogrammet. Det er i disse to føretaka utarbeidd rutinar for å sikre at informasjon blir gitt på god måte til pasientane. Helse Stavanger har i samarbeid med Kreftregisteret gått igjennom prosedyrar og praksis for regransking av prøvar med forandra diagnose. Informasjon til pasientane som får endra diagnose som følgje av tidlegare celleprøve, som har vore feiltolka, blir tatt i vare av behandlande lege på vanleg måte som del av ordinært legearbeid i tråd med Kreftregisteret sin manual.

- Det tas sikte på en omlegging av Raskere tilbake-ordningen fra 2018. Med forbehold om Stortingets behandling av statsbudsjettet 2018, vil dagens midler i Raskere tilbake-ordningen på kap. 732, post 79 og helserelevante midler i ordningen på kap.732, post 70, overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling (kap. 732, postene 72-77) i 2018. Dette innebærer at midlene inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF under post 76 og polikliniske refusjoner under post 77. Med grunnlag i de regionale helseforetakenes anbefalinger, forutsettes det at tilbud med gode resultater videreføres. Hvert regionale helseforetak skal i 2018 videreføre sine kjøp av helsetjenester knyttet til tidligere Raskere tilbake midler på samme nivå som i 2017. For å unngå brudd i pasientenes behandlingsforløp, skal hvert regionale helseforetak vurdere mulighetene for forlengelse av avtaler der det er aktuelt.

Hausten 2017 har det i Helse Vest vore gjennomført fleire møte med helseføretaka, der konsekvensar av omlegginga har blitt drøfta og forventta tiltak i helseføretaka har blitt konkretisert. Omlegginga inneber at midlane for 2018 blir fordelt mellom helseføretaka etter inntektsmodellen, og at midlane skal nyttast til å vidareføre og opprette tiltak med god effekt og som bidrar til samtidighet i behandling og arbeidsretta bistand, integrert i det ordinære pasienttilbodet. Midlane skal primært kome personar med muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidingar til gode.

Helse Vest RHF har presisert for helseføretaka at deltaking i arbeid/utdanning har dokumentert god effekt på helse og livskvalitet, og vil vere eit viktig moment i rettighetsvurdering av tilvisingar etter omlegginga.

Helse Vest RHF legg opp til å følgje med i utviklinga av tilbodet. I tillegg til at pasientar som får behandling gjennom tilbod som blir vidareført eller oppretta etter Raskare

tilbake, vil bli registrert med debitorcode 20, har også Helse Vest RHF presisert for helseføretaka at dei systematisk skal nytte prosedyrekodene OABI00 (Kartlegging av funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning) og OBBJ00 (Aktiviteter relatert til å behalde eller skaffe arbeid og utdanning) for dette tilbodet.

Helse Vest RHF legg opp til at helseføretaka og private ideelle i ein overgangsperiode på tre år kan søke om eigne stimuleringsmidlar til vidareutvikling og oppbygging av arbeidsretta behandling. Dette er ubrukte midlar frå tidlegare raskare tilbake-ordning. Delar av desse midlane blir også nytta til ei overgangsordning som reduserer ein negativ omfordelingseffekt for nokre av helseføretaka.

Hausten 2017 prolongerte Helse Vest RHF tidlegare raskare tilbake-avtaler med private rehabiliteringsinstitusjonar, ut 2018. I 2018 tar ein sikte på å gjennomføre eit nytt kjøp av rehabilitering med arbeid som mål. Helse Vest RHF har inngått nye avtaler med to private leverandørar innan psykisk helsevern om polikliniske arbeidsretta behandlingstilbod for personar med angst og depresjon.

- Utgiftene til laboratorievirksomhet ved sykehusene (kap. 732, post 77) har vist en langvarig og sterk vekst. Veksttakten i 2017 har økt. Departementet vil vurdere alternative tiltak i forslag til statsbudsjett 2018. Laboratorieanalyser kan rekvireres av både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ber de regionale helseforetakene kartlegge om rekvisisjonene inkluderer den nødvendige (kliniske) informasjon som er nødvendig både for å vurdere om prøvene faktisk skal analyseres og for å tolke analysene. De regionale helseforetakene skal også foreslå tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Departementet ber om at resultatet av kartleggingen samt forslag til tiltak sendes til departementet innen 1. mai 2018.

Helseføretaka har vurdert kva for rekvisisjonar som inneheld kliniske opplysningar og finn at dette først og fremst omfattar mikrobiologi og patologi.

Helse Bergen har tatt i bruk rettleiing i elektronisk verktøy for rekvirering både i DIPS (internt i sjukehusa) og i DIPS Interactor (for primærhelsetenesta og avtalespesialistar).

Rettleiinga er laga i eit samarbeid mellom praksiskonsulentar (fastlegar) og legar ved Laboratorieklinikken. Det er også lagt inn elektronisk krav til obligatoriske kliniske opplysningar til analysar der dette er heilt nødvendig.

Kommunikasjon mellom ulike datasystem for laboratorium og klinikk, til dømes ved hjelp av ein «chattefunksjon» kan også tenkast å betre dette, då ein raskt kan innhente nødvendige supplerande kliniske opplysningar. Dette blir vurdert i arbeidet med krav til framtidige laboratedatasystem i Helse Vest.

Helseføretaka legg og til rette for tett dialog med praksiskonsulentane for å sikre godt

samarbeid og opplyse om viktigheten av absolutt korrekt og tilstrekkelig utfyllt rekvisisjon.

Helse Vest vil jobbe vidare med denne problemstillinga i nylig etablert regionalt nettverk for laboratorietenester mellom anna for å samordne kunnskap om situasjonen og tiltak for å sikre at tilvisingane inneheld tilstrekkeleg klinisk informasjon der det er nødvendig.

- Helse Nord RHF skal lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Dette er en oppfølging av oppgave gitt i oppdragsdokument 2017. Prosjektet bør i tillegg omfatte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, FHI, KS, relevante profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner.

Det er etablert eit felles regionalt prosjekt under leiing av Helse Nord RHF. Fem nye samvalsverktøy er i slutfasen: hofteartrose (i samarbeid med Helse Sør-Øst), kneartrose, graves, brystkreft (i samarbeid med Helse Sør-Øst) og prostatakreft med sprenging.

Fire nye samvalsverktøy er under start/produksjon:

Myomer, TAVI¹¹ og normaltrykks hydrocephalus. Helse Vest RHF har tatt initiativ til utarbeiding av samvalsverktøy for pasientar med psykoselidingar.

Modellen *Mine behandlingsval* blir oppretthaldt og skal bli vidare utvikla og vedlikehalde. Det er nært samarbeid med ulike eksterne parter.

- Med utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport «Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre (2016) og de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar (og ansvar for etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre)», skal de regionale helseforetakene sammen utarbeide en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. Planen skal inkludere fremtidig håndtering av områder med lavt pasientvolum og mulighet for internasjonalt samarbeid i nordisk og europeisk regi. Helse Nord RHF skal koordinere arbeidet.

Utgreiinga vert gjennomført av Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre, SKDE. Det er oppretta ei styringsgruppe på fagdirektørnivå. Arbeidet er noko forsinka grunna manglande tilbakemelding frå styringsgruppa. Arbeidet er venta å bli ferdig våren 2018.

- De regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med og følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene,

¹¹ TAVI = Transkateter-aortaventil-implantasjon

herunder sette i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt og som er innenfor de regionale helseforetakenes ansvarsområde, herunder helseforetakene. Det vises til Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, og Stortingets behandling av denne, jf. Innst. 297 S (2016-2017).

Saka er drøfta med helseføretaka, og Helse Vest RHF skal nå invitere til eit felles prosjekt for å gjennomgå kodepraksis med helseføretaka.

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utrede en nasjonal ordning med et ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for annen etablert behandling i Norge eller utlandet. Panelet skal også gi pasienter en likeverdig mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier i Norge eller utlandet. Utredningen skal omfatte forslag til organisering, praktisk tilrettelegging og finansiering av ordningen, herunder sekretariatsfunksjon. Ordningen skal ivareta ulike pasientgrupper og fagområder og bør der det er hensiktsmessig utnytte kompetansen i nasjonale tjenester eller internasjonalt gjennom de europeiske referansenettverkene (ERN). Det bør ses hen til annet relevant pågående arbeid i de regionale helseforetakene om tilgang til legemidler uten markedsføringstillatelse. Det legges til grunn at ordningen finansieres innenfor gjeldende rammer og etablerte finansieringssystemer. Vi ber om at en utredning sendes departementet innen 1. november d.å. Det tas sikte på at ordningen etableres fra 2018.

Utgreiinga av ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetenesta for pasientar med alvorleg livsforkortande sjukdom blei forankra hos fagdirektørane og administrerande direktørar i dei regionale helseføretaka. Rapporten er sendt frå Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet den 1. november 2017.

Oppgåva med å etablere eit ekspertpanel er gitt til Helse Vest i Oppdragsdokumentet for 2018. Arbeidet med å etablere ordninga har starta.

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet utvikle pasientrettet informasjon for å gi pasienter bedre grunnlag for å velge om de vil delta i kliniske studier. Etikkmiljøer og pasientorganisasjoner bør trekkes inn i arbeidet. Informasjonen skal gjøres tilgjengelig på helsenorge.no og i alle sykehus.

Ny løysing for informasjon om kliniske studie er etablert som ein del av felles nettløysing for spesialisthelsetenesta. Den nye løysinga for kliniske studie gjer det enklare for forskarar å publisere informasjon om kliniske studie. Pasientretta informasjon er utvikla i samarbeid med Helsedirektoratet, og med dei regionale helseføretaka si strategigruppe for forskning, der også etiske problemstillingar har vore diskutert. Dette har bidrege til forbetring av struktur og innhald i informasjon.

Ny tekst er lagt ut på helsenorge.no. Vidare er opplegg for informasjon knytt til individuelle kliniske studie er strukturert og skal om kort tid bli vist på helsenorge.no med mulighet for lenke fra helseføretaka sine egne nettsider.

4. Rapportering på krav frå føretaksmøtet

Rapporteringa skal følgje struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll frå føretaksmøtet i januar. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte skal leggjast til i avsnitt 4.2, samen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

4.1 *Krav og rammer for 2017*

- **Styring og oppfølging**
 - utarbeide utviklingsplanar innan 31. desember 2018, slik at det ligg føre samla regionale planar som grunnlag for arbeidet i neste nasjonale helse- og sjukehusplan.

Kravet er vidareført til helseføretaka med krav om at utviklingsplan skal ligge føre i kvart helseføretak innan 30. juni 2018. Planane vil utgjere grunnlaget for den regionale utviklingsplanen og alle planane vil bli lagt fram for styret i Helse Vest RHF hausten 2018.

For å sikre lik tilnærming til arbeidet på tvers av helseføretaka har Helse Vest etablert faste møtepunkt med alle helseføretaka.

- etablere eit samarbeidsutval for miljø- og klimatiltak med representantar frå alle fire regionar, samt Sjukehusbygg HF og Sjukehusinnkjøp HF. Arbeidet må organiserast slik at det blir eit hensiktsmessig samarbeid med verneteneste og tillitsvalde.

Samarbeidsutvalet er etablert, og har vore i drift sidan januar 2017. Utvalet er leia av Helse Vest RHF og har følgjande samansetting:

- Utvalsleiar
- Dei fire leiarane av regionale miljøfaggrupper
- 1 representant frå Sjukehusbygg HF
- 1 representant frå vernetenesta
- 1 representant frå tillitsvalde
- finne eit hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetenesta sitt arbeid med samfunnsansvar.

Arbeidet blir ivareteke av samarbeidsutvalet for miljø- og klimatiltak. Arbeidet vil bli ferdigstilt vinteren 2018 som grunnlag for lik/felles rapport for kalenderåret 2017.

- utvikle nasjonale system for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i innkjøp av legemiddel, som sikrar at krava vert følgde i heile leverandørkjeda.

I delrapport om legemidlar og miljø frå 2015, som var ein del av det nasjonale prosjektarbeidet *Miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten* (Grønt sykehus), blei det peikt på at det i samband med produksjon i farmasøytisk industri, skjer lokale utslepp til omgivnaden av verkestoffer som bidrar negativt til utviklinga av antibiotikaresistens. Dette gjeld særleg i India og Kina.

Dei regionale helseføretaka har bedt Sykehusinnkjøp om å hente kunnskap frå det pågåande arbeidet i Sverige med å utvikla og setje etiske krav knytt til innkjøp av legemiddel, for å motverke slike skadelige utslepp. Formåla er å utvikle nasjonale system for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffingar av legemiddel, som sikrar at krava blir følgt opp i heile leverandørkjeda.

Sykehusinnkjøp har i 2017 initiert eit nordisk samarbeid om oppfølging av leverandørar av legemiddel, og en pilot på sporbarheit av antibiotika og produsentar av aktivt verkestoff. Dette samarbeidet dekker både arbeidstakarrett i verdikjeda og miljøbelastning, inkludert risiko for utvikling av antibiotikaresistens. I tillegg til samarbeidet med svenske, danske og islandske innkjøpsorganisasjonar, har Sykehusinnkjøp parallelt sett ned ei nasjonal arbeidsgruppe med Statens legemiddelverk og bransjeorganisasjonane, i tillegg til deltaking i Legemiddelindustriforening (LMIs) miljøfaggruppe. Nasjonale innspel tas med vidare i den nordiske diskusjonen om ambisjon for felles basiskrav. Det er i tillegg satt i gang et forprosjekt for å spore utslepp frå Active Pharmaceutical Ingredient (API) produsentar.

Organisatoriske krav og rammer:

- **Openheit og dialog i helseføretaka**
 - samarbeide om å auke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategiar og tiltak, og utvikle felles indikatorar for å måle forbetringar i forholdet mellom leiinga og tilsette.

Helse Vest arrangerer felles regionale samlingar for føretakstillitsvalde og føretakshovudverneombod i føretaksgruppa to gonger i året. Desse samlingane er ein viktig arena for å byggje fellesskap, forstå medverknad og samspill.

ForBetring - Ny nasjonal, årleg undersøking er ei «samansmelting» av tidlegare HMS-, pasienttryggleik- og medarbeidarundersøkingar. Undersøkinga kartlegg ulike sider ved arbeidsmiljø, pasienttryggleikskultur og HMS (helse, miljø og sikkerheit), som kan ha samanheng med risiko for uønskte hendingar, eller verke negativt på tenesta si kvalitet og medarbeidarane si helse og engasjement. Det er utvikla ein rapport med resultat frå ForBetring undersøkinga for leiarar, medarbeidarar, verneombod og tillitsvalde. Resultatrapporten skal gi informasjon til å kunne redusere risiko for uønskte hendingar, blant anna ved å forbetre lokalt arbeidsmiljø og tryggleiksskultur. Resultatrapporten er utvikla av Helse Vest RHF i samarbeid med føretaka i arbeidsgruppa teknologi. Rapportutkast er presentert for eit utval leiarar, regional PO Direktør, KTV og HKVO, og innspel er tekne med i utviklingsprosessen.

Resultatrapporten vil og bli nytta på nasjonalt og RHF-nivå, men berre på føretak og klinikknivå. Helse Vest RHF har fått i oppgåve å klargjere dette.

Resultata frå undersøkinga skal bidra til å utvikle felles indikatorar for å måle forbetringar i forholdet mellom leiinga og tilsette. Føretaka vil bidra i arbeidet på regionalt nivå med utvikling av aktuelle indikatorar.

Helse Bergen HF:

Formelle og uformelle møte mellom leiinga og tillitsvalde har vore vektlagt for å sikre ein god dialog, og føretaket hadde ei felles samling i mai med tema samarbeid og samhandling. Arbeidet vil bli kopla til den nye Forbetningsundersøkinga som kjem i 2018. Openheitsundersøkinga i Helse Bergen kom i stand og blei gjennomført i eit samarbeid mellom leiinga i Helse Bergen og Legeforeninga.

Undersøkinga har blitt nytta i internt forbetningsarbeid mellom leiinga, tillitsvalde og vernetenesta.

Helse Fonna HF:

Tydeliggjering av leiarlinjer og ansvarsavklaring er vidareutvikla gjennom arbeidet med stillingsbeskrivingar og implementering av desse. Retningslinjer for konflikthandtering, mobbing og trakassering og varsling er reviderte og implementerte. Føremålet er å bidra til ein velfungerande organisasjon med auka grad av å vere tydelig/føreseieleg, ryddig, open og formidle tillit.

Einingane i føretaket har gjennomført HMS-kartlegging, risikovurdering og utarbeida HMS-handlingsplan, i samarbeid mellom leiar, verneombod og medarbeidarar. Dette er ein viktig arena for samtale om arbeidsmiljø, bygd på tillit og openheit.

Helse Førde:

Helse Førde har det siste året hatt særlege utfordringar knytt til tillit mellom leiing og tilsette. Dette kan mellom anna henge saman med skifte i leiinga, utfordringar med økonomien og store omstillings og endringsprosessar. Tillit er grunnlaget for eit godt samarbeid. I ein organisasjon med mange leiarledd, og der det har vore utfordringar i relasjonane, tek det tid å bygge oppatt opplevde tillitsbrot. Helse Førde har av den grunn hatt eit særleg fokus på å styrke internkommunikasjonen. Det er utarbeidd analyse og ein er i ferd med å ferdigstille strategi og handlingsplan som skal setjast i verk i 2018. Målet er eit meir systematisk kommunikasjonsarbeid, der ein søker å nå ut til alle med viktig informasjon om kva som er grunnlaget for dei val som blir gjort. Tillitsvalde, verneteneste og leiarar har vore involverte i planlegginga av dette rammeverket. Det er naturleg å evaluere ved å gjere ei ny analyse når tiltaka er i verksette.

Helse Stavanger:

Administrerande direktør i Helse Stavanger har over tid hatt merksemd på viktigheten av openheit og dialog i helsetenesta. Dette har vore tema på fleire møter med tillitsvalde og vernetenesta, på leiarmøter og som sak i FAMU.

- **Utvikling av heiltidskultur**

- motivere og leggje til rette for at tilsette vel høgare stillingsprosent og helst 100 pst. stilling, i samarbeid med organisasjonane, tillitsvalde og utdanningssektoren.

Føretaksgruppa Helse Vest har ein policy om at føretaka skal utvikle ein heiltidskultur for dei medarbeidarane dei har no, og ved tilsetjing av nye medarbeidarar. Det skal ikkje tilsettast nye medarbeidarar før ein har tatt ut potensialet som ligg i å auke opp stillingsbrøkane for dei som har deltidsstillingar og som ønskjer større stilling. Føretaka skal vidare sørge for at ein som hovudregel brukar faste stillingar, og avgrensar bruken av midlertidige stillingar og vikariat til eit nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9). Målet er flest mogleg tilsette i heile faste stillingar. Helse Vest har ein eigen «Heiltidsmodul» kor medarbeidarar kan registrera ønskje om høgare stillingsprosent. Dette gir leiarar viktig og god styringsinformasjon som mellom anna kan nyttast i arbeidsplanlegging.

Helse Vest har sidan desember 2010 rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet på endring av stillingsprosent til alle fast tilsette. Datagrunnlaget for denne rapporteringa er basert på Agresso og heiltidsmodulen. I oktober 2017 hadde styret i Helse Vest ei sak om «Heiltidskultur» der det blei presentert ein analyse av utvikling i gjennomsnittleg stillingsprosent (brutto månadsverk delt på tal på tilsette i helseføretaket) og kva yrkesgrupper/kompetanseområder vi bør retta fokus på framover for å betre nytte arbeidskraftpotensiale. Sidan desember 2010 til desember 2017 har 6 826 medarbeidarar fått høgare stillingsprosent i føretaksgruppa Helse Vest. Av disse har 4 538 fleire medarbeidarar per desember 2017 fått 100 % stilling og 2 288 har per desember 2017 fått høgare stillingsprosent.

Følgjande krav er stilt til helseføretaka når det gjeld utvikling av heiltidskultur i styringsdokumentet for 2017:

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å motivere og leggje til rette for at tilsette vel høgare stillingsprosent og helst 100 pst. stilling, i samarbeid med organisasjonane, tillitsvalde og utdanningssektoren.
- Sikre at helseføretaka i større grad enn no tilbyr nyutdanna helsepersonell heile faste stillingar.
- Jobbe mot målet om å lyse ut 100 prosent-stillingar.

Helseføretaka rapporterer følgjande:

Helse Vest IKT og Sjukehusapoteka Vest:

Helse Vest IKT har i all hovudsak stillingar i 100 prosent i alle avdelingar. Dette gjeld også i Sjukehusapoteka Vest.

Helse Stavanger:

Helse Stavanger samarbeider med arbeidstakarorganisasjonane, og jobbar aktivt med å redusere deltid og midlertidig tilsetning. Ved ledighet i deltidstillingar skal leiarane alltid vurdere om det er mogleg å lyse ut heiltidsstilling. Deltidstilsette som ønskjer større stillingsstorleik blir oppmode om å registrere dette i Heiltidsmodulen. Gjennomsnittleg stillingsstorleik i Helse Stavanger per oktober 2017 er 89 %.

Helse Fonna:

Føretaket arbeider for at fleire skal få tilbod om auka stillingsbrøk/heiltid for fast tilsette. Dette skjer mellom anna gjennom samarbeid på tvers av fleire einingar, trainee-ordning, stillingsutvidingar og heiltidsstillingar i Bemanningssenteret. Alle hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar i fast stilling ved Haugesund og Stord sjukehus har fått tilbod om auka stilling/heiltid i Bemanningssenteret.

Helse Bergen:

Føretaket har hatt ei positiv utvikling når det gjeld å få fleire over på heile stillingar. I løpet av 2016 er det 117 fleire heiltidstilsette, samstundes som det er 78 færre med deltidstillingar. Sommarvikariat for nyutdanna sjukepleiarar/vernepleiarar/helsefagarbeidarar, og studentar er i hovudsak heile stillingar. I år er fleire nyutdanna også tilsett i faste fulle stillingar i staden for sommarvikariat.

For deltidstilsette som ønskjer høgare stilling, er det lagt til rette for det ved å arbeide på fleire einingar. Vi besøker utdanningsinstitusjonar årleg der vi informerer om prosess for sommarjobbar/faste, heile stillingar mm.

Helse Førde:

Helse Førde arbeider tett med ulike samarbeidspartar for å sikre at flest mogeleg får så høg stillingsprosent som dei ynskjer. Blant anna brukar vi månadleg Stillingsutval til å gå igjennom alle utlyste stillingar for å sjå om dei kan lysast ut som faste heile stillingar, og vi har to drøftingsmøte i året knytt til bruk av deltidstilsette. Vi har også oppretta eit eige bemanningssenter med stillingar for tilsette som ynskjer å auke opp dagens deltidspersent til høgare total stillingsprosent.

Det er dei same tiltaka som gjeld dei viktigaste yrkesgruppene (jf. Helse Vest si styresak i oktober 2017 om heiltidskultur); sjukepleiar, jordmor, bioingeniør, miljøterapeut / miljøarbeidar, helsefagarbeidar / hjelpepleiar, ambulanspersonell og psykolog. Helse Førde har per no ikkje sjukepleiarar som ynskjer å auke stillinga si ved å arbeide i Bemanningssenteret i tillegg til den avdelinga dei er knytt til. Dette er noko vi vil prioritere i arbeidet med kulturendringar i tida framover. Helse Førde har i dag den høgaste gjennomsnittlege stillingsprosenten av føretaka i Helse Vest (89 prosent).

- sikre at helseføretaka i større grad enn nå tilbyr nyutdanna helsepersonell heile faste stillingar.

Helse Vest har utarbeida felles indikatorar «Tal og del heile faste stillingar for nyutdanna helsepersonell». Formålet er å vise i kva grad nyutdanna helsepersonell blir tilsett i heiltidsstilling etter ferdig utdanning.

Helse Bergen:

Sommarvikariat for nyutdanna sjukepleiarar/ vernepleiarar/helsefagarbeidarar, og studentar er i hovudsak heile stillingar, og i 2016 er fleire nyutdanna også tilsett i faste fulle stillingar i staden for sommarvikariat. Trainee-ordninga for sjukepleiarar er godt etablert i Helse Bergen, og dei har i år tilsett fleire enn tidlegare. Desse er tilsett i fysioterapi, faste stillingar i Bemanningssenteret, og dei dekkjer mange av vikariata i sjukehuset. I år starta sjukehuset samarbeid med Bergen kommune der trainee-sjukepleiarane får arbeidserfaring både frå primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Helse Stavanger:

tilbyr alle sjukepleiarar fast stilling og ønska stillingsstorleik dersom dei vil jobbe på fleire avdelingar.

Helse Fonna:

tilbyr i større grad nyutdanna sjukepleiarar heile faste stillingar gjennom trainee-ordninga og tilsetting i bemanningssenteret. Helsefagarbeidarar får i større grad tilbod om fast stilling etter avslutta læretid, eventuelt i kombinasjon med stilling i bemanningssentret.

Helse Førde:

tilbyr dei aller fleste nyutdanna medarbeidarar faste stillingar, med unntak av sjukepleiarar. Dette knytt til at sjukepleiarhøgskulen (som utdannar sjukepleiarar til heile fylket) utdannar fleire sjukepleiarar årleg enn det Helse Førde treng som følgje av turnover, og at størrelsen på føretaket ikkje forsvarer fleire tilsette i bemanningssenteret. Ein del nyutdanna sjukepleiarar startar derfor i vikariat i den første tida i Helse Førde, før dei får fast tilsetting. Mange små einingar i føretaket gjer det også vanskeleg å tilsette i fleire faste heiltidsstillingar. Føretaket har løpande fokus på dette, og framtidig bruk av og størrelse på bemanningssenteret kan vere med på å gi fleire i heil fast stilling.

- **Vald og truslar mot helsepersonell**

- bidra i Helsedirektoratet si kartlegging av omfanget av vald og truslar mot helsepersonell og medpasientar, og av korleis arbeidsgivarar i helsetenesta tar hand om beredskap for førebygging og handtering av vald og truslar som del av HMS-arbeidet.

Helse Vest har bidrege med kunnskapsgrunnlag til Helsedirektoratet sin rapport. Det er sendt over rapportar, oversikt over omfang, tiltak, prosedyrar med meir. I tillegg har

vi delteke i møte med Helsedirektoratet og dei andre regionane, og gitt fleire innspel til rapport.

- samarbeide med tillitsvalde og vernetenesta i arbeidet med å utvikle tiltak for å førebygge og ivareta beredskap for handtering av vald og truslar

Helse Vest jobbar kontinuerleg med å vidareutvikle god meldekultur. Nytt system for registrering av tilsetteskadar i Synergi, er under utrulling i alle føretaka. Dette skal gjere det enklare å få registrert tilsetteskadar på ein god måte, og det skal hjelpe oss å få ei meir sikker registrering av alvorlege skadar.

Vald og truslar om vald er eige tema i HMS-kartlegginga. Finkartlegging på temaet vald og truslar var obligatorisk i HMS-kartlegginga som var gjennomført på nyåret 2017. Denne kartlegginga var grunnlag for risikovurdering og utarbeiding av HMS-handlingsplan på alle nivå i 2017. Krava til risikovurdering for vald og truslar gitt i Forskrift om utføring av arbeid blei utvida frå 1.1.2017. Dei ekstra krava er innarbeidde i rutine og i skjema som vert nytta.

På samlingane for dei tillitsvalde, vernetenesta, BHT og HMS-medarbeidarar i mars var vald og truslar eit viktig tema på programmet. Det blir rapportert på vald og truslar kvar månad, og utfordringsbilete blir tatt opp med vernetenesta og tillitsvalde.

Føretaka har revidert prosedyrar for førebygging, handtering og oppfølging av vald og truslar om vald. Prosedyrane er vedtatt i AMU/FAMU. Alle føretaka har overordna retningslinjer for førebygging og handtering av vald og truslar. Det er gjennomført kurs i førebygging av vald og truslar for somatikk og kliniske støttefunksjonar. Innanfor psykisk helsevern har dei gjennomført TMA/TERMA-undervisning for alle medarbeidarar.

Helse Bergen:

arbeider med vidareutvikling av system for risikovurdering og opplæring. Dei har gjennomført opplæring i risikovurdering for leiarar, verneombod og tillitsvalde i nokre einingar der dei har jobba med vurdering og tiltak i sitt eige arbeidsmiljø. Klinikkk for psykisk helsevern har dette året hatt ein særleg gjennomgang av risikofaktorar og tiltak for førebygging i høve til vald og truslar.

Helse Fonna:

har dei sett Arbeidsmiljø og sikkerheitsklima med særleg fokus på vald og truslar på dagsorden i fleire klinikkar/einingar.

Helse Førde:

sitt arbeidsmiljøutval (FAMU) har oppretta eit eige prosjekt våren 2017 for å kartlegge omfang av vald og truslar mot helsepersonell og medpasientar. Utkast til nye, reviderte prosedyrar kjem til behandling i FAMU i januar 2018. Metoo-kampanjen har ført til auka merksemd på seksuell trakassering også i Helse Førde.

Helse Stavanger:

har vald og truslar som er ein integrert del av det systematiske HMS arbeidet. Dei gjennomfører fleire interne revisjonar med vald og truslar som tema årleg.

- samarbeide med dei andre regionale helseføretaka om å auke kunnskapsgrunnlaget på området og utvikle felles indikatorar for registrering, rapportering og oppfølging. Helse Vest RHF vert bedt om å leie dette arbeidet.

Helse Vest har saman med HR/HMS-indikatornettverket utarbeida felles indikatorar innanfor HMS, med formål å sikre at HMS avvik, ulykker, uønskte hendingar, nesten uhell/tilløp og farlege forhold blir rapportert, og følgt opp som eit ledd i ein kontinuerlig forbetningsprosess. Indikatoren for HMS-hendingar er revidert og tre nye indikatorar er på plass. For å sikre merksemd rundt det skadeførebyggjande arbeidet, og skape sunne og trygge arbeidsplassar har vi utarbeida ein Fråværsskadefrekvens – H1-indikator. For å sikre at vald og truslar mot medarbeidarar blir rapportert og følgt opp som eit ledd i ein kontinuerlig forbetningsprosess har vi utarbeida val og truslar-indikatoren.

Indikatorane blei diskutert og tilrådd av dei fire RHF-a.

- **Samordning på tvers av regionene**

- sikre at dei felleseigde nasjonale føretaka har rammer som sikrar utvikling i tråd med fastlagde mål og strategiar.

Dei felleseigde helseføretaka blir styrt gjennom årlege oppdragsdokument som angir krav og oppgåver, og fastset aktivitetskrav og eigarane si finansiering.

Det er etablert eit eige årshjul for styring og oppfølging av dei dei felleseigde helseføretaka. Arbeidet med oppdragsdokument og budsjett/finansiering inngår i årshjulet, og blir utarbeidd i nær dialog med det enkelte føretak.

- rapportere ved behov på status for felleseigde føretak i oppfølgingsmøter med departementet.

Statsråden gjennomførte den 7. juni 2017 eit møte med styreleiarar/dei administrerande direktørane i dei seks felleseigde helseføretaka. I møtet deltok i tillegg dei administrerande direktørane i dei regionale helseføretaka. Målet med møtet var å orientere om helseføretaka si verksemd, status og planar for utvikling framover og særskilte utfordringar.

Dei regionale helseføretaka rapporterer i tillegg til departementet på førespurnad.

- **Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen**

- Det er etablert eit samarbeid med Helsedirektoratet om utvikling av ein nasjonal modell for styrka fagleg dialog mellom legar i spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta innanfor helseføretaksområda (kollegagrupper). Helse Sør-Aust RHF vert beden om å ta eit særskilt ansvar for å gjennomføre ein pilot.

Utvikling av piloteringa har gått føre seg i 2017 i regi av Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst RHF har vore medverkande i arbeidet. Pilotprosjektet vil bli gjennomført i 2018.

- **Samordning på helseregisterfeltet**

- delta i styringsgruppa for program for utvikling av fellesløysningar for helseregistra og på registerområdet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Helse Vest deltek i styringsgruppa for dette arbeidet via fagsenteret for helseregistra. Arbeidet omhandlar utvikling av fellesløysingar for innmelding av data, i tillegg til samanstilling og tilgjengeleggjing av data. Dette er eit stort og langsiktig prosjekt som òg omfattar tilgangsstyring gjennom nasjonale autoriserings- og autentiseringsløysingar.

- sikre ein styringsmodell på tvers av dei regionale helseføretaka som gir framdrift i kvalitetsregisterarbeidet og utvikling av medisinske kvalitetsregistre i tråd med nasjonale føringar.
- sikre at utviklinga av medisinske kvalitetsregistre vert knytt tettare opp mot journalsystema gjennom IKT-strategiane i dei regionale helseføretaka.
- legge til rette for samla drift av dei medisinske kvalitetsregistra hos Norsk Helsenett SF.

Dei administrerande direktørane i dei regionale helseføretaka har vedteke at regionane si styring og organisering av arbeidet med medisinske kvalitetsregister skal evaluerast i 2018. Helse Vest følgjer opp dette prosjektet med sine underprosjekt via den interregionale styringsgruppa for medisinske kvalitetsregister.

- **Samordning av framskrivingar**

- sikre samordning av framskrivingar av kapasitetsbehov. Det skal gjerast greie for arbeidet innan 1. november 2017.

Helse Vest har delteke i ei nasjonal arbeidsgruppe som har jobba målretta med samordning av framskrivingar av kapasitetsbehov under leiing av Helse Sør-Aust. Rapport med resultatata frå arbeidet er levert til HOD.

Vidare har Helse Vest formidla og tilgjengeleggjort framskriving av aktivitet og Nasjonal bemanningsmodell for alle helseføretaka i regionen.

Helse Førde:

Føretaket har nytta framskrivingstal utarbeida av Helse Vest og gjort egne vurderingar av desse i forbindelse med bygging av nye Førde sentralsjukehus. Det er også tett samarbeid med regional analyse-eining.

Helse Bergen:

I samband med arbeidet med utviklingsplanen, blir det nytta felles metodikk for framskrivingar av kapasitetsbehov. Arbeidet skjer i tett samarbeid med Sykehusbygg HF.

Helse Fonna:

Føretaket har i arbeidet med utviklingsplanen teke i bruk nasjonal bemanningsmodell for utarbeiding av strategiske analysar av framtidig personell- og kompetansebehov.

Helse Stavanger:

Helse Stavanger har brukt den metodikk som ligg i langtidsbudsjettet for framskrivinga av kapasitet.

- **Informasjonsteknologi og digitale tenester (e-helse)**
 - delta i det nasjonale arbeidet med éin innbyggjar – ein journal i regi av Direktoratet for e-helse, medverke i Helse Midt-Noreg RHF sitt arbeid med Helseplattforma, samt delta i arbeidet med nasjonal porteføljestyling som vert forvalta av Direktoratet for e-helse.

Helse Vest har initiert utgreiing om «Ein Vestlending – ein journal». Dette er sett i samanheng med det nasjonale arbeidet knytt til «Ein innbyggjar – ein journal». Dette er store, omfattande og krevjande problemstillingar. Helse Vest IKT og Helse Vest RHF deltek i arbeidet med nasjonal porteføljestyling. Helse Vest og Helse Vest IKT deltar i arbeidet rundt Helseplattformen når ein blir invitert. Det er Helse Nord som på vegne av dei tre andre regionane har den regionale representanten i prosjektet.

- bidra i arbeidet med å utvikle samordna og kvalitetssikra informasjon til innbyggjarane og etablere digitale innbyggjartenester på den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no.

Helse Vest er ein aktiv bidragsyter i utviklinga av tenester på helsenorge.no. Helse Vest jobbar kontinuerlig med å utvikle nye tenester, og å vidareutvikle dei eksisterande tenestene. Utviklinga har både pasientane og egne medarbeidarar sitt perspektiv for forbetring. Helse Vest nyttar alle tenestene som er vist på helsenorge.no

- rapportere innan 1. mai 2017 på status for innføring og bruk av eksisterande tekniske løysningar for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringa skal omfatte løysningar mellom helseføretak i og utanfor eigen region, dei kommunale helse- og omsorgstenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringa skal inkludere ei oversikt over område der det fortsatt er papirbaserte rutinar.

Rapport er her levert ihht. krav.

- bidra i arbeidet med program for felles infrastruktur, sektorens mottaksprosjekt for modernisert Folkeregister og program for kodeverk og terminologi som vert leia av Direktoratet for e-helse.

Helse Vest er representert i styringsgruppa til Direktoratet for e-helse sitt program FIA (Felles infrastruktur). Gjennom Nasjonal IKT er programmet delfinansiert av spesialisthelsetenesta.

- utarbeide ein felles plan for utvikling av nye tenester og løysningar som har nasjonal tyding og som har overføringsverdi mellom dei regionale helseføretaka. Planen skal vere ferdig innan 1. oktober 2017.

Dei fire regionale helseføretaka har saman levert «Felles plan for utvikling av nye tenester og løysningar. Informasjonsteknologi og digitale tenester (e-helse)».

Planen blei først behandla mellom dei fire RHF-direktørane og deretter sendt over til HOD.

Føretaksmøtet bad Helse Sør-Aust RHF, **Helse Vest RHF** og Helse Nord RHF om å:

- sørge for ein felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS), mellom anna for å danne grunnlag for felles realisering av éin innbyggjar – éin journal. Planen skal vere ferdigstillast innan 1. oktober 2017.

Uavhengig av strategi fram mot det overordna målbiletet for «Éin innbyggjar – éin journal», vil dei tre regionane bidra aktivt til å sikre god integrasjon mellom PAS/EPJ system i spesialisthelsetenesta og PAS/EPJ systema for dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dette for å sikre at pasientinformasjon følgjer pasientforløpet og dermed sørge for god kvalitet i pasientbehandlinga og god pasienttryggleik.

Deling av journaldokument på tvers av verksemder og system er eit grep som vil sørge for at pasientinformasjon kan følgje pasienten på tvers av regionane. Dei 3 RHF-a vil i saman ta initiativ til implementering av slik deling basert på internasjonale standardar.

DIPS Arena versjon 17.2 blir levert i januar 2018. Gjeldande planar viser at pilotering av DIPS Arena kan starte ultimo 2018. DIPS Arena versjon 17.2 vil innehalde det aller meste av funksjonaliteten i DIPS Classic. DIPS Arena gir i tillegg omfattande forbetringar og ny funksjonalitet, mellom anna støtte for strukturert journal. Det er avgjerande for dei tre RHF-a at DIPS ASA lukkast med ferdigstilling av DIPS Arena.

Dei 3 RHF-a har definert viktige felles målsettingar. Målsettingane blir handtert gjennom følgjande felles innsatsområde: Felles/koordinert leverandørstyring, samarbeid om utvikling av DIPS Arena, felles gjennomgang av tilgangsstyring, samt felles grensesnitt mot nasjonale og relevante regionale løysingar.

Dei tre RHF-a har levert felles plan på dette området i tråd med bestillinga frå Helse- og omsorgsdepartementet.

- **Beredskap og sikkerhet**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å: i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret, etablere beredskap for ambulansetransport og spesialisthelsetenesta si handtering ved utbrot av alvorlege smittsamme sjukdommar.

Føretaksmøtet si avgjerd er følgt opp gjennom utgreiing i samarbeid mellom dei regionale helseføretaka og andre aktuelle instansar. Mandat for beredskapsordninga blei godkjent av dei fire regionale helseføretaka sine administrerande direktørar i møte 25. september 2017 (sak 091-2017). Nasjonalt medisinsk utrykkingsteam for høgrisosmitte er etablert ved Oslo universitetssykehus HF, tilknytt CBRNE-senteret.

Utrykkingsteam består av ei kjernegruppe tilknytt Oslo universitetssykehus HF. Dette teamet erstattar det tidlegare «koppeteamet» (jf. tidlegare Nasjonal koppeplan) og det midlertidige «ebola-evakueringsteamet» etablert i 2014.

Utrykkingsteamet har følgjande hovudoppgåver:

- Bemanne smitte-/intensivambulanse utgåande frå Oslo universitetssykehus for transport av høgrisosmittepasient frå lokalt helseføretak til høgsikkerheitsisolatet ved Oslo universitetssykehus.
- Bemanne smitte-/intensivambulanse ved langtransport av høgrisosmittepasient i C-130J Hercules transportfly frå Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Svalbard til høgsikkerheitsisolatet ved Oslo universitetssykehus.
- Hjelpere redningstenesta sine helikopter med transport av pasient(ar) med mistenkt høgrisosmittesjukdom frå oljeinstallasjonar, skip og øyer utan ordinær flyforbindelse til sjukehusisolat, dersom slik transport kan gjennomførast iht. gjeldande sertifiserings- og beskyttelseskrav for aktuelle

luftfartøy og dersom praktisk støtte ikkje kan ivaretakast av regionalt helsepersonell (LA/330-skv).

- Organisere mottak av høgrisikosmittepasient i ambulansefly frå utlandet ved ankomst Oslo lufthamn, Gardermoen, med vidare transport til høgsikkerheitsisolat ved Oslo universitetssykehus.
- Hjelpe kommunelege og ambulanseteneste med evakuering av mistenkt høgrisikosmittepasient frå passasjerfly på Oslo lufthamn, Gardermoen dersom varslingsstida tillet det.
- Vere med i opplæring og samtrening med personell i ambulanseteneste og luftambulanseteneste som utfører ordinære smittetransportoppdrag i dei ulike helseregionane, og som i krevjande situasjonar vil måtte supplere det nasjonale medisinske utrykkingsteamet med transportoppdrag.

Utrykkingsteamet si kompetanse, responstid, utstyr, finansiering, referansegruppe, rapportering og evaluering er nærare skildra i teamet sitt mandat. CBRNE-senteret vil informere alle helseføretak og andre aktuelle samarbeidspartnarar om etableringa.

- ved bruk av CBRNE-senteret, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forsvaret, utvikle nasjonale løysningar for medisinsk evakuering med fly og helikopter.

Løysingane for medisinsk evakuering av fly og helikopter inngår som del av ovanståande rapportering i forhold til handtering av utbrot av alvorlege smittsame sjukdomar.”

Rettleiing for helsetenesta si organisering på skadested

Rettleiinga vart ferdigstilt i desember 2016 og er det siste av ei rekkje oppfølgingstiltak etter hendingane 22. juli 2011. Helsedirektoratet vil utarbeide ein plan for å implementere denne etter mal frå innføringa av Naudnett og PLIVO.

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- implementere Helsedirektoratet sin *Veileder for helsetjenestens organisering på skadested*.

Rettleiaren er implementert i helseføretaka. Det regionale kompetansesenteret for akuttmedisinske tenester (RAKOS) har tildelt midlar til Helse Stavanger for utvikling av eit regionalt felles opplæringsprogram for alle helseføretaka. Dette er under planlegging.

Informasjonssikkerheit

Innbyggjarane skal ha tillit til at opplysningar blir handsama og lagra på ein trygg og sikker måte. Personvern og informasjonssikkerheit skal vere ein integrert del av føretaka si handtering av helseopplysningar. EU si personvernforordning vert innført i 2018. Føretaka skal halde seg orienterte om arbeidet med forordninga og gjere

nødvendige førebuingar for å innføre forordninga.

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- sørge for tilfredsstillande informasjonssikkerheit med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarheit, og oppfølging gjennom internkontroll.

Helse Vest har over lang tid arbeidd systematisk og målretta med styring og kontroll av tilgang til helseopplysingar og med informasjonssikkerheit. I arbeidet inngår mellom anna å definere regionale føringar, sjå til at rutinar blir godkjente og implementerte og at det blir lagt planar for og gjennomført interne kontrollar. I tillegg omhandlar arbeidet organisering, vedlikehald og oppdatering av styringssystem, utvikling av gode rammeverk og inngåing av nødvendige avtalar i tillegg til oppfølging av tilsynssaker. Arbeidet skjer i eit samarbeid mellom Helse Vest RHF, underliggjande helseføretak og Helse Vest IKT AS.

- **Organisering av AMK-sentralane**

- følgje opp anbefalinga om at koordineringa av ambulanshelikoptertenesta og flight following av ambulanshelikopteroppdrag vert utført frå éin AMK-sentral i kvar region.

Luftambulansetenesta (LA) er ei ressurskrevjande teneste. God koordinering av tenesta er viktig for å oppnå god ressursutnytting. Med aukande kostnader vil dette bli stadig viktigare i åra framover

Fleire utgreiingar har anbefalt å sentralisere koordinering av ambulanshelikopter til færre AMK-LA-sentralar. Havarirapporten etter ulukka ved Sollihøgda 2014 og 22. juli-rapporten, og no sist NOU 2015:17, tilrår sentralisering av AMK-LA-funksjonen. Dette for å sikre betre oversikt over tilgjengelege ressursar, og dermed sikre ei betre koordinering av ressursane.

Erfaringar frå AMK Oslo viser at dei i dag brukar litt meir tid til planlegging av oppdraget enn før sentralisering av LA koordineringa i Helse Sør-Øst. Totalt sett er det dokumentert meir effektiv utnytting av ressursane no enn før.

I Helse Vest er diskusjonen om AMK i Helse Stavanger, som R-AMK, skal ha denne funksjonen, eller om den skal leggest til AMK i Helse Bergen. Det står igjen å ta ei endeleg avgjerd om dette før sommaren 2018.

- **Sivilt-militært samarbeid**

- bidra i arbeidet med å revidere og harmonisere Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BFF).

Helse Vest RHF har delteke i dette arbeidet saman med beredskapsansvarlege i dei andre RHF-a. Arbeidet skal bli ferdigstilt i Helse- og omsorgsdepartementet. Sjå òg under.

- i samarbeid utvikle eige beredskapsplanverk i tråd med gradert Sivilt beredskapssystem (SBS) medrekna korleis ein gjer om gradert planverk på regionalt nivå til planverk som ikkje er gradert i helseføretaka.

Arbeidet med revisjon og harmonisering av Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BF), inkludert utvikling av SBS Helse har gått føre seg i 2017 under leiing av Helse- og omsorgsdepartementet. Representasjon frå dei regionale helseføretaka har vore ivareteke av Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF, jf. Helse- og omsorgsdepartementets brev av 01.04.2016. Helse Vest RHF har bidrege med innspel i denne arbeidsprosessen. SBS Helse er ikkje slutført, og arbeidet skal vidareførast i 2018.

- delta i planlegginga og gjennomføringa av NATO-øvinga Trident Juncture som skal gjennomførast i Noreg i 2018.

Helse Vest RHF har fått i oppdrag frå HOD å leie arbeidet med å planlegge og gjennomføre LIVE-delen av Trident Juncture, som dermed vil vere den nasjonale helseøvinga for 2018.

Trident Juncture 2018 blir den største NATO-øvinga som har funne stad i Noreg nokon gong. Noreg har ansvar for vertslandsstøtte. Dette inneber mellom anna å sikre helsetenester til dei militære styrkene dei månadene dei er på norsk jord.

Helse Vest RHF bad Helse Stavanger HF om å utføre oppdraget med å leie arbeidet med planlegging og gjennomføring av LIVE-delen av øvinga med dei funksjonane og oppgåvene som er pålagt Helse Vest gjennom oppdragsbrevet frå Helsedirektoratet, datert 7. april 2017.

Helse Stavanger har etablert og leier ein stor prosjektorganisasjon for heile arbeidet med ei breitt forankra prosjektgruppe. Det er òg etablert fleire breitt forankra arbeidsgrupper som er i ferd med å utvikle øvings- og treningspakkar for dei ulike delane av øvinga.

Overordna mål for den Nasjonale helseøvinga er:

1. Styrke nasjonal evne til krisehandtering og koordinering av helsetenesta i heile spekteret frå fred, krise til krig.
2. Styrke samhandling mellom helsetenesta, forsvaret, og andre sivile aktørar det er naturleg å samvirke med i heile spekteret frå fred, krise og krig. Dette inkluderer også frivillige organisasjonar.

3. Styrke helsetenesta si evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstenester til sivilbefolkninga og til forsvaret i heile spekteret frå fred, krise til krig.

For å sikre god nasjonal koordinering og nødvendig forankring er Helsedirektoratet, som prosjekteigar, bedd om å opprette og leie ei nasjonal styringsgruppe for prosjektet. Styringsgruppa er no etablert og vil bli leia av Helsedirektoratet.

Økonomiske krav og rammer:

- **Økonomisk resultatkrav og endringar i driftskredittramma**

Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka:

- skal drive si verksemd innanfor gjeldande driftskredittrammer, samt innrette verksemda innanfor økonomiske rammer og krav som følgjer av Prop. 1 S (2016–2017), føretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2017, slik at sørgje-for-ansvaret vert oppfylt og at det vert lagt til rette for ei berekraftig utvikling over tid.

Resultat

Styret i Helse Vest har vedtatt konsernbudsjett 2017 med eit resultatkrav på kr 313 mill. Resultatkravet er fastsett på eit nivå som er tilstrekkeleg for å sikre gjennomføring av investeringsplanane for 2017.

Førebels resultat for 2017 viser eit resultat på om lag kr 524 mill. Dette er eit positivt avvik på kr 211 mill. samanlikna mot budsjett.

Førebels resultat i føretaka er som følgjer:

	Foreløpig årsresultat		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	14 000	17 000	-3 000
Helse Bergen HF	83 000	160 000	-77 000
Helse Fonna HF	9 000	40 000	-31 000
Helse Førde HF	19 000	15 000	4 000
Helse Stavanger HF	21 000	80 000	-59 000
Reservar/fellestenester/finans	365 000	0	365 000
Administrasjon morselskap	11 000	0	11 000
Helse Vest IKT AS	2 000	1 000	1 000
Til saman	524 000	313 000	211 000

Alle tall i heile tusen

Rekneskapan for 2017 er førebels og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i resultatet.

Helse Bergen har hatt eit akkumulert resultat som er lågare enn budsjettert gjennom året. Føretaket oppnådde ikkje justert resultatprognose og førebels resultat er kr 77 mill. lågare enn resultatkravet.

Helse Fonna viser eit førebels resultat som ligg kr 31 mill. lågare enn resultatkravet. Føretaket hadde ein del dårlegare resultat i sommarmånadane enn budsjettert, men fekk på slutten av året nokre positive budsjettpostar som bidrog til at det negative budsjettavviket blei noko mindre.

Helse Førde viser eit førebels resultat som er kr 4 mill. betre enn resultatkravet. Føretaket har gjennom hausten 2017 levert dårlegare enn budsjett, men har henta seg inn på slutten av året.

Helse Stavanger viser eit førebels resultat på kr 21 mill. noko som er kr 59 mill. lågare enn budsjett. Føretaket har i hovudsak levert eit månadsresultat om lag i balanse, men under budsjettet.

Dei føretaka som ikkje når resultatkrava har ein omstillingsutfordring i høve til å sikre tilstrekkeleg investeringsevne til å gjennomføre planlagde investeringsprosjekt. Dette fordrar at føretaka må løfte resultatata og arbeida vidare med å innrette drifta si i forhold til framtidig resultatkrav.

Det er eit positivt resultat i Helse Vest RHF som skuldast fleire forhold. Dei store positive avvika er knytt til Norsk Pasientskadeerstatning, finansposter, lågare kjøp av tenester enn budsjettert og eigen budsjettreserve.

Driftskredittramme

Driftskredittramma var ved starten på året kr 5 996 mill. I føretaksmøtet i januar blei dette vedtatt sett ned med kr 5 170 mill. til kr. 826 mill. ved utgangen av året. Helse Vest sin del av driftskredittramma utgjorde kr 151 mill.

I føretaksmøtet den 19. juni blei det sett krav til nedbetaling av driftskreditten til dei regionale helseføretaka med kr 800 mill., frå kr 826 mill., til kr 26. mill. ved utgangen av 2017. Endringa skuldast redusert pensjonskostnad, endra anslag for lønsvekst og endra betalbar premie, som til saman gir ein reduksjon i ramma for driftskreditten på kr 800 mill. samanlikna mot det som tidlegare var lagt til grunn for 2017.

Helse Vest sin del av denne justeringa utgjer kr 146 mill. og driftskreditten er ved utgangen av året sett ned frå kr 151 mill. til kr 5 mill.

- **Investeringar og lån**

Investeringar

Styret i Helse Vest har vedteke at det skal utarbeidast eit femårig langtidsbudsjett i kvart helseføretak, og for føretaksgruppa samla kvart år. For dei helseføretaka som har store byggeprosjekt skal langtidsbudsjettet ha en tidshorisont på 10 år.

Langtidsbudsjetta har ei årleg rullering som tek opp i seg endra føresetnader og føringar frå styret og eigaren. Helseføretaka må som hovudregel styre og prioritere investeringane innanfor den likviditeten dei greier å skape gjennom drifta.

Tabellen nedanfor viser ei førebels samanstilling av investeringar i føretaksgruppa for 2017. Tala er ikkje endelege, og det kan komme endringar når helseføretaka er ferdige med rekneskapen og denne er gjennomgått av revisor.

Investeringar 2017		
Føretaksgruppa samla	Estimat 2017	Budsjett 2017
Bygg	761 346	997 600
MTU	274 241	368 500
IKT	340 089	350 700
Anna	144 562	148 320
SUM	1 520 238	1 865 120

Alle tall i heile tusen

Samla investeringar for 2017 ligg an til å bli kr 1,520 mrd. Den samla budsjetttramma for 2017 er på kr 1,865 mrd.

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- revidere rettleiar for tidlegfaseplanlegging slik at den blir samstemt med rettleiar for utviklingsplan.

Ny rettleiar for tidlegfaseplanlegging er utarbeidd og er lagt fram for godkjenning i alle dei regionale helseføretaksstyra hausten 2017.

- nytte katalogen for standardrom som er utarbeidd av Sjukehusbygg HF og bidra med evaluering av nye prosjekt.

Kravet er vidareført til helseføretaka i styringsdokumentet for 2017. Standardromskatalogen blir nytta i utbyggingsprosjekta i regionen.

- **Protonsent**

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- greie ut to protonsentre i Noreg. Utgreiinga skal planlegge for bygging av eit senter innan 2022, og vidare etappevis utbygging, avhengig av

kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Plasseringa av sentra blir eventuelt i Oslo og Bergen. Føretaksmøtet bad om ei anbefaling av valt alternativ innan 15. oktober 2017.

Dei regionale helseføretaka viser til rapport sendt Helse- og omsorgsdepartementet den 23.10.18, der det blir gjort greie for anbefalingar for valt alternativ.

Helse Vest viser til etterfølgjande behandling og legg til grunn at det skal planleggjast for to protonsentra med lokalisering på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssjukehus innan 2023 og ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen innan 2025.

Helse Vest vart gitt høve til å forskottere utbygginga i Bergen, slik at utbygginga av dei to protonsentra kan gå mest mogeleg i parallell. Ei slik utgreiing pågår no, og vil bli styrebehandla i Helse Vest styret i mars månad, og sendt Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med friste..

- **Ressursutnytting og kvalitet i tenesta**

Oppfølging av prioriteringsmeldinga

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- leggje prinsippa for prioritering til grunn for innføring av nye legemiddel og metodar i spesialisthelsetenesta. Dei regionale helseføretaka og Statens legemiddelverk skal etablere ei felles tilnærming til korleis prinsippa for prioritering skal operasjoniserast i tråd med forslaga i meldinga og tilpassa til endringane i legemiddelforskrifta som vil bli sendt på høyring i 2017.

Dei fire RHF-a fremma hausten 2017 ein felles styresak der prinsippa for prioritering ved innføring av nye legemidlar og andre nye metodar blei gjort greie for. Dei endringane som blir gjort i lys av Prioriteringsmeldingen og Stortingets behandling av denne blei også gjort greie for i denne styresaka.

- greie ut korleis prinsippa for prioritering kan vektleggjast i utforminga av regionale og lokale utviklingsplanar.

Helse Vest har bedt helseføretaka vurdere korleis prinsippa for prioritering kan vektleggjast i helseføretaka sitt arbeid med sine utviklingsplanar. Dette blir òg tatt med i det vidare arbeidet med den regionale utviklingsplanen.

- leggje til rette for at leiaropplæring som vert tilbydd i ulike delar av tenesta, gir leiarane ei klar forståing av ansvaret dei har for å innrette verksemda si i tråd med prinsippa for prioritering.

Vi ser at god leiing utgjør ein forskjell – både med tanke på kvalitet, pasienttryggleik og vår evne til å framstå som ein attraktiv arbeidsgivar. Helse Vest har behov for fleire dyktige og motiverte leiarar i åra som kjem. 17 prosent av leiarane våre går av med pensjon (på landsbasis 1200) dei nærmaste 5-8 åra.

Helse Vest vil leggje til rette for ein prosess som bidrar til at fleire finner vegen inn i leiinga – ein reise som gir medarbeidarar med interesse for leiing ein moglegheit til å utforske kva det inneberer å vere leiar.

Det er etablert eige leiarutviklingsprogram for alle nye leiarar i føretaksgruppa Helse Vest. Programmet kan variere noko i innhald og varigheit i kvart av helseføretaka. Det blir også gjennomført regionale leiarsamlingar to gonger i året. Føretaka får tilgang til eit utprøvd og evaluert konsept med ferdige malar, metodikk og opplegg for alle ledd frå rekruttering, samlingar og kursbevis. I tillegg får prosjektleiarane opplæring og oppfølging på nasjonale møter, det er ei nasjonal samling for rettleiarar frå alle føretaka, og det er ei nasjonal samling for deltakarane.

- Eit felles konsept og metodikk, med rom for lokale tilpassingar.
- Skal opplevast som attraktivt for alle faggrupper.
- Verksemdsnært og ein naturleg del av arbeidskvardagen.
- Understøtte linjeleiaranes ansvar – ikkje ein HR-driven prosess.
- Eit partnerskap mellom føretaka og «Nasjonal ledelsesutvikling».

Helse Bergen:

Helse Bergen har mellom anna prioritering som eit tema i ulike delar av det interne leiaropplæringsprogrammet. Til saman har programmet 15 ulike kurs, og prioritering er innarbeidd i opplæringa. Eitt av kursa har spesielt fokus på etikk og prioriteringar.

Helse Fonna:

Helse Fonna har bygd eit eige leiarutviklingsprogram for alle 4. nivå leiarane, der eit av måla er å sikre ei felles forståing av ansvar og oppgåver som ligg til leiarrolla og ei større forståing av heilskapen i tilbodet føretaket leverer på. Prioritering er eit tema i ulike delar av det interne leiaropplæringsprogrammet.

Helse Førde:

Leiarprinsipp, forskrifter, retningsliner og styringssignal er del av Helse Førde sitt leiarutviklingsprogram. Det vert gjennomført leiarsamlingar for alle leiarane i Helse Førde to gonger i året. I tillegg har det vore gjennomført leiarutvikling for klinikkdirektørane sine leiargrupper i 2016-2017, eit opplegg som blir vurdert vidareutvikla til nivå 3-5.

Helse Stavanger:

Føretaket skal synleggjere verdien av god leiing, ha eit systematisk forløp som støtter leiarane i deira arbeid med å få fram gode leiarkandidatar og gi medarbeidarane eit verktøy for å avklare om leiing er noko for dei. Dei har også kurs og/eller e-læring innanfor fagområda personal, HMS, bemanningsplanlegging og ressursstyring, informasjon, fag og økonomi. Lokalt leiarutviklingsprogram byggjer på dei tre kjerneverdiane «kvalitet i prosess og resultat, tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg og respekt i møte med pasienten».

Auka innovasjonseffekt av offentlege innkjøp

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- sikre at Sjukehusinnkjøp HF vert gjort i stand til å fremje innovasjon og legge til rette for bruk av nye innovative løysningar.

Dei regionale helseføretaka har lagt til rette for dette gjennom føringar i oppdragsdokumentet til Sjukehusbygg HF for 2017.

Overgang til fagleg likeverdige legemiddel

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- arbeide for overgang til rimelegare legemiddel. Føretaksmøtet bad om at det innan 1. juni 2017 vert lagt fram forslag for Helse- og omsorgsdepartementet til konkrete tiltak for korleis helseføretaka kan stimulerast til overgang til rimelegare, men fagleg likeverdige legemiddel.

Helse Sør-Øst RHF har etter avtale med dei øvrige regionale helseføretaka primo mars 2017 sett i gang og leia dette arbeidet. Etter møte med Helse- og omsorgsdepartementet 9. mai 2017 blei frist for levering av tiltak utsatt til 1. november 2017. «Rapport om overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensede oppdrag» blei sendt Helse- og omsorgsdepartementet i høve til den nye fristen.

Helse Vest har meldt inn ressurspersoner/kapasitet til metodevurdering.

Avtalespesialistordninga

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- inngå fleire driftsavtalar med avtalespesialister, slik at talet på avtalte årsverk i kvar region i 2017 blir vesentleg høgare enn i 2016. Dei regionale helseføretaka skal innanfor ramma av ny rammeavtale gjennomføre tiltak for å betre samhandlinga mellom offentlege sjukehus og avtalespesialistar.

Helse Vest har i løpet av 2017 oppretta tre nye avtaleheimlar. Desse er:

- 100 % heimel i augesjukdomar i Bergen med start 01.08.2017.
- 100 % heimel i ØNH-sjukdomar i Stavangerområdet med start 01.11.2017.
- 50 % heimel i ØNH-sjukdomar på Nordfjordeid med start 01.09.2017.

Det er rundt 275 avtalespesialistar i Helse Vest. Helseføretaka har fått i oppgåve å inngå samarbeidsavtale med alle avtalespesialistane som er i deira opptaksområde.

I to av helseføretaka er arbeidet slutført. I dei to andre manglar det nokon få samarbeidsavtalar før alle er på plass.

Styret i Helse Vest RHF vedtok i styremøte 14.12.17 å utlyse ytterlegare sju nye avtaleheimlar. Samla vil då i 2017/2018 bli 10 nye avtaleheimlar i Helse Vest.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017

Samordning av radiologisystema

Helse Vest er i ferd med å samordne radiologisystema i regionen, og har etablert eit digitalt media-arkiv som blir integrert med andre journalsystem. Det er gjennomført anbodskonkurrans og tatt ei avgjerd om eit felles radiologisk informasjonssystem (RIS PACS) som vil bli implementert i helseføretaka i regionen i dei nærmaste åra. Dette er eit viktig tiltak som vil bidra til enklare informasjonsutveksling mellom helseføretaka og til at regionale faglege retningslinjer enklare kan implementerast.

5. Styret sitt plandokument

Kapittelet er forenkla jamfør tidligare år. Forenklinga er gjort i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

5.1 Utviklingstrender og rammeføresetnadar

- Utviklinga innanfor opptaksområdet
- Økonomiske rammeføresetnadar
- Personell og kompetanse
- Bygningskapital – status og utfordringar

Det blir vist til dokumenta for økonomisk langtidsplan, innspel til statsbudsjett og arbeid med regional utviklingsplan.

5.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar

Det blir vist til strategidokumentet for Helse Vest RHF.

6. Vedlegg

6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens	Rapportering				
				2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Redusert i alle regionar i forhold til 2016. Skal vere under 60 dagar i alle regionar	Helse- direktoratet	Månadleg	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				70	66	62	60	Sjå kap. 2.1 for tiltak og vurdering.
Prosentdel fristbrot for avvikla pasientar	0 %	Helse- direktoratet	Månadleg	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				3,3 %	2,4 %	1,5 %	3,2 %	Sjå kap. 2.1 for tiltak og vurdering.
Prosentdelen nye pasientar som inngår i eit pakkeforløp for kreft (samla for 24 krefttypar)	Minst 70 %	Helse- direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				79,7 %	81,8 %	86,1 %	82,1 %	Sjå kap. 2.1 for tiltak og vurdering.
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samla for 26 krefttypar) innan maksimal tilrådd forløpstid2	Minst 70 %	Helse- direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				74,5 %	75,7 %	74,6 %	75 %	Sjå kap. 2.1 for tiltak og vurdering.
Oppfølging av forskjellar i kapasitetsutnytting og effektivitet på tvers av sjukehus målt ved hjelp av følgjande indikatorar: • Prosentdel og tal på		Helse- direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
						9,1%	9,4%	

<p>pasientkontaktar for nytilviste og pasientar i eit forløp, der planlagd dato er passert på rapporteringstidspunkt et</p>				<p>P: 27,1% O: 11,3%</p>	<p>P:27,9% O:13,3%</p>	<p>P:13,6% O: 3,5%</p>	<p>P: 14,3% O: 4,4%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prosentdel pasientar som ein har vurdert at ikkje har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta 				<p>P: 4,0% O: 25,5%</p>	<p>P: 4,2% O:26,7%</p>	<p>P: 4,0% O:26,0%</p>	<p>P: 4,2% Ö: 27,3%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prosentdel nytilviste i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet 				<p>35,7%</p>	<p>35,3%</p>	<p>37,8%</p>	<p>36,9%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prosentdel kontrollar i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet 				<p>5,4%</p>	<p>6,3%</p>	<p>7,9%</p>	<p>8,7%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prosentdel polikliniske konsultasjonar der aktivitet blir utført utanfor fast behandlingsstad 							

6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens	Rapportering				Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	
Høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar, kostnader (kostnader til avskrivingar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument") ³ og aktivitet (polikliniske konsultasjonar). Kommunal plikt til strakshjelp ("øyeblikkelig hjelp") skal innførast i psykisk helsevern og rus frå 2017, og midlane som blir overførte frå kvart RHF til KMD, skal synleggjerast i ressursbruken innan psykisk helsevern og TSB (fordelinga av	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større auke i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittleg ventetid: Helsedirektoratet. Kostnader: rekneskapen til dei regionale helseføretaka Årsverk: HR-systema til dei regionale helseføretaka og SSB for private Polikliniske konsultasjonar: Helsedirektoratet (Helfo)		Årstall der dette er mulig				Sjå både kap. 2.2 og vedlegg for tall, tiltak og vurdering.

overførte midlar til KMD er om lag 96 og 4 prosent).								
Tal på tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne per 1000 innbyggjarar i helseregionen	Skal reduserast samanlikna med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
								Det er ikkje offisielle tal per 1000 innb. frå Helsedirektoratet på dette. Det offisielle tala viser prosentdelen . Både prosentdelen og Helse Vest sine egne tal er omtalt i kap. 2.2. Sjå òg kap. 2.2 for tiltak og vurdering.
Tal på pasientar i døgnbehandling i psykisk helsevern med eitt eller fleire tvangsmiddelvedtak, per 1000 innbyggjarar	Redusert sammenlikna med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
								Det er ikkje offisielle tal per 1000 innb. frå Helsedirektoratet på dette. Det offisielle tala viser prosentdelen . Både prosentdelen og Helse Vest sine egne tal er omtalt i kap. 2.2. Sjå òg kap. 2.2 for tiltak og vurdering
Avbrot døgnbehandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling	Registrere og sikre færrest mogleg avbrot	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				21,6	17,9	16,5	15,1	Sjå kap. 2.2 for tiltak og vurdering.

6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning i og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering				
				mai.17	nov.17	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat		
Prosentdel sjukehusinfeksjonar	Skal reduserast samanlikna med 2016	Folkehelseinstituttet	2 gonger årleg	2,8 % (2016: 3,1)	(2016: 4,0)	Sjå kap. 2.3 for tiltak og vurdering. Det er ikkje offisielle tal for november 2017 tilgjengeleg p.t.		
Prosentdel pasientar med hjerneinfarkt som er trombololysebehandla, og som får denne behandlinga innan 40 minutt etter at dei blei innlagde	Minst 50 pst.	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
								Det er ikkje tilgjengeleg offisielle tal for denne indikatoren for 2017 p.t. Det er heller ikkje offisielle tal tilgjengeleg per tertial for 2016, men prosentdelen for heile 2016 var 71,4 prosent for heile Helse Vest. Dette var høgast i landet. Sjå kap. 2.3 for tiltak, vurdering og tal for kvart helseføretak.
Prosentdel korridorpasientar på sjukehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				1,7 %	1,4 %	1,7 %	1,4 %	Sjå kap. 2.3 for tiltak og vurdering.
Prosentdelen dialysepasientar som får heimedialyse	Minst 30 pst.	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				10,2 %	9,6 %	11,5 %	9,9 %	Sjå kap. 2.3 for tiltak og vurdering.
Forbruket av breispektra antibiotika ved norske sjukehus i 2020 samanlikna med 2012. (Målt som desse fem breispektra midla: Karbapenem, 2. og 3. generasjons cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon.)	30 % reduksjon i samla bruk i 2020 samanlikna med 2012	Legemiddelsstatistikk en til sjukehusa	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				17,3 DDD (-9,9 %)	18,0 DDD (-2,2 %)	15,1 DDD (-21,4%)	14,7 DDD (-20,1 %)	Tala i parentes viser reduksjon målt opp mot same tertial i 2012. Tala for 2012 var: 1. tertial: 19,2 DDD 2. tertial: 18,4 DDD Sjå kap. 2.3 for tiltak og vurdering.

6.4 Rapportering 2017 Helse Vest RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2017 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	
30 dagars overleving etter innlegging i 2016 (uansett årsak til innlegging)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Skal publiserast i 2017 (gjennomførast årleg)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. 95,7 for heile Helse Vest i 2016 (best i landet). Det har skjedd en gradvis forbetring kvart år. Fokuset er på tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet og anna kvalitetsutviklingsarbeid knytt til betring av diagnostikk og behandling.
30 dagars overleving etter innlegging for hjerneslag i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Skal publiserast i 2017 (gjennomførast årleg)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. 88,3 for heile Helse Vest i 2016 (best i landet), og ein forbetring frå 2015. Innføring av pakkeforløp hjerneslag blir sentralt i 2018. Det blir arbeid kontinuerlig med å optimalisere både behandling i akuttfasen og den subakutte fasen.
30 dagars overleving etter innlegging for hoftebrot i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Skal publiserast i 2017 (gjennomførast årleg)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. 92,1 for heile Helse Vest i 2016 (nest best i landet). Tiltak i føretaka er mellom arbeid for å førebygge postoperative infeksjonar, samt ortogeriatri (eit strukturert samarbeid mellom spesialister i ortopedi og geriatri som er dokumentert å gi betre behandlingresultat for pasientane.
30 dagars overleving etter innlegging for hjarteinfarkt i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Skal publiserast i 2017 (gjennomførast årleg)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. 91,7 for heile Helse Vest i 2016 (lågast i landet). Det har likevel skjedd ein gradvis forbetring gjennom fleire år. Helse Stavanger har oppdaga feil i registreringspraksis som no er retta opp. Det er elles fokus på tiltak som kan forbetre pasientlogistikken mellom lokalsjukehusa og dei kardiologiske sentra. Helse Førde har eit leiarfokus på dette grunna låg score, og vil sjå på dette i samband med utgreiing av område med mulig uberettiga variasjon.
Prosentdel pasientskadar basert på GTT-undersøkingane	Skal reduserast med 25 pst. innan utgangen av 2018, målt ut frå GTTundersøkinga for 2012	GTTundersøkingane. HelseDirektoratet	Årleg	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. Det nasjonale GTT- talet ligg på rundt 13 %. Tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet er sentrale for å nå målet om færre skadar. Arbeid med pasienttryggleikskultur, kompetanse i forbetningsarbeid, innsatsområda frå pasientsikkerhetsprogrammet og arbeid med smittevern og infeksjonsførebyggande tiltak, er ein viktig del av dette.
Prosentdel relevante einingar i regionen der	100 %	RHF si rapportering til pasientsikkerhetsprog	Årleg	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.

tiltaksprogrammene i pasientsikkerhetsprogrammet som er implementerte.		rammet		Sjå tabell under. Dette blir følgt opp i arbeidet med Program for pasienttryggleik. Sjå kap. 5.2.3.4 <i>Program for pasienttryggleik</i> i plandokumentet. For å sikre implementeringa er fokuset mellom anna på målingar og forbettringsmetodikk.
--	--	--------	--	--

Spredningskart per 1. januar 2018 - Prosentdel relevante einingar i regionen der tiltaksprogrammene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementerte.

Enheter med 100% spredning blir ført som gule om systematisk måling mangler.

Helse Vest 1.11.18	*Trygg kirurgj	* Samst. Legemidd.	*Hjerne-slag	UVI	SVK	*Trykksår	*Fall	*Ernæring	*Sjølvmord	Overdose	Tidlig oppd.
Helse Stavanger	11/11 100%	10/32 31%	1/1 100%	33/33 100%	23/23 100%	29/29 100%	25/25 100%	33/33 100%	18/18 100%	3/3 100%	33/33 100%
Helse Førde	12/12 100%	14/14 100%	1/1 100%	7/9 77%	11/11 100%	8/8 100%	8/8 100%	8/8 100%	8/8 100%	5/5 100%	1/12
Helse Bergen	8/8 100%	16/16 100%	2/2 100%	16/16 100%	16/16 100%	16/16 100%	16/16 100%	16/16 100%	1/1 100%	1/1 100%	0/16
Helse Fonna	11/11 100%	3/47 6%	20/20 100%	21/21 100%	26/26 100%	20/21 95%	20/21 95%	1/21	17/17 100%	3/3 100%	2/21
Haraldsplass	1/1 100%	2/2 100%	1/1 100%	8/8 100%	9/9 100%	9/9 100%	9/9 100%	9/9 100%			9/9 100%

* Automatisert datainnhenting er etablert