

**Årleg melding 2010
for
Helse Vest RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**

1.	Innleing.....	5
1.1	Visjon, idé for verksemda og verdigrunnlag	5
1.2	Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2010.....	6
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2010	7
2.1	Aktivitet	7
2.2	Kvalitet, prioritering og pasientrettar.....	8
2.2.1	Kvalitetsforbetring.....	8
2.2.2	Pasientsikkerheit – trygge og sikre tenester.....	10
2.2.3	Tilgjenge og brukarmedverknad	14
2.3	Pasientbehandling	17
2.3.1	Heilskaplege pasientforløp og samhandling.....	17
2.3.2	Psykisk helsevern.....	24
2.3.3	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB).....	29
2.3.4	Habilitering og rehabilitering	31
2.3.5	Område med særskild vektlegging	33
2.4	Utdanning av helsepersonell.....	40
2.5	Forsking	42
2.5.1	Forsking	42
2.5.2	Innovasjon	44
2.6	Pasientopplæring.....	44
3.	Rapportering på krav og rammer for 2010 i Protokoll frå føretaksmøte Helse Vest RHF.....	45
3.1	Økonomiske krav og rammevilkår for 2010	45
3.1.1	Resultatkrav for 2010.....	45
3.1.2	Likviditet og driftskredittar	46
3.2	Styring og oppfølging i 2010.....	46
3.2.1	Rapporteringskrav – økonomi.....	46
3.2.2	Investeringar og kapitalforvaltning	47
3.2.3	Landingsplassar for helikopter	48
3.3	Tiltak på personalområdet.....	49
3.3.1	Inkluderande Arbeidsliv (IA), sjukefråvær og uønska deltid m.m.	49
3.3.2	Løns- og pensjonsvilkår for leiarar i statleg eigde føretak	50
3.3.3	Bruk av konsulentar	50

3.4	Oppfølging av juridisk rammeverk.....	51
3.4.1	Intern kontroll og risikostyring.....	51
3.4.2	Oppfølging av forholdet til stiftingar	51
3.4.3	Tiltak for å betre kvaliteten i prosessane for innkjøp	52
3.4.4	Etisk handel	52
3.5	Utvikling på IKT-området.....	53
3.5.1	Vidareutvikling av Norsk Helsenett SF.....	53
3.5.2	Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet.....	53
3.5.3	Elektroniske reseptar.....	53
3.5.4	Automatisk frikort – rapportering av opplysningar om eigendelar.....	54
3.5.5	Nytt naudnett	54
3.6	Datakvalitet og rapportering	55
3.6.1	Nasjonalt helseregisterprosjekt.....	55
3.6.2	Prosedyrekodar knytt til psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk	56
3.6.3	KPP- rekneskap	56
3.7	Andre styringskrav for 2010.....	56
3.7.1	Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigedomar	56
3.7.2	Røykfrie inngangsparti ved helseinstitusjonar	57
3.7.3	Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet.....	57
3.7.4	Samordna kommunikasjon.....	57
4.	Plandokument for styret.....	58
4.1	Utviklingstrendar og rammevilkår	58
4.2	Utviklinga innanfor opptaksområdet.....	59
4.2.1	Befolkningsutvikling	59
4.2.2	Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper. 2010-2020.....	60
4.2.3	Sjukdomsutvikling.....	60
4.2.4	Helsefagleg utvikling	62
4.2.5	Forventningar til helsetenesta	63
4.2.6	Behovet for aktivitetsvekst.....	64
4.3	Økonomiske rammeføresetnader.....	64
4.4	Personell og kompetanse	65
4.5	Bygningskapital – status og utfordringar	67
4.5.1	Utbyggingsprosjekt.....	67

4.5.2	Investeringar	69
4.6	Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar	70
4.6.1	Overordna mål og strategiar – HELSE 2020	70
4.6.2	Prioriterte helsefaglege utviklingsområde	71
4.6.3	Medisinske støttefunksjonar	78
4.6.4	Forskning	78

1. Innleiing

Årleg melding er heimla i helseføretakslova § 34 og § 15 i vedtektene. I § 15 i vedtektene heiter det (melding til departementet):

Styret skal innan 1. mars kvart år sende ei melding til departementet som omfattar

- styret sin rapport for året som var
- styret sitt plandokument for verksemda

Rapporten om verksemda frå førre kalenderåret skal vise korleis pålegg og avgjerder som er gitt i føretaksmøte eller er sette som vilkår for løyvingar, er følgde opp. Rapporten skal òg vise korleis verksemda har utvikla seg i forhold til plandokumentet til det regionale føretaket.

Plandokumentet skal vere av strategisk og overordna karakter og skal vise hovudtrekka i den framtidige drifta til verksemda innanfor dei rammevilkåra som er gitt av staten som eigar og helsestyresmakt.

Plandokumentet skal vidare, med utgangspunkt i vurderingar av eksisterande drift, beskrive venta endringar i behovet for helsetenester og i den helsefaglege utviklinga på fagområda, vise behovet for å utvikle og endre tenestene og måten verksemda blir driven på – og fortelje korleis styret vurderer ressursbruken for dei nærmaste åra, med forslag til finansiering.

1.1 Visjon, idé for verksemda og verdigrunnlag

Helse Vest ferdigstilte i 2007 ny overordna mål- og strategiplan; HELSE 2020. Den vedtekne planen skal gi retning for utviklinga fram mot 2020, leggje grunnlaget for prioriterte tiltak dei neste fire åra og vere styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektportefølje.

Revisjon av Helse 2020 starta hausten 2010, og vil bli lagd fram for styret i Helse Vest til sluttbehandling i juni 2011.

HELSE 2020 er ein strategiplan for heile Helseregion Vest. Dokumentet operasjonaliserer nasjonal helsepolitikk og legg føringar for utvikling av pasienttilbodet innan spesialisthelsetenesta i regionen. I plandelen til årleg melding viser ein korleis ein ser for seg å følgje opp måla i HELSE 2020. Arbeidet med å nå måla blir overfor helseføretaka konkretiserte i styringsdokumenta.

HELSE 2020 gir uttrykk for følgjande felles visjon, felles verdiar og felles målsettingar for heile føretaksgruppa:

Vår visjon er:

Fremme helse og livskvalitet

Våre verdiar er:

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Våre mål er:

Trygge og nære sjukehustenester

Pasientane våre skal bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira. Pasientane våre skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet. Pasientane våre skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling.

Pasientane våre skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar.

Pasientane våre skal erfare at vi styrkjer arbeidet med førebygging og rehabilitering.

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk

Vi systematiserer behandlingsskjema og utviklar betre prosessar.

Vi samlar det sjeldne og komplekse på færre stader.

Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk.

Vi er opne om prioriteringane og resultatane våre.

Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon

Medarbeidarane og leiarane våre tek ansvar og skaper gode resultat.

Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass.

Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på den beste kunnskapen.

Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling.

Vi styrkjer omdømmet vårt gjennom kloke val.

1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2010

2010 har vore eit innhaldsrikt år med høg aktivitet i heile regionen. Gjennom målretta og systematisk arbeid kan føretaksgruppa i Helse Vest vise til ei rekkje positive resultat innan så ulike område som pasientbehandling, økonomi, forskning, strategi, IKT, innkjøp og organisasjonsutvikling.

Helse Vest har i 2010 halde fram den positive trenden frå 2009 der føretaksgruppa for første gong gjekk i økonomisk balanse. Regionen ligg i 2010 an til eit positivt resultat på om lag 460 millionar kroner. Det er omlag 300 millionar betre en budsjett. Dette gjer at føretaksgruppa no har finansiell kraft til å gjennomføre planlagde investeringar på om lag 1,5 milliardar kroner dei neste åra.

For å møte dei store utfordringane i spesialisthelsetenesta fram mot 2020, er ein avhengig av at føretaksgruppa fortsett med å levere positive resultat. Helse Vest har derfor utarbeidd eit langtidsbudsjett for perioden 2011 til 2015. Langtidsbudsjettet skal sikre god økonomistyring og planlegging slik at ein er i stand til å handtere investeringar som er nødvendige for å sikre god og trygg pasientbehandling i åra som kjem.

Helse Vest RHF har gjennom heile 2010 hatt fokus på å redusere talet på fristbrot og på å redusere ventetidene til behandling i spesialisthelsetenesta. Dette har blant anna blitt handtert gjennom eit eige ventetidsprosjekt. Prosjektet har hatt fokus på å etablere gode rutinar for handtering av tilvisingar, vurdering og oppfølging av pasientar for å sikre at nye fristbrot ikkje oppstår. Talet på ventande med fristbrot og talet nye fristbrot som blir generert kvar månad har peika nedover etter at ventetidsprosjektet starta.

Fristbrota som var registrert per 1. desember 2010 var i hovudsak knytt til polikliniske tenester og Helse Vest fordelte i desember 10 millionar kroner på helseføretaka som kompensasjon for ekstra tiltak for å kunne gi desse pasientane eit tilbod så raskt som mogleg. Midla var eit ekstra bidrag til helseføretaka sitt arbeid med å gi tilbod til pasientar der fristbrot har oppstått. Basert på tilbakemeldingar frå helseføretaka reknar ein med at fristbrot berre unntaksvis vil vere tilstades i løpet av våren 2011.

Tiltaka i ventetidsprosjektet viser også igjen på ventetidene til behandling i spesialisthelsetenesta. Ved utgangen av 2010 var den gjennomsnittlege ventetida for behandla pasientar med prioritet 9 dagar kortare enn det ventetida var ved oppstarten av prosjektet i september 2009. Ventetida var noko lengre for dei behandla utan prioritet, men har og gått ned for denne gruppa. Ein forventar at tiltaka som er innførte gjennom ventetidsprosjektet vil føre til at ventetidene vil bli endå kortare i tida som kjem.

Den gjennomsnittlege ventetida for behandla pasientar med prioritet innan psykisk helsevern for vaksne har halde seg stabilt korte det siste året og har vore kring 50 dagar i gjennomsnitt. Ved utgangen av desember 2010 var den gjennomsnittlege ventetida for behandla utan prioritet 77 dagar.

Innan psykisk helsevern for barn og unge har ventetidene for dei som starta behandling gått ned med 9 dagar frå tredje tertial 2009 til tredje tertial 2010 for dei med prioritet. For dei utan prioritet gjekk den gjennomsnittlege ventetida ned frå 180 til 147 dagar i same periode. For dei behandla med prioritet var den gjennomsnittlege ventetida 52 dagar i desember 2010.

Det er framleis behov for ein aktivitetssauke innan psykisk helsevern for barn og unge for å nå målet om at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkninga skal få eit spesialisthelsetenestetilbod.

Det har vore ei tett oppfølging av bruk av korridor plassar i føretaka også i 2010. Særleg gjeld dette psykisk helsevern i Helse Bergen og innanfor somatiske tenester i Helse Stavanger. Begge helseføretaka har etter påtrykk frå Helsetilsynet og Helse Vest, prøvd å redusere bruken av korridor plassar, men er framleis ikkje i mål.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2010

2.1 Aktivitet

- Det øyremerkte tilskotet innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde innanfor prosjektet "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det øyremerka tilskotet til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) var i 2010 på kr 7,2 mill til Helse Vest. Av disse midlane var kr 1,0 mill øyremerka legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Desse blei fordelt til LAR-sentra ut frå talet på pasientar. Midlane til Opptrappingsplanen for rusfeltet på kr 6,2 mill er fordelt til helseføretaka etter inntektsmodellen og til styrking av private institusjonar. Helse Vest RHF

sette i tillegg av kr 14,0 mill til strategisk satsing på TSB. Disse midlane er fordelt til helseføretaka etter inntektsfordelingsnøkkel på rus.

Tilskotet til "Raskere tilbake" er fordelt i tråd med oppdraget og helseføretaka har nytta dei øyremarka midla i tråd med bestillinga, jfr. tabell under.

Totalramme Raskare tilbake Helse Vest RHF	Beløp	Andel %
Prosjektmidlar 2010	80 333 000	68,3 %
Overført frå 2009	37 222 293	31,7 %
Sum totalramme	117 555 293	100,0 %
Bruk av løyvinga i Helse Vest RHF 31.12.2010	Beløp	Andel %
Ortopedi	13 671 113	19,1 %
Indremedisin	791 983	1,1 %
Kirurgi utanom ortopedi	21 414 319	30,0 %
Rehabilitering i sjukehus	9 994 831	14,0 %
Samansett lidning	19 531	0,0 %
Lærings- og meistringssenter	135 539	0,2 %
Psykisk helse	3 989 532	5,6 %
Rus	3 365 089	4,7 %
Rehabiliteringsinstitusjon	15 459 219	21,6 %
Prosjektkoordinatormidlar	2 636 554	3,7 %
Samla bruk av løyving	71 477 711	100,0 %
Bruk i % av årets løyving	89 %	
Bruk i % av totalramme	61 %	
Til overføring 2011	46 077 582	

Helse Vest har etablert tilbod i eigne helseføretak og institusjonar som Helse Vest har avtale med under ordninga "Raskare tilbake" for at sjukemelde skal komme raskare tilbake i arbeid. Ein føresetnad har vore at tilboda blir etablerte som tilleggsverksemd, dvs. tydeleg skilt frå den ordinære aktiviteten. Det er etablert regionalt samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten i alle dei tre fylka i regionen. I kvart helseføretak er det oppnemnt kontaktpersonar og eiga adresse der tilvisingar skal sendast. Det er inngått avtale med private kommersielle sjukehus og rehabiliteringsinstitusjonar om å yte tenester innanfor ordninga. Tilbodet blir gradvis tilpassa det melde behovet.

2.2 Kvalitet, prioritering og pasientrettar

2.2.1 Kvalitetsforbetring

- Helse Vest RHF skal saman med dei andre regionale helseføretaka halde fram arbeidet med å utvikle og implementere felles løysingar for nasjonale medisinske kvalitetsregister. Arbeidet skal samordnast med relevante prosessar i Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og sjåast i samanheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Oppdraget er under styring av den interregionale styringsgruppa for medisinske kvalitetsregister. Det blei tidlig i haust konstatert at utviklinga ikkje var tilfredsstillande, og at

ein del av problemet var knytt til Hemit (Helse Midt-Norges IT-enhet) oppdrag. Det var delvis eit kapasitetsproblem i Hemit innanfor dei områda der teknologien var utvikla, men også eit etterslep på utvikling av nye løysningar i kjeda frå innregistrering til analyserbare data. Det blei laga ny framdriftsplan med omfordeling av ressursar til Hemit, og nokon nye oppgåver til andre RHF. Oppdraget var ved årsskifte i rute i forhold til plan vedtatt av styringsgruppa. Arbeidet blir vidareført med ytterlegare forsterking av ressursar i 2011.

Dette er eit pågåande og langvarig arbeid over fleire år. Helse Vest har styrka IKT-ressursar og Fagsenter for medisinske kvalitetsregister (regionalt servicemiljø). Desse samarbeider tett med Hemit om implementering av felles teknisk infrastruktur og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) i Helse Nord om utvikling av servicemiljø.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å få gjennomført elektroniske fellesløysingar i den rekkjefølgja Helse Midt-Noreg RHF utviklar slike løysingar for utvalde kvalitetsregister.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

I utviklingsarbeidet av registerlysing er hjerteinfarkt- og slagregistrane brukt som "pilotar". Vidare har Hemit starta utviklinga av Norsk karkirurgisk register (NORKAR) og Nasjonalt Spinalregister.

Pr 2010 har Helse Vest 8 medisinske kvalitetsregister med formell nasjonal status, som alle er lagt til Helse Bergen. Teknisk løysing på den nasjonale plattformen er etablert for Norsk Intensivregister, Nasjonalt KOLS register og Norsk diabetesregister for vaksne. I tillegg er arbeidet med teknisk løysing på same plattform godt i gang for Nasjonalt register for leppe/kjeve/ganespalte, Norsk MS register og Nasjonalt korsbandregister.

Leveransen på IKT løysing frå Hemit har vore betydeleg forsinka. Utviklinga har vore positiv mot slutten av året. Det er likevel eit etterslep når det gjeld utviklinga av kvalitetsregistra. Arbeidet i regionen er i rute så langt det har vore mogleg ut i frå leveransen i frå Hemit.

- Helse Vest RHF skal saman med dei andre regionale helseføretaka utarbeide forslag til etablering av kvalitetsregister for pasientar som bruker kostnadskrevjande biologiske lækjemiddel for behandling av autoimmune lidningar. Dei regionale helseføretaka skal passe på at det blir etablert ein mest mogleg likeverdig behandlingspraksis både innan og mellom regionale helseføretak, i tråd med dei nasjonale faglege retningslinjene.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Arbeidet med register for biologiske legemiddel er sett i verk som eige prosjekt i regi av SKDE og styrt av den interregionale styringsgruppa for medisinske kvalitetsregister. Prosjektet tar utgangspunkt i modellen "fellesregister med basisregister" og tilhøyrande kvalitetsregister, jfr. nasjonalt Hjerte-karregister. Det deltek aktørar frå fagområdene hud, revmatologi, gastrologi, øye, nevrologi saman med ressursar frå Helsedirektoratet (NPR) mfl. Det er eit kompleks arbeid fordi dette både omhandlar mange fagområdar, og elles skil seg frå andre kvalitetsregister ved at dei ikkje tar utgangspunkt i sjukdom, men i legemiddel. Ei samla rapportering vil bli utforma av SKDE.

Dei regionale helseføretaka og Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) har frå 2010 koordinert informasjonsarbeidet vedrørande biologiske legemidlar og MS-legemidlar, for å samordne informasjon med resultatet av LIS-anboda, gjeldande frå 1.2.2010. Informasjonspakke er laga og sendt ut til alle helseføretak og HSR.

Helseføretaka meldar om at dei nasjonale retningslinene blir følgd, og at dei har ordningar for å sikre lik praksis i helseføretaket.

Som ledd i kvalitetssatsinga i Helse Vest har Helse Stavanger i 2011 fått pådrivaransvaret for kliniske fagrevisjonar mellom helseføretaka i regionen. Eit tema for revisjon i 2011 er ”rekvirering og seponering av TNF- hemmere ved gastroenterologiske sjukdomar”. Revisjonsgrunnlaget er dei nasjonale faglege retningslinene.

2.2.2 Pasientsikkerheit – trygge og sikre tenester

- Helse Vest RHF skal delta i styringsgruppa som skal førebu pasientsikkerheitskampanjen. Styringsgruppa blir leia av Helsedirektoratet.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Representantar frå Helse Sør-Øst og Helse Midt-Noreg deltar i styringsgruppa på vegne av alle RHF-a. Spørsmål om utvida representasjon frå RHF-a er no tatt opp av Helsedirektoratet. Det vil bli tilrettelagt for deltaking også frå Helse Nord og Helse Vest si side.

- Helse Vest RHF skal sikre deltaking av fagpersonell i arbeidsgruppene som blir oppretta av Nasjonal eining for pasientsikkerheit, som er sekretariat for kampanjen.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har sikra deltaking, og fagpersonell frå Helse Vest er representert. Det er nedsett eit nasjonalt fagråd som er leia av representant frå Helse Vest. Deltakarar til Global trigger tool team er oppnemnde frå alle føretaka. Første regionale samling i samband med kampanjen er sett til 17.02.11.

- Helse Vest RHF skal sørge for at alvorlege hendingar i samband med pasientbehandlninga blir gjennomgått, og at gjennomgangen blir brukt til læring for å unngå liknande hendingar.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Pasienttryggleik er eit hovudtema i kvalitetssatsinga i Helse Vest. Avvikssystemet Synergi er innført i alle helseføretaka. I 2009 blei det sett i gang eit prosjekt ”Læring frå uønska hendingar” der formålet er vidareutvikling og betre utnytting av Synergi m.a. ved å forenkle tilgangen til rapportar frå Synergi. Vidare vil prosjektet utvikle verktøy til støtte for såkalla ”komplikasjonsmøter”, dvs. analyser av alvorlege hendingar. Prosjektet blir vidareført i 2011 med fokus på implementering

Hendingsbasert risikostyring og bruk av verktøy som Global Trigger Tool (systematisk journalgjennomgang), skal kan bidra til å følgje risiko for uønska hendingar som til dømes pasientfall på sjukehus og legemiddelfeil. Helse Bergen er pådrivar og Helse Stavanger er

deltakar i prosjektet "Læring frå uønska hendingar". Alle føretaka er aktuelle kursdeltakarar og vil trekkjast inn i utforming av opplæringstilbod.

Helseføretaka er gjennom styringsdokumentet bedne om å etablere faste tverrfaglege møte for evaluering av uønska hendingar. Alle helseføretaka melder om at det er etablert slike møter, og at det blir arbeidd kontinuerlig med å bli betre.

Helse Stavanger har lokale kvalitetsråd i divisjonane som gjennomgår uønska hendingar på ein systematisk måte med tanke på å finne årsaker - sett i systemperspektiv. Tiltak blir sett i verk for å unngå gjentakingar. Alvorlege pasientrelaterte hendingar og meldepliktige saker etter lov om spesialisthelseteneste § 3-3 blir systematisk gjennomgått i helseføretaket sitt kvalitetsutval/skadeutval og tiltak blir foreslått og sett i verk på bakgrunn av dette. Det er eit godt samarbeid med Helsetilsynet med m.a. faste halvårlege møte, og helseføretaket har eit system for oppfølging av tilsynssakar.

Helse Stavanger arbeider kontinuerleg for å fremme ein god meldekultur og for at organisasjonen kollektivt skal lære av feil og systemsvikt. Kvalitet og pasienttryggleik er fast punkt på leiarmøte på alle nivå i helseføretaket. Helse Stavanger har etablert eit kvalitetsforum som blir leia av seksjon for kvalitet og pasienttryggleik og som består av medarbeidarar frå alle divisjonar. Medlemmene i kvalitetsforum har spesielt ansvar og/eller oppgåver knytt til HMS og kvalitet i sine divisjonar.

Helse Fonna har innført månadleg rapportering av avvik og klagesaker i seksjonane i alle klinikkar. Det er sett i verk faste møter for gjennomgang i alle klinikkar. Klinikkdirktørane rapporterar månadleg gjennomgang og status til administrerande direktør i felles direktørmøte.

Det er implementert rutine for erfaringsoverføring som skal ivareta systematisk oppfølging og læring av avvik og systemsvikt. Leiinga i Helse Fonna har hatt auka fokus på målretta og systematisk gjennomgang på alle nivå i organisasjonen. Dette er eit forbettringsområde som er i positiv utvikling. Føretaket har faste halvårlege møter med Helsetilsynet og ein god dialog med dei. Tilsynsrapportane blir nytta aktivt i forbettringsarbeidet i klinikkane.

I Helse Bergen har Senter for pasienttryggleik rettleia einingar i å opprette egne fora for å evaluere uønska hendingar. Dette er løyst noko ulikt; enkelte avdelingar har utvida leiargruppe og andre har egne fora eller kvalitetsutval. Tilbakemelding frå dei ulike klinikkane viser at det er stor aktivitet på dette feltet i Helse Bergen.

I arbeidet med å følgje opp uønska hendingar har Helse Bergen lagt til rette for å lære av dei ulike hendingane slik at ein kan redusere risikoen for at liknande skjer igjen. Det er fokus på å søke etter årsakene til påvist svikt frå eit systemperspektiv for lettare å identifisere forbettringspunkt. Denne tilnærminga blir nytta av Klage og skadeutvalet. Senter for pasienttryggleik rettleiar avdelingane i ei slik tilnærming. Det blir også arrangert fleire interne kurs om pasienttryggleik der dette er tema.

Det er tatt tak i læringsperspektivet i avslutta tilsynssaker frå Statens Helsetilsyn og helseføretaket vil i 2011 i større grad syte for at læringspotensialet i desse sakane blir utnytta. Frå 2011 vil FOU-avdelinga (Forskning og utvikling) ha ein rutine for å følgje opp alle tilsyn frå Statens Helsetilsyn.

Helse Førde arbeider systematisk med å betre pasienttryggleiken. Dette kan oppsummerast i stikkordsform slik:

- fornyar og omorganiserar elektronisk Kvalitetshandbok slik at dei dokumenta som ligg der, er oppdaterte, har god fagleg standard og er lette å finne
- syter for at prosedyrane er å finne i Kvalitetshandboka
- arbeider med samhandling mellom Helse Førde og kommunane for å sikre ein trygg overgang mellom nivåa, innskriving og utskriving frå sjukehus. Avvik vert drøfta i Fagrådet og Koordineringsrådet.
- to interne prosjekt som er i gang i høve innskriving og utskriving frå sjukehus
- nyttar meldte avvik i Synergi til læring i avdelingane
- utarbeidar nye prosedyrar i høve avvik som har skjedd for å hindre at det skjer igjen
- legemiddelprosjekt er i gang, og mange prosedyrar i høve legemiddelhandtering er blitt reviderte
- har ei systematisk leiaropplæring med m.a. bruk av Synergi som tema
- arbeidar med meldekultur og involverer flest mogeleg tilsette inn i arbeid der kvalitetsutvikling er hovudtema

Det er eit stort fokus på å få til kulturendring når det gjeld å lære av feil og systemsvikt. Det er etterkvart etablert god meldekultur i Helse Førde. Det gjenstår å forbetre systemet for læring av avvik i heile organisasjonen. Eit seminar om læring av avvik for alle leiarar var eit av tiltaka i 2010 for å få til ei kulturendring.

Helse Førde har det siste året sendt inn mange saker etter § 3-3 i spesialisthelsetenestelova til Statens helsetilsyn, og har arbeidd systematisk med tilbakemeldingane derifrå for å lære av dei hendingane som har skjedd.

Krav frå tilleggsdokument til oppdragsdokument:

- Regionale helseføretak skal gjere greie for korleis dei arbeidar med å betre pasienttryggleiken.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Pasienttryggleik er eit av hovudfokusområda i Helse Vest si kvalitetssatsing. Det blir i svaret ovanfor gjort greie for korleis uønska hendingar blir handtert og korleis helseføretaka arbeidar med å betre pasienttryggleiken.

Det blir arrangert ein årleg regional kvalitetskonferanse. Konferansen blei arrangert for fjerde gong i februar 2011 med 200 deltakarar. Eit av tema på konferansen var pasienttryggleik og pasientforløp. På kvalitetskonferansen blir det delt ut ein kvalitetspris. Prisen synleggjer arbeidet med kvalitet.

I september 2010 var Helse Bergen og Helse Vest vertskap for den tredje Nasjonale Pasientsikkerhetskongressen i Bergen som samla 330 deltakarar, og 130 av desse var frå Helse Vest-området.

Kvart år blir det delt ut ”såkornmidlar” til små lokale kvalitetsutviklingsprosjekt i helseføretaka og i private avtaleinstitusjonar for å stimulere til lokalt forbetningsarbeid. Prosjekta omfattar alle fokusområda i kvalitetssatsinga.

Som ein del av kvalitetssatsinga er det i gang ei rekkje regionale prosjekt innanfor m.a. temaområdet pasienttryggleik. Dei aktuelle prosjekta er:

- Læring frå uønska hendingar.
 - Prosjektet er omtala over.
- Trygg kirurgi vernar liv
 - Formålet med prosjektet har vore å førebyggje feil og komplikasjonar ved kirurgiske inngrep ved å prøve ut og innføre WHO-sjekklista "Safe Surgery Saves Lives". Sjekklista er no teken i bruk i alle helseføretaka i regionen. Til innføring av sjekklista er det knytt eit forskingsprosjekt som m.a. skal vise i kva grad sjekklista er nyttig som eit styringsverktøy for pasienttryggleik. Måling av pasienttryggleikskultur er også gjort som ein del av prosjektet. Bruken av sjekklista blir frå 2011 eit ansvar for helseføretaka, og det er stilt krav om dette i styringsdokumentet for 2011.
- Legemiddel og pasienttryggleik
 - Målet for prosjektet er å redusere uunngåelege, uheldige legemiddelendingar. I ein første del av prosjektet blei det føreslått tiltak (LOP1, våren 2009), deretter blei det utarbeidd ein handlingsplan (LOP2, hausten 2009), som no er under realisering (LOP3). LOP3 har eit tidsperspektiv fram mot 2015, og består av følgjande delprosjekt: *Forbetra legemiddelanamnese, elektronisk forordning og klinisk avgjerdsstøtte, ikkje pasientbunden eindose, strekkode ved administrering til pasient, elektroniske legemiddelkabinett og auka farmasøytisk rådgivingsteneste.*
- Implementering av smitteverntiltak
 - Det er starta eit nytt prosjekt i 2011 for å bidra til redusert førekomst av sjukehusinfeksjonar og hindre utvikling og spreiding av antibiotikaresistente mikrobar.
- Hindre fall blant eldre
 - Det er starta opp eit prosjekt i 2011 med formål å hindre fall og redusere konsekvensar av fall hos eldre.

Arbeidet med å følgje opp den nasjonale pasienttryggleikskampanjen i regionen er godt i gang. Arbeidet vil bli knytt tett opp til dei regionale prosjekta i kvalitetssatsinga.

Arbeidet med uønska hendingar i helseføretaka er omtala under førre kulepunkt. Anna arbeid i helseføretaka er m.a.:

Helse Stavanger har etablert system for internkontroll blant anna gjennom ivaretaking av føretakets avviks- og dokumentstyringssystem, system for risikostyring og interne revisjonar. Helse Stavanger deltek i forbetningsprosjekt knytt til pasienttryggleik, for eksempel Safe Surgery, LOP, Global Trigger Tool og Mini-HTA. Det er pågåande pasienttryggleikssarbeid i alle divisjonar. Eit eksempel er Psykiatrisk divisjon som driv eit aktivt og systematisk arbeid for å redusere skadar og bruk av tvang for pasientane gjennom systemoppbygging "Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk" (TMA). Alle tilsette skal ha TMA- kurs innan tre månader etter tilsetjing i divisjonen.

Helse Fonna har i 2010 hatt fokus på utvikling og betring av pasienttryggleiken. Dette har omfatta leiarforankring og rolleforståing, eigne styringsseminar om kvalitet og pasienttryggleik, og tema er jamleg behandla i leiargruppa. Ved gjennomgang av tenestetilboda i Helse Fonna, som ein del av Plan somatikk, er pasienttryggleik eit av hovudfokusområda. Nasjonal plan for pasienttryggleik og risikokartlegging av

kreftbehandlninga har vore følgt opp i føretaket, der mandat og prosjektplanar no er under utarbeiding som tverrfaglege prosjekter. Nytt organisasjonskart er vedteke, og det er semje om at Helse Fonna sine leiarteam på alle nivå skal dekke funksjonane leiing, kvalitet og fag. Helseføretaket har i 2010 hatt ein revisjon av gjeldande kvalitetssystem, og det er sett i verk eit eige prosjekt for å systematisere prosedyreverket og lette tilgjenge for behandlande personell.

Helse Bergen har ei sentral eining for pasienttryggleik som arbeidar for å auke kompetansen om pasienttryggleik og som følgjer opp rapportering av alvorlege hendingar og meldingar til myndigheiter. Det er ein aukande bruk av internmeldesystemet for uønska hendingar og dei fleste avdelingane har god organisering i oppfølginga av hendingar til dømes ved å handsame sakene i avdelingsvise komplikasjonsutval eller kvalitetsutval. Det har vore halde fleire interne kurs om pasienttryggleik og leiarane er forplikta til å følgje opp.

Helse Førde sitt arbeidet er omtala under førre kulepunkt.

2.2.3 Tilgjenge og brukarmedverknad

- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka informerer pasientar og pårørande om klagerett.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er utarbeida nye brevmalar og informasjonsvedlegg på nynorsk, som en del av prosjektet ”*Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten*”. Desse blei sendt ut i april til alle helseføretaka og private ideelle. Helseføretaka er bedt om å implementere malane/informasjonsvedlegga, og ta desse i bruk

Helseføretaka meldar om at dei informerer pasientane om klagerett m.a. i innkallingsbrev, informasjonsmateriell og ved munnleg informasjon

Generell informasjon om klagerett finnes på internettsidene til alle helseføretaka i regionen.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å betre informasjonen til publikum om dei mest vanlege behandlingstilboda ved sjukehusa.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er i 2010 lansert nye nettløysingar for alle helseføretaka i Helse Vest, inkludert Helse Vest RHF. Dette har ført til ein meir heilskapleg elektronisk informasjon m.a. om behandlingstilboda. Å utvikle og forbetre dette informasjonstilbodet, er ein viktig del av arbeidet med nye internettsider. Dette er eit fellesprosjekt for alle føretaka i Helse Vest.

Helseføretaka har lagt ut elektronisk informasjon om behandlingstilbodet på sine nye internettsider. Dette vil være eit kontinuerlig arbeid framover. Dei har også forskjellige former for skriftleg informasjon om dei ulike klinikkane.

Helse Stavanger informerar i tillegg publikum gjennom Fritt sjukehusval og fastlegane gjennom praksiskonsulentordninga. Det er planar om å gje ut eiga publikumsavis i 2011.

Psykiatrisk divisjon har ein eigen forskingsbasert informasjonsstrategi for å auke tilgjenge til tenestene.

Helse Fonna ved kommunikasjonseininga, har i 2010 gitt ut to nummer av magasinet "Helse på". Magasinet blir distribuert til alle husstandar i opptaksområdet og inneheld artiklar, intervju og reportasjar som informerer om tilbod frå Helse Fonna. I tillegg blir einskilde kurs/fagkveldar annonserte i lokale avisar. Nyheitsbrevet Praksisnytt blir jamleg sendt til fastlegar og inneheld informasjon til både lege og pasient om mellom anna behandlingstilbod.

I Helse Bergen har det vore arbeidd mykje med vidareutvikling av dei enkelte avdelingane sine heimesider på internett.

I Helse Førde er det fokus på informasjon gjennom oppdaterte oversikter om dei mest vanlege behandlingstilboda ved sjukehuset til Fritt sjukehusval månadleg, informasjon på intranettsidene og informasjon gjennom PKO-ordninga (praksiskonsulentordninga).

- Helse Vest RHF skal utgreie / gå gjennom / vurdere ventetida for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal setjast i verk tiltak for å:
 - a) redusere ventetida for kirurgisk behandling av sjukleg overvekt.
 - b) redusere ventetida for pasientar med hjarteflimmer.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er sett i verk nokre tiltak for å redusere ventetida i helseføretaka for desse 2 pasientgruppene, og andre tiltak blir vurdert. Det er framleis utfordringar og behov for tiltak for å redusere ventetidene ytterlegare.

Helse Vest RHF har i 2009 og 2010 gjennomført to prosjekt retta mot ventetider og handtering av ventelister generelt for alle pasientgrupper. Siktemålet har vore å identifisere forbetningsområde for å unngå fristbrot og lange ventetider, og å få redusert ventetidene i føretaksgruppa. Hovudprosjektrapporten *Oppfølging av rapport om ventetidshandtering i Helse Vest* er styrebehandla (styresak 053/10 B) og alle helseføretaka er bedt om ei tilsvarande styrebehandling. I saka går det fram kva premissar som skal leggast til grunn i det vidare arbeidet med ventelistebehandling og ventetider i Helse Vest. Det er som følgje av dette sett i verk ei rad strakstiltak i føretaksgruppa, og helseføretaka er bedt om å følgje opp dei langsiktige tiltaka. Helse Vest RHF følgjer opp dette med månadleg rapportering frå helseføretaka.

Helse Vest RHF har også utarbeida ein brevmal med informasjon om fristbrot, ny time og korleis pasientane kan gå fram dersom dei ønskjer eit tilbod ein annan stad. Helseføretaka er bede om å ta brevmalen i bruk.

Fristbrot i helseføretaka er i stor grad knytt til polikliniske tenester. Helse Vest RHF har bedt helseføretaka vurdere tidsavgrensa ekstratiltak i form av til dømes ekstrapoliklinikk / kveldspoliklinikk for å få handtere dei pasientane som allereie er i fristbrot. Helse Vest RHF har sett av 10 mill kr til disposisjon for helseføretaka til dette arbeidet.

a) redusere ventetida for kirurgisk behandling av sjukleg overvekt

Kapasiteten er betydeleg auka i Helse Vest i 2010. Det er planar om ytterlegare auking i 2011. Samstundes er det delvis sett i gong tilbod, og planlagt ytterlegare tilbod, til pasientane før og etter operasjon.

Helse Stavanger etablerte tilbod om kirurgisk behandling av sjukleg overvekt hausten 2009. Det blei operert 50 pasientar i 2009 og 130 pasientar i 2010. Ca. 350 pasientar er tilvist for tilstanden. Av desse skal 260 bli vurdert i løpet av 52 veker. Frå vurdering til operativt inngrep har Helse Stavanger hatt 14 - 16 vekers ventetid. Helseføretaket har laga ein konkret plan for eit betre og meir tverrfagleg tilbod i løpet av 2011. Dette inkluderer ein viss auke i kapasiteten, også i det kirurgiske tilbodet.

Helse Stavanger er i dialog med Krokeidesenteret v/avd. Nærland med tanke på å etablere eit tilbod før og etter operasjon for sjukleg overvekt og i tillegg eventuelt også for dei som ikkje skal opererast. Dette vil eventuelt skje i regi av "Raskare tilbake".

I Helse Fonna er det operert vel 100 pasientar for sjukleg overvekt i 2010. Ventetida er redusert og alle pasientane får behandling innan den medisinske fristen som er sett. Ventelista er stabil på 150-200 pasientar. Det er i 2010 sett i gang arbeid med å byggje om ei av operasjonsstovene ved Haugesund sjukehus til ei moderne laparoskopisk operasjonsstove. Dette vil auke operasjonskapasiteten for pasientar med sjukleg overvekt.

I Helse Bergen blir pasientar med sjukleg overvekt operert ved Voss sjukehus. Omlag 100 pasientar vart operert i 2009. I 2010 var talet 130 pasientar. For 2011 er det budsjettert/planlagt for 150 operasjonar. Det blir tatt høgde for å operere inntil 170 pasientar for å unngå fristbrot.

Helse Førde organiserer og koordinerer ulike behandlingsformer for sjukleg overvekt i eige tverrfagleg poliklinikk-tilbod. Ventetider og tilhøyrande fristbrotproblematikk er i betring for denne pasientgruppa. Det har i 2010 vore færre nyttilviste overvektspasientar i Helse Førde, noko som heng saman med auka kapasitet i andre føretak i regionen. Ventetida i Helse Førde er p.t. omlag 15 månader. Det er innført forkurs med oppfølgjande vurdering og klargjering til operasjon for dei som skal ha det. Dette har medført nesten fråver av fristbrot siste halvår.

b) redusere ventetida for pasientar med hjarteflimmer

I Helseregion Vest blir ablasjonsbehandling av hjarteflimmer utført ved hjarteavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen. Forarbeidet blir gjort i det einskilde helseføretaket. Helse Vest skal byggje opp kapasiteten i Helse Bergen frå 200 til 280 AF-prosedyrar per år. Ein slik auke betyr at Helse Vest vil ha tilstrekkeleg kapasitet til eigen befolkning. Dette er avhengig av at dei andre regionane byggjer ut eigen kapasitet slik at kapasiteten i Helse Vest ikkje blir brukt på pasientar frå andre helseregionar.

Helse Bergen rapporterer særskilt til Helse Vest for denne gruppa pasientar. I all hovudsak er det p.t. ikkje fristbrot på dette området. Helse Bergen melder om at dei fristbrot (vurderingsbrot) som no finn stad, skuldast manglande rydding i ventelister og ikkje reelle brot. Ventetid frå no av vil vere ca. 6 månader.

Helseføretaka er bedt om å gjere ei fornya vurdering for å sikre at oppfølginga av den einskilde pasient er i tråd med gjeldande medisinske anbefalingar og tilfredsstiller krav i lova til forsvarlege helsetenester.

2.3 Pasientbehandling

2.3.1 Heilskaplege pasientforløp og samhandling

- Helse Vest RHF skal vidareføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planar for store pasientgrupper som pasientar med dei hyppigaste kreftformene, pasientar med hjerneslag og pasientar i tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Planane skal utviklast i eit forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandling der dette er relevant. Planane skal identifisere viktige flaskehalsar, f.eks. kapasitet innanfor radiologi og laboratorietenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialistar og eventuelt anna helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetenesta. Relevante faglege retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogram (ulike krefttypar) og rapportar frå forløpsgruppene som vart etablerte i samband med samhandlingsprosjektet, skal leggjast til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er eit viktig element.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er utarbeida regional plan for pasientar med hjerneslag og pasientar i tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. I den regionale planen for behandling av hjerneslag er det lagt vekt på ei vidare utvikling av samarbeid mellom sjukehusa, mellom anna med teleslag og teleradiologi. Dette blir vurdert som viktig for å sikre god behandling heile døgnet også ved dei mindre sjukehusa. Regional plan for hjerneslagspasientar vil bli utvida for å inkludere både eit forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetenesta. Individuell plan er eit viktig verktøy i denne samanheng. Mandat for planarbeidet er utarbeida, og arbeidet vil gå føre seg i 2011. Det vil bli vurdert korleis den gjeldande regionale rusplanen skal bli vidareutvikla for å inkludere m.a. eit forløpsperspektiv.

Helse Vest har i samarbeid med helseføretaka i første omgang vald å utarbeide regionale planar for to kreftformar: brystkreft og prostatakreft. Det er utarbeida mandat for planarbeid for begge pasientgrupper og det er oppretta to prosjektgrupper. Arbeidet vil gå føre seg i 2011.

Det vil i tillegg bli utarbeidd eigne planar for kreftkirurgi med mindre volum, slik som colorectal cancer, ovarial cancer, (cancer i oesophagus) og cancer vesica.

I dei mandata som er utarbeida er det m.a. lagt vekt på å identifisere flaskehalsar, og at relevante retningslinjer, handlingsprogram og rapportar frå forløpsgruppene blir lagt til grunn.

Alle helseføretaka er representert i prosjektgruppene. Det er fokus på heilskaplege pasientforløp i helseføretaka sitt arbeid, og det er i gong ulike prosjekt.

Døme på dette er eit prosjekt i Helse Stavanger med mål om at aktuelle fagmiljø i 1. og 2. linetenesta skal utvikle heilskaplege pasientforløp for definerte pasientgrupper (KOLS og barn med psykiske utviklingsforstyrningar). Det er tildelt samhandlingsmidlar til prosjektet. Arbeidet starta opp i slutten av 2010 og vil gå føre seg i 2011. Bruk av individuell plan er eit

av verkemidla i dette arbeidet. Helse Stavanger har også fokus på heilskapleg behandling i sin strategiplan for 2010-2020. Arbeidet med heilskaplege pasientforløp skal ha høg prioritet, og startar primo 2011 med konkretisering for 50 vanlege tilstandar.

I Helse Bergen blir m.a. russtrategien utarbeida i tett samarbeid med kommunesektoren.

Eit anna døme er Helse Førde sin lokale plan om hjerneslagbehandling. Prosedyrar for akutt slagbehandling er formidla til kommunehelsetenesta på ulik vis i tillegg til anna informasjon om behandlingstilbodet.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariablar/indikatorar på gode forløp utan uønska brot og forseinkingar for pasientar med dei hyppigaste kreftformene, pasientar med hjerneslag og pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med dei regionale helseføretaka om dette.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har delteke på første møte i Helsedirektoratet hausten 2010 vedkommande utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorar for pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Helse Vest vil delta i det vidare arbeidet, og er informert om at dette vil bli satt i gang når Helse- og omsorgsdepartementet har vedteke rammeverket for nasjonale kvalitetsindikatorar.

- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka set i verk tiltak på systemnivå for at rettleiingsplikta overfor kommunehelsetenesta blir sikra. Dette inneber for eksempel å etablere system som sikrar godt tilgjenge til kompetent fagleg rådgiving for fastlegar og legar i vakt, og system som sikrar at kompetanseoverføring til kommunehelsetenesta er ein integrert del av all ambulant verksemd.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er sett i verk ulike tiltak på systemnivå for å sikre dette. Dette vil være ein kontinuerleg prosess, og det vil være behov for fokus på både fleire tiltak og gode rutinar i det vidare arbeidet.

Helse Bergen har etablert fleire ulike tiltak relatert til dette, blant anna tilbod om ambulante team. Gjennom praksiskonsulent ordninga (PKO) vert det arbeidd med å betre systemet som sikrar god tilgong på kompetent fagleg rådgiving for fastlegar. Føretaket har også fokus på informasjons- og kompetanseoverføring gjennom risikostyring. Helseføretaket sine legar blir kontinuerleg rådspurt av eksterne legar mellom anna frå kommunehelsetenesta i faglege spørsmål.

Helse Førde har inngått overordna avtalar og delavtalar om samarbeid og samhandling med kommunane i fylket. Ein har tilsett 3 PKO –legar, det er mogelegheit for hospitering, og ambulante team reiser ut. Vidare har ein etablert 2 legevaktsamarbeid i helseføretaket sine lokalar, og ein har eit tredje under planlegging. Fagleg rådgjeving frå spesialist til

kommunelege skjer løpande. Eit anna eksempel er formidling av prosedyrar og anna informasjon for slagbehandling.

Dei to andre helseføretaka har meir utfyllande informasjon om tilbodet.

Helse Stavanger har etablert ein bilateral hospiteringsordning med alle kommunar innanfor alle helsefag. Ordninga har fokus på pasient og formålet med ordninga er å betre samhandlinga mellom 1. og 2. linetenesta, styrke samhandlingskompetansen, gje pasientane tenestetilbod på lågast effektive omsorgsnivå samt sikre kontinuitet og faglig god kvalitet i tilbodet. I tillegg legg ordninga vekt på å bygge faglige nettverk på ulike nivå og mellom ulike fagprofesjonar, samt styrke den enkelte sin fagkompetanse. Andre tiltak er til dømes:

- Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) er til stades ein dag i veka på alle helsestasjonar, og rettleiar kommunar og barnevernet i enkeltsakar.
- Eining for spiseforstyringar (Psykiatrisk divisjon) og Eldremedisinsk senter har eit aktivt rettleiingstilbod til kommunane og pårørande.
- Alle DPS-a har utstrakt rettleiing til kommunale butiltak.
- Kurs med interesse for 1. linetenesta blir annonsert på helseføretaket si internettside.
- I regi av PKO (praksiskonsulentordninga) er det etablert eit sjukeheimsforum med mål å bygge opp og spreie kompetanse i sjukeheimane. Sjukehuslegar og sjukepleiarar blir invitert både til å halde foredrag og som deltakarar.
- Helse Stavanger HF driv i samarbeid med kommunane Bjerkreim, Eigersund, Lund og Sokndal prosjektet Dalane lokalmedisinske senter (Dalane LMS). Dalane LMS har i samhandling med kommunane utvikla ein rekke tiltak som til dømes:
 - Felles organisering av faglege miniseminar med tema som f. eks. KOLS, etikk, palliasjon og diatetes.
 - Opplæring gjennom KOLS-koffert for pasienten i heimen i samhandling med heimetenesta i kommunane.
 - Opplæring av lokale ressurspersonar i nedslagsfeltet ifm oppstart av KOLS-prosjektet, og etablering av eit felles fagnettverk.
 - Ambulant opplæring i heimen som ledd i KOLS-pasientarbeid, for å forhindre reinnleggingar (t.d. slimmobiliserande/fysioterapi teknikkar).
 - Opplæring av pasientar og pårørande - i samarbeid med lokale ressurspersonar, samt hospitering for lokale fagpersonar.
 - Ambulant opplæringstiltak (tverrfaglig) ved overføring av pasientar frå sengposten til kommunale instansar som t.d. sjukeheim.
- Samarbeidsprosjekt med Sandnes kommune om ambulant sjukepleieteneste og moglegheit for sjukeheimslegane i Sandnes til å kontakte geriatar i sjukehus på egen "vakttelefon" fram til kl. 16.00 på kvardagar.
- Sjukehuslegar deltar på etterutdanningskurs for allmennlegar
- Legar ved Psykiatrisk divisjon driv rettleiingsgrupper for allmennlegar
- "Praksisnytt" (utgjeve i regi av PKO-ordninga) fungerer som eit organ for formidling av informasjon, styrka kommunikasjon og samarbeid mellom allmennpraksis, sjukehus og privat spesialistpraksis. Til dømes blir det orientert om telefonlister med oversikt over legar i helseføretaket som primærlegane kan kontakte.
- Fastlegars direkte telefonnummer er til ein kvar tid oppdatert og er tilgjengeleg for sjukehusets legar, AMK-sentralen og sentralbordet.

I Helse Fonna er samarbeidsavtalar implementert overfor alle kommunar i føretaket, inklusiv psykisk helsevern. Desse regulerer også kompetanseoverføring og hospitering mellom kommune-/spesialisthelsetenesta. Andre tiltak er til dømes:

- Faglege møteseriar for fastlegar i regi av praksiskonsulentordninga. På Haugalandet har slike møteseriar eksistert i fleire år gjennom eit samarbeid med Haugaland medisinske forum. I Sunnhordland er arbeidet etablert i løpet av 2010.
 - Akutt ambulant team innan psykisk helsevern er døgnkontinuerlig tilgjengeleg for fastlegar/legevakt for kommunane på Haugalandet.
 - Tryggleikseksjonen ved Valen sjukehus er i ferd med å etablere eigen ambulerande / poliklinisk teneste for ytterligare å styrke kompetanseoverføringa knytt til sikkerheitsproblematikk.
 - Rettleiing av primærlegar og tilsynslegar i kommunane innan geriatri.
 - Det er og knytt ulike tiltak og aktivitetar til samhandlingsprosjektet Helsetorgmodellen, som til dømes "Helseteam for eldre", som har overføring av kompetanse som eit av hovudmåla.
 - Habiliteringsteama arbeidar kontinuerleg på kommunane sin arena med kompetanseoverføring på systemnivå. Innan habilitering gis det, i konkrete pasientsaker, medisinsk rettleiing og fagleg drøfting mellom føretaket sin legespesialist og fastlegar
 - Føretaket arrangerar kurs som er meritterande for spesialisering og vedlikehald av spesialistkompetanse.
 - Innan LMS underviser sjukepleiarar personell på sjukeheim og i heimeteneste innan ulike fagområde.
 - Ambulanse og naudmeldetenesta har årlege møte med kommunane.
 - Årleg fagdag med kommunehelsetenesta og dei andre naudetatane. Medisinsk operativ manual blir sendt alle kommunar og elektronisk utgåve blir sendt kommunelegane
 - Enkelte seksjonar har fora med månadlege møte med primærlegane der utdjupa informasjon om behandling blir gitt.
- Dei regionale helseføretaka får ansvar for følgjeteneste for gravide til fødeinstitusjon frå 1.1.2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har overtatt ansvaret for følgjetenesta av gravide til fødeinstitusjon frå 1.1.2010. Det føregår arbeid mellom helseføretaka og aktuelle kommunar om korleis dette skal ordnast i praksis.

Når det gjeld finansieringsansvaret blir det vist til brev frå departementet til Helse Vest RHF datert 23.09.2010 der det går fram at departementet utgreier forankring av finansieringsansvaret og at det tas sikte på at finansiering av jordmor si deltaking ved følgjeteneste blir gjort gjeldande frå 2012.

Dei fleste kommunane har oppretta følgjeteneste i ei eller anna form. Helseføretaket kan velje å bruke eigne tilsette jordmødre, dersom desse bur lokalt, eller om jordmødrene ønskjer å ambulere som del av sin turnus. Vurderinga av behovet for følgje (undersøking/stille diagnose om fødselen er i gang) må skje lokalt uavhengig av kvar jordmora er tilsett. Det er reisetida til fødeinstitusjon som bestemmer om det skal være etablert følgjeteneste lokalt eller ikkje. Når det gjeld den praktiske handteringa må behovet vurderast konkret i det enkelte tilfelle.

Ein gjennomgang i Helse Vest viser at det er minst 15 kommunar i regionen som har fødande med 1 1/2 times reiseveg eller meir til fødeavdeling. I mange av kommunane er det ein del gravide som har reisetid godt under norma på 1 1/2 time, medan det er mange i same

kommunen som har lengre reise. Då skal det vere etablert beredskap og følgjeteneste – og det vil då vere vanskeleg – og truleg ikkje aktuelt – å skilja tilbodet ut frå reisetida dersom kvinnene har fagleg behov for jordmorfølgje. For ein del kommunar kan det vere mogeleg å etablere interkommunalt samarbeid, noko som er vesentleg dersom det skal vere eit rimeleg forhold mellom arbeid på dagtid og vakttid, og at dei økonomiske konsekvensane skal stå i forhold til nytten. Då dei fleste av desse kommunane er små kommunar, bør ein søke å få til interkommunal samarbeid for å dekkje beredskap og følgjeteneste for gravide.

Helse Vest RHF har utarbeida ein fleirårige, heilskapleg og lokalt tilpassa plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg saman med aktuelle kommunar. Arbeidet er utført ved at ei regional prosjektgruppe med representantar frå helseføretaka har arbeidd parallelt ift. arbeidet med det lokale planarbeidet. Områdeplanane er innarbeida i den regionale planen. Både områdeplan og regional plan er styrebehandla og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i november 2010.

Den regionale planen for Helse Vest bygger på føringar frå Stortingsmelding nr. 12, Rapporten frå Helsedirektoratet; *Et trygt fødetilbud- Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*, og områdeplanane frå kvart helseføretak.

Den regionale planen gir føringar for det vidare arbeidet med områdeplanane.

- Helse Vest RHF skal følgje opp at helseføretaka gir samhandlings- og koordineringsfunksjonen ei tydeleg leiingsmessig og organisatorisk forankring.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Alle helseføretaket har gode tiltak og rutinar for dette, og har forankra dette både i leiing og organisasjon.

Helse Stavanger har i fleire år hatt ein eigen samhandlingsseksjon i administrerande direktørs stab. Arbeidet er høgt prioritert og godt forankra i helseføretaket si leiargruppe og utvida leiargruppe. Administrerande direktør har jamlege møter med politisk og administrativ leiing i kommunane i sitt opptaksområde, som ein følgje av overordna samarbeidsavtalar. Det er utarbeida og vedtatt ein eigen samhandlingsstrategi mellom Stavanger universitetssjukehus (SUS) og alle 18 kommunar og ein eigen samhandlingsstrategi mellom SUS og Stavanger kommune som storby.

Helse Fonna har ein samhandlingssjef, som er plassert i administrerande direktør sin stab, som ser til samhandlings- og koordineringsfunksjonen er i tett samarbeid med leiinga og kliniske einingar. ”Helsetorgmodellen” er eit samarbeidsprosjektet mellom Helse Fonna, kommunane og Høgskulen (HSH). Det er oppretta felles styringsgruppe der leiarar frå partane er representert. Tilbakemeldingar på organisering av dette samhandlingsprosjektet er positive.

Helse Bergen har laga overordna avtalar med alle kommunane i sitt opptaksområde. I samsvar med dei overordna samarbeidsavtalane er kommunane delt i 4 samarbeidsutval. Helse Bergen sin viseadministrerande direktør er representert i alle samarbeidsutvala. Det er oppretta eit samarbeidssekretariat, beståande av medarbeidarar frå spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, som har ansvar for kontinuitet og koordinering av aktivitetar i samhandlingsfeltet. Det er og skipa ei intern kommunegruppe som drøftar kva saker ein skal følgje opp med kommunane. Grappa har også ansvar for å følgje opp saker som er handsama i

samarbeidsutvala. Samhandlingsstrukturen er forankra gjennom leiarorienteringar på nivå 2 og 3 møter.

Helse Bergen har og etablert ei eiga nettside om samhandling der alle relevante dokument ligg.

Helse Førde sitt prosjekt ”inn- / utskrivning ”og andre prosjekt innan forbetningsprogrammet har hatt fokus på pasient, samhandling og koordinering. Alle desse prosjekta har vore forankra i linja, med ein avdelingssjef eller klinikkdirektør som prosjekteigar og føretaksleiinga som styringsgruppe. Samhandlingsorganet *Koordineringsrådet* drøftar og gjer vedtak i overordna saker som omhandlar samhandling mellom forvaltningsnivåa. Koordineringsrådet sine medlemmer er m.a. ordførarar, rådmenn og direktørar i Helse Førde. Det blir også gjennomført dialogmøte; møte på strategisk nivå mellom styret og ordførarar og fylkesordførar, og årleg samhandlingskonferanse; KS og helseføretaket er arrangør.

- Helse Vest RHF skal greie ut korleis dei kan auke talet på polikliniske konsultasjonar for nyttilviste pasientar og redusere talet på kontrollar. Det skal i tillegg utgreiast kva for oppgåver og kva for kompetanse det er behov for i primærhelsetenesta for å samarbeide om dette. Frist for rapportering til departementet er 1.6.2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har utarbeida rapport som blei sendt til HOD innan avtalt frist. Rapporten er utarbeida med grunnlag i rapportar frå helseføretaka.

Hovudkonklusjonane i rapporten er at dette heng saman med kva slags kompetanse primærhelsetenesta har, samarbeidet mellom primærhelsetenesta og poliklinikkane iht. tilvisningspraksis og oppgåvefordeling, intern organisering av tenestene, rettighetsvurderinga og handtering av tilvisningar og ventelisteproblematikk. Ei god handtering av dette er eit viktig grunnlag for å kunne auke talet på nyttilvisingar og redusere kontrollar.

Det er i rapporten gjort greie for ei rekke tiltak på kort og lang sikt m.a. tiltak som er foreslått i ventetidsprosjektet si rapport ”Ventetidshandtering i Helse Vest”. Fokuset er m.a. på ulike opplæringstiltak (internt og eksternt), gjennomgang av organisering og rutinar i poliklinikkane, betre kvalitet på tilvisningar og epikrisar, kartlegging av pasientforløp, skriftlege retningsliner for tilvisning og kontroll og fokus på gode pasientflytprosessar.

Døme på andre tiltak som er sett i gong i helseføretaka:

Helse Stavanger arbeidar aktivt for å redusere talet på kontrollar og dermed auke kapasiteten til å ta nyttilvisingar. Det blir arbeida aktivt for å overføre pasientgrupper til primærhelsetenesta der dei kan få like godt eller betre tilbod enn i sjukehuset. I samarbeid med praksiskonsulentane (PKO) blir det arbeida for å betre kvaliteten på tilvisningar frå primærlegane. For kvart fagområde / kvar diagnose blir det arbeida med å utarbeide mal for innhald i tilvisningane. Praksiskonsulentane er invitert til å delta i arbeidet med å vurdere oppgåvefordeling og kontrollar. Det vil bli lagt til rette for auka bruk av hospiteringsordninga for legar (jf. opplegg som praksiskonsulentane har utarbeida).

Helse Fonna har fokus på skriftlege retningsliner for tilvising og kontroll i samarbeid med

primærhelsetenesta og utarbeiding av gode pasientflytprosessar som også inneheld grunnjevne kriterium for kontrollar etter sjukehusopphald og/eller primærkonsultasjon ved poliklinikkane. Det er vidare fokus på ei kritisk gjennomgang med alle legar av rutinar for etterkontrollar av pasientgrupper, dagleg gjennomgang av kontrollavtalar inngått av turnuslegane og gode epikrisar med tilsvarende god rettleiing av primærlegane om vidare oppfølging av pasient.

I Helse Bergen er det sett i gang eit stort arbeid, i samarbeid med kommunehelsetenesta, knytt til kva tenester sjukehuset skal gjere mindre av/ikkje gjere og som eventuelt kan gjerast/byggjast opp i kommunehelsetenesta. Ei samla skriftleg framstilling av dette vil bli handsama av alle kommunane og sjukehusa i føretaksområde. Omfanget av kontrollar er ein del av dette biletet.

Helse Førde meldar at dei over tid har hatt ei auke i poliklinisk aktivitet og at dei har ein betydeleg større del polikliniske konsultasjonar iht. folketalet enn det som er gjennomsnittet nasjonalt. Det vert halde kontinuerleg (månadleg) oversikt over delen kontrollar i høve den samla polikliniske aktiviteten. Delen kontrollar ligg i hovudsak rundt eller litt under 50%. Det blir arbeida kontinuerleg med å redusere delen i samhandling med kommunehelsetenesta. PKO-ordninga vert nytta aktivt her.

- Helse Vest RHF skal ha rutinar og kompetanse som sikrar at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet, og at rettleiingsoppgåva overfor kommunane blir sikra på ernæringsområdet.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helseføretaka har til dels rutinar og kompetanse for å sikre dette, sjølv om det er varierende i kor stor grad det gjeld alle pasientgrupper, og i kva grad rettleiingsoppgåvene overfor kommunane blir sikra. Det er arbeida med dette i helseføretaka i 2010 for å sikre denne oppgåva på ein betre måte.

I Helse Stavanger er ernæring integrert i behandlingstilbodet for dei pasientgrupper som treng det mest etter ein fagleg og kapasitetsmessig prioritering. Dette gjeld til dømes pasientgrupper innan kreft, ALS (amyotrofisk lateralsklerose), barn m. fl., Det er ønskjeleg at fleire pasientar ved helseføretaket får tilgang til spesialisert ernæringsfagleg kompetanse i behandlingsforløpet, men rekruttering av fagfolk er utfordrande. I Psykiatrisk divisjon har fleire einingar tatt inn ernæringsmessige forhold i sine tiltak / tilbod, og fokuserer i aukande grad på helse og livsstil for pasientane. Det vil være naudsynt å auke og styrke omfanget av spesialisert klinisk ernæringsfagleg kompetanse i førebygging, behandling og rehabilitering for å kunne sikre rettleiingstilbod til kommunane.

I Helse Fonna har det i 2009/2010 vore etablert utviklingsprosjekt (regionalt prosjekt) med fokus på ernæring som integrert del av det kliniske tilbodet. Det har i prosjektet vore ein systematisk kartlegging og oppfølging av pasientar. Funksjonen vil gå over frå prosjekt til drift i 2011. Prosjektet har styrka system og tiltak for ernæring, men det er behov for vidare satsing for å få dette integrert. Rettleiing overfor kommunane skjer ved kursverksemd i regi av LMS.

Helse Bergen har dei siste åra hatt eit spesielt fokus på identifisering og oppfølging av underernærte pasientar. Dette blir blant anna monitorert gjennom fire årlege ernæringsregistreringar. I 2010 er det utarbeidd ein strategi for arbeidet med livsstil og helse der kosthald vil få spesielt fokus. Helse Bergen vil i samarbeid med dei nærliggande kommunane utvikle felles opplæringsprogram innan ernæring. Dei fleste kliniske avdelingar har aktivitet som inkluderer ernæring som ein del av behandlingstilbodet. Til dømes har Barneklubben, i samarbeid med FoU-avdelinga, utvikla eit eige skåringsverktøy for ernæringsstatus for barn som er tatt i bruk i klubben.

Helse Førde meldar om høg bevisstheit for kor viktig faktor ernæring er i høve pasientbehandligna generelt og i høve kjente utsette pasientgrupper spesielt (m.a. eldre og kronisk sjuke). Føretaket har god kompetanse på området med klinisk ernæringsfysiolog. Denne i hovudsak er knytt til livstilsbehandling av sjukleg overvekt, men kompetansen blir og nytta i andre samanhengar.

2.3.2 *Psykisk helsevern*

- Helse Vest RHF skal evaluere effekten av avtalane om samarbeid mellom DPS/BUP og kommunane, mellom anna barnevernet. Evalueringa skal vurdere avtalane opp mot omstillingskravet og behovet for å utvikle konkrete samhandlingsmodellar.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er i varierende grad gjennomført evaluering av avtalane. Dette skuldast delvis at nokon avtalar har hatt kort virketid, og delvis organisatoriske endringar i Bufetat. Føretaka har overordna samhandlingsavtalar og i hovudsak avtalar mellom spesielt BUP og kommunane. Det er fokus på god samhandling. Det ble hausten 2010 arrangert ein regional erfaringskonferanse mellom Bufetat og barne- og ungdomspsykiatrien i Helse Vest.

I Helse Stavanger har BUPA (barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling) retningslinjer for samarbeid med alle kommunar i helseføretaket sitt opptaksområde. Psykiatrisk divisjon har retningslinjer for samarbeid med alle instansar i kommunane. Avtalene blir evaluert og revidert i tråd med plan for dette. Psykiatrisk divisjon har i 2 år deltatt i et omfattande prosjekt for å betre samhandligna med Bufetat, der også Kommunenes Sentralforbund (KS) og kommunar i opptaksområdet har deltatt. Fleire nye samarbeidstiltak er under ferdigstilling og vil bli behandla i føretaket i 2011. Bufetat har allereie meldt om effekt av den auka samhandligna mellom fagmiljøa.

Helse Fonna har i 2010 ikkje gjennomført ei evaluering av avtalane om samarbeid mellom DPS/BUP. Det vil bli sett i verk evaluering i 2011. Helse Fonna har i 2010 sikra at det er inngått avtalar om inn- og utskriving, hospitering og spesiell oppfølging med alle 19 kommunane i opptaksområdet. Avtalane vil bli evaluert i løpet av 2011/2012.

I Helse Bergen er avtalene såpass nye at det er for tidleg å evaluere dei. I avtalen mellom DPS og kommunane er det etablert nye rutinar for inn- og utskriving av pasientar som blir gjort gjeldane frå 1.1.2011. Det er etablert DPS-råd mellom spesialisthelsetenesta, kommunane i opptaksområde og brukarane. Det er etablert faglege nettverk mellom dei seks DPS-a i opptaksområdet innan poliklinikk-, dagavdeling-, døgneining- og leiarnettverk.

I Helse Førde har psykisk helsevern for barn og unge i mange år hatt eit godt og forpliktande samarbeid med kommunane i føretaksområdet med faste møter og rettleiing med PPT, barneverntenesta og helsestasjonane. I tillegg har tenesta for barn og unge faste møter og ad hoc samarbeid med Bufetat. Det er utvikla ein overordna plan for samarbeid mellom kommunane og psykisk helsevern for vaksne. I tillegg har ein eigne faste avtalar og møter med kommunane. DPS-a har faste møter/konferansar med kommunane der mellom anna erfaringar med samhandlinga blir drøfta på overordna nivå.

- Helse Vest RHF skal som ledd i etableringa av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i dei psykiske helsetenestene setje i verk ein regional, forpliktande handlingsplan for å avgrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Oppgåva skal spesifiserast i eit eige brev.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er sett ned ei regional arbeidsgruppe med mandat til å utarbeide ein regional plan i samsvar med dei føringane som er spesifisert i brev frå Helse- og Omsorgsdepartementet våren 2010. Det blir samstundes utarbeida lokale planar i samsvar med føringane for dette. Representantar frå helseføretaka som er med i det regionale planarbeidet er også med i det lokale planarbeidet i det einskilde helseføretak. Dei regionale og lokale planane blir slik utarbeida parallelt og koordinert i forhold til kvarandre. Utkast av den regionale planen er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2010. Den regionale planen er planlagt ferdigstilt våren 2011.

Det er i tillegg sett ned eit regionalt prosjekt med mål å sikre komplette og gode pasientdata innan psykisk helsevern. Eit av måla for prosjektet er å sikre komplette og gode pasientdata om tvangsbruk. Det rapporterte datagrunnlaget for tvangsbruk er ikkje tilfredsstillande. Det regionale prosjektet vil vere med å sikre eit betre datagrunnlag for å følgje utviklinga.

Arbeidet i helseføretaka med å redusere bruken av tvang, skjer m.a. i samarbeid med kommunehelsetenesta.

Døme på gode tiltak i helseføretaka for å redusere og sikre rett bruk av tvang er m.a. Psykiatrisk divisjon i Helse Stavanger sine TMA-kurs (terapeutisk meistring av pasientar med aggresjonsproblematikk). Dette omfattar m.a. ein systematisk og planlagt opplæring av alle tilsette i Psykiatrisk divisjon. TMA-kurs blir også tilbode kommunale, fylkeskommunale og regionale samarbeidspartnarar, i tillegg til andre divisjonar i helseføretaket. Divisjonen har utvikla eit nasjonalt og internasjonalt samarbeid i forhold til reduksjon av tvang.

Andre døme på tiltak er DPS-a sine ambulante team, ”Psykebilen” i Helse Stavanger og tilsvarande eiga ambulanseteneste i Helse Bergen.

Helse Førde er det helseføretaket som ligg lågast i bruken av tvang i Helse Vest.

- Rusmiddelproblem hos pasientar som blir tilviste til psykisk helsevern, skal undersøkjast, og det skal setjast i verk tiltak for å sikre at desse pasientane får eit heilskapleg behandlingstilbod for rusmiddelproblemet sitt.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det blir arbeidd med dette i helseføretaka og mange tiltak er enten planlagt eller sett i verk.

I Helse Stavanger har Dalane DPS saman med opptakskommunane i mai 2010 hatt ein kartlegging av pasientar med rusproblem og psykisk lidning. Kartlegginga blei utført av KORFOR (regionalt kompetansesenteret for rusmiddelforskning). Kartlegginga blir brukt i det vidare arbeidet med å styrke samhandlinga med kommunane i Dalane om pasientar med rus og psykiske lidningar. Det blir laga ein felles tidlig intervensjonsstrategi mellom Psykiatrisk divisjon og alle kommunane vedkommande barn og unge i risikograppa for å utvikle rus og psykisk lidningar. Pasientar i Psykiatrisk divisjon blir regelmessig kartlagt for om dei har eit rusmiddelproblem i tillegg til sin psykiske lidning.

I Helse Fonna er det innført obligatorisk kartlegging av alle pasientar med Audit og Dudit¹ og gjennomført opplæring i bruk av Audit og Dudit på klinikknivå. Det er starta gjennomføring av ein intern undervisningsserie frå hausten 2010 og våren 2011, med tema rus og rusbehandling (obligatorisk for alle tilsette i døgneiningar og i poliklinikkar). Vidare er det satt i gang eit prosjekt i BUP der pasientar frå 12 år blir kartlagde med tanke på bruk av rusmidlar. Det er etablert eit eige tverrfaglig vurderingsmøte som skal bidra til eit meir heilskapelig behandlingstilbod. Det er etablert samhandlingsteam med 4 kommunar som fungerer som oppsøkjande behandlingsteam for personar med rus og/eller psykisk lidning som i liten grad har klart å nyttiggjere seg av det ordinære tilbodet. Teamet har fått årlege prosjektmidlar frå Helsedirektoratet. Føretaket har fått prosjektmidlar frå Fylkesmannen til eit samarbeidsprosjekt for tilsvarande pasientgruppe tilhøyrande Karmøy kommune.

I Helse Bergen blir pasientane undersøkt for rusmiddelproblem ved innkomst i Psykiatrisk akuttmottak. Dette skal og integrerast i inntak til DPS-a, noko som p.t. ikkje er gjennomført fullt ut.

I Helse Førde er spesialkonsulentar innan rus integrerte i poliklinikkane sitt arbeid. Dette gjer poliklinikkane betre rusta til å hjelpe pasientane tverrfagleg. For å auke kompetansen innan rus blir det vektlagt å tilsette personale med relevant vidareutdanning innan rus og/eller stimulert til at personale tek vidareutdanning innan problematikken.

- Helse Vest RHF skal bidra til Helsedirektoratet si kartlegging av behandlingstilbodet til menneske med eteforstyrningar når det gjeld kapasitet, kvalitet og tilgjenge. Direktoratet si kartlegging skal omfatte tilbodet på regionalt nivå, i helseføretak og DPS, i BUP, i privat regi, og i kommunane, jf. regjeringa sitt ønske om å styrkje behandlingstilbodet til pasientar med eteforstyrningar, med særleg søkjelys på barn og unge.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har deltatt i Helsedirektoratet si kartlegging og etterfølgjande dialogmøte i Helsedirektoratet.

¹ Audit: Alcohol Use Disorder Identification Test, ein sjølvtest for eige alkoholforbruk. Dudit: Drug Use Disorder Identification Test, eit screeninginstrument for å identifisere problematisk bruk av illegale rusmidlar.

- Helse Vest RHF skal sørge for at gode erfaringar frå brukarbaserte tiltak kjem til nytte ved alle DPS, jf. relevante erfaringar frå prosjekta Brukerorienterte alternativer til tvang (SINTEF 2008) og Brukerstyrte plasser (Jæren DPS) o.a.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Dei fleste helseføretaka har sett i verk tiltak som brukarstyrte plassar, og andre brukarbaserte tiltak. Det er fokus på dette, og det blir i hovudsak arbeidd systematisk med dette.

I Helse Stavanger har alle DPS-a i divisjonen hatt brukarstyrte innleggingar / plassar / kriseplassar sidan 2003.

I Helse Fonna er det, som eit samarbeid mellom Haugaland / Karmøy DPS og Karmøy kommune, starta opp eit bufellesskap som eit prosjekt for brukarar med alvorlig psykisk lidning og alvorlig rusmisbruk. Erfaringane frå prosjektet vil ha overføringsverdi til andre bufellesskap i DPS-et sitt opptaksområde. Andre tiltak er til dømes faste og planlagde opphald i psykosebehandlinga og krisesenger.

Helse Bergen har brukarstyrte plassar og prosjektet PLIS – planlagde innleggingar i seriar.

Helse Førde har i 2010 oppretta tre brukarstyrte senger. Metodisk grunnlag for sengene har ein mellom anna henta frå Jæren DPS. Tilbodet vil bli vidareutvikla.

- Helse Vest RHF blir bedt om å vurdere å leggje til rette for å gi auka tilbod til personar med psykiske lidningar/problemstillingar innanfor ordninga ”Raskare tilbake”.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er Helse Stavanger som har tilbod for denne pasientgruppa innanfor ordninga ”Raskare tilbake” i Helse Vest. Helse Stavanger har utvida sitt tilbod i 2010.

Krav frå tilleggsdokument til oppdragsdokument

- Tal og del pasientar som har fått tildelt individuell plan innafor barnehabilitering, schizofreni og ADHD (mål: skal aukast).

Helse Stavanger:

Pasientgruppe		2009	2010
Barnehabilitering	Del individuell plan *	24 %	37 %
Schizofreni	Tal behandla pasientar	157	133
	Tal individuell plan	85	75
	Del individuell plan	54,1 %	56,4 %
ADHD **	Tal behandla pasientar	522	484
	Tal individuell plan	9	3
	Del individuell plan	1,7 %	0,6 %

* Planer som er utarbeida ved Barnehabiliteringen Østerlide, men som ikkje er ferdigstilte fordi samarbeidsmøtar med kommunale samarbeidspartnarar ikkje er gjennomført, er ikkje med i indikatoren.

** Alle pasientar blir orientert om tilbod og sin rett til å få fastlagt en individuell plan. Det er få som ser behovet for eller ønskjer dette.

Helse Fonna:

Pasientgruppe		2010
Barnehabilitering	Tal behandla pasientar	Ca. 250
	Tal individuell plan	Ca. 125
	Del individuell plan	Ca. 50 %
Schizofreni	Tal behandla pasientar	339
	Tal individuell plan	7
	Del individuell plan	2,1 %
ADHD	Tal behandla pasientar	16
	Tal individuell plan	0
	Del individuell plan	0 %

Helse Bergen:

Pasientgruppe		2009	2010
Barnehabilitering	Tal behandla pasientar	42	105
	Tal individuell plan	32	48
	Del individuell plan	73 %	46 %
Schizofreni	Tal behandla pasientar	356	346
	Tal individuell plan	90	83
	Del individuell plan	25 %	24 %
ADHD	Tal behandla pasientar	270	302*
	Tal individuell plan	19	16
	Del individuell plan	7 %	5,3 %

* Tall frå desember 2010 manglar

*Helse Førde: **

Pasientgruppe		2009	2010
Barnehabilitering	Tal individuell plan		44
	Del individuell plan		51,8
Schizofreni	Tal individuell plan	30	31
	Del individuell plan	24	23
ADHD	Tal individuell plan	6 (bup) – 8 (vop)	4 (bup) – 6 (vop)
	Del individuell plan	16 (bup) – 5 (vop)	15 (bup) – 4 (vop)

* Det er ikkje tidlegare registrert individuell plan (IP) i DIPS. Ved uttak av tal for barnehabilitering i 2010 utgjer dette 44 IP. Ved manuell teling er talet 66 IP. BUP opplysar om at mange foreldre ikkje ønskjer IP.

2.3.3 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Bergen kommune bidra til å starte etableringa av ein eigen Rusakutt ved Bergen legevakt og eit eige mottak i regi av Helse Bergen HF.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Rusakutten ved Bergen legevakt starta opp oktober 2010. Helse Bergen var med i planlegginga og iverksettinga av tiltaket. Når det gjeld eit eige mottak i føretaket er det under utgreiing.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med kommunane leggje til rette for behandlingførebuaende tiltak overfor rusmiddelavhengige som har fått rett til nødvendig helsehjelp innanfor tverrfagleg spesialisert behandling mens dei ventar på at behandling startar.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er i størst grad Helse Stavanger som har etablert mange ulike førebuaende tiltak i samarbeid med kommunane. Dei andre føretaka har i varierende grad lagt til rette for dette.

Helse Stavanger arbeidar systematisk med å leggje til rette for behandlingsforberedande tiltak for rusmiddelavhengige medan dei ventar på at behandling skal starte. Døme på dette er:

- Samarbeidet mellom Psykiatrisk ungdomsteam Stavanger og K 46 i Stavanger kommune. Tilsette frå spesialisthelsetenesta jobbar på ein kommunal arena for å sikre tidleg, heilskapleg og samordna innsats overfor unge som ønskjer seg ut av rusproblema. Frå januar 2010 ble K46 utvida med eit døgntilbod.
- Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes og Sandnes kommune etablerte hausten 2010 eit "Startteam", med tilsette frå både kommune og spesialisthelsetenesta. Målet er tidlegare innsats og raskare avklare betre behandling for den einskilde brukar/pasient.
- Psykiatrisk ungdomsteam, oppsøkande behandlingsteam og LAR-Helse Stavanger har forutan behandlingstilbod kontinuerleg fokus på behandlingførebuing via tett samarbeid med kommunane i sine opptaksområde.

Helse Fonna er i dialog med kommunane om start av eit rusforum der mellom anna behandlingførebuaende tiltak overfor rusmiddelavhengige skal inngå. Start av Rusforum er i samråd med kommunane utsett til 2011.

Helse Bergen meldar at dei legg til rette for behandlingførebuaende tiltak overfor rusmiddelavhengige i samarbeide med kommunesektoren.

Helse Førde legg vekt på poliklinisk oppfølging og behandling i eigen heim før innlegging i rusinstitusjon blir vurdert. I dei fleste tilfelle er spesialkonsulentar innan rus og kommunane tett inne med behandling og hjelpetiltak før behandling i institusjon blir vurdert. Det er også eit godt samarbeid med Rusettervernet.

Krav frå tilleggsdokument til oppdragsdokument:

- gjere seg kjent med Riksrevisjonens rapport og følgje opp dei tilhøve som rapporten peikar på.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har hausten 2010 gjennomført ein anbodskonkurrans med private ideelle institusjonar innanfor TSB. I kravspesifikasjonen som er nytta, og i avtalane som er inngått, er det tatt høgde for fleire av dei forhold som Riksrevisjonen har påpeika.

Det er sett krav til både styrking av fagkompetanse og bemanning i dei private institusjonane innan TSB. Det er m.a. sett krav til eit godt innarbeida internkontrollsystem. Det er lagt vekt på eit bredt samansett tilbod. Døme på andre krav er at leverandøren må arbeide spesielt tett saman med eit av helseføretaka for å sikre god utnytting av samla behandlingsskapasitet i opptaksområdet og gode behandlingsforløp for pasientane. Eit anna døme er krav om nært samarbeid med tilvisande instans og øvreg spesialisthelseteneste i tillegg til eventuelle andre relevante samarbeidspartnarar. Samarbeidet må vere både på pasientnivå og på system-/institusjonsnivå. Individuell plan skal bli tilbudd alle når dette er aktuelt.

Helse Vest RHF følgjer opp dei private institusjonane innan TSB med tertialvis rapportering på kapasitet og aktivitet. Det blir halde årlege møter med desse institusjonane om utviklinga.

Helseføretaka har i hovudsak følgd opp dei høve som gjeld samarbeid med dei private institusjonane innan TSB i sitt opptaksområde. Spesielt Helse Stavanger har gjort greie for det arbeidet dei gjer.

Helse Stavanger har hausten 2010 gjennomgått Riksrevisjonen sin rapport saman med dei private institusjonane innanfor TSB og psykiatriske institusjonar i Samarbeidsforum for rus. Helseføretaket bidreg til at TSB blir meir kunnskapsbasert gjennom aktiv deltaking i Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) – bl.a. i utviklinga av eit kvalitetsregister for rusbehandling. Helseføretaket bidreg til at balansen mellom tilbod og etterspurnad i planlegginga av behandlingstilbodet blir betre gjennom utvikling av BrukerPlan². Helse Stavanger har ein koordinerande rolle når det gjeld tilbodet innanfor TSB i Helse Stavanger sitt opptaksområde, og sikrar at dei private institusjonane deltar i utviklinga av tenestene gjennom faste samarbeidsmøte. Eit av satsingsområda er meir bruk av individuell plan. Saman med dei private institusjonane har Helse Stavanger utvikla ein prosessorientert samhandlingsmodell mellom kommunane og spesialisthelsetenesta som inkluderar behandlingsforberedande tiltak, aktive behandlingstenester og samfunnsintegrasjon.

I Helse Fonna sitt opptaksområdet er det Haugaland A-senter som har rammeavtale med Helse Vest. Helse Fonna og Haugaland A-senter har inngått samarbeidsavtale og er gjensidig representerte i vurderingsmøte.

Helse Bergen opplysar at Avdeling for rusmedisin har gjort seg kjent med rapporten, og følgjer kontinuerleg opp dei punkta som rapporten peikar på.

² BrukerPlan er eit verktøy for kommunar som ønskjer å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmisbruk i kommunen. Med BrukerPlan kan ein dokumentere tilbodet som blir gitt, forventa etterspurnad etter tenester, og det gir grunnlag for å kunne prioritere mellom grupper og tilbod.

Helse Førde har ikkje private institusjonar innan tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i sitt opptaksområde, og har vurdert rapporten som lite relevant for dei.

- registrere og rapportere talet på årsverk for legar, legespesialistar og psykologar/psykologspesialistar som er tilsett innan tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helseføretaka registrerar talet på årsverk. Helse Førde kan ikkje skilje talet på årsverk innan TSB frå psykiatri då rustilbodet er ein integrert del av tilbodet innanfor psykisk helsevern. Helse Førde oppgjer likevel ein styrking som følgje av etablering av ein spesialisert ruspost. Ved denne eininga er det knytt 100% psykiater, 20% LIS og 100% psykolog.

Helse Stavanger

Tal årsverk/stillingar	2009	2010	Endring
Legar LIS	0	0,5	+0,5
Legespes.	1,5	2,6	+1,1
Psykologar	11,32	11,08	-0,24
SUM	12,82	14,18	+1,36

Helse Fonna:

Tal årsverk/stillingar	2010
Overleger	2,0
Psykologspesialist	3,4
Psykolog *	1,0
SUM	6,4

* psykologen er i 50/50 forskning/klinikk – dobbelkompetanse.

Helse Bergen:

Tal årsverk/stillingar	2010
Legar	3,4
Psykologar	2,8
SUM	6,2

2.3.4 Habilitering og rehabilitering

- Helse Vest RHF skal styrkje rehabiliteringsfeltet som følgje av auka basisløyving, jf. Prop. 1 S (2009–2010).

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har styrkt rehabiliteringsfeltet i 2010. Midlane har blitt nytta til:

- oppretting av vurderingseining: 2,5 mill. kr
- styrking av HF-a (etter inntektsfordelingsmodell): 19,5 mill. kr
- styrka kjøp hos private: 5,0 mill. kr

Vurderingseininga i Helse Vest er lagt til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, som er lokalisert til Helse Bergen. Formålet med vurderingseininga er å:

- sikre at vurdering og prioritering av pasientar skjer i tråd med prioriteringsforskrifta og at dette blir praktisert likt for alle institusjonane, slik at tenestene er på spesialisthelsetenenestnivå
- bidra til samordning av tenestene for å oppnå samanhengande tenester til pasientane
- på sikt få betre styring med pasientstraumane
- bidra til at ressursane blir utnytta på ein god måte

Vurderingseininga har vore i drift sidan 9. august 2010. Frå denne datoen skal alle fastlegar og avtalespesialistar sende tilvisingar til rehabilitering i private institusjonar i og utanfor regionen til den regionale vurderingseininga.

Styrkingsmidlane til helseføretaka er blitt nytta til m.a. oppretting av fleire stillingar.

Helse Stavanger har i 2010 oppretta 3,2 fagstillingar ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering Lassa. Tildelte midlar er også nytta til fagleg oppdatering og utstyr.

Helse Stavanger har styrkt Barnehabiliteringa Østerlide med 1,5 mill. kr i 2010. Midlane er nytta til 2 årsverk for vidareføring av forskjellige prosjekt knytt til intensive treningstilbod, alternativ kommunikasjon og alvorlege ernæringsforstyrningar. Innafor desse felta har det i 2010 vore fleire samhandlingstiltak med kommunane for å avgrense kva som er spesialisthelsetenesta sine oppgåver og kva som er primærhelsetenesta sine oppgåver. Helseføretaket har også satsa på forskning innafor barnehabilitering.

Helse Fonna har styrkt rehabiliterings- og habiliteringstenestene med to nye stillingar i 2010. Det er ei samhandling mellom habiliteringstenesta og barneseksjonen i Kvinne-/barnklinikken. Lege/pediater frå barneklinikken inngår i tenesta ved barnehabiliteringa, og føretaket har styrkt denne samhandlinga gjennom at ytterlegare ein pediater deltek i tenesta.

Helse Bergen har vidareført styrking av budsjetttramma for barnehabiliteringa i 2010.

I Helse Førde har ei tverrfagleg samansett arbeidsgruppe i 2010 utarbeidd tilrådingar knytt til framtidige habiliterings- og rehabiliteringstenester i Helse Førde HF. Det er i dette arbeidet peika på moglege retningar og strategiar for vidareutvikling innan feltet både i helseføretaket og for samhandling mellom dei ulike aktørane på feltet. Barneavdelinga arbeider målretta med oppbygging av tilbodet til barn med cerebral parese, og ein deltar i prosjekt om CPOP (cerebral parese oppfølgingsprogram). Barneavdelinga arbeider og med gruppebasert opplæring i høve diagnosane Mb Down, MMC (myelomeningocele) og autisme. Dette vert organisert som foreldrenettverkssamlingar i eit samarbeid med Lærings- og meistringssenteret. Helseføretaket har starta opp arbeidet med å bygge opp kompetanse innanfor utredning av sosialspekterforstyrningar³.

Ved rehabiliteringseininga har ein i 2010 hatt utfordringar knytt til rekruttering av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Talet på sengeplassar er redusert frå 11 til 6 plassar, og hausten 2010 har det berre vore gitt tilbod om rehabilitering etter hjerneslag, og ved

³ Sosialspekterforstyrningar er forstyrningar der årsaka til dei sosiale vanskanane skuldast utviklingsmessig genetisk forhold.

beinamputasjonar. Spesialist er no tilsett og helseføretaket planlegg derfor å kunne auke rehabiliteringskapasiteten frå og med første del av 2011. Nordfjord- og Lærdal Sjukehus har frå september tilsett ergoterapeut og kan såleis gje tilbod om enkel rehabilitering. Tverrfagleg muskelskjelettpoliklinikk blei lagt ned frå 1. mai 2010. Likevel har det vore gitt eit poliklinisk tilbod i haustsemesteret, men ikkje med den tverrfaglege forankringa ein tidlegare la til grunn.

- Helse Vest RHF skal i 2010 kjøpe tenester frå private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i minst same omfang som i 2009 for befolkninga.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har gjennomført anbodskonkurranse med private rehabiliteringsinstitusjonar i 2010, og nye kontraktar er inngått. Avtalene har ei samla årleg verdi på vel 130 mill. kr.

Dette er ei auke på om lag 25 mill. kr frå førre avtaleperiode. Dette inkluderer avtaler innanfor ”raskare tilbake”.

Det er inngått avtaler med Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, Åstveit Helsesenter, Ravneberghaugen Rehabiliteringssenter, HSR⁴ Rehabilitering og Krokeidesenteret med avdelingar på Nærland og Krokeide.

Den samla kapasiteten i dei private rehabiliteringsinstitusjonane blir oppretthaldt, mens fagkompetansen og bemanninga blir styrkt slik at kvaliteten på tenestene blir betra. Tilbodet blir meir differensiert og utvikla i ei enda meir spesialisert retning.

2.3.5 Område med særskild vektlegging

2.3.5.1 Kronisk smerte

- Helse Vest RHF skal innan utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet ei oversikt over tilbodet til kroniske smertepasientar og planar for å styrkje dette.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har gitt Helse- og omsorgsdepartementet ei rapport med oversikt over tilbod og planar innan fristen.

I Helse Vest er det etablert ein tverrfagleg smerteklinikk ved Haukeland universitetssjukehus. I tillegg tilbyr Helse Stavanger og Helse Fonna poliklinisk behandling av smertepasientar. Helse Førde arbeidar med å etablere ein tverrfagleg poliklinikk med planlagt oppstart første halvdel 2011. Alle helseføretaka i regionen tilbyr no meistringskurs eller meistringsgrupper for dei kroniske smertepasientane. Det har delvis vore ei styrking av tilbodet i helseføretaka i 2010, og det er planar for ytterlegare styrking

2.3.5.2 Kronisk utmattingssyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

- Helse Vest RHF skal utarbeide ein rapport med status over adekvate tilbod om

⁴ Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus

diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasientar med CFS / ME. Rapporten skal vise kva for helseføretak som har tilbod til pasientgruppa, kva for type tilbod, talet på pasientar som er sende dit, og talet på pasientar som er gitt eit tilbod i helseregionen i 2009. Frist for rapportering er utgangen av 2. tertial 2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har gitt Helse- og omsorgsdepartementet ein rapport med oversikt over tilbodet innan fristen.

Alle helseføretaka i Helse Vest foretar utgreiingar av denne pasientgruppa. Behandlingstilbodet for CFS / ME er framleis lite utvikla, men dei to største helseføretaka har gjennomført prosjekt med ei vurdering av korleis tilbodet kan bli betre. Helse Stavanger har konkludert med at det må opprettast eit poliklinisk team ved helseføretaket for å styrkje utgreiings- og behandlingstilbodet, inkludert rehabilitering, til desse pasientane. Det er konkrete planer for å etablere dette tilbodet i 2011. Helse Bergen ønskjer i første omgang å satse på ei samordning av tenestene og sikre eit godt pasientforløp i tillegg til oppbygging av kompetanse på denne pasientgruppa.

Lærings- og meistringkurs blir tilbydt via lærings- og meistringssentra i Helse Stavanger og Helse Bergen.

Helse Vest har inngått avtale med både psykiater og spesialist i klinisk psykologi, knytt til Frihamnsentret i Skånøvik. Tre av helseføretaka nyttar dette tilbodet til behandling / rehabilitering.

2.3.5.3 Organdonasjon/transplantasjon

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å auke talet på tilgjengelege organ og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Alle helseføretaka har fokus på både tiltak for å auke talet på tilgjengelege organ og alle deltek i nasjonalt samarbeid. Alle helseføretaka har donoransvarleg lege og alle potensielle donorar blir vurderte. I tillegg til dette planlegg Helse Stavanger å opprette ei deltidstilling som transplantasjonskoordinator i 2011. I Helse Bergen blir det arbeidd med rutinar for å få hornhinner via patologisk avdeling. Helse Bergen har og hatt ein stor auke i talet på donorar i 2010.

2.3.5.4 Cochleaimplantasjon/rehabilitering

- Helse Vest RHF skal sikre tilstrekkeleg kapasitet for cochleaimplantasjonar, jf. nasjonale mål.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Cochleaimplantasjonar blir i Helse Vest utført i Helse Bergen. Vurderinga er at det ikkje føreligg behov for fleire cochleaimplantasjonar enn det som blir utført nasjonalt.

Det blei gjennomført 15 operasjonar i 2010, og det blir lagt opp til tilsvarende aktivitet i 2011. Det er per i dag ingen på venteliste for dette tilbodet.

- Helse Vest RHF skal sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Bergen har ansvar for dette i Helse Vest. Alle som blir operert med CI får tilbod om kurs ved Lærings- og meistringssentra både før og etter operasjonen. Dei aller fleste deltek på desse kursa.

2.3.5.5 Prehospitale tenester

- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka innan 1.4.2010 oppfyller kompetansekrava i forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF rapporterte til Helse- og omsorgsdepartementet innan 01.04.2010. Kravet var då oppfylt i Helse Stavanger og Helse Bergen, men ikkje for dei to andre helseføretaka (Helse Førde og Helse Fonna).

Helse Fonna meldar at dei no oppfyller kompetansekrava i forskrift om akuttmedisinske tenester. Status er at av 152 faste tilsette har 119 fagbrev, 33 har minimumskompetanse.

Dette er framleis ei utfordring i Helse Førde. Helseføretaket løyser i dag dette ved ei rotasjonsordning. Dette skjer ved at autorisert ambulanspersonell frå andre stasjonar dekker vakter med manglande kompetanse ved behov. Dei ambulansarbeidarane som mangla hospitering på sjukehus for å stetta kompetansekrava til helsepersonell nr. 2 (minimumskompetanse) har no gjennomgått hospiteringsprogram på sjukehus.

- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle nasjonale krav til ambulansbilar som følgje av Noregs iverksetjing av direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest samarbeidar med Helsedirektoratet i dette arbeidet og det er meldt inn ressursperson frå Helse Vest.

2.3.5.6 Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta

- Helse Vest RHF skal iverksetje nytt styringssystem for nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta i tråd med og frå det tidspunktet departementet bestemmer.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Saka er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Helse Vest RHF avventar tilbakemelding frå HOD på om nytt styringssystem skal bli sett i verk

2.3.5.7 Landsfunksjonar, fleirregionale og overnasjonale funksjonar

- Helse Vest RHF skal iverksetje nytt styringssystem for lands- og fleirregionale funksjonar i tråd med og frå det tidspunktet departementet bestemmer.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Saka er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Helse Vest RHF avventar tilbakemelding frå HOD på om nytt styringssystem skal bli sett i verk.

2.3.5.8 Smittevern

- Helse Vest RHF skal sørge for at det er tilstrekkelege ressursar til å rapportere og kvalitetssikre at data blir brukte til å evaluere klinisk praksis i einingar som rapporterer til NOIS-systemet. Alle føretak der det blir utført to eller fleire inngrep som inngår i NOIS, skal rapportere minst to prosedyrar til NOIS-systemet innanfor fastsette tidsfristar og med kvalitetssikra data.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Alle helseføretaka i Helse Vest rapporterer til NOIS-systemet. Det er i hovudsak tilstrekkelege ressursar til å rapportere og kvalitetssikre data. Helseføretaka melder om at data som er levert er kvalitetssikra og levert innan tidsfristen. Føretaka rapporterer minst to prosedyrar til NOIS-systemet. For eit av helseføretaka har det i 2010 ikkje vore god nok integrasjon mellom systema til å kunne overføre alle data elektronisk, slik at data har blitt registrert manuelt. Ei løysing for dette skal no vere på plass.

Det er fokus på å bruke data til å evaluere klinisk praksis ved dei ulike kliniske einingane. Resultata blir i hovudsak sendt til dei kliniske einingane til bruk for evaluering. Eit av helseføretaka arbeider med å utvikle gode metodar for tilbakeføring av data til einingane.

2.3.5.9 Beredskap

- Helse Vest RHF skal handtere og følgje opp erfaringar frå ny influensa A (H1N1).

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har bidrege i den nasjonale evalueringa gjennomført av Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB). Evalueringsrapporten blei gjennomgått på Nasjonal beredskapskonferanse i Stavanger i oktober 2010.

Erfaringane frå ny influensa A (H1N1) blir lagt til grunn i Helse Vest si pågåande rullering av regional beredskapsplan (omtala under).

Handteringa og oppfølginga av ny influensa har blitt gjort fortløpande internt i helseføretaka, og plankorrigeringar er i hovudsak gjort. Fleire av helseføretaka har m.a. gjennomført oppfølgingsmøte / erfaringsgjennomgang med involverte partar. Helse Stavanger har dessutan gjennomført massevaksinering av tilsette for sesonginfluensa som beredskapsøving.

- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaksgruppa har oppdaterte, innøvde og koordinerte beredskapsplanar med rutinar for å oppdage og varsle hendingar og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest er no i gang med rullering av regional beredskapsplan. Safetec Nordic AS er engasjert og bistår Helse Vest i dette arbeidet.

Helseføretaka har delvis revidert planverket eller er i prosess med dette. Det blir halde øvingar i samarbeid andre naudetatar og med kommunane.

Helse Stavanger sin beredskapsplan er under revisjon. Det er planlagt øving for beredskapsleinga primo 2011.

Helse Fonna har oppdaterte, innøvde og koordinerte beredskapsplanar. Det er avvikla fleire beredskapsøvingar i 2010, mellom anna brannøving og ekstern traumeøving. I høve til varsling og innkallingssystem har føretaket kvar veke sjekk av innkallingssystem for beredskapssituasjonar, med kontroll av om dei rette personane får alarmen.

Helse Bergen sine beredskapsplanar blir øvd på og fortløpande revidert etter ulike typar hendingar.

Helse Førde har ein pågåande revisjon av beredskapsplanen. Ei arbeidsgruppe skal utarbeide ein samhandlingsavtale med kommunehelsetenesta i høve beredskap. Det vil vere behov for ein større revisjon av Helse Førde sin beredskapsplan, m.a. som følgje av den pågåande rulleringa av Helse Vest sin beredskapsplan.

Krav frå tilleggsdokument til oppdragsdokument 2.3.5.10 og 2.3.5.11:

2.3.5.10 Kreftbehandling

- legge rapport om risikobilete i norsk kreftbehandling til grunn i sitt vidare arbeid med å betre kvaliteten i tenesta.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har i eget brev hausten 2010 bedt helseføretaka og Haraldsplass Diakonale sjukehus om å gjere rapporten kjent i egen organisasjon, gjere ein nærmare vurdering av årsaksanalysar og tiltak sett i forhold til egen verksemd og nytte rapporten og gjennomgangen i eige forbetningsarbeid. Det ble og bedt om forslag til felles oppfølging i føretaksgruppa. Helseføretaka stadfestar at det risikobilete som er omtala i rapporten samsvarar med risikobilete i Helse Vest. Helseføretaka har hatt ein gjennomgang av rapporten i alle relevante einingar.

I Helse Stavanger er rapporten førelagt aktuelle avdelingar og kommentarane frå helseføretaket bekreftar relevansen av dei risikoområda som rapporten framhever. Rapporten er tatt i mot med stor interesse og vil bli brukt i forbetningsarbeidet på aktuelle avdelingar.

Helse Stavanger har utfordringar spesielt knytt til ventetider/kapasitet på utgreingar knytt til radiologisk og patologisk diagnostikk. Leiinga vil arbeide for å utvide kapasiteten innanfor disse to fagområda.

I Helse Fonna er rapporten lagt fram og presentert for alle klinikkdirektørar. Føretaket har hatt ein brei gjennomgang av rapporten med klinikkleiinga og sentrale overlegar i klinikkane. Det er på bakgrunn av rapporten utarbeidd fleire tiltak for å sikre rask og sikker diagnostisering av kreftpasientar. Det er nedsett ei eiga arbeidsgruppe som skal sikre rask utredning, diagnostikk, behandling, oppfølging av pasientar med lungekreft. Føretaket planlegg å starte opp arbeidsgrupper for fleire kreftpasientgrupper i 2011.

I Helse Bergen har rapporten "Risikobiletet av norsk kreftbehandling" vore drøfta mellom aktuelle einingar. Helse Bergen stadfester at deira risikobilete av eigen kreftomsorg i store trekk samsvarer med det nasjonale bilete. Det føreligg store variasjonar frå spesialitet til spesialitet og ulike utfordringar for ulike kreftområde. Risikoelementa frå rapporten er aktuelle i fleire einingar. Mangelfulle tilvisingar frå primærlegar og lokalsjukehus, logistikkproblem med forsinking i patologisvar, kapasitetsproblem og prioriteringsutfordringar i radiologi og flyt av informasjon kring den einskilde pasient (komplisert av problem ved innføring av nytt pasientadministrativt system i Helse Bergen) er særleg fokusert og blir arbeidd med. Kontinuitet i behandlinga, særleg ved overflytting av pasientar mellom sjukehus og primærhelsetenesta, er eit anna punkt der svikt kan hende.

Praksiskoordinatorane for primærlegane er trekte inn i ei gruppe for å betre primærtilvisningar og dette har gitt godt resultat for ei avdeling. Logistikken ved Avdeling for patologi blir det arbeidd med å betre på kort og lengre sikt. Det elektroniske pasientadministrative system blir justert og tilpassa Helse Bergen og risiko for feil har falle markant. Det blir gjort eit stort arbeid for å betre overgangen frå aktiv, sjukdomsretta behandling til palliativ, symptomretta behandling. Overgangen mellom nivåa i tenesta blir dermed betra. Arbeidet blir gjort av Kompetansesenteret i lindrande behandling (Helse Vest) saman med Helse Bergen i samhandling med kommunane i regionen.

I Helse Førde er det variasjonar innan dei ulike avdelingar og spesialitetar kva risikoelement som er dominerande. Rapporten er drøfta i leiargruppa i Helse Førde og klinikkdirektørane orienterer om rapporten ut i sine respektive avdelingar. Det er pr i dag ikkje sett i verk konkrete tiltak knytt til rapporten, men avdelingssjefane skal kjenne innhaldet i rapporten og ta omsyn til denne i si daglege drift og i den framtidige planlegginga av drifta. Rapporten vert følgd opp av leiargruppa i Helse Førde og på klinikknivå.

- i lys av rapporten vurderer om meldekulturen er god nok i samsvar med kravet i Spesialisthelsetenesteloven § 3-3 om meldeplikt.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Handtering av melding av uønska hendingar er m.a. generelt omtala tidlegare under kulepunktet om at alvorlege hendingar i samband med pasientbehandlinga skal bli gjennomgått, og at gjennomgangen skal bli brukt til læring for å unngå liknande hendingar. Det er her omtala fokus på bruk av Synergi som eit meldesystem.

Det er fokus på meldekulturen, men den er ikkje god nok og det er behov for betring.

Helse Stavanger seier at det svært sannsynleg er ein generell underrapportering av avvik. Helseføretaket har derfor eit høgt fokus på å betre meldekulturen i avvikssystemet Synergi generelt og i forhold til Spesialisthelsetenestelova § 3-3 spesielt.

Helse Fonna seier at med omsyn til uhell/næruhell/skade på pasient er det lite samsvar mellom rapportering i Synergi, rapportering til kvalitetsgruppene, saker som blir handsama i Statens helsetilsyn og NPE-saker. Dette må kunne tolkast som at det framleis er god grunn til å arbeide med å betre meldekulturen. Målet er å ha låg terskel for melding for tidleg å kunne fange opp risiko for skade og kunne redusere risikoen før skade skjer.

Helse Bergen seier at meldekulturen for alvorlege personskadar er god. Melding om hendingar som kunne ha ført til alvorleg personskade, men ikkje gjorde det, kan svikte og ein må oftare ha fokus på dette.

Helse Førde arbeidar med meldekultur og innvolverer flest moglege tilsette i arbeid der kvalitetsutvikling er hovudtema. Det er eit stort fokus på å få til kulturendring når det gjeld å lære av feil og systemsvikt. Det er etterkvart etablert god meldekultur i Helse Førde. Det gjenstår å forbetre systemet for læring av avvik i heile organisasjonen. Eit seminar om læring av avvik for alle leiarar var eit av tiltaka i 2010 for å få til ei kulturendring. Helse Førde har det siste året sendt inn mange saker etter § 3-3 i spesialisthelsetenestelova til Statens helsetilsyn, og har arbeidd systematisk med tilbakemeldingane derifrå for å lære av dei hendingane som har skjedd.

2.3.5.11 Samarbeidsavtalar mellom helseføretak og politidistrikt vedrørende mottak, undersøking og bistand til barn utsett for vold og seksuelle overgrep.

- Delen helseføretak som har inngått samarbeidsavtale med politidistrikt i sitt opptaksområde.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

I Helse Vest er det så langt berre Helse Stavanger som har inngått samarbeidsavtale med politidistrikt i sitt opptaksområde. Dette utgjer eit av fire helseføretak i Helse Vest. Helse Stavanger vil revurdere avtalen i 2011.

Helse Fonna har etablert valdtekstmottak, men barn der det er mistanke om seksuelle overgrep blir vist vidare til Bergen eller Stavanger. Det er sett ned ei arbeidsgruppe for å utarbeide skriftlege rutinar for intern oppfølging og melding til eksterne instansar ved mistanke om at barn har vore utsett for vald.

Helse Bergen har utarbeidd rutinar for dette i eit samarbeid mellom Helse Bergen, Bergen legevakt og Hordaland politidistrikt.

Helse Førde vil i løpet av vinteren 2011 ta kontakt med lokalt politidistrikt med tanke på å starte arbeidet med å utforme ein samarbeidsavtale vedrørende mottak, undersøking og bistand til barn utsette for vold og seksuelle overgrep. Samarbeidsavtalen vil bygge på

nasjonale retningslinjer (som er venta til våren 2011) og vil bli koordinert med dei andre føretaka i regionen.

2.4 Utdanning av helsepersonell

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å bidra til auka utdanning i rekrutteringsutsette legespesialitetar, dvs. område med diskrepans mellom forventna behov og tilgang på spesialistar – eit eksempel er behov for onkologar. Det er formålstenleg at dei regionale helseføretaka samarbeider om denne oppgåva.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Kunnskapen om forventna behov og tilgang på kompetanse generelt og på legespesialistar spesielt er intensivert. Styret handsama sak rekruttering og kompetanse i mai 2010. Deretter er det gjennomført omfattande analysar regionalt. I tillegg har dei regionale helseføretaka i samarbeid med Spekter, Statistisk sentralbyrå, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet gjennomført ein felles overordna analyse som også famnar dei ulike legespesialitetane, utfordringane i eit langsiktig perspektiv. Deretter har føretaksgruppa Helse Vest initiert ulike prosessar i regionen med alle helseføretaka. I tillegg har analysane vært gjennomgått med tillitsvalde og vernetenesta. Det er eit mål at all tilgjengeleg informasjon skal danne eit samla strategisk grunnlag for utdanning, spesialisering og kompetansetiltak utover Helse2020. Basert på eit godt kunnskapsgrunnlag vil føretaksgruppa Helse Vest sette i verk tiltak for å møte gapet mellom behov og tilgang i løpet av 2011.

Helse Vest har tatt omsyn til rekrutteringsutsette legespesialitetar i tildeling av nye LIS stillingar. Dette gjeld spesielt rus og psykiatri. I tillegg til den ordinære kvoten fekk Helse Vest 3 øyremerka utdanningsstillingar i geriatri. Desse er fordelt til Helse Stavanger (2) og Haraldsplass Diakonale Sjukehus (1).

- Helse Vest RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunane, sørge for at det blir etablert nok lære plassar innanfor helsefagutdanninga og ambulansesarbeidarutdanningane. Talet skal rapporterast i årleg melding.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helseføretaka har eit godt samarbeid med dei aktuelle fylkeskommunane og kommunar for å sikre lære plassar innanfor helsefagutdanning og ambulansesarbeidarutdanning. Det er lagt til rette for at helsefagarbeidar lærlingar får praksis ved sjukehusa i føretaka.

Føretak	Eigne lærlingar		Eksterne lærlingar	Totalt
	Ambulanse	Helsefagarbeidere	Helsefagarbeidere utplassert frå kommunane	
Helse Stavanger	13	42		
Helse Fonna	13		48	
Helse Bergen	32		40	

Helse Førde	14		20	
Totalt	72	42	108	222

Det er etablert ulike ordningar for helsefaglærlingar. Helse Stavanger har egne lærlingar og eige opplæringskontor. Dei andre helseføretaka har inngått samarbeidsavtaler med kommunane. Helse Stavanger har hatt 42 egne lærlingar for helsefagarbeidarfaget, dei andre helseføretaka har til saman hatt 102 lærlingar i helsefagarbeidarfaget utplassert i helseføretaka. Totalt har føretaksgruppa hatt 144 lærlingar i helseføretaka i 2010. Føretaksgruppa har hatt totalt 72 lærlingar i ambulanséfaget, fordelt med 13 i Helse Stavanger, 13 i Helse Fonna, 32 i Helse Bergen og 14 i Helse Førde. Helseføretaka har også lærlingar innan andre fagområde.

Helse Fonna har ein avtale med sju kommunar i Rogaland og Sunnhordland om inntak av totalt 48 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget per år. Desse lærlingane har kontrakt med sine kommunar og har fire månader praksis ved sjukehus i Helse Fonna. Føretaket har tilsett ein fagleg leiar i 20 prosent stilling. Lærlingavtalen med kommunane vart sagt opp frå 1. oktober 2010. Denne gjeld for dei som har inngått lærekontrakt i 2010, og vil gjelde ut 2011. Helse Fonna har til ein kvar tid lærlingar innan ambulanséfagarbeidarfaget. Det er 13 lærlingar i ambulanséfaget i Helse Fonna per januar 2011. I april 2010 vart det inngått ein intensjonsavtale med Sauda vidaregåande skule om samarbeid knytt til nyoppretta linje i ambulanséfaget ved skulen. Stavanger universitetssjukehus er òg part i denne avtalen.

Helse Bergen har egne læreplassar for ambulanséfagarbeidarfaget. Talet på lærlingar innan dette faget er 32. Når det gjeld lærlingar innan helsefagarbeidarfaget har føretaket etablert eit godt samarbeid med nærliggande kommunar for å sikre regionen tilstrekkeleg kompetanse og volum. Føretaket har inngått forpliktande samarbeidsavtaler med kommunar som tilset lærlingar og som har praksis ved Helse Bergen. I 2010 var det 40 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget som hadde praksis ved Helse Bergen.

Helse Førde hadde ved slutten av 2010 14 lærlingar i ambulanséfagarbeidarfaget. Det er etablert egne lærlingstillingar ved dei større stasjonar i tenesta med mål om årleg nye lærlingar. I tillegg har tenesta hatt samarbeid med Sogn og Fjordane fylkeskommune og ambulanselinjene i Stryn og Høyanger med undervisningsressursar, hospitering og utlån av utstyr.

Når det gjeld helsefagarbeidarfaget har Helse Førde samarbeida med fylkeskommunen og KS om rekruttering til helsefagarbeidarutdanning i prosjekt helsefagarbeidar. Det er pr. dato fleire læreplassar enn det er lærlingar i helsefagarbeidarfaget. 20 helsefagarbeidarlærlingar har vore i praksis 1-2 månader i tråd med lokal opplæringsplan for lærlingar i samarbeid med opplæringskontoret for offentleg sektor. Utanom lærlingar i helsefagarbeidarfaget og ambulanséfagarbeidarfaget har Helse Førde også to lærlingar innan institusjonskokkfaget.

Helseføretaka har i løpet av 2010 hatt 4629 formelle utdanningsløp, inklusiv lærlingeordninga. Dette er ein auke på om lag 25%, sjukepleie, medisin, radiografar, masterutdanning i klinisk ernæring, jordmødrer for å nemne nokre av områda.

- Helse Vest RHF skal bidra i arbeidet med å etablere eit nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseføretaka.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Føretaksgruppa Helse Vest har førebudd seg på ein langsiktig og strategisk tilnærming til utdannings- og kompetanseområdet. Kompetanseportalen er i denne samanheng eit viktig tiltak for å ha faktabasert kunnskap i brei forstand kring kompetanse og kompetanseleiing på strategisk nivå. Ved utgangen av 2010 har 66,6 % av dei tilsette i Helse Bergen oppdatert sine CV-ar, 63,66 % i Helse Stavanger, 63,01 % i Helse Førde, 68,23 % i Helse Fonna og 75,11 % i Helse Vest IKT. Dette er ein betydelig forbetring frå året før. Føretaka er i prosess med heile kompetanseområdet på ein strukturert og god måte.

Det er høg aktivitet på heile kompetanseområdet - eit styrka fokus i heile føretaksgruppa. Det er i perioden 2007-2009 gjennomført om lag 185.000 påmeldingar kor om lag 115.000 har gjennomført ulike kompetansetiltak. For 2010 isolert sett har det vore om lag 100.000 påmeldingar og om lag 60.000 gjennomført tiltaka. Totalt har føretaksgruppa Helse Vest om lag 285.000 påmeldingar og om lag 173.000 gjennomførte einskild deltaking. Vi vil rette eit spesielt fokus på god registreringspraksis og ikkje minst motivere til fullføring av påbegynte tiltak.

E-læring blir eit meir og meir målretta tiltaksområde. I 2010 var det om lag 52.000 påmelde og om lag 44.000 som gjennomførte.

Dette inneber at føretaksgruppa Helse Vest har ein god oversikt over dei opplærings- og utviklingsarbeidet som skjer.

Vidare utvikling på området skjer gjennom TOLK-prosjektet (Teknologi – Organisasjon – Ledelse – Kompetanse). Prosjektet vart starta i 2010, og er eit treårig innovasjonsprosjekt som skal sjå på ulike sider ved kompetansestyring innan helsesektoren. TOLK har som målsetting å utvikle nye programvareløysingar for kompetansestyring og dokumentasjon, og er ei vidareføring av KLEM⁵-prosjektet som vart sett i gang i 2009.

- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om eit pilotprosjekt om oppretting av kompetanseområde i palliativ medisin.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har oppnemnd representantar til Helsedirektoratet sitt pilotprosjekt.

2.5 Forsking

2.5.1 Forsking

- Helse Vest RHF skal bruke minst 3 mill. kroner til forskning retta mot samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

⁵ Kompetanse, Leiing og Medarbeidarskap

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har øyremerkja 3 mill. av basisløyvinga til dette.

- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid med og i regi av Helse Sør-Øst RHF slutføre arbeidet med å etablere eit felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudiar (fase I–IV) i helseføretaka, jf. oppdrag i oppdragsdokumentet for 2009. Det bør sikrast koherens med dei systema som blir etablerte i dei regionale etiske komiteane for å registrere forskingsprosjekt (SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre system for registrering av kliniske studiar og forskning. Det skal gjennomførast eit arbeid for å vurdere om det er mogleg å klassifisere og rapportere alle forskingsprosjekt i helseføretaka etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Ei arbeidsgruppe leia av Helse Sør-Øst RHF blei etablert i 2010 med representantar frå dei andre regionale helseføretaka, Oslo universitetssjukehus HF, Universitetet i Oslo, NIFU, Forskningsrådet og regional etisk komité. Gruppa har slutført sitt arbeid og har konkludert med anbefaling av rapporteringssystem i tråd med bestilling frå HOD. Sluttrapport blir oversendt HOD februar 2011.

Helse Vest har hatt 3 representantar i arbeidsgruppa for etablering av felles rapporteringssystem for kliniske studiar. Sluttrapport frå arbeidsgruppa er utarbeida. Arbeidet har ivaretatt behov for samanheng mellom forskjellige system for registrering av kliniske studiar og forskning, og det er gjort vurderingar om på kva måte Health Research Classification System kan bli brukt som klassifiseringssystem. Eit system for kliniske studiar kan implementerast i 2011 dersom HOD gir si tilslutning til rapporten.

For eRapport vendte Helse Vest seg til SPREK⁶ med førespurnad om å kople eRapport opp mot SPREKs prosjektregister. Førespurnaden blei behandla av Styringsgruppa for SPREK, som opplyser om at datakvalitet for forskingsansvarleg vil bli godt ivareteke når prosjektregisteret blir gjort offentleg tilgjengeleg og søkbart. Det vil også være mogleg med predefinerte søk som m.a. gjer det mogleg å skilje ut alle prosjekter frå ansvarsområda for forskingsansvarleg. Alle forskingsansvarlege kan da hente ut de data som er nødvendig for å gi betre kontroll for gjennomføring av forskingsprosjekt.

- Helse Vest RHF skal bidra med nødvendig kompetanse og ressursar i utviklingsarbeid knytt til vidareutvikling av dei nasjonale systema for måling av forskingsresultat og ressursbruk til forskning og utvikling.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har bidrege med to personar i Nasjonal arbeidsgruppe for å vidareutvikle målesystem for ressursbruk i helseføretaka. Rapporten frå arbeidsgruppa er lagt fram for

⁶ Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk sitt prosjekt for registrering av forskingsprosjekt.

RHF-a si strategigruppe for forskning, som har gitt innspel til vidare handtering av ressursmålinga.

- Helse Vest RHF skal setje av nødvendige ressursar for etablering av Norsk vitenskapsindeks i dei rapporteringseiningane som inngår i det nasjonale målesystemet for forskingsresultat.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Dette er aktuelt for Helse Bergen og Helse Stavanger.

Det nasjonale målesystemet har planlagt oppstart i 2011. Helse Bergen har hatt medarbeidarar som har delteke i dette arbeidet på nasjonalt nivå. Ein medarbeidar har vore sentral i etableringa av Norsk vitenskapsindeks, inkludert opplæringsprogram for tilsette. Medarbeidaren vil ha ansvar for gjennomføringa i dei einskilde einingane. Testdatabase er etablert for føretaket, og systemet vil være i produksjon primo 2011 for alle rapporteringseiningar. Helse Stavanger har dei naudsynte ressursane til å foreta måling av forskingsresultat, til å sikre etablering av og nytte Norsk vitenskapsindeks frå 2011.

Krav frå tilleggsdokument til oppdragsdokument:

- sette i verk naudsynte prosessar og sikre at det blir satt av naudsynte ressursar og kompetanse ved helseføretaka for å sikre at Norsk vitenskapsindeks kan nyttast som rapporteringsverktøy for vitenskapelege publikasjonar i helseføretaka frå 1. januar 2011.

Det blir vist til svar ovanfor angående dette.

2.5.2 Innovasjon

- Helse Vest RHF skal bidra i arbeidet med å gjennomføre nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest deltek i den nasjonal koordineringsgruppa for innovasjon og i den spesifikke innovasjonsgruppa for IKT under Nasjonal IKT. Tiltaksplanen er forankra i Helse Vest både i styre, leiargrupper og i samarbeidsorganet med universiteta. Det gjenstår å etablere eit betre nettverk i føretaksgruppa for den delen av innovasjon som ikkje er forskingsbasert, som tenester og organisasjonsutvikling, dette skal skje i 2011.

Det er i 2010 gjennomført fleire OFU-prosjekt, spesielt innan personal og kompetansesida, og det er gitt dedikerte midlar til vidareutvikling av arbeidet med KOLS-kofferten i Dalane-regionen.

2.6 Pasientopplæring

- Helse Vest RHF skal sjå til at helseføretaka sine tilbod om lærings- og meistringsaktivitetar er tilpassa pasientar med annan språkleg og kulturell bakgrunn og pasientar med ulike funksjonshemmingar, f.eks. pasientar med syns- og høyrselshemming.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helseføretaka har i ulik grad lagt til rette for pasientar med ulike funksjonshemmingar og dei med annan språkleg og kulturell bakgrunn. Helseføretaka melder om at det er lagt til rette for bruk av tolketenester m.a. gjennom avtalar om tolketenester. Når det gjeld tilrettelegging for pasientar med høyrselshemming har Helse Vest RHF i eige brev til helseføretaka i desember 2010, bedt om at helseføretaka vurderer om dette blir følgd tilstrekkeleg godt opp i tenestene. Helseføretaka er oppfordra til å samarbeide med Hørselshemmedes Landsforbund for å løyse oppgåva på ei hensiktsmessig og god måte.

Hele Stavanger har fokus på å leggje mest mulig til rette for personar med ulike funksjonsnedsettingar - for eksempel sansetap og personar med minoritetsbakgrunn. Undervisningsromma i Lærings- og meistringssenteret (LMS) er tilpassa dei fleste pasientgrupper. Det er tilrettelagt for rullestolbrukarar, romma er utstyrt med teleslynge, og tolketenesta blir brukt ved behov.

Helse Fonna har ikkje tilpassa kurslokale for pasientar med syns- og høyrselshemming. Pasientar med annan språkleg og kulturell bakgrunn får tilbod om individuell oppfølging med tolk der det er behov for det. Innan lærings- og meistringssenteret for born blir det kartlagt om brukarar med anna språkleg og kulturell bakgrunn kan inngå i etablerte tilbod i grupper, eller om desse i første omgang må ivaretaast gjennom individuell oppfølging.

I Helse Bergen blir det arbeidd kontinuerleg med dette og det er mellom anna utvikla tilbod til pasientar med syns- og høyrselshemming.

Helse Førde har fokus på å leggje til rette i høve til særskilde behov, mellom anna ved bruk av døvetolk og teleslynge i alle lokalar. Det er også nytta skrivetolk. Helseføretaket har ulike kurstilbod for menneske med syns- og høyrselshemming, og det blir arbeidd med å vidareutvikle tilbodet m.a. til dei med ulike synshemmingar.

3. Rapportering på krav og rammer for 2010 i Protokoll frå føretaksmøte Helse Vest RHF

3.1 Økonomiske krav og rammevilkår for 2010

3.1.1 Resultatkrav for 2010

Resultatkravet til Helse Vest blei i føretaksprotokoll frå 27.01.2010 fastsett til eit resultat i balanse. For å handtere investeringsbehovet i føretaksgruppa har styret i Helse Vest fastsett eit strengare resultatkrav i 2010. Budsjettert resultatkrav er på kr 157,9 mill i 2010.

Stortinget vedtok endringar i offentleg tenestepensjon 25. juni 2010. Dette inneber blant anna lågare regulering av alderspensjon frå dagens G-regulering til eit nivå tilsvarande "G-0,75%" og endra levealdersjustering for årskulla 1953 og tidlegare som følgje av auke i levealder. Denne endringa inneber ein reduksjon i pensjonskostnaden for 2010.

Endringa av pensjonen er handtert slik at delar av kostnadsreduksjonen som tilsvarar akkumulerte underskot som følgje av meirkostnad i perioden 2006 til 2008, får RHF-a behalde. For Helse Vest utgjer dette kr 900 mill. Den restrande delen av kostnadsreduksjonen

er redusert i basisramma for 2010. For å sikre tilstrekkelig likviditet til å handtere pensjonspremien og andre utbetalinger ut 2010, er driftskredittramme auka tilsvarende reduksjonen i basisramma på kr 840 mill.

Effekten av endra pensjonskostnad er fordelt på dei regionale helseføretaka basert på fordelingsnøkklane i nasjonal inntektsmodell. Dette gir Helse Vest ein negativ omfordelingseffekt på kr 125,7 mill, som isolert sett gir ein skjerping av resultatkravet.

For ikkje å skjerpe resultatkravet ytterlegare i helseføretaka er den negative omfordelingseffekten dekt inn gjennom reduksjon av reserven i RHF-et med eit tilsvarende auka resultatkrav i RHF-et

Nytt resultatkrav for 2010 er fastsett som følgjer:

Justering av resultatkrav	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	IKT	Apoteka	RHF	SUM
Dagens resultatkrav	26 323	10 000	110 000	-40 000	105	7 833	43 677	157 938
Får beholde/skjerpa resultatkrav	208 699	131 419	335 344	79 689	4 730	11 381	128 738	900 000
Nytt resultatkrav	235 022	141 419	445 344	39 689	4 835	19 214	172 415	1 057 938

3.1.2 Likviditet og driftskredittar

Helse Vest fekk i utgangspunktet tildelt ei driftskredittramme på kr 1.567 mill ved utgangen av 2010. Som følge av endra pensjon fekk Helse Vest tildelt ei auka driftskredittramme med kr 840 mill slik at samla ramme ved utgangen av året var på kr 2.407 mill. Helse Vest har nytta kr 1.880 mill gjennom likviditetslån hos Noregs Bank. Helseføretaka har fått tildelt driftskredittramme gjennom konsernkontosystemet.

3.2 Styring og oppfølging i 2010

3.2.1 Rapporteringskrav – økonomi

Førebels resultatprognose for 2010 viser eit overskot på om lag kr 1.351 mill. Detter er eit positivt avvik i forhold til budsjett på om lag kr 293 mill. Jamført med eigars resultatkrav er dette eit positivt avvik på kr 451 mill. Førebels resultat pr. føretak er som følgjer (vist både før og etter endra pensjon):

	Før pensjon		Etter pensjon		Budsjett avvik
	Faktisk	Budsjett	Faktisk	Budsjett	
Sjukehusapoteka Vest	13 202	7 833	24 583	19 214	5 369
Helse Bergen	145 247	110 000	480 591	445 344	35 247
Helse Fonna	10 725	10 000	142 144	141 419	725
Helse Førde	-84 620	-40 000	-4 931	39 689	-44 620
Helse Stavanger	10 214	26 323	218 913	235 022	-16 109
Helse Vest RHF	331 508	43 677	460 246	172 415	287 831
Helse Vest IKT	4 080	105	8 810	4 835	3 975
SUM	430 356	157 938	1 330 356	1 057 938	272 418

Rekneskapen for 2010 er framleis ikkje ferdig og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor pårekna at det vil bli føretatt endringar i resultatet.

Dette er andre år på rad at føretaksgruppa leverer positive resultat. På tross av økonomisk omstillingsutfordring ved inngangen til 2010, har føretaksgruppa gjennom tett fokus på økonomistyring og oppfølging klart å realisere eit resultat som samla sett er kr 288 mill betre enn budsjettet. Det er gjennomført omstillingstiltak i føretaksgruppa på om lag kr 106,8 mill. Helse Vest har gjennom dei grep som er gjort eit godt utgangspunkt for vidareutvikling av verksemda inn i 2011 både med omsyn til drift og investeringar.

3.2.2 Investeringar og kapitalforvaltning

Styret i Helse Vest har vedtatt å utarbeide eit 5-årig langtidsbudsjett i kvart helseføretak og for føretaksgruppa samla kvar år. Langtidsbudsjetta skal ha ei årleg rullering der ein tar opp i seg endra føresetnader og føringar frå styret og eigar.

Helseføretaka må som ein hovudregel styre og prioritere sine investeringar innafor den likviditet som ein klarer å skape gjennom drifta. Det blir her vist til sak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt grunnlag.

Helseføretaka har med basis i gjeldande investeringsregime fått fastsatt sitt investeringsbudsjett for 2010 under sak 009/10 B. Det samla investeringsbudsjettet for 2010 er på kr 1.031,3 mrd.

I tabellen under er det gjort ei samanstilling på rapportering av investeringar i helseføretaka pr. 31.12.2010. Det er usikkerheit i tala då rekneskapen ikkje er ferdig avstemt og gjennomgått av revisor.

Helse vest RHF	utbetalt hittil pr 31/12 - 2010	
	Bygg	Utstyr
Prosjekter og bygningsmessige investeringer		
	0	0
BUPA	15347	0
Stavanger DPS	617	0
MOBA ny etasje	0	0
Utvikling SUS på våland	0	0
Ombygging frigjorte arealer Haukeland	12 360	
Barn og ungdomssenter - trinn I	50 712	
Krohnsmnde Fjell og Årstad	28 844	
BUSP fase II	0	0
Parkbygget	868	0
Laboratoriebygget	87	
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03	0	0
Øvrige bygningsmessige investeringer	341 001	0
Utstyr. mv		
Medisinsk teknisk utstyr		211 714
IKT- utstyr		186 028
Annet		57 018
Sum totale investeringer	449 836	454 760
SUMinvestering 2009		996 086
Budsjettramme		1 031 300

Samla investeringsbeløp er på kr 996 mill. Samla budsjettramme for 2010 er på kr 1,031 mrd. Forskjellen ligg i at det er ulik framdrift på dei ulike investeringsprosjekta i føretaka. Helse Bergen og Helse Fonna ligg noko over investeringsbudsjettet, medan Helse Stavanger og Helse Vest IKT ligg under investeringsbudsjettet.

Helse Vest har i 2010 ikkje fått tildelt lån til investeringar.

Pr. utgangen av 2010 er det bokført byggjelån på kr 168 mill. Dette vil bli konvertert til langsiktig lån når dei aktuelle prosjekta er ferdige. Det er ikkje konvertert lån i 2010.

3.2.3 Landingsplassar for helikopter

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka sette i gang eit felles prosjekt for å ivareta krav om forsvarlege landingsmoglegheiter for ambulanse- og redningshelikopter ved akuttsjukehusa.
- - Føretaksmøtet presiserte at behovet for utbetring og nybygg av landingsplassar må vurderast i forbindelse med planlegging av byggjeprojekt.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Dei regionale helseføretaka har etablert eit felles prosjekt for å ivareta kravet om forsvarlege landingsmuligheiter for ambulanse- og redningshelikoptra ved akuttsjukehusa. Luftambulansenesta ANS (LAT ANS) har fått i oppdrag å leie dette prosjektet. Det er vidare etablert regionale underprosjekt for å ivareta kartlegging, faglege vurderingar og prioritering av tiltak og aktivitetar. Prosjektet gjennomgår følgjande fasar:

1. Klargjere myndigheitskrav til landingsplassar
2. Kompetanseoppbygging (sjå pkt 3 om seminar nedanfor)
3. Kvalitetssikre og justere oversikt over landingsforhold ved norske sjukehus
4. Kartlegge planer og pågåande prosjekt for bygging/opprusting av landingsplassar
5. Definere behov for dei enkelte sjukehus
6. Prioriteringar
7. Konkretisere

Prosjektet blir avslutta i løpet av første halvår 2011.

3.3 Tiltak på personalområdet

3.3.1 Inkluderande Arbeidsliv (IA), sjukefråvær og uønska deltid m.m.

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF legg til rette for eit godt arbeidsmiljø i helseføretaksgruppa, for å sikre god bruk av dei tilgjengelege helsepersonellressursane og måla i Inkluderande Arbeidsliv.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Føretaksgruppa Helse Vest har arbeida aktivt med sjukefråværet over lang tid. Dette er eit krevjande arbeid som ein nå ser resultat av. I 2010 vedtok styret i Helse Vest at ein skulle ha ein målsetting om eit samla sjukefråvær på 5,5 og eit sjukemeldt sjukefråvær på 4,5%. Det er ein god fråværskultur, eit lågt eigenmeldt sjukefråvær og eit redusert langtidsfråvær. Ved utgangen av 2010 var det legemeldte sjukefråværet på 5,8%. Sjukemeldt sjukefråvær utover arbeidsgjevarperioden utgjorde 3% og utover 56 dagar 0,3%. I løpet av fire år er det sjukemeldte sjukefråværet redusert frå i gjennomsnitt 20,3 dagar til 9 dagar ved utgangen av 2010. Dette syner at gjennomsnitt lengde sjukemeldt sjukefråvær går ned, ein trend som alle helseføretaka er ein del av.

Det er ein reduksjon på 25.623 sjukefråværsdagsverk i 2010 i høve til 2009. Dette er ein stor verdi for dei det gjeld og ein betydeleg verdi for kollegaer, leiarar og pasientbehandlinga. Omrekna verdi er om lag 48,6 millionar kroner. 64% av alle einingar hadde eit sjukefråvær som var lågare enn 4,5% for desember 2010, eit tal som har halde seg jamt heile året, tilsvarande tall var for 2009 42% .

Føretaka har sett i verk ulike tiltak for å redusere sjukefråværet, redusere uttaket av uførepensjon, og nå måla i Inkluderande Arbeidsliv. Føretaka har om lag 60 ulike tiltak for å redusere sjukefråværet. Blant anna leiaropplæring og individuelle tilpassingar til arbeidsplassen, etablert I 2010 begynte føretaka å ta i bruk IA-modulen i arbeidsplasssystemet, etter at leiarane har fått opplæring i bruken av denne modulen. IA-modulen gjer varsel til leiarar om oppgåver knytt til oppfølging av sjukmelde. Helseføretaka praktiserar no tidlegare IA-samtalar enn det som ligg i den nye IA avtalen. IA avtalen set

øvre grense for tida for samtaler, føretaksgruppa Helse Vest har vald å finna ein balanse på kor tidleg det er føremålstenleg å gjennomføra samtalane. Vidare utrulling i føretaka vil fortsette i 2011.

HMS er viktig for føretaksgruppa. Verneomboda i Helse Vest har utarbeida ein eigen strategi, ”strategi for verneomboda 2010 – 2014”. Det er etablert HMS Råd og HMS Akademiet. Det vil bli eit overordna fokus å sikra eit godt innhald i HMS Akademiet i 2011 i nært samarbeid med vernetenesta. I løpet av 2010 vart det implementert vernerundar kvar veke i føretaka. Hensikta er å fokusera på deg daglege. Over tid vil vi vurdera omlegging til digitale tilbakemeldingar på vernerundane for å få ein best mogleg fokus. Det blir utarbeidd handlingsplanar for å betre arbeidsmiljøet og å førebyggje sjukefråvær, også ein overordna personalpolitikk for ”Sunt å vera i arbeid” retta mot gravide medarbeidarar med rettleiing for medarbeidarar og leiarar. Det blir rapportert på sjukefråvær, avvik, skadar på tilsette og HMS-aktivitetar.

Arbeidet med å redusere uønska deltid er halde fram i høve til undersøkinga som blei gjennomført i 2007 kor alle tilsette som ikkje hadde 100% stilling blei stilt spørsmål kva deira situasjon var. Helseføretaka har oppmoda medarbeidarar som har deltidsstilling og som ønskjer større eller full stilling om å registrere seg i rekrutteringsportalen. Ved å vere registrert i rekrutteringsportalen vil medarbeidarane automatisk bli informert om ledige stillingar i sitt føretak. I Helse Stavanger og Helse Bergen er det etablert bemanningssentra. Her har medarbeidarar moglegheit til å auka stillingsstørrelsen sin opp til 100 prosent dersom dei er villige til å jobba ved fleire einingar. Ved utlysing av ledig stilling skal leiarar vurdere om det er mogleg å dele opp stillingane for eventuelt å auke opp stillingsprosent hos medarbeidarar som har deltid.

3.3.2 Løns- og pensjonsvilkår for leiarar i statleg eigde føretak

- Føretaksmøtet viste til at helseføretaka er omfatta av retningsliner frå Nærings- og handelsdepartementet for lønns- og pensjonsvilkår for leiarar i statleg eigde føretak (sist fastsett 8. desember 2006).

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Løns- og pensjonsvilkåra i Helse Vest er i tråd med retningslinjene frå Nærings- og handelsdepartementet (fastsett 8. desember 2006)

3.3.3 Bruk av konsulentar

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF sikrar at det er eit bevisst forhold til bruk av konsulentar i helseføretaksgruppa.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Føretaksgruppa Helse Vest har eit bevisst forhold til bruk av eksterne konsulentar. Eigne ressursar blir vurdert nytta før ein leigar inn eksterne ressursar.

3.4 Oppfølging av juridisk rammeverk

3.4.1 Intern kontroll og risikostyring

- Føretaksmøtet bad om at rapport frå styret sin gjennomgang av intern kontroll og risikostyring blir lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det gjerast greie for dette arbeidet i årleg melding.
- - Føretaksmøtet konstaterte at det framleis er behov for større systematikk i å følgje opp rapportar frå ulike tilsynsmyndigheiter både i dei regionale helseføretaka og i helseføretaka, for å sikre at tiltak blir sette i verk og at organisasjonen kontinuerleg lærer av dei tilsyna som er gjennomførte. Føretaksmøtet la til grunn at dette blir følgt opp.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har utvikla og implementert system for risikostyring i føretaksgruppa. Systemet blir vurdert årleg og blei sist revidert av styret i Helse Vest i styremøte 12. januar 2011 i samband med fastsetting av dei overordna målet som skal vere gjenstand for risikostyring i 2011.

Helse Vest har i 2010 i samarbeid med Helse Nord utvikla eit eige kurs for risikokoordinatorar og andre som har oppgåver i tilknytning til risikoarbeidet. Dei første kursa er gjennomført i januar 2011. I tillegg er det utarbeida eit eige kursopplegg for leiarar. Dette vil bli ferdigstilt og tatt i bruk i løpet av første tertial 2011. Det er og planlagt for ei eiga nettside som består av lesetilpassa versjonar av presentasjonane frå kursa, eit gjennomgangseksempel, linkar til sentrale dokumenter (som retningslinjer, oppdragsdokument) og linkar til relevant litteratur.

Alle helseføretaka har gjennomført risikovurderingar i tråd med gjeldande retningslinjer per 1. og 2. tertial. Resultata frå 2. tertial er lagt fram for styret i Helse Vest og oversendt departementet i eiga ekspedisjon.

Det er sett i verk tiltak i samarbeid med helseføretaka for å utarbeide rutinar som sikrar at organisasjonane på ein betre måte kan lære av dei tilsyna som er gjennomførte. Helse Vest vil sjå til at rutinane vil bli vidareutvikla i 2011.

3.4.2 Oppfølging av forholdet til stiftingar

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF arbeider vidare med å bringe helseføretaka sine forhold til stiftingar i samsvar med stiftelseslova og helseføretaka sine retningslinjer på området, så langt som helseføretaka har moglegheiter og verkemiddel til dette.
- - Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sender status på helseføretaka sitt forhold til stiftingar til Helse- og omsorgsdepartementet innan 1. juni 2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har i brev datert 03.06.10. til Helse- og omsorgsdepartementet rapportert status på helseføretaka sitt forhold til stiftingar. I brevet er det referert til Helse Fonna som opplyser at

føretaket har starta ein gjennomgang av alle stiftingar, fond og legat og at ein vil slutføre dette arbeidet i løpet av 2. tertial 2010. Helse Fonna har ikkje rapportert at dette arbeidet er slutført i samsvar med det som tidlegare er opplyst og Helse Vest vil ta situasjonen opp med Helse Fonna.

3.4.3 Tiltak for å betre kvaliteten i prosessane for innkjøp

- Helse Vest RHF må sørge for setje i verk tiltak for å møte dei utfordringane som rapporten "Å sikre betre kvalitet i anskaffingsprosessane i helsesektoren" beskriv.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er implementert eit felles regionalt malverk for m.a. anskaffingsrutinar, kontraktsmalar og evalueringsmodellar.

- Helse Vest RHF skal bidra til å etablere ei felles kompetanseining knytt til Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS).

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Arbeidet er avslutta og styret i HINAS har vedteke å opprette ein ny, felles kompetanseining med 3-5 tilsette i Vadsø. HINAS vil innan juni 2011 presentere endeleg forslag til organisering og arbeidsoppgåver for den nye eininga.

3.4.4 Etisk handel

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å vurdere hensiktsmessig oppfølging av rettleiaren *Etiske krav i offentlige anskaffelser* saman med dei andre regionale helseføretaka, og vurdere å utarbeide eigne handlingsplanar. Føretaksmøtet bad om at oppfølging av etisk handel med medisinsk utstyr blir særleg vurdert. Dette er eit arbeid som kan sjåast i samanheng med etableringa av ny kompetanseining, jf. sak 5.2.3.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF skal vurdere hensiktsmessig oppfølging av rettleiaren *Etiske krav i offentlige anskaffingar* saman med dei andre regionale helseføretaka, og vurdere å utarbeide eigne handlingsplanar, etisk handel med medisinsk utstyr skal bli særleg vurdert. Det er tilset ein jurist i Helse Vest RHF som skal m.a. syte for kontinuerlig oppfølging av etiske krav i regionale konkurransar og til alle leverandørane. Det er og satt i verk eit arbeid med å utarbeide overordna handlingsplan for etisk handel.

3.5 Utvikling på IKT-området

3.5.1 Vidareutvikling av Norsk Helsenett SF

- Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka støttar opp under den vidare utviklinga av Norsk Helsenett SF og bidreg til at dei helsepolitiske måla for etableringa blir realiserte.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har i 2010 samhandla med Norsk Helsenett i dei aktuelle nasjonale fora i tråd med målsettingane. Vi bidreg også til utviklinga av selskapet gjennom regionale kjøp av dei tenestene Norsk Helsenett tilbyr.

Dei regionale helseføretaka støtter sterkt oppunder vidare utvikling av Norsk Helsenett. I hovudsak blir dette ivareteke dette gjennom Nasjonal IKT sine strategiar og handlingsplanar.

3.5.2 Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sørger for at dei regionale prosjektplanane og dei nasjonale måla som er sett i meldingsløftet, blir følgde opp. Spesielt skal det leggast vekt på å få auka volum i meldingsutvekslinga og å avvikle bruk av papirløysningar i tråd med dei prioriterte måla, samt tiltak for å sikre samhandling vedrørande elektronisk meldingsutveksling, jf. handlingsplan for Nasjonalt meldingsløft.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest deltek i styringsgruppe og programleiarkoordinering nasjonalt. Regionalt program for meldingsløftet i Helse Vest vert gjennomført i samsvar med dei nasjonale måla. Pilotering av meldingane har hatt noko variabel framdrift grunna både sein formell godkjenning av leverandørar og vanskar med teknologioppfølging i primærhelsetenesta.

3.5.3 Elektroniske reseptar

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å leggje til rette for utbreiing av elektronisk resept i helseføretaka og sjukehusapoteka med sikte på at elektroniske reseptar kan sendast og mottakast i 2011. Tidsplanar og ambisjonsnivå vil bli avklart innan 1. mai 2010 gjennom eigen dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest er aktive i dette arbeidet koordinert gjennom Nasjonal IKT. Vi har i 2010 gitt bidrag til avklaring av løysing for eResept både for den vurderte kortsiktige løysinga og prosjektarbeidet med å sikre langsiktig løysing.

3.5.4 Automatisk frikort – rapportering av opplysningar om eigendelar

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sørge for at eigendelar for poliklinisk behandling og sjuketransport blir rapportert elektronisk til HELFO.
- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF fase ut oppgjørssystemet POLK⁷ innan 1. januar 2011 etter nærare retningsliner frå Helsedirektoratet.
- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å sette i verk nødvendige tiltak i 2010, slik at rapportering frå pasienten sjølv ikkje lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av eigendelar for direkteoppgjer frå og med 1. januar 2011.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest har hatt fokus på å få til rett hyppigheit på innsending av eigendelsinformasjon knytt til poliklinisk behandling . Det er lagt teknisk til rette for at dette kan gjennomførast og utviklinga er god. For sjuketransport er rapportering av eigendelar for enkeltoppgjer frå Pasientreiser ANS til HELFO klar.

Ein modell som omgjer data frå POLK formatet til det nye BKM⁸ formatet er under utvikling i Helse Vest. Dette muliggjer ei vidareføring av POLK inn i 2011 i påvente av at ulike system handterer det nye BKM formatet. Dette gjer oss samstundes i stand til å levera data på BKM formatet til Helfo innan fristen for utfasing av POLK. Dei systema som er klare med BKM melding vil bli oppgradert i løpet av hausten.

For eigendelar knytt til direkteoppgjer sender pasienten frå 1.juni 2010 sjølv inn kvitteringar til Pasientreiser ANS som vidare rapporterer eigendelar til HELFO. Framdrifta i Prosjektet Pasientreiser Eigendelar 2010 som skal sikre elektronisk rapportering av eigendelar for direkteoppgjer til HELFO frå 1.1.2011, er i høve til plan.

3.5.5 Nytt naudnett

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF bidreg til at måla med innføringa av nytt digitalt naudnett i Noreg blir nådde.
- Føretaksmøtet la vidare til grunn at det vert sett av nødvendige ressursar til å kunne ta imot og delta i installeringa av utstyret, sikre drifta av det og evaluere bruken av utstyret i et samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og resten av prosjektorganisasjonen.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest RHF har sett i verk aktivitet både regionalt og lokalt knytt til innføring av naudnett. Gjennom kartlegging og samarbeid med naudnettprosjektet i helse har ein fastslått behov for tilpassingar lokalt. Prosjektet er forankra i leiinga både regionalt og lokalt.

Helse Vest bistår også prosjektet naudnett helse med personell og ser positivt på denne erfaringsoverføringa.

⁷ POLK er eit it-system for forsending av polikliniske eigenandelar og refusjonar til Helfo

⁸ BKM står for behandlarkravmelding, og er eit sendingsformat for polikliniske eigenandelar og refusjonar til HELFO

3.6 Datakvalitet og rapportering

3.6.1 Nasjonalt helseregisterprosjekt

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å oppnemne kontaktpersonar i det regionale helseføretaket og i helseføretaka som skal ha særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på data til NPR (Norsk pasientregister), spesielt innan psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og skadar og ulykker.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

I samband med utviding av den regionale datavarehusløysinga med aktivitetsdata, er det stort fokus på datakvaliteten på kjeldata frå PAS, innan alle dei ulike fagområde. Datavarehusløysinga har same kjelde som NPR (NPR-melding).

Det er oppnemnt kontaktpersonar både i det regionale helseføretaket og i helseføretaka.

Det er i tillegg satt ned eit regionalt prosjekt med mål å sikre komplette og gode pasientdata innan psykisk helsevern. Måla for prosjektet er:

- implementering av "Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern"
- sikre komplette og gode pasientdata om tvangsbruk.
- kvalitetssikring av uttrekk av NPR-meldinga

Hausten 2010 er det gjennomført tre regionale samlingar med opplæring i registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Samlingane er gjennomført i samarbeid med NPR.

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF har nødvendig merksemd i leiinga knytt til god kvalitet på den medisinske kodinga, og at verksemdene følgjer opp nasjonale retningslinjer for medisinsk koding.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Alle føretaka har merksemd på dette i leiinga. Helse Stavanger og Helse Bergen har tilsett kodeansvarleg lege med fokus på sikring av datakvalitet. Helse Fonna og Helse Førde har DRG konsulent/ koordinatorar innan medisinsk koding som sikrar kvaliteten.

Kvaliteten blir m.a. sikra gjennom kurs av ressurspersonar / turnuslegar, utvikling av gode rutinar, kontinuerlig kvalitetskontroll og god dialog.

Regionalt prosjekt i Helse Vest med mål om å sikre komplette og gode pasientdata innan psykisk helsevern (omtalt over) har eit ekstra fokus på registrerings- og kodepraksis.

Ei utfordring er rapportering av data på kvalitet frå private institusjonar, spesielt innafør rus. Det er nødvendig å søke om konsesjon for å kunne foreta slik rapportering.

3.6.2 *Prosedyrekodar knytt til psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk*

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å sørge for at alle einingar innan psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekodar frå 1. september 2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helseføretaka bruker rusmodulen i DIPS⁹ som vil sikre dette. Private rusinstitusjonar nyttar rusdata, og vil kunne registrere / rapportere prosedyrekodar her. Det er gjennomført opplæring i form av kurs leia av KITH¹⁰ i HRRP¹¹-kodeverket, juni 2010, til dei private ideelle institusjonane innan psykisk helsevern, TSB og rehabilitering og til helseføretaka i september 2010. Vidare arrangerte Helsedirektoratet eit arbeidsseminar både for private ideelle og helseføretak den 30. september 2010.

Det blir arbeidd med implementeringa i helseføretaka.

3.6.3 *KPP- rekneskap*

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å avsetje ressursar til arbeidet med pilot i samsvar med kartlagt ressursbehov, og sørge for at deltakande helseføretak involverer medisinsk kompetanse i dei lokale prosjektgruppene for KPP-arbeidet.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Fonna deltar i KPP-prosjektet. Prosjektet har no begynt å gjere berekningar for 1. og 2. tertial 2010. Det jobbast framleis med å kvalitetssikre data og koplingar på tidlige berekningar. Det har og vært meir fokus på tenester som ein tidlegare ikkje har hatt data på (t.eks. radiologi). Den siste tida har ein og jobba med presentasjon av modellen inn mot klinikkane. Ein vurderar og å samarbeide meir med andre HF for å forbetre modellane.

3.7 **Andre styringskrav for 2010**

3.7.1 *Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigedomar*

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF setje i verk arbeidet med forvaltningsplanar slik at ein i 2010 utarbeider ein plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanane innan utgangen av 2011.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

⁹ DIPS er typen pasientadministrativt system som blir nytta i Helse Vest.

¹⁰ KITH er Kompetansesenter for IT i Helse- og sosialsektoren.

¹¹ HRRP er tverrfagleg prosedyrekodeverk for spesialisthelsetenesta til bruk innafor habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og TSB.

Utarbeiding av forvaltningsplanar blir samordna av det sentrale nettverket som er etablert mellom dei 4 regionale helseføretaka for utvikling av kulturminnekompetanse i sektoren. Det er gjennomført samlingar med representantar frå helseføretaka med ansvar for å utarbeide forvaltningsplanar. Her har m.a. Riksantikvaren og andre med kulturminnekompetanse orientert om forvaltningsplan og krav til form og innhald. Helse Fonna er peika ut til i samordning med helseføretak frå kvar av dei andre regionane å vere pilot i arbeidet med forvaltningsplan. Dessutan er det organisert eit regionalt nettvek innan Helse Vest som skal samarbeide om å utvikle forvaltningsplanar.

Framdrifta i arbeidet er noko prega av at forskrift til landsverneplan helse framleis manglar.

3.7.2 Røykfrie inngangsparti ved helseinstitusjonar

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF legg til rette for at inngangspartia ved egne helseinstitusjonar, blir røykfrie innan utgangen av 2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Det er ved fleire av helseføretaka i regionen etablert forbod mot røyking på sjukehusområda, medan andre har tilrettelagt for røyking på særskilte område. Det blir likevel rapportert om at røyking framleis finn stad ved eller i nærleiken av inngangspartia.

Alle helseføretaka har fokus på problemstillinga og vurderer tiltak for praktisk tilrettelegging/lokalisering av røykeplassar for å få redusert omfanget av uønska røykeatferd.

3.7.3 Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet

- Føretaksmøtet bad om at legemiddel med løyve til marknadsføring vert nytta i legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ikkje ligg føre individuelle medisinske grunnar til å nytte apotekframstilte legemiddel

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

I 2010 har det vore Helse Stavanger og Helse Fonna som har hatt LAR behandling, i tillegg til stiftelsen Bergensklinikkane. Helse Førde og Helse Bergen skal overta LAR behandlinga i 2011.

I Helse Stavanger er det 4 pasientar som av medisinske grunner nyttar apotekframstilt metadon. Helseføretaket nyttar legemiddel i tråd med direktivet for andre pasientar. Både Helse Fonna og Bergensklinikkane har følgd direktivet om å nytte legemiddel med løyve til marknadsføring.

3.7.4 Samordna kommunikasjon

- Føretaksmøtet bad Helse vest RHF om å delta vidare i det nasjonale arbeidet med å leggje til rette for publisering av felles informasjon for spesialisthelsetenest, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetenesta.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Alle seks føretaka i Helse Vest lanserte i 2010 nye internettsider basert på same tekniske løysing og i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetenesta. Resultatet er at det er lettare for brukarane av nettsidene å finne fram. Informasjonen er i stor grad likearta og å finne på same plass i menystrukturen. Helseføretaka framstår og meir heilskaplege, og med betre moglegheit for samarbeid og deling av informasjon på tvers av føretaka.

Dei regionale helseføretaka har deltatt i prosjekt som blei starta i 2009 i regi av HOD. Rapporten "Deling av pasientrettet informasjon" blei presentert for styringsgruppa i april 2010. Denne blei brukt i forarbeidet til prosjektet "Nasjonal helseportal".

Helse Vest deltek og i "Redaksjon for nasjonalt rammeverk for web", som har til oppgave å forvalte og utvikle det felles rammeverket for internettpublisering.

Helse Vest avventar eit oppdatert nasjonalt profilprogram. Når det er klart, vil det bli implementert i heile føretaksgruppa.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å gjennomføre konsekvensvurdering av eventuell felles drift av ei nasjonal publiseringsplattform i Norsk Helsenett SF, saman med dei andre regionale helseføretaka. Konsekvensvurderinga skal sendast til departementet innan 1. oktober 2010.

Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav:

Helse Vest deltok i 2010 i arbeidet med å gjennomføre ei konsekvensvurdering av ei eventuell felles drift av ei nasjonal publiseringsplattform i Norsk Helsenett SF, saman med dei andre regionale helseføretaka. Konsekvensvurderinga blei oversendt departementet innan fristen 1. oktober.

4. Plandokument for styret

4.1 Utviklingstrender og rammevilkår

Behovet for helsetenester er venta å auke som følgje av at både folkesamansetnaden, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og som følgje av at forventingane til helsetenestene endrar seg.

Utviklinga er godt omtalt i høyringsutkastet til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) der det m.a. kjem fram følgjande om utviklinga:

Det har skjedd ei endring i sjukdomsutviklinga i det 20. århundret. Dei dominerande sjukdomsgruppa er blitt hjerte- og karsjukdomar, kreft, diabetes, luftvegssjukdomar, muskel- og skjelettsjukdomar, ulykker og psykiske lidingar. Dette er sjukdomar som langt på veg har sin årsak i levevanar. Hjerte- og karsjukdomar og kreft er årsak til to tredeler av alle dødsfall. På grunn av aukande levealder har pasientar med kroniske lidingar etter kvart blitt den største pasientgruppa i helsetenesta. Muskel- og skjelettlidningar er årsak til nesten halvparten av sjukefråværet og en tredel av uførepensjonane. Psykiske lidingar er utbredt.

Andre generelle trekk ved utviklinga, som m.a. blir omtala i høyringsutkastet, er ein rivande medisinsk teknologisk utvikling, endring i synet på og holdning til helse og sjukdom, utdanningskapasitet, ei auka arbeidsmigrasjon m.a. av helsepersonell og ikkje minst ei kraftig auke av den eldre befolkninga. Alle desse forholda har ressursmessige konsekvensar for spesialisthelsetenesta. Ei meir detaljert omtale av utviklinga og konsekvensane for Helse Vest er omtala i kap. 4.2

Utvikling av vegsamband, ulike transportløysingar og elektronisk kommunikasjon vil vere viktige føresetnadar for helsetenesta.

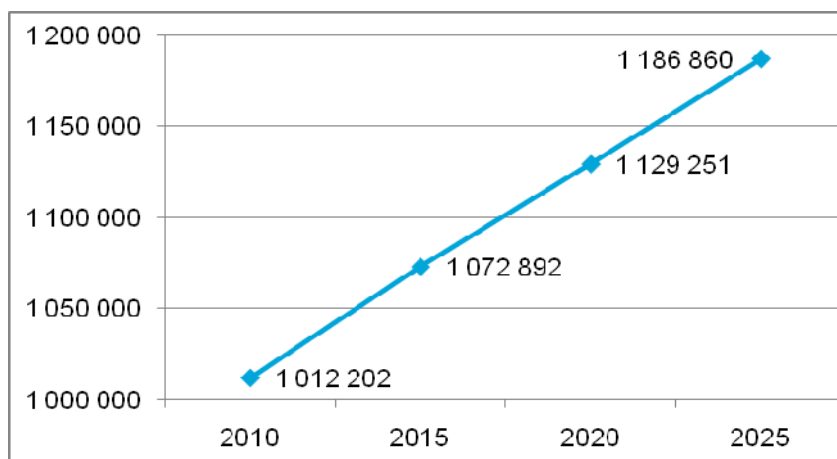
Bruk av informasjonsteknologi vil være eit av hovudverkemidla for både effektiv sjukehusdrift og økt pasienttryggleik framover. Arbeidet med vidareutviklinga av IKT og bruken av IKT i må byggje på samhandling i heilskaplege kjeder, effektive pasientforløp og pasientar og pårørande si medverknad.

4.2 Utviklinga innanfor opptaksområdet

Behovet for helsetenester innanfor opptaksområdet er venta å auke som følgje av dei same forholda som omtala under kap. 4.1.; endring av at både folkesamansetnaden, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og forventingane til helsetenestene endrar seg. Plandokumentet byggjer på HELSE 2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

4.2.1 Befolkningsutvikling

Det er venta ein auke i folketalet i Helseregion Vest på 12 % i perioden 2010–2020¹². Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 16 % i Helse Stavanger til 0,1 % i Helse Førde.

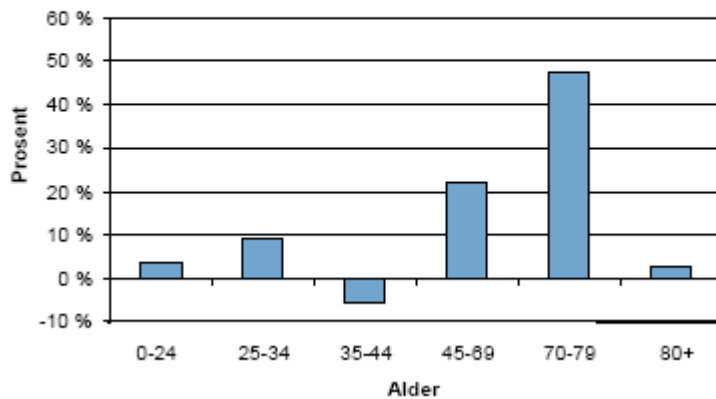


Helse Vest vil møte ei stadig eldre befolkning. Den største auken vil komme i aldersgruppa 70–79 år, som vil auke med nær 50 % frå 2010 til 2020. Talet på eldre vil auke mest i den sørlegaste delen av regionen. Den nordlegaste delen kjem likevel til å ha prosentvis flest innbyggjarar over 65 år. Talet på eldre vil òg auke sterkt etter 2020.

¹² Statistisk Sentralbyrå (SSB) Framskrivning av folkemengda 2010–2030/2005–2025/2008–2060. Nasjonale og regionale tal (2005/2008), mellomalternativet (MMMM).

4.2.2 Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper. 2010-2020

Befolkningsendring i % fordelt på ulike aldersgrupper 2006-2020 i Helse Vest



Busetjingsmønsteret har i mange tiår vore prega av at unge menneske flyttar til byane, mens dei eldre blir igjen i distrikta. Denne trenden blir sannsynlegvis forsterka fram mot 2020.

I framtida får dei eldre jamt over betre helse, og leveraldere vil auke. Auken i talet på eldre er like fullt ein viktig faktor for spesialisthelsetenesta. Mange sjukdommar er sterkt relaterte til alder, og eldre har ofte meir samansette sjukdomsbilete. Ressursbehovet i tilknytning til helsetenester for den aldrande befolkninga vil auke i kommunehelsetenesta. Denne trenden vil halde fram, mellom anna med større etterspørsel etter sjukeheimplassar og heimetenester. Helse Vest vil arbeide for å betre samspel mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta for å dekkje behova til dei eldre. Helse Vest har gjennom eit eige prosjekt sett nærare på både utforming og organisering av tenestene til dei eldre, særleg for dei som har samansette lidningar.

Eldre pasientar har eit større relativt forbruk av sjukehusenester, men det er ikkje venta større endringar i behovet for sengekapasitet ved sjukehusa eller dramatisk auka helsekostnader på grunn av den aldrande befolkninga. Andre krefter, til dømes nye medisinske metodar og ny teknologi, vil ha større innverknad på kostnadsutviklinga. Auken i talet på eldre vil først og fremst påverke måten spesialisthelsetenesta blir organisert og driven på, og utforminga av tenestetilbodet.

Samhandlingsreforma, jf St.meld. nr 47 (2008-2009), vil leggje viktige premisser for korleis tenestetilbodet må utformast både i kommunane og spesialisthelsetenesta for å møte den venta auken i behovet for tenester.

Planlagde utbetringar i samferdsel, transport og infrastruktur kan påverke både etterspørselen etter helsetenester og korleis vi kan organisere tilbodet.

4.2.3 Sjukdomsutvikling

Det er venta ein auke i kroniske sjukdommar og livsstilsrelaterte sjukdommar. Hjarte-sjukdommar, lungesjukdommar, slag, kreft, diabetes og muskel- og skjelettplager vil auke i alle aldersgrupper. Desse pasientgruppene har kort liggjetid på sjukehus og har mange desentraliserte tilbod eller dagbehandlingstilbod. Dette blir ei stor utfordring for primærhelsetenesta, og etterspørselen etter rehabilitering og lærings- og meistringstilbod kjem

til å auke. Sjukleg overvekt gir seg utslag i sjukdommar som er nemnde ovanfor, og det har vore ein kraftig auke i talet på pasientar til operasjon for sjukleg overvekt. Det vil framleis vere behov for eit høgt tal på slike operasjonar.

I åra framover vil nasjonale helsestyresmakter framleis fokusere sterkt på førebyggjande arbeid, jf også samhandlingsreforma. Det er i hovudsak kommunehelsetenesta som driv dette arbeidet (primærførebygging). Specialisthelsetenesta må likevel ta del i dette arbeidet, først og fremst som ein viktig kunnskapsbase for førebyggjande og helsefremmande arbeid, men også ved å delta med kompetanse i målretta tiltak i samfunnet elles. Specialisthelsetenesta si rolle innanfor førebyggjande verksemd vil elles først og fremst vere knytt til forskning, utvikling av kunnskap om årsakene og verknadene endra levevanar kan ha, og rådgiving relatert til det. Ansvar for såkalla sekundær- og tertiærførebygging er samtidig ein del av ansvaret til Helse Vest. Målet med denne typen arbeid er todelt. For det første kan det bidra til ein betre livssituasjon for pasientar som er eller har vore på sjukehus. Dernest kan vellykka førebygging bidra til å hindre uønska reinnleggingar, og dermed gi redusert press på tenestene.

Det meste av auken i ressursbehov vil vere knytt til den auka utbreiinga av kreft, utvikling av behandlingsmetodar for kreft og større omfang av kroniske og vanlege sjukdommar i ei aldrande befolkning.

Helse Vest har laga ein regional kreftplan. Styret behandla planen i mars 2005. Planen syner kva utfordringar ein står overfor og korleis Helse Vest vil møte desse. Det er òg rekna ut korleis auken i talet på kreftsjuke påverkar kostnadene. Ein reknar med at utgiftene kjem til å fordoble seg frå 2004 til 2020.

Ein ventar at det også vil bli fleire personar med psykiske lidningar i åra framover. Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk vil bli store samfunnsmessige utfordringar. Det gjeld også psykososiale lidningar hos barn og unge og rusrelaterte psykiske lidningar. Det er viktig at tenestene blir utvikla på brukarane sine premisser, og at dei blir prega av heilskap og samhandling med andre sektorar. Ei anna gruppe som truleg vil ha behov for større merksemd og spesielt tilrettelagde tilbod i framtida, er barn av psykisk sjuke foreldre og barn av rusmiddelavhengige foreldre, jf endring i lov om helsepersonell. Denne gruppa vil stille store krav til samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

Det var i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 sett som mål at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkninga skal få eit spesialisthelsetenestetilbod. Med ein dekningsgrad på 3,9 prosent i regionen i 2009 er det behov for ein fortsett aktivitetsvekst også etter at opptrappingsplanen vart avslutta i 2008.

Ei meir usikker, men potensielt krevjande utfordring er knytt til epidemiar og utvikling av multiresistente bakteriar. Stor reiseaktivitet og rask transport av personar frå kontinent til kontinent kan føre til sjukdomsspreiing av så stort omfang at det er snakk om verdsomspennande utbrot (pandemiar). I tillegg kan vi sjå oppblomstring av smittsame sjukdommar som i dag ikkje lenger blir oppfatta som store helseproblem i Noreg, og multiresistente bakteriar kan bli importerte frå utanlandske sjukehus gjennom utveksling av helsetenester på tvers av landegrensene.

Erfaringane frå svineinfluensapandemien må nyttast i vidare beredskapsplanlegging.

4.2.4 Helsefagleg utvikling

Det helsefaglege tilbodet i spesialisthelsetenesta omfattar førebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering. Auka kunnskap om sjukdomsframkallande forhold gir betre grunnlag for førebygging. Ny forståing, nye metodar og teknologi gir høve til tidlegare og betre diagnostikk og betre og meir målretta behandling. Større fokus og vekt på kunnskapsbasert rehabilitering, med mellom anna lærings- og meistringstilbod, gir grunnlag for betre funksjonsevne og auka livskvalitet.

Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

Område	I dag	Mogleg utvikling mot 2020
Biletddanning og biletddannande utstyr	Ulike metodar blir brukte til å kartleggje anatomi for å diagnostisere sjukdom.	Omfattande utvikling av nye metodar for større detaljering av struktur og funksjon (PET) og i kombinasjon med behandling.
Miniinvasiv kirurgi	Blir brukt i relativt stort omfang. Robotkirurgi er under utvikling.	Laparoskopiske og endoskopiske prosedyrar vil vere hovudoperasjonsmetodar.
Kardiologisk miniinvasiv intervensjon	Brukt til diagnostikk og behandling hos store pasientgrupper.	Fleire og meir komplekse former er venta. Mindre invasive metodar fører til at fleire eldre kan behandlast.
Vaksinar	Blir i hovudsak brukte til førebygging av akutte infeksjons- sjukdommar og mot nokre kreftformer.	Blir viktigare i behandlinga av ei rekkje sjukdomsgrupper.
Vevs- og organdyking (Tissue engineering)	Forskning med sikte på å dyrke vev frå pasienten. Behandling med stamceller som blir utvikla til ønskt vev.	Nydyrka vev frå pasienten sjølv blir viktigare, spesielt innanfor rekonstruktiv kirurgi og som delar av organ. Biomateriale kan forbetre ledd osv.
Gentesting	Under innføring. Identifiserer gen som er ansvarleg for sjukdom.	Meir ”personleg” medisin med tilpassa behandling. Aukande bruk for å identifisere risiko for sjukdom.
Farmakogenomikk	”Skreddarsaum” av behandling hos enkeltindivid/grupper er teke i bruk.	Har venteleg nådd eit betydeleg omfang som gir grunnlag for tilpassa behandling.
Genterapi	Førebels brukt med lite hell.	Defekte gen som gir opphav til sjukdom, kan korrigjerast.
Nanoteknologi og nanomedisin	Brukt til å nå cellulære element (“mål”) med behandlande medikament.	Gjer det mogleg å gi medisinar direkte til området som treng dei. Dermed kan dosen reduserast.
Stamcelle-behandling	Eksperimentelle dyreforsøk med godt resultat, ikkje nådd same resultat med pasientar.	Usikkert kor mykje det har å seie.

Den faglege og medisintekniske utviklinga fører til at fleire kan få tilbod, og at fleire behandlingstilbod blir tilgjengelege. Utviklinga får òg konsekvensar for kvar og korleis tenestene blir gitt. Fleire tenester kan ytast desentralt i primærhelsetenesta, mens andre tenester krev spesialkompetanse og kostbart utstyr og fører til sentralisering.

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

Utviklinga innanfor medisinsk kunnskap og teknologi fører til auka etterspurnad og ressursbruk. Nye behandlingsmetodar opnar for at fleire sjukdommar kan behandlast, og mange nye behandlingsformer kjem til å vere personellkrevjande og kostbare.

Utviklinga peika òg i retning av kvalitativt betre behandlingsformer og betre ressursutnytting. Nye kirurgiske metodar gir til dømes forenkla behandling, betre resultat, mindre

komplikasjonar og kortare postoperativ liggjetid, noko som kan føre til reduserte liggjetider, auka bruk av dagbehandling og poliklinikk.

Betre behandlingsmetodar gjer at fleire overlever med skadane sine, og det fører igjen til at det blir lagt større vekt på mellom anna rehabilitering, habilitering og tilbod som har med læring og meistring å gjere.

Innanfor psykisk helsevern er det venta at utviklinga går i retning av meir poliklinisk behandling, dagbehandling og ulike former for ambulante tenester i samarbeid med kommunale tenester.

Ei hovudutfordring innanfor den helsefaglege utviklinga, er å føregripe når og på kva måte ny medisinsk teknologi påverkar og gjer det mogleg å endre og utvikle tenestetilbodet.

Det er etablert ein database for varsling av nye medisinske metodar, MedNytt. Kunnskaps-senteret står for utviklinga, initiert av Helse Vest. Databasen er eit hjelpemiddel for å styre innføringa av nye metodar i tråd med dokumentert kunnskap, noko som er viktig for at ressursane skal komme store pasientgrupper til gode. Det er vesentleg at databasen blir brukt aktivt i helseføretaka.

Som ei vidareføring av dette arbeidet, er det under etablering eit strukturert verktøy for støtte ved avgjerder om innføring av nye metodar i sjukehus, Mini-HTA (Health Technology Assessment). Kunnskapssenteret arbeider med dette på oppdrag frå Helse Vest, med utprøving i Helse Stavanger og Helse Bergen. Mini-HTA gir ei kort vurdering av effekt, tryggleik, kostnader, ressursbehov og implikasjonar for pasient og organisasjon ved innføring av nye metodar. Verktøyet skal sikre forankring av avgjerder på leiarnivå og gi betre dokumentasjon av avgjerdsprosessane.

4.2.5 Forventningar til helsetenesta

Pasientrolla har gjennomgått store endringar dei siste tiåra. Pasienten blir ein meir aktiv, velinformert og medbestemmande person. Pasientane er likevel ikkje ei homogen gruppe. På den eine ytterkanten finn vi ressurssterke pasientar som utnyttar dei tilboda som finst. På den andre sida finn vi til dømes pasientar som er ramma av kroniske sjukdommar, og som har vedvarande pleiebehov og få alternativ å velje mellom. I mange høve er ressurssterke pårørande viktige pådrivarar og samarbeidspartnarar for helsepersonellet.

Hovudtrekk ved forventningane som folk har til helsetenesta:

Område	I dag	Utviklingstrekk mot 2020
Eiga forståing og eigen kunnskap	Aukande medvit og kunnskap hos pasientane	Aktiv pasientrolle, krevjande konsument
Valfridom og brukarinformasjon	Ventetid på nett, men timebestilling på papir. Lite informasjon om resultatata ved sjukehusa	Større reell valfridom, timebestilling på nett og betre informasjon Større skilnad mellom ressurssterke og ressursvake pasientar
Bevisstheit om kostnadene ved helsetenesta	Eigendel til fastlege med portvaksfunksjon	Spesialisthelsetenesta skaper kostnadsmedvitne pasientar Førebygging blir premiært
Forventning om kvalitativt god behandling og god oppleving av behandlinga	Manglande koordinering mellom fagområde og behandlingsnivå	”Saumlause” behandlingsskjeder All pasientinformasjon blir delt digitalt
Tillit til helsetenesta	Tillit fordi pasientane ”ikkje veit betre”	Større openheit om kvaliteten i sjukehusa
Alternative behandlingsformer	Lite integrert i den offentlege helsetenesta	Auka valfridom og openheit

4.2.6 Behovet for aktivitetsvekst

Endringa i folkesetnaden er ulik i ulike delar av regionen, og det tilseier at behovet for aktivitetsvekst blir ulikt fordelt. Ein reknar med at det blir behov for ein dobbelt så stor auke i talet på innleggingar i den sørlegaste delen av regionen som i den nordlegaste.

Det må gjerast rekning med ein tilleggsvekst som følgje av andre faktorar som medisinteknisk utvikling, endring i helsetilstand og forventingar. I andre samanhengar har ein vurdert at denne effekten er på om lag 15 prosent fram til 2020.

Dette er høgst usikre storleikar og det er vanskeleg å vere presis. Det er særleg vanskeleg å sjå for seg kva konsekvensar den medisintekniske utviklinga får. Det er likevel klart at behovet for helsetenester kjem til å auke i åra framover, og det vil krevje auke i aktiviteten.

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2012 (datert 15.12.10) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd ein aktivitetsvekst på om lag 3,5 % i 2012 innan somatikk. Det tek høgde for demografisk vekst, naudsynt realvekst og ekstra aktivitet for å redusera ventetida. Det er tilrådd at aktivitetsveksten innan psykisk helsevern blir 3,5 % for vaksne og 5,9 % for barn og unge. Det inneber også ein aktivitetsvekst for å redusera ventetida. I tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd ein aktivitetsvekst på 6,5 %.

4.3 Økonomiske rammeføresetnader

Drift

Endeleg inntektsramme 2011 for helseføretaka er fastsett i møte den 03.02.11 under sak 018/11 B Konsernbudsjett 2011. Det blei i denne saka fatta vedtak om følgjande resultatkrav:

Forslag til resultatkrav 2011	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus Apoteka	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2011	40 000	10 000	160 000	-40 000	13 800	300	40 000	224 100

Det er i Statsbudsjettet lagt til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga på 1,4 % på nasjonalt nivå. Aktivitetsveksten er basert på rekneskap etter første tertial 2010 og juni 2010. Innafor den samla aktivitetsveksten på om lag 1,4% er det ved budsjetteringa av poliklinisk aktivitet lagt vekt på å understøtte målet om høgare prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling tilsvarende 5% vekst. Vidare er det prioritert å auke tilgjenge til radiologiske undersøkingar. Samla sett er det lagt opp til ein vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 4,5%. For pasientar som omfattast av ISF-ordninga er det lagt til rette for ein vekst på 1,1%.

Behovet for auka leveranse av spesialiserte tenester som følgje av endringar i demografi og medisinsk teknologisk utvikling, vil medføre at den økonomiske og finansielle utfordringa i dei kommande åra vil forsterke seg. Dette inneber framleis ein risiko for auka aktivitet som må finansierast med bruk av basisramme. Dette er ei utfordring som Helse Vest RHF må løyse i tråd med dei føringane som er gitt i oppdragsdokumentet frå eigar. Det er avgjerande at endringar i behovet for tenester og eventuelle nye oppgåver blir fanga opp i basisfinansieringa.

Helse Vest RHF har ved inngangen til 2011 framleis omstillingsutfordring. Helse Stavanger har framleis eit negativt budsjettavvik i 2010 sjølv om dei leverer eit resultat som er i pluss. I Helse Førde gjenstår det framleis eit arbeid med innretta drifta på ein slik måte at dei leverer eit resultat i pluss. Det er derfor framleis behov for omstillingstiltak i helseføretaka for å nå eit nødvendig positivt resultatkrav slik at ein kan vidareutvikle verksemda og løyse dei store investeringsprosjekta i kommande åra.

For å styre resultatet i tråd med kravet frå eigar, har Helse Vest RHF i styringsdokumenta for 2011 pålagt helseføretaka å rapportere kvar månad om den økonomiske utviklinga. For dei føretak som ikkje leverer i tråd med resultatkravet/økonomisk balanse, må det og rapporterast på status på dei tiltak som skal setje helseføretaket i stand til å nå resultatkravet. Det er utarbeidd ein eigen mal for rapportering på tiltak, der kvart tiltak skal spesifiserast med namn, tidspunkt for iverksetting, økonomisk effekt fordelt på kvar månad og ansvarleg klinikk og avdeling. Tiltaka skal vere realistiske, ha god kvalitet og vere tilskrekkelege for å nå resultatkravet. Det vil gjennom året bli månadleg oppfølging på gjennomføringsgrad av kvart tiltak og avvik knytt til omstillingsplanen.

4.4 Personell og kompetanse

Utvikling av eit godt leiarskap er viktig for føretaksgruppa. Gjennom Helse2020 er helseføretaka gitt styringssignal om å utvikle gode lokale leiarprogram for å sikre eit godt leiarskap og støtte tiltaka som ligg i Helse2020. Dei lokale leiarprogramma er i stadig utvikling og blir tilpassa ulike nivå av leiarar. I tillegg til dei lokale leiarprogramma blei det i 2010 etablert eit felles regionalt leiarprogram for heile føretaksgruppa Helse Vest, med totalt tre samlingar i løpet av året. Målsettinga med det regionale leiarprogrammet har blant anna vore å bevisstgjere leiarane om utfordringane for helsesektoren, og å vere ein arena der leiarane kan utvikle seg i. Programmet blir vidareført i 2011 med same gruppe deltakarar.

Det er etablert ein heilskapleg prosess for å støtte leiarar og medarbeidarar i deira utviklingsarbeid innanfor kompetanse, medarbeidarmedverknad til eigen utvikling. Medarbeidar- og kompetanseutvikling vil vere sentralt for både å tiltrekke seg arbeidskraft, halde på henne, og å kunne utvikle arbeidskrafta i tråd med dei behova tenesteytinga krev. Føretaksgruppa vil dei neste 10 åra måtte erstatte meir enn 10.000 medarbeidarar som sluttar på grunn av alder. I tillegg kjem normal utskifting blant medarbeidarane kvart år. Den enkelte si utdanning og sosialisering inn i yrkesroller som helsearbeidarar må også ha fokus på haldningsskapande arbeid der også etiske og moralske aspekt kjem inn.

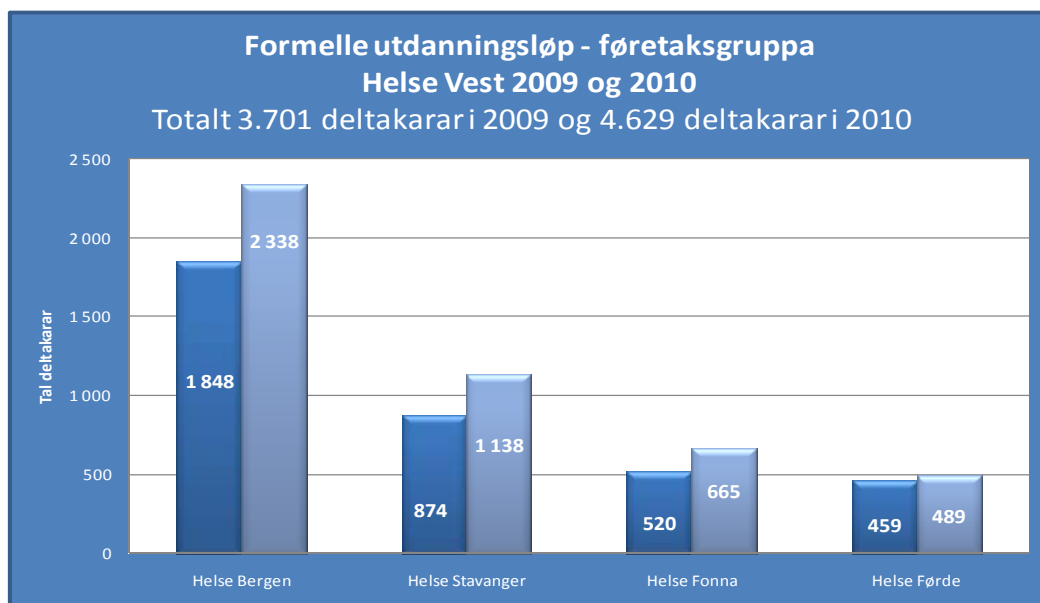
For å møte utfordringane har Helse Vest mellom anna satsa på regionalt leiarprogram, intern kompetanseutvikling i føretaksgruppa og etablering av program for vidare-/etterutdanning innanfor kvalitetsfeltet. Helse Vest legg vekt på nær dialog med universitet, høgskular og vidaregåande skular om undervisningsplanar og fagleg innhald i dei ulike studia. Målet er å sikre at ein kan tilby utdanning som møter behova i framtida, både når det gjeld innhald og kapasitet.

Å halde på medarbeidarar, ha god utvikling og førebu rekruttering i eit langsiktig perspektiv er eit tiltak i HELSE 2020. Heile kompetanseområdet er sett saman av kompetansekartlegging og oppgåvekvalifisering for alle medarbeidarar. Dette er viktige tiltak for å sikre at rett medarbeidar gjer dei rette oppgåvene. I tillegg er det etablert felles utviklingssamtalar med ei god rolledeling og forplikting frå begge partar.

Kvalitet i rekruttering blei implementert i rekrutteringsportalen i 2010. Det vart i fjor etablert faste rutinar for rekrutteringa innan Helse Vest. Det er lagt spesiell vekt på kvalitetssikring ved tilsetting av helsepersonell. Gjennom ein standardisering av rekrutteringsprosessen er det no mogleg for å hente ut statistikk over korleis rekrutteringsprosessen i føretaka blir gjennomført.

KLEM-prosjektet (Kompetanse, leiarskap, endring og medarbeidarskap) starta opp i 2009 og har fortsett i 2010. KLEM er eit forskningssamarbeid mellom Helse Vest, NTNU og Dossier Solutions, og tar utgangspunkt i Helse2020. Forskingsprosjektet går fram til 2012, og arbeidet føregår i tett samarbeid med utvalde grupper i Helse Vest. Den kunnskapen som dei deltakande einingane har fått gjennom KLEM-prosjektet har no begynt å gi positive resultat.

Talet på formelle utdanningsløp i Helse Vest var i 2010 på 4 629. Dette er ei betydelig auke i forhold til 2009, ein auke på over 25 prosent.



I føretaksgruppa er det ei betydeleg intern opplæring innan alle område. For 2010 har det vore om lag 450 kurs tilgjengelege. Dette er både klasseromundervisning, e-læring og seminar. 106 e-læringskurs har vore tilgjengelege for heile føretaksgruppa. Det er registrert 75 524 påmeldingar til kursa og 58 735 gjennomføringar i føretaksgruppa i 2010.

4.5 Bygningskapital – status og utfordringar

4.5.1 Utbyggingsprosjekt

Dei siste større utbyggingane innanfor somatikk ved dei fire hovudsjukehusa i Helse Vest blei gjennomført på sytti- og byrjinga av åttitalet. Det er eit klart behov for å oppgradere og fornye store delar av denne bygningsmassen, både på grunn av den sterke aktivitetsauken som har vore (og som er venta framover), og for å få ei meir funksjonell bygningsmasse.

Helse Fonna

Ved Haugesund sjukehus, Helse Fonna, starta ei trinnvis utbygging og ombygging i 1998 som var kostnadsrekna til om lag 500 millionar kroner. Utbyggings-/ombyggingsprogrammet er i stor grad gjennomført samtidig som det er planlagt nye, men mindre utbyggingar.

Helse Førde

Ved Førde Sentralsjukehus, Helse Førde, blei det i 2003 godkjent eit utbyggingsprosjekt (påbygg 2000) kostnadsberekna til 170 millionar kroner. Bygget er tatt i bruk. Det er planlagt fleire mindre utbyggingsprosjekt mellom anna innan psykisk helsevern og rusbehandling.

Helse Bergen

I Helse Bergen er det gjort ei vurdering av noverande bygningsmasse og tomteområde. Denne har konkludert med at noverande bygningsmasse og tomteområde kan rustast opp og byggjast ut for å møte framtidige behov for tenester. Sentralblokka vil, sjølv om ho er over 20 år, framleis kunne vere hovudbygg for den somatiske verksemda. Det er laga ein utbyggingsplan med bygging av einskilde senter kring sentralblokka. Det gjer det også mogleg å flytta ut aktivitet frå sentralblokka og oppgradere frigjort areal til kliniske kjernefunksjonar.

Nytt laboratoriebygg er ferdig. Det same gjeld Parkbygget med PET-scannar, nukleærmedisin og sengepost for kreftavdelinga. Det gamle lungebygget er sett i stand for hudavdelinga. Det er vidare under planlegging eit barne- og ungdomssenter som omfattar alle barn med somatisk sjukdom, barne- og ungdomspsykiatrien og psykosomatisk medisin. Dette er eit omfattande prosjekt som medfører riving av den gamle barneavdelinga, og dagens psykiatribygg på Haukelandsområdet.

Sjukehusdelen av det psykiske helsevernet for vaksne skal vidareutviklast i Sandviken, mens barne- og ungdomspsykiatrien skal utviklast på Haukelandsområdet. Nytt psykiatrisk akuttmottak er ferdig mens arbeidet med nytt bygg for avdeling for stemningslidingar går føre seg.

Det er gitt klarsignal for oppstart av 1. byggetrinn i nytt barne- og ungdomssenter. Det omfattar nye lokale for barne- og ungdomspsykiatrien og tilbodet innan psykosomatisk medisin.

Helse Stavanger

I Helse Stavanger er det nødvendig med ei omfattande fornying av bygningsmassen ved Stavanger Universitetssjukehus. Det er laga ein framtidig utbyggingsstrategi for sjukehuset som inneber at ein i dei neste 15 til 20 åra vil byggje ut og utvikle sjukehuset på noverande tomteområde.

Eit nytt pasienthotell, med privat eigar og drivar, har vore i bruk over fleire år. Det nye akuttmottaket med observasjonspostar (MOBA) også i bruk. Det er fremma forslag om å innreie ein 3. etasje på dette bygget berekna til 212 mill. kr.

Innan psykisk helsevern er Sola distriktspsykiatriske senter (DPS) ferdig og tatt i bruk.

Bygging av nytt bygg for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og eit nytt Stavanger DPS vil, basert på plan frå Helse Stavanger bli starta i 2011, gitt at endeleg finansiering kjem på plass.

Utbyggingsprosjekt i opptrappingsplanen for psykisk helse

Innanfor psykisk helsevern var det planlagt ei rekkje utbyggingsprosjekt som ledd i å realisere måla i opptrappingsplanen. Helse Vest hadde ansvar for å realisere 18 utbyggingsprosjekt. I tillegg kjem nytt DPS i Stavanger, jf. bestillardokument til Helse Vest for 2006. Av desse er 12 prosjekt ferdige. For 3 av prosjekta er det vald å leige lokale i staden for å byggje eigne lokale. Dei siste 4 prosjekta inngår i, er starta eller blir starta i nær framtid, jf. nytt barne- og ungdomssenter og Øyane DPS i Helse Bergen og nytt bygg for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og Stavanger DPS i Helse Stavanger.

Utbyggingsprosjekt i dei private ideelle institusjonane som Helse Vest har avtale med

Helse Vest har også fått fleire førespurnader frå dei private ideelle institusjonane om å medverke i utbyggingsprosjekt. Det ligg føre planar som kan summerast til ca 1 mrd i dei private ideelle institusjonane som Helse Vest har avtale med. Helse Vest medverka i 2009 til løysing av byggeprosjekt i fire av institusjonane. Helse Vest ga i 2010 signal om kor mykje støtte som kan påreknast til planlagt utbygging ved Haraldsplass diakonale sykehus og Hagesund sanitetsforenings revmatismesykehus.

4.5.2 Investeringar

Helse Vest skal basere sine investeringsplanar på heilskaplege utgreiingar av framtidig behov for kapasitet og tilbod på regionnivå. Helse Vest skal tilpasse sin strategi for investeringar slik at den underbyggjer og blir gjennomført i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommande samhandlingsreforma.

Helseføretaka må styre og prioritere sine investeringsplanar innafor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramme. Det blir her vist til styresak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt og driftsmessig grunnlag, samt til styresak 091/10 B Langtidsbudsjett 2011 – 2015.

Helse Vest har vurdert det som nødvendig med eit resultatnivå på mellom kr 300-400 mill i løpet av 5-års perioden for å klare å handtere dei store investeringsutfordringane.

Sjølv med eit resultatnivå i denne størrelsesorden vil ikkje dette aleine vere tilstrekkeleg for å løyse investeringsbehova. Det er særleg i Helse Bergen og Helse Stavanger dei store investeringsbehova ligg. Sjølv om dei klarer å levere resultat i tråd med resultatkravet, vil ikkje dette vere tilstrekkeleg til å finansiere investeringsplanane. Dei vil derfor vere avhengig av at det blir gitt lån til dei store investeringsprosjekta.

For Helse Bergen er det nytt barne- og ungdomssenter (BUSP) med ei samla kostnadsramme på kr 1,415 mrd som utgjer det største finansielle løftet. Prosjektet er tildelt lån i statsbudsjett 2011 på kr 108 mill. Det er føresett at prosjektet blir finansiert med 50% lån over statsbudsjettet dei kommande åra, totalt kr 707 mill.

Ved Helse Stavanger er det 3 høgt prioriterte prosjekt som ein ikkje klarer å løfte innanfor 5-årsperioden utan å ta opp lån. I føretaket sitt langtidsbudsjett er det føresett at det blir gitt lån til desse 3 prosjekta. Helse Stavanger har fått lån til nytt bygg vedrørende barne- og ungdomspsykiatri (BUPA) med kr 103 mill i 2011. Føretaket kan ikkje pårekna at det blir gitt meir lån over statsbudsjettet. Dette inneber at prosjekta Stavanger DPS med ei kostnadsramme på kr 150 mill og innreiing av 3. etasje MOBA med ei kostnadsramme på kr 140 mill ikkje vil få lån frå staten. Helse Stavanger må derfor gjennomgå sin investeringsplan på nytt og gjere nødvendige prioriteringar og tilpassingar i forhold til det finansielle grunnlaget.

Det vil i samband med rulleringa av langtidsbudsjett 2012-2016 bli gjort ei nærare vurdering på prioritering og finansiering av prosjekta i Helse Stavanger. Føretaket må uansett ta høgde for at prosjekt som eventuelt blir finansiert med interne lån i framtida, minimum må finansierast med 50% egne midlar. Det er derfor heilt nødvendig at Helse Stavanger klarer å levere eit resultat som minimum er i tråd med budsjettkravet.

Under styresak 018/11B har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2011:

Samandrag investeringar (Budsjett 2011)

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	168 000	87 700	477 000	14 800	0	0	0	747 500
Medisinteknisk utstyr	93 000	51 300	90 000	35 300	0	0	0	269 600
IKT	0	2 000	0	0	0	255 919	0	257 919
Anna	60 000	6 000	66 000	44 200	20 220	0	0	196 420
Sum investeringar 2011	321 000	147 000	633 000	94 300	20 220	255 919	0	1 471 439

Det finansielle grunnlaget for gjennomføring av investeringsbudsjettet kan oppsummerast i følgjande tabell:

Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2011:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	40 000	10 000	160 000	-40 000	13 789	359	40 000	224 148
+ Avskrivning	197 805	130 494	438 000	97 500	3 462	101 584	0	968 845
+ Nedskrivning anleggsmidlar	0	0	0	0	0	0	0	0
= Kontantstrøm frå drifta	237 805	140 494	598 000	57 500	17 251	101 943	40 000	1 192 993
- Førebels resultatavvik 2010	-26 000	0	15 000	-11 400	5 309	3 000	202 000	187 909
+ Opptak av nye lån	103 000	0	108 000	0	0	0	0	211 000
- Avdrag lån	-30 961	-11 700	-50 000	-8 400	-1 154	0	0	-102 215
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-30 000	-27 500	-50 000	-34 900	0	142 400	0	0
+ Sal av anleggsmidlar	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Gåver	0	0	0	0	0	0	0	0
+/- Likviditet overført frå 2010	67 430	0	127 000	-8 500	0	0	0	185 930
+/- Likviditet overført seinere år	0	0	-100 000	0	0	0	0	-100 000
+/- omfordeling likviditet - resultatkrav	0	0	0	40 000	0	0	-40 000	0
Finansielt grunnlag	321 274	101 294	648 000	34 300	21 406	247 343	202 000	1 575 617
+/- omfordeling likviditet HF/RHF (interne lån)	50 000	45 000	0	60 000	0	9 000	-164 000	0
Finansieringsgrunnlag investeringar inkl interne lån	371 274	146 294	648 000	94 300	21 406	256 343	38 000	1 575 617
Investeringsplanar i HF'a	321 000 *)	147 000	633 000	94 300	20 220	255 919	0	1 471 439

*) Helse Stavanger har ein særskild problemstilling knytt til deira investeringsplan. Dei har i sin investeringsplan føreset at det blir gitt lån på kr 300 mill i 2012 og 2013 til prosjekta Stavanger DPS og MOBA innreiing 3. etasje. Føretaket vil ikkje få lån frå staten ut over det lånet som no er gitt i 2011 på kr 103 mill. Dette inneber at Helse Stavanger må omarbeida sin investeringsplan. Det interne lånet på kr 50 mill er gitt for å sikre at føretaket har likviditet til å ferdigstille prosjektet BUPA i 2012.

Det blir elles vist til styresak 018/11 B for ei nærare utgreiing av problemstillingane rundt investeringsbudsjetta samt finansieringa av desse.

Det er viktig at helseføretaka no arbeider med å sikre resultatkravet og at det blir innarbeida tilstrekkeleg fleksibilitet i investeringsplanen slik at ein klarer å tilpasse seg eventuell endring i det finansielle grunnlaget.

4.6 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar

4.6.1 Overordna mål og strategiar – HELSE 2020

Å utvikle og omstille tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnytting.

Gjennom HELSE 2020 er det slått fast at Helse Vest vil møte sjukdomsutviklinga i befolkninga og endringane i den faglege utviklinga med å sikre trygge og nære sjukehusenester, heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk, og arbeide kontinuerleg for å utvikle ein framtidsretta kompetanseorganisasjon.

For at pasientane skal oppleve sjukehusenestene som trygge og nære, må dei mellom anna ha tilgang på diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet, og bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira. Det er vesentleg at pasientane er aktive deltakarar i eiga behandling, og at dei får god informasjon og opplæring. Helseføretaka skal arbeide for at tenestene er koordinerte på tvers av behandlingsnivå og avdelingar internt på sjukehusa, slik

at pasientane opplever ei samanhengande helseteneste. Førebygging og rehabilitering er område som må styrkjast.

For å oppnå heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk, vil Helse Vest arbeide for å systematisere behandlingsskjedene og utvikle betre prosessar. Vidare bør tenester som er sjeldne og komplekse samlast på færre stader, og ein må vere opne om prioriteringane som blir gjort og om resultatane i verksemda. Samordning av støttetjenester og effektivisering av arealbruk er også område Helse Vest vil arbeide med.

For å skape ein framtidsretta kompetanseorganisasjon er det viktig at medarbeidarane og leiarane tek ansvar og skaper gode resultat, samtidig som sjukehusa og institusjonane i regionen skal vere attraktive, lærande og utviklande arbeidsplassar.

For å sikre god pasientbehandling satsar Helse Vest på forskning, utdanning og fagutvikling. Ved vurdering av om nye metodar og teknologi skal takast i bruk, er det vesentleg å basere seg på den beste kunnskapen.

Hovudfokuset er framleis på den kliniske kjerneverksemda. Det skal særleg leggjast vekt på:

- at pasientane får utgreiing og behandling innan fastsette fristar slik at det ikkje oppstår fristbrot
- å redusere ventetidene, særleg på område med lange ventetider, inkludert omfordeling av ressursar
- å følgje opp prioriteringsforskrifta og pasientrettane
- å vidareutvikle sjukehusstrukturen i tråd med den faglege og teknologiske utviklinga, rekrutteringa og den auka spesialiseringa i dei kirurgiske faga
- å utvikle lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen
- å få sterkare faglege integrasjon i alle helseføretaka og meir faglege samhandling mellom helseføretaka med mellom anna felles faglege retningslinjer
- å fordele kliniske funksjonar med lågt volum, mellom anna innanfor kreftkirurgien
- å styrkje forskinga mellom anna i dei mindre helseføretaka i samarbeid med universiteta og høgskulane
- å vidareutvikle arbeidet med å sikre høg kvalitet på tenestene
- å aktivt følgje opp den medisintekniske utviklinga og styre korleis ny teknologi og nye metodar blir innførte og brukte, etter kvart som det ligg føre dokumentasjon.

4.6.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde

Sentrale faglege utviklingsområde

Handtering av tilvisningar, prioritering av pasientar, unngå fristbrot og redusere ventetid, kvalitet, innføring av nye metodar, teknologi, pasientlogistikk, prosessbetring og samhandling med primærhelsetenesta vil vere sentrale område i utvikling av tenestene. Samhandlingsreforma og tiltak for å understøtte denne vil vere særleg sentralt.

Unngå fristbrot og redusere ventetid

Helse Vest har i 2010 hatt stort fokus på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Det blir m.a. vist til eit eige venteliste-prosjekt. Dette arbeidet vil halde fram også i 2011 og vidare framover.

Hovudfokus vil vere på etablering av gode rutinar for handtering av tilvisningar, vurdering av rettar, oppfølging av pasientane og sikre at fristbrot ikkje oppstår. Det skal etablerast gode rutinar og system for å sikre at fristbrot ikkje oppstår.

Ventetida skal reduserast. I første omgang på fagområde med lange ventetider og mange langtidsventande. Ingen skal vente meir enn eit år samstundes skal den gjennomsnittlege ventetida reduserast i tråd med nasjonale styringssignal.

Prioritering

Rett prioritering i tråd med prioriteringsforskrifta er grunnlag for god pasientbehandling og god utnytting av ressursane. Det er utvikla nasjonale rettleiarar på dei fleste fagområda. Gode læringsprogram er utvikla/under utvikling i bruk av rettleiarane.

Helse Vest vil følgje opp:

- *Nye rettleiarar for prioritering:* Dei nye rettleiarane skal nyttast og sikre ei meir einskapeleg praktisering av prioriteringsforskrifta.
- *Opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå:* For å skape eit einskapeleg system med ei felles forståing for kriteria for prioritering, må dei som skal prioritere, få opplæring. Det må skapast ei felles forståing for hovudprinsippa i prioriteringsforskrifta som grunnlag for prioritering og utarbeiding av kliniske retningslinjer. Opplæring og trening bør skje på tvers av spesialitetar, avdelingar og helseføretak, slik at ein får innsikt i utfordringane til den enkelte og fellesskapet og utviklar ein felles kultur.
- *Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering:* Helse Vest erkjenner den sentrale rolla forholdet til primærhelsetenesta spelar for prioritering i sjukehus generelt og for å kunne skape handlingsrom spesielt. Primærhelsetenesta har òg ei heilt sentral rolle som portvakt.
- *Overvaking av forbruksratar i regionen:* Helse Vest har som mål å få på plass praktiske løysingar for å kunne overvake fordelinga av ratane for tenesteforbruket i regionen.

Regional kvalitetssatsing

Styret i Helse Vest vedtok i desember 2008 hovudlinjer for vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013 (sak 124/08). Utgangspunktet for kvalitetssatsinga er at ei god helseteneste kan bli enda betre. For å oppnå det vil kvalitetssatsinga understøtte dei pasientnære tenestene, dvs. kjerneverksemda, slik at kvalitetsarbeidet kan vere ein integrert del av den daglege verksemda. Kvalitetssatsinga er eit langsiktig arbeid og er forankra i HELSE 2020 og i styresak 117/05. Satsinga byggjer på Nasjonal helseplan og definisjonen av kvalitet der. Helse Vest arbeider saman med helseføretaka om prosjekt innanfor temaområda:

- kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd
- pasientfokus for å møte pasientane og pasientane sine behov på ein god måte
- pasienttryggleik – redusere risiko for utilsikta hendingar
- måling av resultat som grunnlag for forbetring og for å vise fram at spesialisthelsetenesta leverer det samfunnet ønskjer

I tillegg føreset satsinga vidareutvikling av arbeidet med risikostyring og internkontroll, jf. eige arbeid om dette i Helse Vest, omtalt i punkt 2.1.1.

Vidare omfattar kvalitetssatsinga strategiske tiltak for å stimulere til kulturbygging og læring, med m.a. årleg kvalitetskonferanse, utdeling av kvalitetspris og tildeling av såkornmidlar til lokale kvalitetsforbetningsprosjekt.

Arbeidet med kvalitetssatsinga vil halde fram i 2011.

Innføring av nye metodar og teknologi

Helse Vest prioriterer fem ulike tiltak på området:

- Utvikling av konsistente prosedyrar for innføring av ny teknologi/metode.
- Ta i bruk system for tidleg varsling av nye medisinske metodar.
- Systematisere differensiering av utstyrs- og teknologiorganisering.
- Forsering av arbeidet med å sikre felles pasientrelaterte IKT-løysingar i regionen, mellom anna elektronisk journalsystem.
- Heilskapleg plan for organisering og bruk av telemedisin og IKT.

Kunnskapssenteret har i samarbeid med mellom anna Helse Vest utvikla ein database, MedNytt, som gir oversikt over nye metodar og vurderingar av metodane. Helse Vest har også innleia eit samarbeid med Kunnskapssenteret om utvikling av eit system for mini-HTA (health technology assessment), eit støtteverktøy knytt til avgjerd om innføring av nye medisinske metodar. Verktøyet er under utprøving i Helse Stavanger og Helse Bergen, og er ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest. Helsebiblioteket gir elles helsepersonell enkel tilgang til kunnskapsbasert helsefagleg informasjon. Det må leggjast til rette for aktiv bruk av desse verktøya i helseføretaka.

Pasientlogistikk og prosessbetring

Det er grunn til å vente at betre organisering med heilskaplege pasientforløp internt i dei einskilde sjukehusa kan gi betydelege gevinstar både kvalitativt og effektivitetsmessig. Det blei i 2009 starta opp eit regionalt program knytt til utvikling av gode pasientforløp. Programmet har fokus på utvikling av felles verktøy og erfaringsutveksling, og har brei deltaking i regionen, med m.a. lokalt forankra delprosjekt knytt til utvikling av forløp. Ein arbeider for at kunnskap, metode og erfaringar bli akkumulert og gjort tilgjengeleg for heile regionen. Regional koordinering skal understøtte dette. Dette arbeidet er integrert i den regionale kvalitetssatsinga.

Samhandling med primærhelsetenesta

Primærhelsetenesta spelar ei sentral rolle som premissleverandør for spesialisthelsetenesta. Helse Vest vil bidra til planmessig, forpliktande og veldefinert samhandling med primærhelsetenesta. I dette arbeidet vil og bruk av praksiskonsulentordninga inngå. Helse Vest vil framleis ha fokus på utvikling av gode modellar for samhandlinga og understøtte samhandlingsreforma. Arbeidet vil byggje vidare på erfaringar frå løysingar utvikla i enkelte helseføretak, og i stor grad trekkje vekslar på både dei enkelte helseføretaka og representantar frå kommunane i det vidare arbeidet.

Helse Vest vil vidare ta initiativ til å organisere regional kunnskapsdeling av erfaringar med vellykka, praktiske løysingar som pr i dag er under utvikling i enkelte helseføretak.

I forlenginga av dette har Helse Vest og retta særleg merksemd på lokalsjukehus og lokalsjukehusfunksjonen.

Oppfølging av samhandlingsreforma

St.meld. nr 47 (2008-2009) blei lagt fram i juni 2009 og blei behandla i Stortinget våren 2010.

Meldinga tar utgangspunkt i 3 utfordringar:

- Pasientane sine behov for koordinerte tenester blir ikkje møtt godt nok – tenestene er fragmenterte
- Tenestene er prega av for liten innsats for å avgrense og førebyggje sjukdom
- Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbildet gir utfordringar som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Sentrale stikkord for utfordringane er:

- heilskapelege pasientforløp, forløpstenking og tilrettelegging for at den einskilde kan meistre eige liv i størst mogleg grad
- den venta veksten i behov må i størst mogleg grad finne si løysing i kommunane kor førebygging og innsats i sjukdommens tidlege fasar blir viktig.
- kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar
- styrkje spesialisthelsetenesta sin føresetnad for å levere gode spesialiserte helsetenester gjennom betre oppgåvedeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta
- prioriteringsavgjerdene må i større grad rettast inn mot heilskapen i pasientforløpa

Dei utfordringane som samhandlingsreforma skisserer må tas på alvor. Med aukande tal eldre vil samfunnets økonomiske bereevne bli utfordra kraftig dersom det ikkje blir teke grep for å redusere behovet for tenester og møte behova på nye og betre måtar.

Førebygging, forløpstenking med vekt på heilskapelege tenester på tvers av nivåa og insitament til å løyse og møte problema på lågaste effektive nivå, er sentrale verkemiddel for å møte utfordringane.

Helse Vest vil vidareutvikle tenestetilbodet i tråd med tenkinga i reforma. Det er samstundes viktig at det kan finnast gode løysingar på m.a. problemstillingane knytt til kompetanse i kommunane, kommunestørrelse og interkommunale løysingar, rolle til faslegane, finansiering, risiko og stabile rammevilkår for spesialisthelsetenesta.

Regional kreftplan

Regional kreftplan blei vedteken av styret i mars 2005. Planen inneheld ei mengde tiltak for å møte utfordringane på kreftområdet. Det omfattar både førebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Tilbodet må utviklast i alle helseføretaka basert på felles retningslinjer for diagnostikk og behandling med ei klar funksjonsfordeling innanfor spesielle fagområde og område med lågt volum.

Det blei i 2008 vedteke ei nærare deling av oppgåver innan tre avgrensa område:

- kirurgi på små volum i det øvre mage- og tarmområdet
- Hodgins lymfom
- radikale inngrep med kurativt formål i prostata og urinblære

Helseføretaka skal innrette sin praksis i tråd med den funksjonsfordeling som følger av denne saka og det som tidlegare er lagt til grunn i den regionale kreftplanen.

Helse Vest er no i gang med ein ny gjennomgang av funksjonsdelinga innan den kirurgiske kreftbehandlinga kor det er lågt volum på tenestene, jf oppdragsdokumentet i 2009.

Det blir også gjort ein gjennomgang av to område innan kreftomsorga med større volum på tenestene. Det gjeld bryst- og prostatakreft. Det blir her vist til oppdragsdokumentet i 2010.

Regional plan for spesialisthelsetenester til eldre

Det er sett i verk eit arbeid for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre, særleg eldre med samansette lidingar og som har behov for tenester frå fleire faggrupper og nivå. Styret behandla eiga sak om spesialisthelsetenester til eldre 03.01.10, jf sak 15/09. Det er her m.a. lagt til grunn at det i alle helseføretaka må utviklast:

- tverrfaglege geriatrike einingar
- samanhengande behandlingsskjeder på tvers av nivå for utvalde store pasientgrupper i tett samarbeid med kommunane

Kompetansen innan geriatri må styrkjast og Helse Vest set i verk eigne tiltak innan utdanning og forskning. Fleire geriatarar vil bli utdanna. Det er etablert samarbeidd med universiteta om bistillingar og oppretta eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger.

Regional plan for hjerneslagsbehandling

Det er i alle helseføretaka arbeidd med tilrettelegging og organisering av tilbodet til pasientar med hjerneslag. Det er utarbeida ein regional plan for diagnostikk, behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag i regionen.

Planen byggjer på dei nasjonale faglege retningslinjene og blir lagt til grunn for utvikling av tilbodet i regionen.

Det blir i denne samanheng vist til eige prosjekt om teleradiologi kor teleradiologiske løysingar blir implementerte i føretak og utprøving av teleslagnettverk. Det siste er utprøvd mellom Haukeland universitetssjukehus og Voss sjukehus og blir vurdert utvida til fleire av helseføretaka.

Som eit ledd i oppdraget om å utvikle regionale planar i eit forløpsperspektiv, er det satt ned ei prosjektgruppe for å utvida den regionale planen. Forløpsperspektivet skal omfatte både kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandlinga.

Regional plan for psykisk helse

Helse Vest har utarbeidd ein regional opptrappingsplan for psykisk helse (vedtatt av styret i mars 2004). Planen viser korleis tenestetilbodet skal utviklast med bakgrunn i måla og føringane som er gitt:

- Å styrkje og utvikle barne- og ungdomspsykiatrien (høgaste prioritet)
- Å utvikle DPS-a til fagleg gode behandlingss- og rehabiliteringstilbod med vekt på tidleg hjelp i samarbeid med kommunane og meir spissa funksjonar ved sjukehusa
- Å leggje vekt på kompetanse- og kvalitetsutvikling, samhandling og brukarmedverknad

Det er grunn til å framheve barne- og ungdomspsykiatrien. Ein ser ei positiv utvikling ved at fleire får tilbod. Målet om 5 % dekningsgrad er likevel ikkje nådd og det må framleis gjerast ein særleg innsats på dette området. Ventetidsgarantien for barn og unge skal haldast.

Basert på at det gjennom arbeidet med inntekstfordeling/finansieringsfordeling mellom dei 4 RHF-a er lagt til grunn eit behov for helsetenester på Vestlandet som tilsvarar omlag 90 % av landsgjennomsnittet, bør ein vurdere om eit felles mål om 5 % dekning for heile landet innan barne- og ungdomspsykiatrien burde revurderast.

Det er framleis behov for å styrkje DPS-a, også for å redusere presset på akuttfunksjonane i sjukehusa i fleire av føretaka og sikre at ein unngår bruk av korridorsenger.

Den regionale planen er no under revidering og skal gi føringar for utvikling frå 2011 til 2014. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen vil liggje til grunn. Planen vil bli styrebehandla våren 2011.

Avtalespesialistane

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytt til avtalespesialistane:

- rapportering av pasientdata
- sikra prioritering i tråd med prioriteringsforskrift og
- tilgjenge til avtalespesialistane

Det er laga opplegg nasjonalt for rapportering, og dei nye prioriteringsretteleiarane skal også leggjast til grunn for prioritering i avtalepraksis.

Det blir arbeidd vidare med å integrere avtalespesialistane i "sørgje for"-ansvaret og for å gjere avtalepraksis til ein effektiv måte å løyse sentrale oppgåver i "sørgje for" ansvaret på.

Regional plan for rus

Ein regional plan for utvikling av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar blei vedteken av styret våren 2006.

Det overordna målet er:

- å sikre eit betre og meir heilskapeleg behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar.

Planen tilrår følgjande overordna strategiar:

- Utvikle basistjenester i alle helseføretaksområda.
- Utvikle lokale avtaler om arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private tiltaka som Helse Vest har avtale med.
- Styrkje ansvaret helseføretaka har for tenester til rusmiddelmissbrukarar.

Særlege utviklingsområde er:

- styrkje den helsefaglege kompetansen
- sikre rett og lik prioritering
- styrkje forskning på rusfeltet
- brukarmedverknad
- kvalitet og fagleg utvikling

Med utgangspunkt i den regionale planen er det utarbeidd lokale planar i føretaksområda i samarbeid med dei private institusjonane med unntak av Helse Førde. Tilbodet blir utvikla i tråd med dei overordna føringane. Det blir m.a. utvikla LAR-senter i kvart føretaksområde.

Tilbodet skal framleis styrkjast. Private leverandørar leverer i dag ein stor del av dei spesialiserte tenestene på rusfeltet i regionen. Gjennom ny anskaffing er det lagt vekt på å få eit betre og meir framtidsretta behandlingstilbod, jf. også samhandlingsreforma m.m.

Det vil i 2011 bli gjennomført ei mindre revidering av planen i tråd med føringar i oppdragsdokumentet i 2010.

Regional plan for habilitering og rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) som blei lagt fram i 2007 har som overordna mål at habilitering og rehabilitering får den posisjon og prestisje i helsetenesta som dei helsepolitiske måla tilseier.

Regional plan for habilitering og rehabilitering blei vedteken av styret i Helse Vest i desember 2006 (styresak 124/06). Følgjande strategiske satsingsområde ligg til grunn for ei langvarig satsing på å vidareutvikle fagfeltet:

- Samhandling og etablering av samhandlingsarenaer.
- Fagutvikling og forskning.
- Utvikling av samanhengande tiltakskjeder for pasienten/gode pasientforløp.
- Vidareutvikling av livsløpsperspektivet i tenestene.
- Auka fokus på læring og meistring.
- Vidare arbeid for å integrere dei private rehabiliterings-/opptreningsinstitusjonane i spesialisthelsetenesta.

I tråd med den nasjonale strategien og den regionale planen er habiliterings- og rehabiliteringstenestene i regionen styrkt dei siste åra. I første rekkje er habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka styrkt, men det er også etablert fleire regionale funksjonar:

Det er etablert eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, og i 2010 blei senteret utvida med ei regional vurderingseining for inntak til private rehabiliteringsinstitusjonar.

Regional eininga for rehabilitering ved alvorleg hovudskade er etablert i Helse Bergen.

Kjøp av rehabiliteringstenester frå private skal supplere tenestene i helseføretaka, og i 2010 blei det inngått nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjonar, der fagkompetansen blei styrkt og tilbodet blei differensiert.

Oppfølginga av den nasjonale strategien og den regionale planen vil halde fram i 2011.

Nasjonale tenester

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har RHF-a, under leing av Helse Vest vurdert kva for nasjonale tenester, i form av landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar og nasjonale kompetansesentra, det er behov for i eit femårsperspektiv. Totalt er 180 tenester vurderte; 87 eksisterande, 5 ulike oppdrag frå HOD og RHF-a og 88 nye søknader frå HF-a.

Tilråding med ein samla plan om vidareføring og etablering av til saman 85 tenester blei sendt til HOD desember 2009.

Helsedirektoratet har på oppdrag av HOD vurdert planen frå RHF-a og gitt ei samla tilråding til HOD. På denne bakgrunn vil ein etablere eit nytt heilskapleg system for styring og regulering av dei nasjonale tenestene. I oppdragsdokumentet for 2011 har Helse Vest RHF fått i oppdrag å setje i verk nytt styringssystem for nasjonale tenester i tråd med og frå det tidspunktet departementet bestemmer.

4.6.3 Medisinske støttefunksjonar

Helse Vest vil halde fram med å gå gjennom dei medisinske støttefunksjonane for å sikre:

- at dei støttar den kliniske kjerneverksemda på ein effektiv måte
- at det er god kvalitet på tenestene
- at dei gir god ressursutnytting i eit regionalt og nasjonalt perspektiv

Patologitenestene blir bygde opp i Helse Fonna og Helse Førde, mellom anna med bakgrunn i regional plan for patologitenester.

Teleradiologiske løysingar blir utvikla og nytta i utveksling av bilete mellom helseføretaka og mellom einingar innan helseregionen

Vest vil i 2011 gjennomføre eit regionalt prosjekt for å få etablert felles rutinar innanfor radiologi på tvers av helseføretaka

Beredskapsplan og smittevernplan er under ny revidering og skal følgjast opp i helseføretaka. Det er også laga eit revidert Tuberkulosekontrollprogram.

4.6.4 Forsking

Helse Vest vil framleis prioritere forskning, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Samarbeidsorganet med universiteta har her ei viktig oppgåve, både som pådrivar, fordelar av middel og utviklar av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen.

Det blir lagt vekt på

- å styrkje forskinga gjennom samarbeidsorganet med universiteta
- å styrkje forskinga særleg innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk, jf eigen strategiplan for forskning innan psykisk helse og utvikling av tilsvarande plan innan rusmisbruk
- å dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles system

Satsinga på forskarnettverk innan psykisk helse har m.a. gitt som resultat at det kjem fleire søknadar om forskingsmidlar innan dette området, og ein større del av forskingsmidlane går til psykisk helse.

I regi av samarbeidsorganet med høgskulane/Universitetet i Stavanger er det lagt opp til eit samarbeid om praksisopplæringa, etter- og vidareutdanning. Det er gjennomført eit eige prosjekt for å styrkje helsefagleg forskning i regionen i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane og helseføretaka. Det er med bakgrunn i dette prosjektet laga eit eige program

for helsefagleg forskning i regionen leia frå Høgskolen i Bergen med middel frå samarbeidsorganet med universiteta.

Helse Vest har i 2007 oppretta to kompetansesenter på forskingssvake område, det vil seie innanfor habilitering og rehabilitering og innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helse Vest har ei tett oppfølging av desse sentra.

Det er vedtatt oppretta eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger i 2010. Senteret blir etablert i 2011.

Vedlegg

1. Rapporteringsskjema frå Helse- og omsorgsdepartementet