

Protokoll frå møtet med representantar frå dei lokale brukarutvala og det regionale brukarutvalet 29. mai 2008

Til stades:

Ingrid Mällberg – Helse Vest
Laila Bøe – Helse Vest
Jostein Melheim – Helse Vest
Helene Aareskjold – Helse Vest
Marit Sundal – Helse Vest
Gerd Bjørkedal – Helse Vest

Egil Kr. Solberg – Helse Fonna
Grete Müller – Helse Fonna
Jorunn M. Bakke – Helse Bergen
Anne-Berit Kolås – Helse Bergen
Solfrid Lillebø – Helse Førde
Harald Lindvik – Helse Førde
Harda Emilie Løvoll – Helse Stavanger
Kjersti Vinje Drevdal – Helse Stavanger
Rune Kobbeltveit - Haraldsplass

Sekretær: Torleiv Bergland

Forfall: Målfrid Ølberg, Drude Berentsen og Olga Johannesen (alle tre Helse Vest)

1. Orientering om prosjektet ”Utgreiing av modell for framtidig organisering av enkeltoppgjer for pasienttransport”

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) legg til grunn at overføring av enkeltoppgjer for pasienttransport frå NAV til dei regionale helseføretaka vil kunne setjast i verk frå 01.01.2010.

Per i dag vert 4000 krav vert behandla kvar dag.

Det skal etablerast ei felles organisering av enkeltoppgjer for heile landet. Ein tar sikte på å harmonisere saksbehandlinga og rutinar. Det skal etablerast ei felles eining for dei fire RHFa som skal ivareta fellesoppgåver, samordningsoppgåver og transaksjonstunge sakshandsamingsoppgåver. Det skal også verte etablert fleire einingar innan kvar helseregion.

Helseføretaka vil frå 2010 betale alle type reiserekningar, eksempelvis:

- pasientreise til fastlege
- pasientreise til fysioterapeut
- pasientreise til poliklinikk eller privatpraktiserande spesialist

Prosjektet er organisert med ei styringsgruppe og prosjektgruppe å nasjonalt plan. I denne styringsgruppa sitter ein brukarrepresentant frå Helse Midt og ein brukarrepresentant frå Helse-SørAust.

I tillegg er det seks delprosjekt, eit i kvar helseregion, eit eige prosjekt for å skaffe til veie IKT-løysingar og eit prosjekt for etablering av eit nasjonalt selskap.

I delprosjektet i Helse Vest deltek Ingrid Mällberg.

Konsesjonssøknad til Datatilsynet er vurdert til å vere ein stor risiko for prosjektet.

2. Orientering om Inntektsfordelingsutvalet for spesialisthelsetenesta (fordeling av inntekter mellomregionale helseføretak)

Utvalet sitt mandat: *Lag et forslag til modell for fordeling av de aktivitetssuavhengige inntekter mellom de fire regionale helseforetakene.* Modellen ble utarbeidd etter oppdaterte data og nye metodar

Målet til utvalet: Sette dei fire RHFa i stand til å gi eit likeverdig tilbod til befolkninga. Modellen skal vere tydelig og forutsigbar og ha legitimitet i sektoren.

Utvalet si tilnærming

Modellen for fordeling av inntekter vert basert på:

1. Behov for behandlingstenester
 - a. Somatiske tenester (utgjer 73 % av ressursane (83 mrd.) som vert gitt til RHFa)
 - b. Psykisk helsevern (utgjer 18 %)
 - c. Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (utgjer 3 %)
2. Kostnadsnivå for behandlingsaktivitet (eks. forskjell i kostnad å behandle pas. for same type sjukdom i Oslo versus i Finnmark?)
3. Behov for og kostnader ved prehospital tenester (utgjer 6 %)
4. Ei særleg vurdering av tilskotet til kapital (investeringar og avskrivningar)

A1. Somatiske tenester

Behovsnøkkel basert på kriteria (kriteria vart plukka ut etter omfattande analysar):

- Alder (58 %)
- Helseindikatorar (29 %) (mortalitet, prosent med uføretrygd osv.)
- Sosiale indikatorar (10 %) (prosent med berre grunnskule osv.)
- Klima og breiddegrad (3%) Veldig sterk korrelasjon mellom behov og breiddegrad, men er det ein kausal samanheng?

A2. Psykisk Helsevern

Behovsnøkkel basert på:

- Alder (58 %)
- Helse- og sosiale indikatorar (45 %) (prosent ugifte, uføretrygda, barnevernstiltak, ikkje vestlege innvandrarak osv.)

A3. Rusbehandling

Behovsnøkkel basert på:

- alder (55 %)
- Helse- og sosiale indikatorar (45 %)
- Eige storby tillegg til Oslo på 180 mill. kr. (dårleg talgrunnlag)

B. Prehospitale tenester

- Kostnadsnøkkel basert på reisetid, til næraste akuttsjukehus (normativ modell)
- Kostnadsnøkkel tek i vare både forskjellar i behov og forskjellar i kostnader ved å skaffe tenestene

C. Kostnadsnivå for behandlingsaktivitet (Kostnadsindeks)

- Reisetid (55 %) Fangar opp akuttberedskap /turnover osv.
- Historisk kostnadsnivå (45 %) Fangar opp forhold som forskning, utdanning osv. (Helse Nord profittarar på dette)

D. Kapital

- Det er store skilnader i mengd av kapital (bygningar, tomter og bygg som er under oppføring) Helse Vest ligg 12 % under landsgjennomsnittet, Helse Nord 20 % over landsgjennomsnittet.
- Utvalet foreslår å utjamne skilnadene – over ein periode på 20 år
- Helse Vest tener på kapitalindeksen

E.Samla modell, Omfordeling mellom RHFa

- Helse Sør-Aust, - 781 mill. kr
- Helse Vest, + 246 mill. kr (i tillegg per år)
- Helse Midt, + 324 mill. kr
- Helse Nord, + 211 mill. kr

Utvalet har ikkje sagt noko om tempo av implementeringa av modellen.

Den første vurderinga av modellen kjem i samband med Statsbudsjettet for 2009.

F.Andre forslag

- Gjestepasientordning basert på forpliktande avtalar og 100 % finansiering (inkl. kapital)
- Omlegging av finansiering av forskning frå 40/60 til 30/70 ramme/stykkpris

3. Informasjon om Apoteka Vest**1. Litt samfunnsøkonomi:**

- Feilmedisinering i ca. 20 % av all behandling med legemiddel.
- Kostnader knytt til feilaktig/ineffektiv bruk av legemiddel opp mot 5 mrd. kvart år.
- 22,5 % av skademeldingar via meldesentralen i 2003 var relatert tillegemiddel.
- 10-20 % av sjukehusinnleggingar av eldre er legemiddelrelatert.

2. Kva er Apoteka Vest?

- Eit av fem helseføretak eig av Helse Vest RHF.
- Det er eit sjukehusapotek i kvart av dei andre helseføretaka.

3. Nasjonale føringar og mål for sjukehusapoteka:

- Sikre sjukehusa legemiddelforsyning av høg kvalitet til best mogleg pris
- Sikre farmasøytisk kompetanse og produksjons- og forsyningsberedskap
- Sikre utdanning og tilgang til farmasøytisk kompetanse i tråd med behova til sjukehusa.
- Sikre heilskaplege behandlingsskjeder for pasientane.

4. Hovudoppgåver til Apoteka Vest

- Produksjon av legemiddel
- Tene pasientar innlagt på sjukehusa (sjukehusekspedisjon)
- Tene pasientar/pårørande/andre som ikkje er innlagde på sjukehusa
- Rådgiving i høve tilde tre punkta ovanfor (sjukehus, kommunar osv.)

5. Legemiddelutgifter:

- Størst auke i utgifter til legemiddel finn ein innanfor NAV-systemet (mellom anna blåresept-ordninga). NAV hadde ein auka på over 4 mrd. kroner frå 1996 til 2005. Utgifter til legemiddel i sjukehus har hatt ein svak stigning i same periode (ein auke på 650 mill.kr).
- Innkjøpssamarbeidet knytt til legemiddel gav ein estimert innsparing på 127 mill. koner for Helse Vest i 2007.

6. Pasientforløp og apotekfunksjonar

- a. Teneste ved innskriving: Innhenting av legemiddeldokumentasjon frå primærhelsetenesta eller andre sjukehus, planlegging av legemiddelbehov ved planlagd kirurgi, identifisere behov for legemiddel under/etter behandling og organisere forsyning og produksjon
- b. Teneste og varer ved behandling (systemnivå): Komitéarbeid, utarbeide rutinar for legemiddelhandtering, undervisning av helsepersonell, innkjøp av legemiddel osv.
- c. Teneste og varer ved utskriving: Gjennomgang av utskrivingsmedikasjon, opplæring av i brukarutstyr, legemiddelsamtale, kommunikasjon med sjukeheim e.l. om legemidlane til pasienten.

4. Gjennomgang av Lærings- og meistringssentra i regionen

Kvar er der LMS i Helse region Vest?

- Helse Førde
- Helse Bergen, Voss sjukehus og Haukeland
- Helse Fonna, Valen sjukehus, Odda sjukehus og Haugesund sjukehus
- Helse Stavanger, Universitetssjukehuset i Stavanger og ved Jæren DPS

Alle føretak er pliktig til å ha LMS. 60 LMS i Noreg i dag.

Status i dei ulike LMSa:

Stavanger

LMSet i Stavanger har ikkje eige budsjett. Det ligg under rehabiliteringsklinikken (Det er for tida omorganisering i Helse Stavanger.) Halvparten av dei tilsette ved LMSet har slutta, inkludert leiaren. Det er ikkje tilsett ny leiar. Ein har kravd takstar knytt til rehabilitering ved LMSet. Dett har ikkje vore lovleg. I Stavanger har ein eit godt tilbod som ein ikkje har råd til å nytte. LMSet har ikkje rammefinansiering.

Haukeland

LMSet på Haukeland rapporterer direkte til HDS og viseadministrerende direktør i Helse Bergen (Faugstad). LMSet har rammefinansiering. All inntening går tilbake til avdelingane. LMSet er "universelt" utforma.

Fonna

Er organisert på same måten som på Haukeland.

Førde

Fungerer greitt.

Opplæring av pasientar og pårørende er ein av fire hovudoppgåver til helseføretaka, jamfør lov om spesialisthelsetenesta § 3-8.

Erfaring til pasientar med opplæring i somatiske sjukehus:

- Det største forbettringspotensialet er informasjon; om prøver undersøkingar, verknad/biverknad av medikament, om kva pasienten sjølv kunne gjere heime etter utskriving og informasjon om kva plager pasient kunne rekne med å få i tida etter sjukehusopphaldet.

”Opplæring er en forutsetning for mestring av livet som kronisk syk og for å hindre forverring av sykdommen og utviklinga av alvorlige komplikasjoner” Ot. prp. nr. 10 1998-99 Lov om spesialisthelsetjenesten).

Systematisk opplæring gir:

- tryggleik, meistring og kontroll
- auka livskvalitet
- redusert behov for kontakt med helsevesenet

Hovudoppgåvene til LMSa:

- Møteplass
- Læringstilbod
- Helsepedagogikk
- Informasjon

Korleis:

- Gruppebasert opplæring som ein del av pasientforløpet (Utgreiing, behandling, informasjon og gruppebasert opplæring)

Evalueringar frå LMS-kurs viser at å utveksle erfaringar med andre pasientar i same situasjon ofte er viktigare for deltakarane enn faktaformidling frå fagfolk.

Brukarmedverknad ved LMS:

- Tilboda vert utvikla, gjennomført og evaluert i samarbeid med repr. frå brukarorganisasjonane.
- Erfaringane til brukarane skal vere utgangspunktet.
- Fagkunnskap og brukarerfaring vert likestilt.
- Høve til å møte andre i same situasjon.
- Møte erfarne brukarar – gode rollemodellar ’
- Deltakarane påverkar utviklinga av tilboda gjennom evaluering av kursa.

5. Informasjon frå dei respektive brukarutvala:

Brukarutvala orienterer om:

1. Viktigaste saksområde for brukarutvala

- 2. Resultat på dei områda brukarutvala har engasjert seg i?**
- 3. Er utvala tilfreds med arbeidstilhøva?**
- 4. Korleis er responsen frå oppdragsgjevar?**
- 5. Innanfor kva for område ser utvala forbedringspotensiale med tanke på brukarmedverknad?**
- 6. Korleis oppnå auka brukarmedverknad?**

Helse Stavanger:

1. Ryggklinikk
2. Deltar i prosjekt. Leiar deltar i møte med leiargruppa i føretaket. Prosjekt vedrørande Kronisk utmattingssyndrom (ME) og LMS er satt ned. Det skjer noko dersom brukarutvalet går sterkt inn for det.
3. Generelt bra arbeidstilhøve.
4. Utvalet opplever bra respons frå føretaket, drar i same retning.
5. Utvalet ønskjer endå sterkare innpass i kvalitetsråda på klinikkane.

Helse Førde:

Per i dag er brukarutvalet i føretaket dårleg fungerande. Saker til styret vert sendt til utvalet etter at dei har vore oppe i styret. Tidligere møtte administrerande direktør i utvalet, nå møter fagdirektøren.

Utvalet opplever likevel at det har fått gjennomslag for rusinstitusjon i Sogn og Fjordane og pasienthotell.

Utvalet er godt med i råd og utval, men ønskjer i endå sterkare grad å vere med.

Brukarutvalet i Helse Førde ønskjer klare retningslinjer frå Helse Vest for korleis brukarutvala skal organiserast.

Helse Fonna:

Utvalet opplever avgrensingar i høve til økonomien. Utvalet har kontakt med styret. Administrerande direktør har møtt ein gong i utvalet. Sekretær for styret er til stades i brukarutvalet.

Utvalet ønskjer representasjon i kvalitetsutvala på sjukehusa. Kontakten med LMSa er liten. Utvalet har god kontakt med sjukehuset på Valen.

Utvalet ønskjer meir fokus på rehabilitering og habilitering. Utvalet ønskjer innspel frå administrasjonen når det gjeld faglege standardar. Innan psykiatrien opplever utvalet at det skjer ting over hovudet på dei.

Brukarutvalet deltek i samarbeidsutvalet med kommunane (heilskaplege pasientforløp).

Utvalet har peika ut desse felte som satsingsområde i 2008:

- Samarbeid med kommunane
- Kvalitet innan psykiatrien
- Representasjon ved LMS og i kvalitetsutval
- Rehabilitering (dagrehabilitering for eldre)

Helse Bergen:

Etter dei fire første åra med Brukarutval i Helse Bergen er situasjonen snudd fullstendig på hovudet. Utvalet opplever å bli verdsett og blir spurt om å delta i fleire og fleire prosjekt og utval.

Årsplan for 2007/2008: Utvalet utarbeidet innspel til strategiplanen til Helse Bergen. Utvalet går ikkje inn for at det vert oppretta eige brukarutval for psykiatrien. Hovudoppgåvene er rehabilitering og habilitering (inkludert LMS) og tilgjenge til tenester og bygg.

Haukeland har eit bra LMS. Fleire små brukarorganisasjonar er misnøgde med at dei må gå om avdelingane, men dei har ingen eigne avdelingar. Dei får såleis ikkje eit tilbod ved LMSet. Referansegruppa ved LMSet har ikkje fungert. Den vert difor lagt ned. Psykiatrisk klinikk ønskjer eige brukarutval.

I samarbeidsråd med kommunane er brukarane representert.

Vilkåra for brukarutvalet er bra. Dei har ein god sekretær, viseadministrerende direktør er nesten med på alle møta. Utvalet har møte ein gong per månad. Administrasjonen er veldig flinke til å ta utvalet med i prosjekt og utval. Brukarutvalet har mellom anna kome med i kvalitetsutvalet for heile Helse Bergen, kvalitetsutvalet for psykiatrien og etisk komité.

Utvalet saknar kontakt med styret. Utvalet deltar på styremøte når dei har høve. Styreleiar har enda ikkje møtt brukarutvalet. Utvalet saknar også tettare samarbeid med særorganisasjonar og det regionale brukarutvalet.

Helse Vest:

Leiar av det regionale brukarutvalet registrerte ein tydeleg framgang for dei lokale brukarutvalet i høve til sist gjennomgong for to år sia.

Leiaren merka seg også at dei lokale brukarutvalet ikkje har eigne budsjett.

Det vart òg understreka at det er opp til brukarorganisasjonane til å nytte brukarutvala.

Leiaren takka for eit godt, innhaldsrikt og lærerikt møte.

Eventuelt

Ingen saker under eventuelt.

Torleiv Bergland
Sekretær for regionalt brukarutval

