

Til styremøtet i Helse Vest RHF
03.03.2010

ÅRLEG MELDING FOR 2009

HELSE VEST RHF

TIL HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET

1. INNLEIING	3
1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2009	4
2. STYRET SIN RAPPORT FOR 2009	5
2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009	5
2.1.1 "Sørgje for"-ansvaret – overordna vurdering av måloppnåing	5
2.1.2 Aktivitet	8
2.1.3 Kvalitet	10
2.1.4 Prioritering	15
2.1.5 Område med særskilt fokus	20
2.1.6 Utdanning av helsepersonell	53
2.1.7 Forsking og innovasjon	55
2.1.8 Opplæring av pasientar og pårørande	58
2.1.9 Opplysningsplikta til helsepersonell ved mogleg mistanke om at barn er utsett for straffbare handlingar og informasjon til foreldre om helsetenesta sitt tilbod om undersøking av dødsstaden	60
2.1.10 Arbeidsintensive investerings- og vedlikehaldstiltak i 2009 - regjeringa si tiltakspakke	61
2.2. Rapportering på krav i føretaksprotokoll	62
2.2.1 Resultatkrav 2009	62
2.2.2 Endring av resultatkrav 2009	62
2.2.3 Intern kontroll og risikostyring	63
2.2.4 Etablering av kompetansenettverk for betre økonomisk styring og kontroll	64
2.2.5 Etablering av kompetansenettverk for betre likviditetsstyring	64
2.2.6 Investerings- og kapitalforvaltning	65
2.2.7 Ny inntektsmodell	66
2.2.8 Utvikling av HR-området	67
2.2.9 Oppfølging av juridisk rammeverk	68
2.2.10 IKT	68
2.2.11 Samordning av stabs- og støttefunksjonar	70
2.2.12 Oppfølging av miljøpolitikken	71
2.2.13 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigedommar	71
2.2.14 Organisering av parkeringstilbodet ved sjukehus	73
2.2.15 Nasjonalt program for kvalitetssikring i stråleterapi	73
2.2.16 Poliklinisk radiologi: kartlegging og informasjon	73
2.2.17 Mobil digital røntgenteneste	74
2.2.18 Rapportering av nøkkeltal	75
2.2.19 Kostnader per pasient	75
2.2.20 Etablering av svarteneneste for arts- og funksjonskontoplan	75
3. STYRET SITTE PLANDOKUMENT	77
3.1 Utviklingstrendar og rammeføresetnader	77
3.1.1 Utviklinga innanfor opptaksområdet	77
3.1.2 Økonomiske rammeføresetnader	82
3.1.3 Personell og kompetanse	83
3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar	85
3.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar	88
3.2.1 Overordna mål og strategiar – HELSE 2020	88
3.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde	89
3.2.3 Medisinske støttefunksjonar	95
3.2.4 Forsking	95
3.2.5 Servicefunksjonar	96

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, verksemdsidé 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.

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 sjukehusenester

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 behandlingsskjeda og utviklar betre prosessar.

Vi samlar det sjeldne og komplekse på færre stader.

Vi samordnar støttetenester 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 2009

Under punkt 2.1 "Sørgje-for-ansvaret" – overordna vurdering av måloppnåing" blir det gitt ei oppsummering av område frå oppdragsdokumentet som Helse Vest har lukkast med og av område der det er behov for ytterlegare innsats. Både når det gjeld aktivitet på tenestene, ventetider, kvalitet, samhandling, forskning og innkjøp kan Helse Vest vise til gode resultat i 2009. I 2009 har fleire fått raskare hjelp gjennom pasienthjelpen og det har medverka til at kapasiteten i sjukehusa våre er blitt betre utnytta. Vidare har det vore eit kraftig løft innan rusfeltet og ein ventar seg betre kontroll med ventelistene her. Trass i at ventetidene er på veg ned, vil det i 2010 framleis bli halde eit kontinuerleg trykk på dette.

Døme på område Helse Vest ikkje kan seie seg nøgd med er: korridorpasientar, ventetider i barne- og ungdomspsykiatrien og dekningsgraden innan psykisk helsevern for barn og unge. Dette er område som vil bli følgde særskilt opp i 2010. I tillegg vil ein halde fokus på å sikre at det blir gjort gode prioriteringar i spesialisthelsetenesta i Helse Vest.

Føretaksgruppa har hatt sterkt fokus på økonomistyring i 2009 for å halde seg til dei økonomiske og organisatoriske krava som er stilte i oppdragsdokumentet og føretaksprotokollen. Helse Vest går i 2009 for første gong i økonomisk balanse. I 2010 blir Helse Vest finansiert på lik linje med dei andre regionane (Magnussen-utvalet). Dette vil bidra til at Helse Vest har eit godt grunnlag for åra framover.

For å møte dei store utfordringane i spesialisthelsetenesta fram mot 2020, har føretaksgruppa i Helse Vest for første gong utarbeidd eit langtidsbudsjet som handlar både om drift, likviditet/finansiering og investering i perioden 2010 - 2014. Dette er gjort for å sikre at føretaka får god kontroll over økonomistyringa, slik at dei blir i stand til å gjere investeringar som er nødvendige for å sikre god og trygg pasientbehandling også i framtida. Vidare skal ein opprettehalde fokus på risikostyring og styrkje denne aktiviteten i 2010 for å ha betre styring på utpeikte målområde.

2. STYRET SIN RAPPORT FOR 2009

Styret skal rapportere på oppfølging av dei krava som blei stilte i oppdragsdokumentet for 2009 og i føretaksmøtet i Helse Vest RHF 27.01.2009. Dei krava som er relevante for helseføretaka, blei tekne inn i styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til helseføretaka for 2009.

Kapittel 2.1 svarer på krava presenterte i oppdragsdokumentet, og kapittel 2.2 svarer på krava presenterte i føretaksmøtet. Strukturen i kapittel 2.1 følgjer strukturen i oppdragsdokumentet, og kapittel 2.2 følgjer strukturen i vedlegg 1 frå protokollen frå føretaksmøtet.

Kulepunktka gjengir styringskrava i oppdragsdokument og protokoll.

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009

2.1.1 ”Sørgje for”-ansvaret – overordna vurdering av måloppnåing

Helse Vest RHF har ”sørgje for”-ansvaret for spesialisthelsetenester i regionen, dvs. eit samla ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lov, forskrifter og andre vedtak. Oppfølging av krava i oppdragsdokumentet er ein viktig del av ivaretakinga av dette ansvaret. I dette avsnittet blir rapporteringa på krava i oppdragsdokumentet for 2009 oppsummert.

Helse Vest RHF skal rapportere både på tiltak til oppfølging og på styringsvariablar. Styringsvariablane er nøkkeltal som skal brukast for å følgje arbeidet med aktivitet, kvalitet og prioritering. Nokre av nøkkeltala blir rapporterte månadleg og følgde opp i leiarfora på ulike nivå, ein del blir rapporterte tertialvis og andre berre årleg.

Helse Vest har arbeidd vidare med prosjektet heilskapeleg styringsinformasjon. I 2009 er det etablert eit datavarehus med tilhøyrande rapporteringsportal der ein finn samanliknbare tal på ventetider, tal over brot på vurderingstider, brot på behandlingsfrist, og tal for den nye ”ungdomsgarantien”. Datakjelda for dette datavarehuset er den same NPR-meldinga som NPR (Norsk pasientregister) nyttar. Dette datavarehuset gjer det mogleg for Helse Vest å rapportere på ein einskapleg måte, basert på det same datagrunnlaget og ved å nytte dei same nasjonale definisjonane. I 2010 vil datavarehuset utvidast med aktivitetstal og kvalitetsindikatorar.

Når det gjeld tiltak til oppfølging, har alle helseføretaka i regionen fått eit oppfølgingsansvar for ei rekkje av tiltaka gjennom styringsdokumentet frå Helse Vest RHF for 2009. For nokre av tiltaka er ansvaret lagt til eit eller to av helseføretaka. Korleis tiltaka er følgd opp i helseføretaka er omtalt under dei ulike punkta. Vi registrer at detaljeringsgraden på rapporteringa varierer mellom tiltaka og mellom helseføretaka. Det avspeglar framleis eit forbettringspotensial når det gjeld standardisering av rapporteringa. Ei betre standardiseringa av rapporteringa frå helseføretaka vil bli arbeida meir med i 2010.

For mange av tiltaka til oppfølging er det formålsteleg med felles løysingar for heile regionen, og/eller samarbeid på tvers av regionsgrenser. For desse tiltaka har Helse Vest RHF teke initiativ til felles arbeid i regionen eller samarbeid med andre regionale helseføretak.

Mange av tiltaka har karakter av langsiktig arbeid, der målet ikkje blir nådd i løpet av eitt år.

Døme på område som etter vår vurdering kan vise til mykje godt arbeide og som er på rett veg er:

- Aktivitet på tenestene: Aktiviteten på tenestene er oppretthalden på om lag same høge nivå også i 2009. Det er framleis auka vekt på dagbehandling og meir ambulerande arbeidsformer, og i tråd med føringar er det framleis ein auke i den polikliniske aktiviteten, særleg innanfor psykisk helsevern.
- Prioritering: Det er lagt stor vekt på å få til eit meir likeverdig tenestetilbod med meir lik prioritering av pasientar. Prioriteringsrettileiarar har fortløpande blitt implementerte i regionen. Implementeringa har hatt fokus i alle helseføretaka. Den prosentvise delen som får rett til nødvendig helsehjelp innanfor somatikk har gått noko opp, og det er mindre forskjell mellom føretaka. Det er større skilnad i ventetid mellom gruppene med ulik prioritet. Denne tendensen er tydelegare for dei som står på venteliste (ventande) enn for dei som har starta behandling.
- Kvalitet: Helse Vest sitt omfattande program for å betre kvaliteten på tenestene, er vidareutvikla i 2009. Det er her fokus på kvaliteten i kjerneverksemda, dvs. den pasientnære verksemda. Det er sett av eigne middel for å stimulere fagleg utvikling og gode løysingar, og det blir arbeidd med:
 - kunnskap som grunnlag for verksemda, med t.d. faglege retningslinjer og systematiske kunnskapsoppsummeringar, jf. MedNytt og mini-HTA
 - å setje pasienten i fokus med t.d. verktøy for gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkingar og utvikling av gode pasientforløp
 - tryggleik for pasientane med t.d. innføring av felles system for handtering av avvik og gjennomføring av prosjekt for å betre legemiddelhandteringa
 - måling av resultat med t.d. systematisk bruk av kvalitetsregister.
- Samhandling: Det er i alle helseføretaka lagt stor vekt på å få gode rutinar for samhandling på tvers av nivåa og utvikling av gode modellar for samhandling, og gjennom dette også understøtte sentrale føringar i samhandlingsreforma, jf. arbeid med å etablere intermediærplassar og distriktsmedisinsk senter. Det er arbeidd med vidareutvikling av avtalestruktur og utviding av praksiskonsulentordninga.
- Forsking: Forskingsproduksjonen i Helse Vest har auka kraftig dei siste åra. I 2009 har det vore ein kraftig auke i prosjekt knytt til strategiske område. Det har særskilt vore ein auke i prosjekt innan områda rus og habilitering / rehabilitering. Begge områda er i tillegg styrka gjennom etablering av regionale kompetansesenter med særskilt ansvar for forskning. Fokuset på forskarutdanning har gitt resultat. Alle dei regionale helseføretaka brukar eRapport (utvikla i Helse Vest) for forskingsrapportering for 2009.

Døme på område der det er behov for ytterlegare innsats:

- Fristbrot: Samla sett for Helse Vest viser tala at omfanget av fristbrot framleis ikkje er tilfredsstillande, sjølv om det har vore ei positiv utvikling. Gjennom den heilskaplege styringsinformasjon som er etablert, er det mogleg for Helse Vest å følgje utviklinga. Arbeidet med å redusere fristbrot vil vere prioritert i 2010.
- Dekningsgraden innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP): Målet om 5 prosent dekningsgrad ligg fast og skal realiserast, sjølv om det har vore ei svak utvikling dei siste åra. Styret i Helse Vest har behandla saka både i 2008 og 2009. Dette vil framleis vere eit fokusområde i 2010. Helseføretaka må aktivt arbeide for å betre tilbodet og redusere ventetida ved m.a. intern omfordeling av ressursar, auka produktivitet og betre arbeidsformer. Det må spesielt vere fokus på å sikre naudsynt behandlarkapasitet og kompetanse. Helse Vest

RHF har løyvd ekstra middel til dette i 2010. Den gjennomsnittlege ventetida for dei med rett til nødvendig helsehjelp er blitt redusert i 2009, men ventetidsgarantien er framleis ikkje innfridd. Det blir sett krav til helseføretaka om innfriing av ventetidsgarantien.

- Korridorpasientar: Det er gjort ein stor innsats for å redusere bruk av korridor plassar, særleg innanfor akuttpsykiatrien i Helse Bergen og somatikk i Helse Stavanger. Dette er likevel framleis ei utfordring, spesielt innanfor somatikk i Helse Stavanger. Situasjonen er blitt tett følgt opp i 2009. Det har vore ei positiv utvikling med ein reduksjon gjennom året, og det er venta at helseføretaket skal få situasjonen under kontroll i 2010.
- Epikrisetid: Det har vore ei positiv utvikling for to av helseføretaka i Helse Vest, der målet om at minst 80 % skal sendast ut innan 7 dagar er oppfylt ved utgangen av 2009. Det er stort fokus på nye tiltak slik at alle helseføretaka skal nå dette målet i 2010.

Kollektiv læring av feil og systemsvikt

Eit av dei overordna måla i kvalitetssatsinga til Helse Vest 2009-2013 er at det skal vere ein kultur for læring og forbetring, der organisasjonen kollektivt lærer av feil og systemsvikt.

Eit hovudtema i kvalitetssatsinga er pasienttryggleik. Innanfor dette hovudtemaet er avvikssystemet Synergi innført i alle helseføretaka. Dette er eit felles elektronisk system for registrering av uønska hendingar, som vil vere ei viktig kjelde til kvalitetsforbetring. I 2009 blei det sett i gang eit prosjekt der målet er vidareutvikling og betre utnytting av Synergi mellom anna ved å forenkle tilgangen til rapportar frå Synergi. Det er under utarbeiding ein felles mal for rapportering til styringsformål frå systemet, som er planlagt ferdig første halvår 2010.

Vidare vil prosjektet utvikle verktøy til støtte for såkalla ”komplikasjonsmøte”, dvs. analyser av alvorlege hendingar.

For å understøtte oppbygging av ein kultur for openheit og læring knytt til uønska hendingar, blir det arbeidd for at det skal vere rutine å drøfte uønska hendingar. Dette inkluderer årsaksanalysar og risiko- og sårbarheitsanalysar, t.d. kjerneårsaksanalysar.

For vidare stimulering til ein kultur for læring og forbetring har kvalitetssatsinga følgjande strategiske verkemiddel:

- Det har i 2007 og 2008 vore arrangert regionale kvalitetskonferanse med tema ”utviklinga av gode pasientforløp” (2007), pasienttryggleik (2008). Begge konferansane hadde 100-120 deltakarar med ulik fagbakgrunn frå heile regionen. Ny konferanse blir arrangert i februar 2010.
- Det har vore delt ut kvalitetspris i tilknytning til forskingskonferansen i 2007 og 2008. Frå og med 2010 blir prisen delt ut i samband med kvalitetskonferansen. Målet med prisen er å synleggjere og vere eit insitament til arbeidet med kvalitet.
- Det har dei siste tre åra vore delt ut kvalitetsutviklingsmidlar (såkornmidlar) for å stimulere lokalt kvalitetsutviklingsarbeid i helseføretaka og i private, ideelle institusjonar i regionen. I 2007 blei det delt ut 2 mill. kr til 17 ulike prosjekt, i 2008 3 mill. kr til 28 prosjekt og i 2009 3,6 mill. til 29 prosjekt.

Som ein del av kvalitetssatsinga blei det i 2009 sett i gang ei rekkje regionale prosjekt innanfor temaområda kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik og måling av resultat. Innanfor desse prosjekta er det integrert tiltak for å bidra til kulturbygging og læring:

- Etablering av ein ”informasjonsbank” der erfaringar og resultat blir gjort tilgjengelege for alle for å sikre gjenbruk og informasjonsoverføring. Det skal etablerast ei nettside e.l. med lett tilgjengeleg oversikt over aktuelle metodar/verktøy/ hjelpemiddel/instrument mm. i samband med arbeid med utvikling av gode pasientforløp
- Etablering av ei rådgivings- og rettleiingsteneste for å understøtte det lokale kvalitetsarbeidet, særleg i samband med utarbeiding av pasientforløp.
- Felles, regionale, tverrfaglege opplegg for opplæring i forbetningskunnskap, er ein integrert del i mange av prosjekta som er i gang.

For å oppnå kvalitetsutvikling er det avgjerande at helseføretaka klarer å påverke til endring, og spreie og vedlikehalde endring. Kvalitetssatsinga har derfor fokus på at merksemd frå leiinga på alle nivå i føretaksgruppa og medverknad frå medarbeidarane er to viktige føresetnader for at forbetnings- og endringsarbeidet skal bli sett i gang, gjennomført og vidareutvikla. Leiinga må evne å skape strukturar, ha strategisk leiarskap, forhandle mellom ulike interesser, motivere og gi rom for læring. Leiinga må gi merksemd til kvalitetsarbeidet ved m.a. å synleggjere endringsbehov, fokusere på moglegheiter, mål og resultat. Medverknad frå medarbeidarane inneber m.a. at forbetnings- og endringsarbeidet må vere lokalt forankra.

2.1.2 Aktivitet

Styringsvariablar:

- Talet på produserte DRG-poeng

Tal henta frå Helsedirektoratet sin aktivitetsskule med ISF-data syner at pasientar som høyrer heime i Helse Vest hadde generert 139 051 DRG-poeng per 2. tertial 2009. Det tilsvarande talet for 2. tertial 2008 var 136923 DRG-poeng. Dette gir ein auke i talet produserte DRG-poeng på om lag 1,6 prosent.

Veksten pr. 2. tertial ligg hovudsakleg i Helse Bergen med 2,1% og Helse Fonna med 3,6%. Dei andre helseføretaka har berre mindre endringar.

Førebels rapportering på DRG-poeng viser at samla produksjon (inkl. private ideelle og private kommersielle) ligg under budsjettet for 2009:

Analyser				
	Akkumulert per Desember			
DRG-aktivitet 2009	Resultat	Budsjett	Avvik i poeng	Avvik i %
Antall DRG poeng egne pasienter	204 795	209 062	-4 267	-2 %
Antall DRG-poeng kjøpt fra andre regioner	15 423	15 613	-190	-1 %
Sum DRG-poeng "sørge for"	220 218	224 675	-4 457	-2 %
Refusjonspoeng somatisk poliklinisk virksomhet	551 280	551 280	0	0 %
ISF-inntekt somatisk poliklinisk aktivitet (res)	299 243	288 229	11 015	4 %
Anslag DRG-poeng kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	7 417	6 975	442	6 %
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	96 626	99 399	-2 773	-3 %
Polikliniske inntekter	373 649	370 839	2 810	1 %

- Inntekter for somatisk poliklinisk aktivitet/ talet på refusjonspoeng

Når det gjeld offentlege somatiske poliklinikkar gjenstår det framleis eit arbeid med å talfeste aktivitet i tråd med ny "grupper" frå Helsedirektoratet. Inntekta og DRG-poeng knytt til denne aktiviteten er derfor førebels unøyaktig. Dette er eit forhold som må avklarast i samband med rapportering av endeleg rekneskap for 2009.

- Polikliniske inntekter refunderte av NAV

Førebels rapportering på polikliniske inntekter og laboratorie- og radiologiinntekter viser eit positivt avvik i forhold til budsjett. Det er førebels usikkerheit knytt til tala. Avviket på polikliniske inntekter må sjåast opp mot eit lågare inntektsnivå på ISF-inntekter.

- Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og rusbehandling skal i 2009 vere sterkare enn innanfor somatikk.

Tiltak for oppfølging

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

I tabellen nedanfor er det vist ei oppstilling over førebelse kostnader for 2009 fordelt på dei ulike tenesteområda tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbrukarar, psykisk helsevern, somatiske tenester og rehabilitering. Tala for 2009 er baserte på førebels overslag og det vil derfor komme endringar i den endelege årsrekneskapen. Det er og usikkerheit knytt til deling av kostnadene på dei ulike tenesteområda. Dette er eit forhold som Helse Vest må komme tilbake til når rekneskapen er ferdig.

Kostnader fordelt på tjenesteområder	Regnskap for 2008	Års-budsjett 2009	Regnskap per 3. tertial 2009	Prosentvis vekst
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	523 508	546 672	587 228	12,2 %
Psykisk helsevern	3 074 538	3 315 086	3 283 698	6,8 %
Somatiske tenester	13 202 453	13 735 409	13 924 553	5,5 %
Rehabilitering	335 922	388 582	393 839	17,2 %
Annet	402 606	420 723	420 723	4,5 %
Sum	17 539 028	18 406 473	18 610 041	6,0 %

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 tilleggssverksemd, dvs. tydleg 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 eigen adresse 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.

Totalramme Raskere tilbake	2007	2008	2009
Prosjektmidler	81 666 000	85 692 000	78 000 000
Overført ubrukte midler fra forrige år		53 955 263	57 356 940
Samlet bruk av bevilgningen	27 710 737	82 290 323	98 134 647
Rest (kan overføres)	53 955 263	57 356 940	37 222 293
Bruk av bevilgningen	2007	2008	2009
Samlet aktivitetsavhengig bruk av bevilgningen	25 529 320	70 775 731	82 661 183
Samlet inntektsføring av transportkostnader	1 581 417	4 579 844	6 812 654
Samlet inntektsføring av toppfinansiering	600 000	4 450 749	6 067 515
Samlet inntektsføring av administrasjonskostnader	0	2 484 000	2 593 296
Reservefelt til bruk ved eventuelle endringer			0
Samlet bruk av bevilgningen	27 710 737	82 290 323	98 134 647
Samlet inntektsføring av egenandeler	1 362 752	4 256 360	4 994 459
samlede inntekter av ordningen	29 073 489	86 546 683	103 129 106
	<i>Kontrollsum (skal være 0)</i>		
Herav bruk av private aktører	2007	2008	2009
Private rehabiliteringsinstitusjoner	5 616 350	14 045 309	14 469 067
Andre private	0	15 861 097	20 270 944
Sum bruk av private aktører	5 616 350	29 906 406	34 740 011
Antall henvisninger	2007	2008	2009
Fra eksternt instans	1 392	5 288	3 180
Fra egne ventelister	747	573	417
Sum	2 139	5 861	3 597
Bruk av bevilgningen pr hovedkategori	2007	2008	2009
Ortopedi	6 324 477	32 404 023	40 294 944
Kirurgi eks ortopedi		16 046 282	19 227 317
Indremedisinske fag		2 475 636	901 148
Rehab i sykehus	1 140 968	10 428 891	15 300 561
Rehab i Opptreningsinstitusjon	5 616 350	14 238 579	14 666 182
Psykisk helsevern		2 993 516	3 696 136
LMS		182 412	93 200
Sammensatt lidelse	12 640 992	95 442	15 631
Rus		941 543	1 346 232
Annet	1 987 950	2 484 000	2 593 296
Samlet bruk av bevilgningen	27 710 737	82 290 323	98 134 647

2.1.3 Kvalitet

Helse Vest har i 2009 videreført det langsiktige arbeidet med kvalitet i kjerneverksemda, som er ei sentral satsing i HELSE 2020. Planane for styrking av kvalitetssatsinga for perioden 2009-2013 er vidareførte. Satsinga byggjer m.a. på Nasjonal helseplan og måla i den nasjonale kvalitetsstrategien. Hovudlinjer i satsinga går fram av styresak 124/08.

Kvalitetssatsinga i Helse Vest er lokalt forankra og sentralt koordinert. Helse Vest har i 2009 arbeidd vidare saman med helseføretaka og private ideelle institusjonar om ulike prosjekt innanfor temaområda kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik og måling av resultat. I tillegg blir det arbeidd med internkontroll og risikostyring som legg nødvendige rammer rundt arbeidet og har fokus på styring, risiko og kontroll og etterleving av lov- og myndigheitskrav.

Behandlingskvalitet

Tiltak for oppfølging:

- For å sikre kvaliteten i den kirurgiske kreftbehandlinga skal Helse Vest RHF gå gjennom kva for einingar som utfører kirurgisk kreftbehandling, særleg med omsyn til kreft i matroyr, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tjukktarm, lunger og bryst. I gjennomgangen skal ein leggje vekt på faktorar som har innverknad på behandlingkvaliteten, til dømes pasientvolum, organisering og kompetanse, mellom anna grad av spesialisering, tverrfaglege team, dessutan kompetanse til å handtere uventa situasjonar og komplikasjonar. Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krev støttefunksjonar, bør desse organisatoriske endringane vurderast: 1) desentralisering av mindre behandlingkrevjande kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor.

Regional kreftplan blei vedteken av Helse Vest sitt styre 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. Planen legg til grunn ei klar funksjonsfordeling innanfor spesielle fagområde og område med lågt volum. I 2008 blei det vedteke ei nærare deling av oppgåver innan tre avgrensa område: kirurgi i små volum i mage- og tarmområdet, Hodgins lymfom og radikale inngrep med kurativt formål i prostata og urinblære.

Helse Vest har i 2009 starta ein ny gjennomgang av funksjonsfordelinga innan kreftkirurgi. Det er bedt om bistand frå Kunnskapssenteret som ledd i kartlegging av situasjonen og at oppdatert kunnskap om samanhengen mellom volum og kvalitet blir nytta.

Det vil vidare bli gjort ein vurdering av krav som må vere oppfylte av sjukehus som skal utføre bestemte inngrep. Dette gjeld både kompetanse og anna fagleg infrastruktur.

Desse krav vil bli lagt til grunn for ei vurdering av sjukehusa og dei aktuelle einingane.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å implementere nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar i helseføretaka.

Som ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest er det sett i gang eit regionalt prosjekt for å utvikle standardiserte kunnskapsbaserte retningslinjer innanfor sjukepleiefaget og gjere desse tilgjengelege for bruk i alle sjukehusa i regionen. Det blir gjennomført felles opplæring i utvikling og implementering av retningslinjer.

Helse Vest legg til grunn at eksisterande, kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer skal følgjast, og helseføretaka har gjennom styringsdokumentet frå Helse Vest fått i oppdrag å nytte eksisterande og nye nasjonale retningslinjer. Helseføretaka rapporterer at opplæring blir sett i verk og at implementeringa følgjer linja. Publisering på intranett blir også nytta som eit ledd i implementeringa.

- Helse Vest RHF skal, i samsvar med nye nasjonale retningslinjer (våren 2009), setje i verk prosessar for å styrkje førebygging, behandling og rehabilitering av slag i ei samordna behandlingsskjede.

Det er sett ned ei prosjektgruppe som har som mandat å gjennomgå og fremje forslag til forbetring av tilbodet til slagpasientar i Helse Vest. Nye nasjonale retningslinjer skal leggjast til grunn. Prosjektgruppa sitt forslag til ein regional plan for hjerneslagbehandling blir ferdig i løpet av våren 2010. Helse Vest RHF har også gitt uttale i høyring til Nasjonale retningslinjer innan fristen.

Som ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest tildeler Helse Vest prosjektmidlar ("søkornmidlar") til lokale prosjekt i helseføretaka og i private ideelle institusjonar. Det er i perioden 2007-2009 tildelt middel til fleire lokale prosjekt som arbeider med å utvikle behandlingsslinje/pasientforløp for pasientar med hjerneslag både internt på sjukehusa og i samarbeid med kommunane.

Det er også etablert eit eige prosjekt om teleradiologi kor teleradiologiske løysingar no 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.

- Helse Vest RHF skal sikre adekvate spesialisthelsetenestetilbod til alle pasientar som er ramma av CFS/ME. Det blir lagt til grunn at Helse Vest RHF gjer bruk av det nasjonale behandlingstilbodet for dei aller sjukaste gjennom kjøp av behandlingssopphald.

Alle helseføretaka utgreier pasientgruppene, men behandlingstilbodet er foreløpig lite utvikla. Lærings- og meistringssentra i Helse Stavanger og Helse Bergen tilbyr kurs til pasientar med CFS (kronisk utmattelsessyndrom)/ME (myalgisk encefalopati).

Helse Vest har avtale med spesialist i psykiatri ved Frihamnsenteret i Skånevik og har i tillegg i 2009 inngått avtale med spesialist i klinisk psykologi same stad, som eit ledd i utviklinga av eit tilbod innanfor psykologisk medisin med evidensbasert behandling for lidningar innanfor det psykosomatiske spekteret (med CFS/ME som eit av dei sentrale), kombinert med klinikk nær forskning.

Helse Stavanger har i mange år hatt eit poliklinisk utgreiingstilbod, og har også skissert eit utgreiingsopplegg for allmennlegar og legar på sjukehuset. Det er også i fleire år forska for å avdekkje mekanismar for kronisk fatigue (trøttleik) hos pasientar med kronisk immunologisk sjukdom. Dette har resultert i ein doktorgrad og ytterlegare 2 stipendiatar som arbeider med denne problemstillinga. Det er også starta eit samarbeid med Stavanger kommune om dei tverrfaglege lærings- og meistringskursa. For å betre behandlingstilbodet til desse pasientane, er det i desember 2009 etablert ei tverrfagleg arbeidsgruppe med representantar frå psykiatri og somatikk som skal komme med forslag til korleis nytt tverrfagleg tilbod kan bli etablert. Barneklubben arbeider for behandling og oppfølging av barn med ME i samarbeid med kommunen, men barnehabiliteringa i føretaket har på noverande tidspunkt ikkje tilbod til pasientar med ME.

Helse Fonna gjer utgreiing av pasientar med mistanke om ME ved nevrologisk eining. Utgreiinga blir utført etter protokoll frå Haukeland universitetssjukehus. Oppfølging skjer m.a. i samarbeid med avtalespesialist i klinisk psykologi, smerteteamet eller psykiatrisk avdeling. Helse Fonna har ingen formelle samarbeidsfora, men samarbeidet blir lagt opp etter pasienten sine behov.

Helse Bergen melder at pasientane får fullgod utgreiing, men har ikkje eit eige behandlingstilbod.

I Helse Førde blir tilbodet ivareteke av poliklinikkane og døgnpostane. Nevrologisk avdeling og avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) i Førde gir hjelp til utgreiing. Ved behov blir pasientane viste til Haukeland universitetssjukehus. Det er svært få barn og unge innanfor denne pasientgruppa i føretaket. Dei får lokal oppfølging, men blir overførte til annan stad med særskilt ekspertise når det er naudsynt. Vidare er samarbeid med barneavdelinga naudsynt. Det er eit ønskje at slike pasientar i større grad òg får eit tilbod frå BUP, m.a. for å kunne utelukke alternative diagnosar, vurdere ev. komorbiditet, og vurdere eventuell oppstart av kognitiv åtferdsterapi. Både medisinsk avdeling og nevrologisk avdeling greier ut dei vaksne pasientane. Ingen av avdelingane har eigne behandlingstilbod for ME pasientar.

- Helse Vest RHF skal hjelpe til og samarbeide med Helsedirektoratet når det gjeld direktoratets oppgåver på kvalitetsregisterområdet.

Helse Vest har i 2009, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, arbeidd vidare med utvikling av felles løysingar, teknisk og organisatorisk, for dei medisinske kvalitetsregistra for å oppnå betre effektivitet, betre datakvalitet og betre utnytting av data til kvalitetsforbetring og forskning.

I Helse Vest er det i gang eit regionalt prosjekt for implementering av felles teknisk infrastruktur for medisinske kvalitetsregister, basert på fellesløysingar utvikla i Helse Midt-Norge. Dei fire nasjonale medisinske kvalitetsregistra som er lagde til Helse Vest (Norsk intensivregister, Norsk diabetesregister for vaksne, Nasjonalt KOLS-register (kronisk obstruktiv lungesjukdom) og Nasjonalt register for leppe-/kjeve-/ganespalte) har i 2009 vore prioriterte i dette arbeidet. Frå 2010 vil ein i arbeidet prioritere dei registra som nyleg har fått status som nasjonale (jf. brev frå Helse- og omsorgsdepartementet datert 08.12.09). Det gjeld Nasjonalt register for leddprotesar, Nasjonalt hoftebrotregister, Nasjonalt korsbandregister og Norsk MS-register.

Helse Vest har gitt Helse Bergen i oppdrag å vidareutvikle rolla til Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forskning. Vidareutviklinga skjer i samarbeid med Helse Vest IKT, og blir sett i samanheng med det nasjonale samarbeidet, særleg med SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) i Helse Nord.

Helse Vest har teke del i styringsgruppa i forprosjektet for Nasjonalt helseregisterprosjekt, og gjennom styringsgruppa bidrege i utviklinga av ein felles nasjonal strategi- og handlingsplan for helseregister, med fokus på nasjonale medisinske kvalitetsregister og sentrale helseregister.

- Helse Vest RHF skal sikre at fagpersonell stiller opp i nasjonalt kvalitetsarbeid, medrekna utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregister, nasjonale faglege retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorar.

Det er oppnemnd fagpersonar frå helseføretak i Helse Vest til det nasjonale kvalitetsarbeidet, og ei rekkje medarbeidarar har vore involverte i arbeid med faglege retningslinjer, arbeid med kvalitetsregistra, utviklinga av fleire nasjonale kreftprogram og utviklinga av dei nasjonale prioriteringsrettleiarane.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet medverke til at innhaldet i Helsebiblioteket blir utvikla vidare, mellom anna gjere sitt til at retningslinjer og prosedyrar utvikla i helseføretak blir gjorde tilgjengelege gjennom Helsebiblioteket. Det er ein føresetnad at Helse Vest RHF er med på å finansiere Helsebiblioteket, slik at finansieringa i 2009 kjem på same nivå som i 2008. Helse- og omsorgsdepartementet legg til grunn at Helse Vest RHF

og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta innan utgangen av 1. tertial har avtalt medfinansieringa for 2009.

Helse Vest har saman med dei andre regionale helseføretaka hatt god samhandling med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helse Vest ønskjer å understøtte arbeidet med å utvikle Helsebiblioteket og stimulere til bruk av Helsebiblioteket. Helse Vest har dekt sin del av kostnadane i 2009.

Helseføretaka har fått i oppdrag å bruke Helsebiblioteket, og bidra til vidareutvikling av databasen m.a. ved å gjere retningslinjer og prosedyrar som er utvikla i helseføretaket, tilgjengelege gjennom Helsebiblioteket. Helseføretaka melder m.a. om at Helsebiblioteket blir nytta og er ei stadig viktigare kjelde til kunnskapsbasert praksis. Det er oppretta linkar til Helsebiblioteket på helseføretaka sine nettsider.

- Helse Vest RHF skal sjå til at kliniske etikkomitear er etablerte i kvart helseføretak, og at komiteane skal kunne behandle etiske problemstillingar innanfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Departementet ber om ei rapportering av dette kravet i tilknytning til 1. tertial.

Helseføretaka melder om at dei har kliniske etikk-komitear. Dei kliniske etikk-komiteane dekkjer alle fagområde som høyrer inn under helseføretaka. Det betyr at komiteane vurderer saker som blir melde inn frå rusfeltet, så lenge dette høyrer inn under føretaka sine ansvarsområde. Komiteane arrangerer m.a. fagdagar, seminar og er rådgivarar for klinikarane ved etiske problemstillingar i pasientbehandlinga.

Pasienttryggleik

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal sjå til at Nasjonal eining for pasienttryggleik får informasjon om uønskte hendingar i regionen som grunnlag for at eininga kan avdekkje risikoområde og årsakene til dei. Dei lovpålagde meldeordningane skal følgjast opp på ordinær måte.
- Helse Vest RHF skal i arbeidet med å fremme pasienttryggleik samarbeide med og bruke læringsinformasjon utarbeidd av Nasjonal eining for pasienttryggleik.

Dei lovpålagte meldeordningane blir følgde opp.

Det er etablert eit felles elektronisk system for avviksregistrering i regionen (Synergi), og det er i gang eit regionalt prosjekt, som ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest, for betre utnytting av informasjonen i avviksregistreringssystemet til styringsformål og til kvalitetsforbetring. Prosjektet arbeider med utvikling av standardiserte rapportar og verktøy for analyse av alvorlege hendingar og med opplæring i årsaksanalysar. Helseføretaka har teke Synergi i bruk, og det blir arbeidd med å få fram tenlege rapportar.

Norsk eining for pasienttryggleik samarbeidde med Helse Bergen om å studere dei ulike meldeordningane der pasientskadar blir registrert; sjukehusinterne avviksregistreringar (Synergi), meldingar til Helsetilsynet i fylket og meldingar sende til Norsk Pasientskadeerstatning. I arbeidet så langt har ein sett særleg på legemiddelbehandling av barn. Synergimeldingar blei og studerte for å skaffe oversikt over talet på pasientar som fall mens dei var innlagde på sjukehus, med tanke på å identifisere mogelege forbettringsområde.

I styringsdokumentet for 2009 sette Helse Vest krav til at alle einingar som driv pasientbehandling skal ha etablert faste, tverrfaglege møte for evaluering av uønskte hendingar

(skadar, komplikasjonar, legemiddelskadar, unaturlege dødsfall, andre utilsikta hendingar). Helseføretaka melder om det blir gjort eit systematisk arbeid med læring og forbetring basert på kunnskap om uønska hendingar. Tverrfaglege møte er i gang, sjølv om det framleis gjenstår arbeid her.

Prevalens av sjukehusinfeksjonar skal rapporterast i årleg melding.

Helseføretak	HF Stavanger	HF Fonna	HF Bergen	HF Førde	Totalt Helse Vest
Prevalens	5,6 %	3,9 %	6,8 %	2,7 %	4,75 %

2.1.4 Prioritering

Styringsvariabel:

- Del av pasientane som får rett til nødvendig helsehjelp

Totalt 56,3% av dei ventande i heile Helse Vest var tildelt prioritet ved utgangen av 3.tertial 2009.

Talet på pasientar med rett, er framleis høgast innan psykisk helsevern for vaksne og psykisk helsevern for barn og unge. Frå 3.tertial 2008 til 3. tertial 2009 har delen med rett gått noko ned innan psykisk helsevern for vaksne (frå 84 % til 74 %), medan delen med rett er stabil innan psykisk helsevern for barn og unge (84 %). Innan somatikk er det ei endring frå 52 % i 3.tertial 2008 til 54 % i 3.tertial 2009. Det er tendensar til at variasjonen i tildelinga til rett til nødvendig helsehjelp er noko mindre mellom helseføretaka og den einskilde institusjon, innan alle fagområda, ved utgangen av 2.tertial 2009.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å ta i bruk rettleiarane utarbeidde i prosjektet «Riktigere prioritering», i helseføretaka i regionen.

Som ein del av implementeringa av prioriteringsrettleiarane gjennomførte Helse Vest RHF, i januar 2009, ”kick-off” møte i alle helseføretaka.

Implementeringa har hatt fokus i alle helseføretaka. I løpet av 2009 har det blitt gjennomført systematisk opplæring i alle helseføretaka, og rettleiarane er lett tilgjengelege m.a. på helseføretaka sine intranett. Det har vore ei god leiarforankring i alle føretaka i samband med implementeringa av rettleiarane. Dei er i størst grad implementerte og tekne fullt ut i bruk i dei psykiatriske einingane, mens det gjenstår noko arbeid i somatiske einingar. Helseføretaka har nytta dei regionalt utarbeida retningslinjene fram til dei er avløyste av nasjonale rettleiarar for prioritering.

- Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal i 2009 vere sterkare enn innanfor somatikk.

Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern har i 2009 vore på 6,8 %, og for TSB på 12,2 %. Vekst for somatiske tenester har vore på 5,5 %. Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling har slik vore sterkare enn innanfor somatikk i 2009.

- Aktiviteten innanfor rehabilitering/habilitering skal styrkjast med minst 1,5 pst., jf St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Det har vore ein prosentvis vekst på 17,2 % innanfor rehabilitering/habilitering i 2009. Dette har vore ei øymerka satsing i budsjett for 2009.

Tilgang

Styringsvariablar:

- Del av ventetid som er oppdatert på nettsida «fritt sjukehusval» dei siste fire vekene

Ved utgangen av 3. tertial 2009 var om lag 61 prosent av ventetidene på sykehusvalg.no oppdaterte i løpet av dei fire føregåande vekene. Som tabellen under viser har det vore ein variasjon gjennom året, men med ein auke i 3.tertial.

Regionalt helseforetak 2009	1 tert 2008	2 tert 2008	3 tert 2008	1 tert 2009	2 tert 2009	3 tert 2009
Helse Vest	71 %	69 %	54 %	69 %	48 %	61 %

Helse Vest har ein pasienthjelpar som er i kontinuerleg dialog med dei einingane på sjukehusa som er ansvarlege for å oppdatere den pasientinformasjonen som ligg ute på sykehusvalg.no.

- Del av pasientar som er vurderte innan 30 dagar

I Helse Vest blei 98 % av alle ventande vurdert innan 30 dagar per 3. tertial 2009.

- Ventetid til vurdering innan BUP skal vere mindre enn ti dagar

Det har vore ei positiv utvikling når det gjeld ventetid til vurdering i Helse Vest. Tala viser at ventetidene har gått ned frå 3. tertial 2008 til 3. tertial 2009. I følgje tal frå NPR (Norsk pasientregister) får no 92 % av pasientane vurdert tilvisinga innan fristen på 10 virkedagar.

Etter innføringa av den nye ventetidsgarantien har Helse Vest hatt tett oppfølging av helseføretaka rundt dette. Det har vore ei stor utfordring for helseføretaka å oppfylle krava i den nye ventetidsgarantien. Dette har bakgrunn i den låge dekningsgraden og lange ventetider innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i regionen, som igjen heng saman med låg personelldekning (med unntak av Helse Førde der personelldekninga er god). Det er eit stort fokus på å innfri ventetidsgarantien. Styret i Helse Vest har i styresak 109/09B sett krav om at Helseføretaka innan 1. mai 2010 må ha innfridd ventetidsgarantien, eventuelt gjennom plan ha dokumentert at garantien vil bli innfridd. For å oppnå måltala er det viktig at føretaka har eit stort fokus på rekruttering av nok behandlarar og set av nok ressursar til dette. Helse Vest RHF markerer dette med ei ekstraløyving til psykisk helse for barn og unge for 2010 på 15 millionar kroner.

- Del av pasientar med rett til nødvendig helsehjelp som har fått behandling innan 65 dagar i psykisk helsevern og/eller TSB for personar under 23 år.

I Helse Vest fekk 69 % av pasientane behandling innan 65 virkedagar i 3. tertial 2009. Helse Vest sitt fokus på innfriing av ventetidsgarantien er omtala over.

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært behandla pasientar med rett til nødvendig helsehjelp innanfor somatikk skal ikkje auke.

Den samla ventetida for avvikla pasientar innan somatikken med prioritet har auka frå 3. tert 2008 til 3. tert 2009 jf. dei registrerte tala. Auka har i snitt vore frå 59 til 63 dagar. Helse Vest si vurdering er likevel at ventetida mest truleg har gått litt ned, men at problem i Helse Stavanger etter omlegging av pasientadministrativt system gjer at det ikkje ligg føre eksakte tal.

For dei tre andre helseføretaka i Helse Vest er kravet innfridd.

Helse Fonna har hatt ein reduksjon i ventetida frå 3. tertial 2008 (71 dagar) til 3. tertial 2009 (61 dagar). Dei har også den kortaste ventetida for pasientar med rett innan somatikk i Helse Vest.

I Helse Bergen har den gjennomsnittlege ventetida for pasientar med rett pr. desember 2009 gått ned med om lag 24 dagar i forhold til desember 2008.

I Helse Førde har ventetider for pasientar med prioritet gått ned med 11 dagar i løpet av 2009, medan ventetida har auka for dei ikkje-prioriterte pasientane. Det store volumet av ventande er til poliklinikk.

Utviklinga i Helse Stavanger er meir bekymringsfull. Tala viser at det har vore ein kraftig auke i ventetider for pasientar med rett det første halvåret av 2009. Det siste halvåret har ventetida halde seg rimeleg konstant og ved utgangen av året var ventetida på 75 dagar. Som omtala over kan den kraftige auken skuldast feil i datagrunnlaget.

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar med rett til nødvendig helsehjelp innanfor BUP skal reduserast.

Den gjennomsnittlege ventetida er redusert i Helse Vest i 2009. Ventetida var 90 dagar i 3.tert. 2008 og 75 dagar for 3.tert. 2009. Det er her variasjonar mellom helseføretaka. Det har vore ein reduksjon i 3 av føretaka. Helse Fonna har hatt ein auke.

I Helse Stavanger har det vore ein vesentleg reduksjon i ventetida frå 102 dagar i 3. tert. 2008 til 83 dagar i 3.tert. 2009.

Reduksjonen er også vesentleg i Helse Bergen der ventetid for barn og unge er redusert frå 93 til 61 dagar for dei prioriterte pasientane frå 2008 til 2009 (pr 3 tertial).

Helse Førde har også hatt ein liten reduksjon frå 70 dagar ved utgangen av 2008 til 68 dagar ved utgangen av 2009.

Utviklinga i Helse Fonna har ikkje gått rett veg med ein auke frå 3. tertial 2008 på 79 dagar til 89 dagar i 3. tertial. 2009 for pasientar med rett.

Helse Vest si oppfølging av ventetidsgarantien er nærmare omtala over under punktet om ventetider til vurdering innan BUP.

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar med rett til nødvendig helsehjelp innanfor VOP (vaksenpsykiatri) skal reduserast.

Utviklinga viser at det ikkje har vore noko endring i ventetidene totalt for Helse Vest frå 2008 til 2009.

I Helse Stavanger er det inga endring i ventetidene frå 2008 til 2009. Ventetida held seg på 52 dagar.

Helse Fonna har hatt ein svak auke frå 41 dagar i 2008 til 45 dagar i 2009.

I Helse Bergen har ventetid for dei prioriterte pasientane innan vaksenpsykiatri stabilisert seg på rundt 50 dagar (51 dagar i 2008 og 50 dagar i 2009), medan den har hatt ein svak nedgang i Helse Førde frå 43 dagar i 2008 til 40 dagar i 2009.

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar med rett til nødvendig helsehjelp innanfor TSB skal reduserast.

Ventetida for ordinært avvikla pasientar med prioritet innan TSB (tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) var 48 dagar i 3. tertial 2008 og 55 dagar i 3. tertial 2009.

- Del av fristbrot for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp

Helse Vest hadde totalt 15 % fristbrot i 3. tertial 2009 (alle fagområda). Delen fristbrot innan kvart enkelt fagområde var 15 % i somatisk sektor, 21 % innan psykisk helsevern for barn og unge og 17 % innan psykisk helsevern for vaksne i 3. tertial 2009. Delen fristbrot har halde seg stabil samanlikna med tal per 3. tertial 2008, med unntak av psykisk helsevern for barn og unge, der delen har gått ned frå 28 %.

Det har spesielt vore eit positiv utvikling innan barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i Helse Stavanger, der talet på fristbrot totalt er redusert frå 263 pasientar i 3. tertial 2008 til 138 pasientar i 3. tertial 2009.

Det er grunn til å vere bekymra over situasjonen til Helse Fonna, der delen fristbrot innan BUP har auka til 36 % ved utgangen av 3. tertial 2009.

- Det skal vere mindre enn fem pst. strykingar av planlagde operasjonar.

Strykingar av planlagde operasjonar er ein styringsvariabel som har halde seg relativt stabil dei seinaste åra i Helse Vest. Ved utgangen av året er snittet på 7,4 % strykingar i Helse Vest. Det er her variasjonar mellom helseføretaka.

Helse Stavanger har den høgaste delen strykingar med 10 % pr. 3. tertial 2009. Helseføretaket har sett i verk /planlegg fleire tiltak for å redusere dette. Tiltak er m.a. vaktberedskapsteam på kvardagar og laurdag for å ta unna ø-hjelp, auke bemanninga (m.a. for at innleggende spesialist og operatør er den same for å unngå ulike indikasjonsvurderingar) og smidigare preoperativ utreiing.

I Helse Fonna har strykeprosenten i snitt gjennom året vore 7,4 % med min. i oktober med 5,3 % og maks. i juli med 12,1 %.

Helse Bergen har hatt ein reduksjon siste året, og ligg no på 7 prosent. Helse Førde har hatt ein svak auke frå 4,7 % i 2008 til 5,3 % i 2009.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal etablere tolketenester for pasientar som har behov for det.

Helseføretaka melder om at det er lagt til rette for bruk av tolketenester. Helse Vest deltek i det samiske samarbeidsorganet der tilrettelegging av tolketenester for den samiske befolkninga er eit hovudtema. I tillegg til avtaler om tolketenester, blir det i nokon grad også nytta tilsette med framandspråkleg bakgrunn til tolking.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for dei tilsette for å auke språk- og kulturkompetansen knytt til samane og andre grupper med særskilte behov.

Det har vore sett i gang ulike tiltak i helseføretaka, som m.a. fagdagar om emnet, kurs for tilsette, kartlegging av språkkompetansen og gjennomføring av fokusgruppeintervju med leiare og tilsette blant anna for å få betre innsikt i organisasjonens kulturkompetanse. Tilsette med framandspråkleg bakgrunn har også gitt informasjonsbidrag.

- Ein viser til oppdragsdokument for 2008 om lysbehandling av psoriasispasientar. I tillegg til øyremerkte middel i 2008 skal Helse Vest RHF setje av 0,5 mill. kroner til arbeid med å etablere fleire tilbod om lysbehandling av psoriasispasientar i samarbeid med kommunehelsetenesta. I dette arbeidet skal innsparing gjennom lågare transportkostnader inngå som ein del av avgjerdsgrunnlaget.

På grunnlag av søknad frå Helse Førde, og i samarbeid med det regionale brukarutvalet, sette Helse Vest i 2008 av 0,5 mill. kr til oppbygging av eit lysbehandlingstilbod i Ytre Sogn. Arbeidet kom ikkje i gang i 2008, men i 2009 har Helse Førde starta opprettinga av tilbodet i samarbeid med Hyllestad og Gulen kommunar, kombinert med oppbygging av eit telemedisinsk studio. Under føresetnad om at Helse Førde og dei samarbeidande kommunane inngår avtale om arbeidsdelinga rundt tilbodet, har Helse Vest sett av ytterlegare 0,5 mill. kr i 2009.

Brukarmedverknad

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal sikre at brukarmedverknad på systemnivå reflekterer befolkningssamansetninga i opptaksområdet. Om nødvendig må det leggjast spesielt til rette for dette på bakgrunn av ulikskapar i språk og kultur.

Det er etablert brukarutval på både regionalt og lokalt nivå. Helseføretaka melder om gode system for å sikre ei brei samansetning. Det blir arbeidd med å vidareutvikle representasjonsordninga for å sikre breidde både geografisk og fagleg.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for at alle pasientar, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, får høve til å ta imot helsehjelp.

Det er eit grunnleggande krav til den spesialisthelsetenesta som blir ytt i Helse Vest at pasientar blir behandla likt og at helsehjelpa blir praktisert etter gjeldande lovverk. Men det å få høve til å ta imot helsehjelpa avheng også av den kulturelle kunnskapen til helsearbeidarane, av gode høve for tolk og anna tilrettelegging for pasientar med anna språk- og kulturbakgrunn. Det er over omtala status for tolketenester og tiltak for å betre kulturkunnskapen til tilsette. Eit anna døme som spesielt kan omtalast er Helse Fonna sitt arbeid med å lage film for tuberkulosepasientane, der ein forklarar korleis behandlinga går føre seg. Filmen blir laga på ulike språk. Helseføretaket vurderer også film for andre store pasientgrupper.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å sikre brukarmedverknad i forskning.

Helseføretaka melder om fleire tiltak som er sett i gang for å sikre dette. Helse Stavanger har mellom anna søkt om forskingsmidlar i samband med dette. Helse Fonna har innanfor Klinikken for psykisk helsevern tilsett forskar som i sitt doktorgradsarbeid har aktiv brukarmedverknad som tema. Forskingsseksjonen har samarbeidd med Yale Universitet for å setje fokus på brukarmedverknad i forskning. I Helse Bergen er brukarane med m.a. i forskinga knytt til angst og stemningslidingar i psykiatrien. I Helse Førde blir det arbeidd med å få med ein brukarrepresentant i styringsgruppa for det nyoppretta Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane. Det er i gang fleire prosjekt der brukarmedverknad er sentralt.

2.1.5 Område med særskilt fokus

Samhandling

Styringsvariablar:

- Minst 80 pst. av epikrisane skal sendast ut innan sju dagar.

Utviklinga på epikrisetid har vore og er framleis eit fokusområde i Helse Vest, mellom anna med månadleg rapportering til styremøta og leiarfora på ulike nivå. Fokuset på dette har ført til at to av helseføretaka på slutten av året har nådd målet.

Helse Fonna har hatt ei jamn betring gjennom siste halvåret og nådde målalet i november, og Helse Førde ligg i overkant av målalet på slutten av året med 82 % av epikrisane sende ut innan 7 dagar.

Helse Bergen er det under 60 % av epikrisane som blir sende ut innan 7 dagar innan somatisk sektor. Målalet er heller ikkje nådd i psykiatrien, men er ved utgangen av desember 2009 på 71%. Dette er ei prioritert sak. I Helse Stavanger er det framleis under 60 % av epikrisane som blir sende ut innan 7 dagar. Det er her fokus på nye tiltak som kan forbetre måloppnåinga.

- Det skal normalt ikkje vere korridorpasientar.

Den samla delen korridorpasientar i Helse Vest var 2,8 prosent i 2. tertial 2009, noko som er ei svak auke i forhold til 2. tertial 2008 (2,6 %).

Målet er i størst grad nådd innan psykiatrien, men det har unntaksvis vore korridorpasientar også her. Det har vore spesielt fokus på situasjonen i Helse Bergen, der det har blitt sett i verk fleire tiltak som strukturelle endringar knytt til pasientstraumar mellom sjukehus og DPS (distriktpsikiatrisk senter), oppgradering av dei to private DPS-a i Bergensområdet og etablering av fleire plassar i sjukehuset for å unngå bruk av korridor. Ei hovudutfordring er at det framleis er mange pasientar som er utskrivingsklare, og det blir samarbeidd med Bergen kommune for å løyse denne utfordringa. Helse Bergen har dagleg rapportert tal på korridorpasientar til Helse Vest RHF. Det er bare unntaksvis brukt korridor plassar i haust. Situasjonen vil framleis bli følgt nøye.

Dei største utfordringane er framleis innanfor somatikken. I Helse Stavanger blei det i januar 2009 halde eit ekstraordinært styremøte der utfordringane omkring overbelegg og korridorpasientar blei behandla. Dei ulike tiltaka som er sette i verk etter dette, har medført ein nedgang i talet på korridorpasientar til gjennomsnittleg 20 pasientar. Tiltaka har m.a. vore ei auking av talet på senger til 13 senger, kontinuerleg fokus på effektiv drift, kortare liggetid med bevart kvalitet i behandlinga og bruk av pasientflytkoordinator. Gjennom tiltak som alt er sette i verk og ytterlegare vedtekne forbetringstiltak (m.a. ein ytterlegare auke i talet på senger og betre

utnytting av pasienthotellet), er det venta at helseføretaket i 2010 skal få situasjonen under kontroll.

Helse Fonna har innan somatikk eit snitt på 7-8 korridorpasientar, medan Helse Bergen har ei utfordring med i snitt 24 korridorpasientar pr. dag innan somatisk sektor. Helse Førde har hatt ein stabil situasjon med svært få korridorpasientar, og har merksemd på at korridorpasientar ikkje er akseptabel og god pasientbehandling.

Situasjonen med korridorpasientar blir tett følgt av Helse Vest RHF med m.a. vekevis rapportar. Oppfølging av situasjonen med bruk av korridor er også særleg vurdert i Helse Vest sitt system for internkontroll og risikostyring.

- Delen av pasientar som har fått utarbeidd individuell plan, skal aukast.

I samband med den tertialvise rapporteringa til departementet blir det rapportert på tre indikatorar som omhandlar delen pasientar som er tildelt individuell plan. Dei tre områda er barnehabilitering, hyperkinetiske forstyrningar og schizofreni. Tala er noko usikre, men basert på manuell deling har det vore ein auke i delen av pasientar som har fått individuell plan, frå 29 % i 2. tertial 2008 til 34 % i 2. tertial 2009.

Helseføretaka melder om at dette er eit fokusområde og det blir samarbeidd med kommunane om ulike prosjekt og tiltak for å sikre at alle som har behov for det får ein plan.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal vurdere etablering av ulike modellar for desentralisert spesialisthelseteneste i samarbeid med aktuelle kommunar.

Helseføretaka har sett i gang fleire prosjekt der ulike modellar blir både planlagt og utprøvd.

Helse Stavanger

I Helse Stavanger er Prosjekt Dalane DMS (distriktsmedisinsk senter) eit samarbeidsprosjekt mellom Stavanger universitetssjukehus og kommunane Bjerkreim, Eigersund, Lund og Sokndal. Målet er å utvikle desentraliserte helsetenester og kompetanseoverføring i samhandling med kommunane. I prosjektet inngår rehabilitering innan spesialisthelsetenesta og observasjonssenger for direkte innlegging av pasientar frå kommunane i Dalane-regionen (kronikarar med lett til moderat forverring av tilstand). Vidare inngår følgjande i prosjektet: lærings- og meistringskurs, polikliniske/ dagbehandlingstilbod innan kirurgiske fag (generell kirurgi, urologi, karkirurgi og oralkirurgi) og indremedisinske fag (kardiologi, gastroenterologi, hudpoliklinikk med lysbehandling, blod- og kreftpoliklinikk). Det blir og planlagt eit telemedisinsk pilotprosjekt for KOLS-pasientar (ein KOLS-koffert). Dette vil bli eit supplement til denne pasientgruppa. Målet er tryggare forhold for pasientane, signifikant redusert liggetid og færre reinnleggingar. Prosjekt Dalane DMS er tildelt kr 4 mill. i prosjektmidlar frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ("Målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak") og kr 1 mill. frå Kommunal- og regionaldepartementet. Det er utarbeida ein eigen statusrapport på prosjektet, som held fram i 2010.

Helse Fonna

Helse Fonna har fått prosjektmidlar til eit samhandlingsprosjekt saman med Høgskolen Stord/ Haugesund og Haugesund kommune. Prosjektet skal utvikle tiltak og nye samhandlingsformer som sikrar skrøpelege eldre betre pasientforløp og samanhengande tenester. Prosjektet blir no utvida til å gjelde samarbeid med alle opptakskommunane. Det vil bli utvikla modellar som ein

prøver ut i einsskilte kommunar/samkommunar. Modellane vil ha sitt utgangspunkt i føringane i samhandlingsreforma og skal vere ferdig innan 05.10.10. Modellane skal ha overføringsverdi til dei andre kommunane i og utanfor opptaksområdet. Helse Fonna utarbeider programmet "Plan somatikk" der det m.a. er etablert eiga gruppe for å arbeide med samhandling med kommunane.

Helse Bergen

Helse Bergen har saman med kommunane Fjell, Askøy, Sund og Øygarden utarbeida konkrete planar om etablering av eit lokalmedisinsk senter på Straume i 2012 (rapporten "Betre saman" i oktober 2009). Eit pilotprosjekt med 6 intermediære etterbehandlingssenger blei starta 1. februar 2010. Samarbeidsavtale er klar. Føretaket har ein dialog med kommunane i Nordhordland om eit medisinsk senter i samarbeid med Haraldsplass Diakonale Sjukehus. Dei to modellane vil ha klare felles trekk, slik som intermediære senger og observasjonssenger. Tilbod som spesialistpoliklinikk, rehabilitering og psykiatrisk tilbod vil variere etter lokale tilpassingar. Det føreligg også planar om samarbeid om observasjonssenger i Kvam kommune i tillegg til spesialistpoliklinikken som allereie er etablert.

Helse Førde

Helse Førde sitt koordineringsråd har, i samband med den føreståande samhandlingsreforma, initiert eit prosjekt kalla "Samhandlingsreforma i Sogn og Fjordane". Dette prosjektet skal vere ei hjelp for kommunar/kommunesamarbeid og helseføretak i prosessen med samhandlingsreforma. Styringsgruppa er breitt samansett med representantar frå både helseføretaket, KS, kommunane, brukarar, Høgskulen i Sogn og Fjordane og politisk representant frå fylkeskommunen. Prosjektet skal i første omgang kartleggje:

- kva oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma.
 - kva ressursar, kompetanse og behov har ein i Sogn og Fjordane.
- Helse Vest RHF skal gi fagleg oppfølging, støtte og rettleiing til den kommunale omsorgstenesta slik at ho kan ta seg av sine nye og krevjande oppgåver. Dette gjeld særleg i høve til utgreiing, diagnostikk og behandling av akutte tilstandar og kroniske sjukdomar, i tillegg til fast oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og rettleiing av lokalt behandlingssopplegg.

Det er i gang mange ulike tiltak og prosjekt i helseføretaka for å oppfylle dette. Dei ulike modellane for desentralisert spesialisthelseteneste som er omtala over, inneber også faglege oppfølging, støtte og rettleiing.

Helse Stavanger

I Helse Stavanger er det sett i gang eit prosjekt med mål å heve kompetansen i sjukeheimane i kommunane. Prosjektet er finansiert av HOD med kr. 600.000,- (målretta samhandlings- og førebyggingsmidlar). Det er tilsett sjukepleiar i 50% prosjektleiarstilling til ut oktober 2010. Det skal bli etablert eit ambulant sjukepleiarsteam retta mot Sandnes kommune. Det er etablert ei tverrfagleg prosjektgruppe saman med kommunen. Målet er å førebyggje innleggingar i sjukehuset og foreta raskare utskrivingar til kommunehelsetenesta gjennom kompetanseoverføring. Resultatet frå prosjektet vil avgjere om dette er ein god modell til framtidig bruk i forhold til andre kommunar. Helse Stavanger etablerte i september 2008 ei intermediæravdeling ved Stokka sjukeheim i samarbeid med Stavanger kommune. Avdelinga er eit tilbod om behandling, pleie og rehabilitering til pasientar over 60 år i overgangen mellom sjukehus og kommune. Målet er at pasientane skal ligge to-tre dagar i sjukehus før overflytting, og at pasienten skal tilbake til heimen etter opphaldet. Geriatar frå Stavanger Universitetssjukehus er tilstade på intermediæravdelinga ved Stokka sjukeheim ein dag per veke (eit samarbeidsprosjekt med Stavanger kommune). Nettverk for sjukeheimslegar har 4 årlege samlingar med fokus på

kompetanseoverføring og kompetanseutveksling mellom sjukeheim og Stavanger Universitetssjukehus. Bilateral hospiteringsordning for alle helsearbeidarar blir arrangert kontinuerleg vår og haust. Intern opplæring i avdelingane er i stor grad open for førstelinjetenesta. Det blir arrangert egne fagdagar i regi av samhandlingsutvalet.

Helse Fonna

Helse Fonna sitt program "Plan somatikk" (omtala under førre oppfølgingspunkt) omfattar også fagleg oppfølging, støtte og rettleiing til den kommunale omsorgstenesta. Desse elementa er også svært sentrale i prosjektet "Pasientforløp for skrøpelege eldre"

Helse Bergen

Helse Bergen inngjekk i februar 2009 ei ny overordna samarbeidsavtale mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Avtala presenterer ein ny samarbeidsstruktur med nye møtearenaer som gir auka høve for å fange opp behov, bli einige om felles mål og foreta oppgåve- og rolleavklaringar. Helseføretaket gir fagleg oppfølging, støtte og rettleiing til kommunehelsetenesta på mange ulike fagområde. I tillegg til fast oppfølging av medisinske behandlingssopplegg og rettleiing av lokalt behandlingsapparat, blir møtearenaer nytta til å finne hensiktsmessige modellar for samhandling mellom aktørar innanfor helsetenesta. Følgjande er eksempel på prosjekt som er i gang:

Helse Bergen har oppretta ei avdeling for rusmedisin, som har særskilt merksemd på samhandling med 1. linjetenesta, inkludert fagleg rettleiing, samarbeid knytt til enkeltpasientar, forpliktande samarbeid om pasientforløp, og handtering av både akutte, halv-akutte og kroniske tilstander. Prosjekt vedrørande slagpasientar i regi av Nevroklinikken involverer ambulerande team som følgjer pasienten heim og lærer opp personell i kommunen.

Overordna samarbeidsutval for Bergen har sett ned ein felles arbeidsgruppe som kartlegg det totale rehabiliteringstilbodet og avdekkjer manglar ved tilbodet i Bergen (kommune og spesialisthelsetenesta). Kartleggjinga skal danne grunnlag for avklaringar av ansvar mellom nivåa, og til planlegging av vidare utvikling av det totale rehabiliteringstilbodet, m.a. behovet for fagleg oppfølging og støtte. Praksiskonsulentordninga (PKO) skal har fokus på planlagde pasientforløp både innanfor psykiatrisk- og somatisk sektor. Kompetansesenteret for lindrande behandling driv nettverk av ressursjukepleiarar som er sentrale for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbodet til kreftpasientar og for å spreie kompetanse om palliasjon i heile føretaksområdet.

Helse Førde

Helse Førde har faste møtepunkt mellom sjukehuslegar og allmennlegar i dei tre lokalsjukehusområda. Det er på plass 3 praksiskonsulentar i deltidsstillingar som står for desse. Prosjektet "Samhandlingsreforma i Sogn og Fjordane", som er omtala over, inneber m.a. ei kartleggjing av kva ressursar, kompetanse og behov ein har i Sogn og Fjordane. Ei overordna samhandlingsavtale inneber m.a. samhandling innan ressursnettverk knytt til kreftomsorg. Det er òg etablert eit eige diabetesprosjekt mellom medisinsk seksjon, praksiskonsulent og kommunehelsetenesta.

- Helse Vest RHF skal rapportere kva for tiltak som er gjennomførte for å sikre samordna pasientforløp for å ta hand om pasientar med stort samhandlingsbehov.

Som eit ledd i kvalitetssatsinga i Helse Vest blir det arbeidd systematisk med utvikling av standardiserte pasientforløp/behandlingslinjer. Det blei i denne samanheng i 2009 starta opp eit regionalt program med fokus på utvikling av felles verktøy og erfaringsutvesling. Programmet har brei deltaking i regionen, med m.a. lokalt forankra delprosjekt knytt til utvikling av forløp. Ein arbeider for at kunnskap, metode og erfaringar blir gjort tilgjengeleg for heile regionen.

I tillegg får fleire lokale forbetningsprosjekt ”såkornmidlar” frå kvalitetssatsinga til utvikling av gode pasientforløp for ulike pasientgrupper.

Helseføretaka har mange konkrete tiltak og prosjekt for å sikre samordna pasientforløp for pasientar med stort samhandlingsbehov. I tillegg vil dei tiltaka som er skisserteover også vere med å sikre samordna pasientforløp for pasientar med stort samhandlingsbehov.

Helse Stavanger

Helse Stavanger har mange ulike prosjekt og tiltak:

- psykiatrisk divisjon og medisinsk divisjon samarbeider om pasientar med spiseforstyrningar, aldersrelaterte tilstandar, nevropsykologiske problemstillingar og generell liaisonteneste for vaksne, barn og unge.
- eit samarbeidsprosjekt om førstegangs rusproblematikk i akuttmottaket mellom psykiatri, rus (Rogaland a-senter) og MOBA (akuttmottak med observasjons- og behandlingsavdeling).
- samarbeidsprosjekta ”Oppsøkende behandlingsteam” og K 46 mellom Psykiatrisk divisjon, Avdeling for unge vaksne (AUV) og Stavanger kommune held fram. Oppsøkende behandlingsteam gjer eit ambulant tilbod som skal oppdage, behandle og følgje opp pasientar med alvorleg psykisk lidningar og omfattande rusproblem i kombinasjon med dårleg funksjonsnivå. K 46 og AUV samarbeider om tilbod om behandlingsoppstart for unge med rusproblem. Frå januar 2010 blir dette også etablert som eit døgntilbod.
- AUV og NAV samarbeider om JobbResept, der pasientar med alvorleg psykisk lidning får aktivitets- og arbeidstrening som ein integrert del av behandlinga. Det går føre seg følgjeforskning av dette prosjektet. Resultata vil vere viktige for etablering av tilsvarende tiltak andre stadar i regionen.
- samarbeidsavtale mellom BUF-etat (Barne-, ungdoms- og familieetaten), psykiatrisk divisjon og Rogaland A-senter for å koordinere, styrkje og samordne tenestetilbodet til barn, unge og føresette.
- saman med kommunane er det utarbeida forløp for pasientar med kompliserte samansette lidningar med utgangspunkt i pasientar med heimerespirator. Prosedyren er lagt ut på internett. Interne prosedyrar/forløp er under revisjon.
- praksiskonsulentane har kontinuerleg fokus på oppgåvefordeling mellom 1. og 2. linjetenesta.

Det er i 2008 utarbeidd strategi for samhandling mellom Stavanger Universitetssjukehus og kommunane, der det med utgangspunkt i pasientforløp blir definert område for samarbeid med mål om at pasientane skal bli behandla på beste effektive omsorgsnivå. Vidare arbeid med handlingsplanar vil bli følgd opp i 2010.

Helse Fonna

I Helse Fonna har den varsla samhandlingsreforma ført til tettare samhandling mellom helseføretak og kommunane med fokus på utvikling og forbetring av heilskaplege pasientforløp. Helse Fonna fekk i 2009 prosjektmidlar av Helsedirektoratet for å utarbeide nye og betre pasientforløp for eldre i samband med oppretting av geriatriisk eining. Med bakgrunn i dette blei det starta eit samhandlingsprosjekt mellom Haugesund kommune, Høgskulen Stord/Haugesund og Helse Fonna. Hovuddelen av dei tildelte midla er nytta til konseptet ”Helsestasjon for eldre” i Haugesund kommune. Interesse for prosjektet har vore stor, og Helse Fonna har saman med dei 19 kommunane i regionen og Høgskolen Stord/ Haugesund utarbeida ein ny samhandlingsmodell kalla Helsetorgmodellen. Modellen er utarbeidd som ein plan for eldre og

har som mål å sikre ”rett behandling, på rett sted, til rett tid”. Modellen byggjer på erfaringar gjort i pilotprosjektet. Helsetorget inneheld tiltak innanfor ulike område som saman skaper ein heilskapleg modell for å ivareta nye og forbetra pasientforløp. Kommunane kan nytte heile eller delar av modellen, enten aleine for dei større kommunane - eller i samarbeid for mindre kommunar. Ulikskap i storleik, geografi og organisering i kommunane gjer at modellen kan nyttast i heile regionen.

Helse Bergen

I Helse Bergen blei det ved slutten av året innført nye retningslinjer for inn- og utskriving av pasientar innanfor somatikk. Retningslinjene er utvikla i eit samarbeid mellom Helse Bergen og kommunane, og inneheld oversikt over deling av arbeidsoppgåver for pasientar som treng samansette tilbod. Den viktigaste endringa for kommunane er kontinuerleg saksbehandling for pasientar som treng tenestetilbodet. Spesialisthelsetenesta forpliktar seg til at epikrisa skal følgje pasienten ut frå sjukehuset. På dette grunnlaget har ein teke bort betalingsplikt frå kommunane. Sjukehuset har svært få utskrivingsklare pasientar pga at Bergen kommune har oppretta akutt plassar til bruk for pasientar skrivne ut frå somatiske avdelingar. Andre tiltak er m.a.:

- samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen og Bergen kommune vedrørende slagpasientar. Ambulant team følgjer pasientane heim og samarbeider med etablert team i kommunen. Halvårleg oppfølging.
- samarbeid med Bergen kommune om tidleg utreise for fødande.
- samarbeid med Bergen kommune om heimerespiratorbehandling.
- palliasjon; samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og Bergen kommune om inntak, vurdering og nivå på terminal behandling. Inntaksmøte kvar veke.
- Helse Bergen har avtale med 16 kommunar om oppfølging av intokspasientar etter utreise frå sjukehuset.
- Helse Bergen har ”Hodeskadeprosjekt” i samarbeid med NAV om pasientar med mild og moderat hovudskade.
- samarbeid om pasientforløp for psykiatriske pasientar i akutfase. Forløpet er utvikla i samarbeid med Bergen kommune og vil vere på plass i februar 2010.
- Helse Bergen har strukturert samarbeid med Bergen kommune om utflytting av pasientar med psykiske lidingar som har behov for samansette tenester.
- samarbeid mellom Helse Bergen og kommunane i Nordhordland om:
 - vakter og ambulante tenester i interkommunal legevakt og Bjørgvin DPS
 - Barne og ungdomspsykiatri og vaksenpsykiatri om unge psykiatriske pasientar 18-23 år for å sikre overgangen til voksen alder
- samarbeid mellom Helse Bergen, Bergen kommune, Hordaland fylkeskommune og kriminalomsorg om narkotikabehandling med domstolskontroll.
- samarbeidsprosjekt ”Tidlig ute” med Bergen kommune, Hordaland politidistrikt, kriminalomsorg, BUFetat og Bergensklinikkene (unge tekne for narkotika får tilbod om behandling i staden for straff).
- avtale med Bergen kommune om gode pasientforløp i rusomsorga i høve til oppgåvedeling og ansvar.
- samhandlingsinstruks som regulerer Hordaland politidistrikt, Bergen kommune og Helse Bergen si behandling av rusa personar på offentleg stad.

Innanfor rammene av ny samhandlingsstruktur skal det framover fokuserast på identifisering av pasientgrupper med store samhandlingsbehov, og saman med kommunane bli einige om kva ein skal prioritere å arbeide spesielt med i 2010.

Helse Førde

Helse Førde har i 2009 m.a. hatt fokus på prosjektet "Pasientforløp ved Lærdal sjukehus". Det har også blitt arbeidd vidare med avtaler for samhandling med enkeltkommunane i fylket. Delavtale for tilvising og utskriving, elektronisk samhandling, samhandling mellom psykisk helsevern og kommunane, delavtale om nettverk av ressursssjukepleiarar i kreftomsorg og lindrande behandling vart sende ut til kommunane på seinhausten 2008.

Helse Førde og kommunane i fylket har utarbeidd ein mal for individuell plan. I samband med delavtale om tilvising og utskriving vart det vedteke at denne skal reviderast i 2009/2010. Helse Førde sin rusplan som blei vedteken av styret 19. juni 2009, legg i tillegg opp til meir bruk av poliklinisk avrusing i pasienten sitt lokalmiljø. Dette er eit samhandlingstiltak mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Akuttmottak

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal sikre at arbeidet med å etablere systematiske tiltak for betre styring, leing og drift av akuttmottaka får nødvendig prioritet.

I Helsetilsynet sitt landsomfattande tilsyn med forsvarleg verksemd og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelseteneste, blei det påpeikt fleire forhold i Helse Vest sine akuttmottak der det var behov for forbetring. Styret i Helse Vest behandla tilsynssaka i 2008 og la til grunn at avvika blei lukka. Avvika blei lukka i alle helseføretaka i løpet av 2008.

I Helse Stavanger er det etablert eit MOBA-råd der alle divisjonar/avdelingar som arbeider i MOBA er representerte. Oppgåva er å forbetre samhandlinga i akuttmottaket. Helse Fonna har innført system for prioritering og triage i akuttmottaket i 2009. I Helse Bergen blir aktiviteten fortløpande registrert i Akuttdatabasen, og overvaka og vurdert m.o.t. tal pasientar, hastegrad, diagnose, avdeling osv. Akuttmottak deltek på føretaket sitt driftsmøte kvar veke. Her møter også Bergen kommune og Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det er innført ordningar for aktivitetstoppar, overføring av pasientar og for kva legar som skal mottaka dei alvorleg sjuke og dei mindre alvorleg sjuke pasientane.

Helse Førde har fått kvalitetsutviklingsmidlar ("såkornmidlar") frå kvalitetssatsinga i Helse Vest til eit prosjekt for forbetring av akuttmottak. Prosjektet blei ferdigstilt i 2009. Retningslinjer for utkalling av fagpersonar til akuttmedisinske team og ved pasientoverflyttingar er utarbeidde. Ni kommunar i ytre Sogn og Sunnfjord har skipa eit interkommunalt legevaktsamarbeid lokalisert til akuttmottaket ved Førde sentralsjukehus.

Akuttfunksjonane til lokalsjukehusa

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal få i stand eit fullstendig, samanhengande og lokalt tilpassa akutttilbod.
- Dei regionale helseføretaka blir bedne om å vurdere tilpassing av akuttfunksjonane til lokalsjukehusa i tråd med denne rettleiande standarden:
 - Felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestove, akuttmottak ved sjukehuset og gjerne ambulansestasjon er lokaliserte i lag.
 - Tilpassa akuttfunksjonar med hovudvekt på indremedisinske tilbod, elektiv kirurgi og enklare kirurgisk beredskap.
 - Lokalsjukehus med akuttfunksjonar (akuttsjukehus)

Vurdering av akuttfunksjonane har vore ein kontinuerleg prosess. Ein del endringar er gjort, og ein del er framleis i prosess.

Helse Fonna har i 2009 innarbeida dette i sin Plan somatikk som omhandlar det framtidige tenestetilbodet på det einskilde sjukehus.

I Helse Bergen er det Voss sjukehus som kjem i kategorien ”Lokalsjukehus med akuttfunksjonar (akuttsjukehus). Voss sjukehus har 24 timar beredskap 365 døgn i året innanfor: generell indremedisin, generell kirurgi, ortopedi og gynekologi. Interkommunal legevakt for 5 kommunar er lokalisert i lag med sjukehuset sitt akuttmottak. Primærlegen på vakt rykker ut med ambulansen på raud respons som hjartestans, trafikkulykker o.l. Voss sjukehus deltek i BEST-samarbeidet (Betre og Systematisk Traumebehandling) som inkluderer simulatoretrening i team, kurs i hemostatisk nødkirurgi og nasjonalt nettverkssamarbeid for traumehandtering. Det er utvikla formelle samarbeidsavtaler med dei store akuttavdelingane på Haukeland universitetssjukehus (HUS) som går på:

- routing av pasientar på grunnlag av funksjonsfordeling (døme hjartepasientar som skal til utblokking av koronarkar, komplekse traume – Voss sjukehus stabiliserer og klargjer for transport til HUS).
- samhandling i pasientbehandlinga (døme telemedisin - videosamband med nevrolog i vakt ism. trombolysebehandling av hjerneslagpasientar).
- kompetanseoverføring (døme felles prosedyrar, hospitering, felles undervisning).

Helse Bergen sin AMK-sentral (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) ligg på Haukeland Universitetssjukehus (HUS) og alle ambulanseressursar er samla i ei eining slik at koordineringa går føre seg på eit overordna nivå. Voss Sjukehus opplever at det er eit godt samarbeid rundt den prehospitale akuttmedisinske kjeda. Voss sjukehus må vere budd på alle akutte sjukdomstilfelle då det av geografiske og vermessige tilhøve ofte er vanskeleg å transportere pasientane. Voss har også ei lita intensivmedisinsk avdeling med god kompetanse, som behandlar akutt respirasjonssvikt og ulike tilfelle av multiorgansvikt i nær kontakt med HUS. Som oftast er ein også i stand til å handtere komplikasjonar etter elektiv kirurgi lokalt.

I Helse Førde er det akuttberedskap heile døgnet og alle dagar ved Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus. Skadepoliklinikk og innlegging som ø-hjelp er i tråd med plan for ortopediske tenester og traumehandtering. Pasientar som kjem inn som Ø-hjelp og som har behov for operasjon med anestesi, blir samla ved Førde sentralsjukehus. Planlagde operasjonar blir skjerma for ø-hjelp i så stor grad som mogleg. Det er auka grad av subspesialisering ved alle sjukehusa innan fagområdet ortopedi.

Som nemnt tidlegare har ni kommunar i ytre Sogn og Sunnfjord skipa eit interkommunalt legevaktsamarbeid lokalisert til akuttmottaket ved Førde sentralsjukehus. Helseføretaket har utarbeida retningslinjer for utkalling av fagpersonar til akuttmedisinske team og ved pasientoverflyttingar.

Avtalespesialistar

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal sjå til at kapasiteten til avtalespesialistane blir utnytta for å sikre tilgjengelege tenester for pasientane og kortare ventetider.

Avtalespesialistane inngår som ein viktig og integrert del i ”sørgje for”-ansvaret til Helse Vest. Avtalespesialistane utfører ein betydeleg del av den polikliniske verksemda. Kapasiteten som avtaleheimlane utgjør blir nytta der behovet er størst. Før utlysing blir det gjort vurderingar av behovet m.a. basert på tilbakemelding frå fastlegane. Det er elles noko samarbeid mellom sjukehusa og avtalespesialistane om oppfølging av pasientar. Det er ved eit sjukehus utprøvd ei

ordning der grupper av avtalespesialistar har gitt tilbod til pasientar som sjukehuset elles ville hatt problem med å handtere innan fristane. Informasjon om dette er formidla til alle helseføretaka.

- Helse Vest RHF skal medverke i arbeidet med nye rammevilkår for avtalespesialistane.

Helse Vest RHF har ikkje fått nærmare invitasjon til å delta i dette arbeidet i 2009.

Fødselsomsorg

Tiltak for oppfølging:

- Det er eit mål å sikre drift av fødeinstitusjonar heile året. Sommar- og feriestengingar av fødeinstitusjonar skal ikkje skje på grunn av økonomiske årsaker åleine. Dersom det ikkje lar seg gjere å avvikle lovpålagd ferie forsvarleg, kan dei stengje, men stengingsperioden skal gjerast så kort som råd, og det skal setjast i verk nødvendige tiltak for å sikre forsvarlege ordningar i samarbeid med kommunen.

Alle fødeinstitusjonar i Helse Vest har hatt ope heile året, men unntak av den forsterka fødestova ved Odda sjukehus, som var stengt ein kort periode sommaren 2009 grunna ferieavvikling.

- Helse Vest RHF skal implementere elektronisk innmelding av data til Medisinsk fødselsregister for alle fødeinstitusjonar i regionen.

Dette blir gjort for alle fødeinstitusjonane i Helse Vest.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal iverksetje tiltak som sikrar informasjon til kvinner om moglegheit til val av fødestad, og kvinners rett til informasjon, veiledning og medverking når det gjeld keisersnitt, igangsetting av fødsel og smertelindring.

Det er behov for å etablere betre system slik at informasjon blir gitt på ein meir systematisk måte i fleire av helseføretaka. Kvinneklubben i Helse Bergen har faste innarbeidd rutinar for å sikre brukarane informasjon. I Helse Fonna blir kvinner informert, rettleia og har høve til å setje fram ønske om keisersnitt. Det blir òg gjennomført informasjon/rettleiing om smertelindring.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal innan 1 . juli 2010 utarbeide plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg saman med berørte kommunar.

Det er i 2009 arbeidd med avklaringar knytt til dette. Det vil i 2010 bli utarbeidd planar i dei ulike føretaksområda saman med kommunane med regional koordinering og styring.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om utarbeiding av kvalitetskrav for fødeinstitusjonar og etablere system som sikrar at kvalitetskrav blir følgt opp.

Helse Vest har peika ut representantar frå alle helseføretaka til å delta i arbeidsgruppa som skal utarbeide kvalitetskrav til fødeinstitusjonane saman med Helsedirektoratet.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal videreutvikle perinatalekomiteenes rolle som ledd i å styrkje kvalitetsarbeidet. Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekkes inn i arbeidet.

Helse Vest har i fleire år hatt ein velfungerande regional perinataalkomite med to undergrupper og fast sekretær. Komiteen går systematiske gjennom uventa utfall som grunnlag for læring og driv informasjonsverksemd.

Studenthelseteneste

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal medverke til at det blir gjort avtaler mellom studentsamskipnadene, lærestad, aktuelle kommunar og det regionale helseføretaket om psykiske helsetenester til studentar dersom studentsamskipnadene ønskjer dette.

Helse Vest har frå før avtale med Studentsamskipnaden i Bergen. I 2009 er det også laga avtale med studentsamskipnadane i Stavanger og Sogn og Fjordane.

- Helse Vest RHF skal halde oppe tilskotet til psykiske helseformål for studentar på minst dagens nivå.

Helse Vest har i 2009 auka sitt tilskot til psykiske helseformål for studentar.

Psykisk helsevern

Styringsvariabel:

- Del av tvangsinnlagde i psykisk helsevern skal reduserast.

Delen tvangsinnlagte har halde seg på same nivå i Helse Vest i både 2008 og 2009 med ca. 18 % (målt i 2. tertial). Helse Førde er det helseføretaket som historisk har hatt den lågaste delen tvangsinnleggingar med frå 5 til 8 prosent.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal gjennomføre omstillinga av tenestene slik at sjukehusfunksjonane blir spissa og DPS-ane blir i stand til å gjennomføre dei oppgåvene som er venta, jf. Helsedirektoratets rettleiar for DPS.

Det er i Helse Vest etablert ein gjennomgåande DPS-struktur. Alle DPS-a har definerte dekningsområde, slik at alle kommunar/bydelar i regionen er dekkja inn av eit DPS. DPS-a i Helse Vest er utvikla i tråd med nasjonale og regionale føringar. Det gjenstår likevel framleis ein del før alle DPS-a kan tilby fullverdige DPS-teneste i tråd med DPS-rettleiaren. Det vil framleis bli lagt stor vekt på å utvikle alle DPS-a til aktive behandlings- og rehabiliteringsinstitusjonar i nært samarbeid med kommunane.

Helse Vest har i 2009 hatt eit særleg fokus på DPS-a i Bergensområdet. Ny struktur er på plass og det er lagt stor vekt på å snu pasientstraumen slik at pasientane primært blir viste til DPS-a. Fleire plassar er oppretta ved eit av DPS-a (Hospitalet Betanien) for å sikre betre balanse mellom opptaksområde og plassar.

Ambulante team er oppretta ved så godt som alle DPS. Unntaket er ved Ryfylke DPS som er delt i to lokalisasjonar. Her er det oppretta ambulant team ved lokalisasjonen i Strand, og det vil bli oppretta ved Randaberg i løpet av 2010.

Det gjenstår også noko arbeid for å få til ei rimeleg fysisk samling av dei ulike funksjonane til DPS-a. Dette gjeld særleg Kronstad og Øyane DPS i Helse Bergen og Stavanger DPS i Helse Stavanger som er planlagt løyst gjennom nybygg.

Det er etablert betre rutinar for bruk av den regionale tryggleiksfunksjonen i Helse Bergen i samarbeid mellom føretaka.

Det er framleis ei utfordring å rekruttere og sikre stabil dekning av legespesialistar ved nokre av DPS-a og det gjer at fleire DPS ikkje fullt ut kan ivareta dei oppgåvene som er venta.

Helse Vest starta i 2009 arbeidet med å rullere den regionale planen for psykisk helse. Tilhøve mellom sjukehusa sine oppgåver og DPS-a sine er også her ei sentral problemstilling.

- Helse Vest RHF skal i nært samarbeid med Helsedirektoratet sørge for å vidareutvikle og oppdatere profilen til dei distriktpsikiatriske sentra.

Helse Vest bidrar i dette arbeidet m.a. gjennom deltaking i Nasjonal strategigruppe innan psykisk helsevern, som blir leia av Helse Midt-Norge RHF.

- Helse Vest RHF skal i årlege meldingar rapportere
 - talet på årsverk for psykiatrar og psykologar i DPS per 10 000 innbyggjarar

Yrkesgrupper	HF Stavanger	HF Fonna	HF Bergen	HF Førde	Totalt Helse Vest
Psykiatrar	0,5	0,9	0,9	1,53	0,96
Psykologar	0,9	4,9	2,4	1,36	2,39

- prosentvis deling av årsverk totalt mellom sjukehus og DPS

Institusjon	HF Stavanger	HF Fonna	HF Bergen Inkl. private	HF Førde	Totalt Helse Vest
DPS	30,2	50,17	52	64	49,1
Sjukehus	69,8	49,83	48	36	50,9

- talet på og del av pasientar over 18 år behandla i sjukehus og i DPS per 10 000 innbyggjarar fordelt på døgninnleggingar, dagtilbod, poliklinisk verksemd og ambulant teneste

Tala frå helseføretaka gir ikkje grunnlag for berekning av eit samla tal for Helse Vest fordi det er brukt forskjellige variablar. Det blir i tabellane under vist til tal for det einskilde helseføretaket.

Helse Stavanger	Døgn tal på pasientar per 10 000 innb.	Dagtilbod tal på pasientar per 10 000 innb.	Poliklinisk tal på pasientar per 10 000 innb.
Sjukehus	129	26	116
DPS	53,5	19,6	216

Alle ambulante pasientar er inkludert i polikliniske tenester fordi Helse Stavanger ikkje kan skilje dette ut i DIPS.

Helse Fonna	Liggedøgn Totalt	Liggedøgn Per 10.000 innb. > 18 år	Poliklinikk Konsultasjonar Totalt	Poliklinisk Konsultasjonar per 10 000 innb. > 18 år	Ambulante tenester Konsultasjonar totalt	Ambulante tenester Konsultasjonar per 10.000 innb. > 18 år
DPS og sjukehus samla	41 892	3 080	36 818	2 707	1 359	100

Helse Fonna har ikkje registrerte dagtilbod i DIPS.

Helse Bergen	Døgn Pasientar per 10.000 innb. > 18 år	Dagtilbod Pasientar per 10.000 innb. > 18 år	Poliklinisk Pasientar per 10.000 innb. > 18 år
DPS og sjukehus samla	88,5	30,7	258,5

Helse Førde	Døgn tal på pasientar per 10 000 innb. > 18 år	Poliklinisk tal på pasientar per 10 000 innb. > 18 år	Ambulante tenester tal på pasientar per 10 000 innb. > 18 år
Sjukehus	39,6	89	0
DPS	52,8	1533	197

- talet på barn og unge per 10 000 innbyggjarar under 18 år som har fått behandling frå ambulant teneste

HF Stavanger	HF Fonna	HF Bergen	HF Førde
Faktisk tal: 498	81 konsultasjonar per	Faktisk tal: ca. 650	Faktisk tal: 520
Per 10.000 innb. 60,7	10 000 innb.	Per 10.000 innb: 0,89	Utgjer 5,2 %

- del av ikkje-planlagde re-innleggingar i akuttavdelingar innan 30 dagar per 10 000 innbyggjarar

HF Stavanger	HF Fonna	HF Bergen	HF Førde
7,5 %	0,7 %	Psykisk HV: 12,9 %	11,4 % i 2009
		Somatikk: 15,6 %	181 per 10.000 innb.

- Rusmiddelproblem hos pasientar som blir overlatne til psykisk helsevern skal registrerast, og det skal setjast i verk tiltak for å sikre at desse pasientane får eit fullstendig behandlingstilbod.

Rusmiddelproblem blir i all hovudsak registrert i det psykiske helsevernet i Helse Vest. Klinikkk for psykisk helsevern i Helse Fonna skal etablere eit system for registrering av rusmiddelproblem innan mars 2010.

Rusbehandlinga er i aukande grad ein integrert del av behandlinga i det psykiske helsevernet. Eit døme på dette er Helse Førde der spesialkonsulentane innan rus tek del i inntaksmøte i poliklinikkane, der vidare behandling av pasientane blir vurdert. Det betyr at pasientane får hjelp

både for rusproblem, og ev psykiske problem i poliklinikken. At vurderingseininga er ein integrert del av vaksenpsykiatrien sikrar og at dei faglege ressursane som det er behov for finst i avdelinga. Dette sikrar på ein god måte at pasientane får eit tverrfagleg spesialisert tilbod.

- Helse Vest RHF skal følgje opp Stortingets vedtak der regjeringa blir beden om å leggje til rette for at unge med tilbod innanfor psykisk helsevern for barn og unge kan få ha behandlaren sin også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år.

Alle helseføretaka i Helse Vest har lagt til rette for dette.

- Helse Vest RHF skal implementere Helsedirektoratets rettleiar for poliklinikkane i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570).

Rettleiarane er i stor grad implementerte i helseføretaka. Helse Stavanger melder at rettleiaren blir følgt opp. Prosjektet "Barn som pårørande" er utvida og tatt inn i det nasjonale Barns Beste, saman med alle dei somatiske avdelingane ved Stavanger universitetssjukehus. I Helse Fonna er Klinikkk for psykisk helsevern godt i gang med implementeringa av rettleiaren med særskilt fokus på rusmiddelproblematikk. Både Helse Bergen og Helse Førde har gjennomført implementeringa.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for redusert og korrekt bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. m.a. handlingsplanen om redusert og kvalitetssikra bruk av tvang.

I arbeidet med å redusere bruken av tvang har det i Helse Vest sitt arbeid blitt peika på at det viktig å ha fokus på samarbeid i overgangen mellom sjukehus og DPS, ha eit godt samspel med primærhelsetenesta og ein god dialog med fastlegane.

Alle helseføretaka har sett i gong tiltak for å redusere bruk av tvang. Eit døme på tiltak som sett i gong er Helse Fonna sin bruk av ambulante team. Dei har m.a. etablert fleire akutt-ambulante team. Fleire team er planlagde, deriblant eit ambulant tryggleiksteam. Slike ambulante team bidrar til å redusere og førebyggje bruk av tvang innanfor psykisk helsevern, idet slike team ofte intervenserer i forhold til pasientar før bruk av tvang blir nødvendig. Klinikken i Helse Fonna har i tillegg planlagt eit opplegg kor ein samlar klinikken sine lege- og psykologspesialistar for å informere om gjeldande lovgiving og god lovbruk på området og drøfte faktiske tilfelle av tvangsbruk i klinikken.

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

- Helse Vest RHF skal implementere Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for førebygging av sjølvmod i psykisk helsevern (IS-1511).

Dei nasjonale retningslinja er implementert i alle føretaka.

- Helse Vest RHF skal sikre at Helsedirektoratets rettleiar om samarbeid med og oppfølging av pårørande innanfor psykiske helsetenester (IS-1512) blir følgt opp.

Helseføretaka melder om at rettleiaren er implementert.

- Helse Vest RHF skal finansiere og vidareutvikle kompetanseprogrammet «Kropp og sjølvkjensle» som eit ledd i å styrkje tilbodet til menneske med matproblem.

”Kropp og sjølvkjensle” er eit kompetanseutviklingsprogram for helsepersonell som behandlar pasientar med matproblem. Prosjektet er vidare finansiert i 2009. Prosjektet er knytt til Klinikkk for psykosomatisk medisin i Helse Bergen, og har tilnærma ei heil stilling lagt til prosjektet. Deltakarane i dei gjennomførte kursa har vore både frå spesialisthelsetenesta og førstelinjetenesta. Evalueringane har vore gode så langt, m.a. har kulla gitt gode tilbakemeldingar på at dei har fått tilpassa undersvisning til sitt behov.

Helse Vest har også finansiert vidare drift av eit nettverk mellom fagpersonar i regionen som behandlar pasientar med matproblem.

- Helse Vest RHF skal ordne med gode og verdige transportordningar for psykisk sjuke, som medverkar til at bruken av tvang og av politi blir redusert til eit minimum.

Det har vore arbeidd med å få til gode ordningar i helseføretaka. Ambulansetenesta og Psykiatrisk divisjon i Helse Stavanger etablerer i januar 2010 ei ordning med eigen psykiatribil tilpassa desse oppdraga. I Helse Fonna samarbeider Klinikkk for psykisk helsevern i dialog med klinikkk for kirurgi og akuttmedisin og brukarrepresentantar for å finne gode transportløysingar for psykisk sjuke. Saka er ikkje avslutta. I Helse Bergen er det etablert ei eiga ambulanseteneste som sikrar god og verdig transport. Helse Førde har ikkje etablert egne ordningar for transport av psykiatriske pasientar eller pasientar med ruslidingar, men dei gir råd til primærhelsetenesta om bruken av tvang. Ved pasienttransport frå sjukehusavdeling, er det berre i unntakstilfelle blitt nytta tvang/politi.

- Helse Vest RHF skal etablere rutinar/system i den offentlege spesialisthelsetenesta som gjer at tilvisingar til spesialisthelsetenester innanfor psykisk helsevern blir koordinerte, slik at pasientar slepp å kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp. Dette gjeld særleg tilvisingar til avtalespesialistar. Konkrete driftsløysingar skal setjast ut i livet innan utgangen av april 2009.

Helse Vest RHF har i første omgang etablert to regionale koordinatorar som står til teneste med informasjon og koordinering av søknader om psykisk helsehjelp til spesialisthelsetenesta.

Det er lagt til grunn følgjande rutinar ved tilvisningar til avtalespesialistar innan psykisk helsevern:

1. Fastlegen viser pasienten til det DPS/den avtalespesialist han/ho meiner kan gi den helsehjelpa pasienten har behov for. Det skal berre sendast ei tilvisning per pasient. I tilvisninga frå fastlegen må det gå fram at pasienten har gitt samtykke til vidaretilvisning til regional koordinator.
2. Når ein viser til avtalespesialist (psykolog eller psykiater) skal avtalespesialisten vurdere tilvisninga i tråd med dei overordna føringane for prioritering av pasientar, jf prioriteringsforskrifta og gjeldande prioriteringsrettleiar. Dersom avtalespesialisten meiner at pasienten har behov for tenester frå spesialisthelsetenesta blir pasienten tildelt time og innkalling blir sende ut. Kopi blir sendt fastlegen/ tilvisande lege. Dersom avtalespesialisten ikkje har kapasitet til å starte opp behandling innan forsvarleg tidsfrist, skal tilvisninga vidaresendast til regional koordinator innan 10 arbeidsdagar, slik at koordinatoren kan finne eit nytt behandlingstilbod hos ein annan avtalespesialist/DPS.
3. Dersom avtalespesialisten vurderer at pasienten ikkje treng spesialisthelseteneste, skal fastlegen umiddelbart få tilbakemelding med råd og rettleiing om aktuelle tiltak, jf. spesialisthelsetenestelova § 6-3.
4. Den regionale koordinatoren skal kontakte og vidareformidle tilvisningane til aktuelle avtalespesialistar/DPS innan rimeleg tid. Dersom ein ikkje lykkast med å få time hos

avtalespesialist, vil koordinatoren i samråd med pasienten vidaresende tilvisninga til næraste DPS/sjukehusavdeling.

Alle avtalespesialistar er bedne om å opplyse om ventetid for behandling og fagleg profil på praksisen til Helse Vest RHF. Dette vil lette koordinering av tilvisningane.

Helse Vest RHF har ein kontinuerleg oppfølging av ordninga og vurderer om det er behov for ytterlegare tiltak.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak som gjer at fleire pasientar fullfører behandling.

Helseføretaka har både sett i verk og planlegg fleire tiltak for at fleire pasientar fullfører behandlinga. Helse Stavanger melder at 80% av dei planlagde tiltaka er realiserte. I Helse Fonna er det eit ønske om sms-varslings av polikliniske pasientar. Det er i ferd med å bli etablert eit ACT-liknande team (aktivt oppsøkande behandlingsteam) som eit samarbeidsprosjekt mellom Stord DPS og 4 kommunar i Helse Fonna sitt opptaksområde. Eit vesentleg føremål med ACT-team er å oppnå at fleire pasientar både startar i behandling og fullfører denne. Helse Bergen startar også opp eige ACT-team knytt til dei mest ustabile pasientane. Helse Førde planlegg å nytte ambulante team for å nå denne pasientgruppa. I BUP er samarbeidet med foreldre og andre rundt pasienten viktig for å sikre fullføring av behandlinga.

Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal auke kapasiteten innanfor TSB med særleg vekt på akuttbehandling, avrusing og ambulante team, i tillegg til å styrkje kapasiteten til lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Kapasiteten innanfor TSB er auka i 2009 og ein har fått større effekt av tiltak etablert i 2008. Helseføretaka rapporterer om få fristbrot innan TSB. Unntaket er Helse Bergen sitt føretaksområde der det har vore større utfordringar i 2009 knytt både til organisering og kapasitet. Tiltak for å betre situasjonen er sett i verk og trer i kraft frå 1. januar 2010.

Dette er dei viktigaste tiltaka som er sett i verk for å auke kapasiteten i helseføretaka i 2009:

- I Helse Førde er 15 døgnplassar etablert ved Tronvik. Sju av døgnplassane er til avrusing/stabilisering.
- I Helse Stavanger er det ved Ryfylke DPS etablert 6 plassar for pasientar innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Pasientar innan LAR blir prioritert.
- I Helse Bergen er det ved psykiatrisk akuttmodtak etablert to nye plassar for pasientar med både store rusproblem og alvorlege psykiske lidingar. Helse Bergen har også starta opp eit intensivt dagbehandlingstilbod.

I tillegg kjem nye avtaler i 2009 med private leverandørar:

- Ny avtale om fem avrusingsplassar med privat leverandør (Rogaland A-senter).
- Etablering av 9 nye avtaler med private leverandørar for å regulere tidlegare ad-hoc kjøp av behandlingsplassar (totalt 49 døgnplassar).
- Etablering av "Raskare tilbake"-avtale med privat leverandør (Stiftelsen Bergensklinikkene)

Når det gjeld LAR, har både Helse Fonna og Helse Stavanger fått godkjent eigne LAR-senter i 2009 og tatt over ansvaret for pasientane i Rogaland. Det er no berre Helse Førde som ikkje har

LAR-senter i eige føretaksområde. Pasientane i LAR frå Sogn- og Fjordane får sitt tilbod frå Bergensklinikkene. Styret i Helse Vest har vedtatt at alle helseføretaka skal ha LAR-senter frå 2011 med ansvar for tilbodet til pasientar i eiga føretaksområde.

Satsinga innan TSB held fram i 2010 i alle helseføretaka. Her er nokre av dei tiltaka som det vart arbeida med i 2009:

- Helse Stavanger planlegg eit nytt institusjonstilbod i form av eit terapeutisk samfunn. Helseføretaket arbeider også i lag med dei to største kommunane i føretaksområdet om 2 samhandlingsprosjekt/tiltak som både vil fungere som lavterskel/akutttilbod og som førebunde tiltak i ventetida før behandling i spesialisthelsetenesta.
- Helse Fonna planlegg å auke avrusingskapasiteten frå 2 til 5 senger. I tillegg planlegg føretaket eit rehabiliteringstilbod der pasientar i LAR blir ei viktig målgruppe.
- Helse Bergen starta opp med ei sentral vurderingseining frå 1. januar 2010. Den sentrale eininga skal ta imot alle tilvisingar til TSB innan føretaksområdet. Eininga skal sikre ein god vurderings- og prioriteringspraksis og at pasientar også blir vurderte for behov for andre tenester innan spesialisthelsetenesta.
- Helse Bergen skal i samarbeid med Bergen kommune opprette ein akuttpost med 10 senger ved Bergen legevakt. Akuttposten vil komme i drift sommaren 2010. Helseføretaket planlegg også etablering av ambulant team.
- I Helse Førde er det planar om å etablere 9 dagplassar ved Tronvik. Det er vedteke at avrusing også skal skje ved dei somatiske akuttmottaka ved Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus. Helseføretaket legg i tillegg opp til meir bruk av poliklinisk avrusing i pasienten sitt lokalmiljø, som eit samhandlingstiltak mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.
- Helse Vest RHF skal styrkje den helsefaglege kompetansen innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Talet på årsverk for legar, legespesialistar og psykologar i tverrfagleg spesialisert behandling og talet på årsverk og del av totale forskingsressursar til tverrfagleg spesialisert behandling skal rapporterast i årleg melding.

Helsefaglege fagårsverk utgjorde 66 prosent av alle fagårsverk innan TSB i 2009. Utviklinga har gått i riktig retning. Dei tilsvarende prosentane i 2007 og 2008 var 62 og 64 prosent. Måletidspunkta er utgangen av 1. tertial.

Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige går føre seg både i helseføretaka og hos private leverandørar.

Talet på årsverk for legar, legespesialistar og psykologar ved utgangen av 2009:

	Legar (årsverk)	Legespesialistar (årsverk)	Psykologar (årsverk)
Private leverandørar som har avtale med Helse Vest RHF	2,9	14,7	48,1
Helseføretak:			
Førde:	0	1	1
Bergen:	0	3,4	1
Fonna:	0	1,5	2,4
Stavanger:	0,32	1,35	9,95
Totalt	3,22	21,95	62,45

Helseføretaka arbeider aktivt for å styrkje den helsefaglege kompetansen. I Helse Stavanger er den polikliniske og ambulante verksemda auka på bakgrunn av oppretting av fleire stillingar i 2008. Helse Fonna jobbar aktivt med rekruttering i ledige stillingar. I deira plan for ruskjeda er det lagt opp til eit kompetansehevingsprogram innanfor fagfeltet. Helse Bergen har gjennom 2009 tilsett 9 fagpersonar og to merkantile i avdeling for rusmedisin. I Helse Førde er kompetansen auka i 2009 som følgje av den faglege opptrappinga på Tronvik. Tiltak er m.a. nyttilsetjingar, hospitering ved andre rusinstitusjonar og kurs /utdanning innan rusbehandling.

- Helse Vest RHF skal vidareutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetenesta, kommunale tenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og anna tverrfagleg spesialisert behandling, og etablere rutinar for registrering av slike tiltak. Talet på barn som blir fødte av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister), og kva slags tilbod desse pasientane får, skal rapporterast i årleg melding.

Det er rapportert om fem barn født av kvinner i LAR i 2009. Rapporteringa er truleg ikkje fullstendig, da ikkje alle einingar har hatt eit godt nok system for registrering av dette. Den gravide får som regel tett oppfølging av heimkommunen ved helse- og sosialteneste og/eller av overlege og jordmor ved føde/barsel/gyn. avdeling. Forsterka oppfølging frå LAR-senter er vanleg. Samarbeid med BUF-etat i slike saker er også vanleg.

Helse Førde får ikkje LAR-senter før i 2011. LAR-Bergensklinikkene følgjer no opp gravide i LAR frå Sogn- og Fjordane ved behov.

Det er født 1 barn av kvinne i LAR i 2009 i privat institusjon som har avtale med Helse Vest. I tre av helseføretaka er det ikkje meldt at det er født barn av kvinner i LAR.

- Helse Vest RHF skal sikre at alle pasientar som blir vist til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, også skal vurderast for sine behov for andre tenester innanfor spesialisthelsetenesta.

Det er planlagt omlegging til ei sentral vurderingseining i Helse Bergen. Den sentrale vurderingseininga skal ta imot alle tilvisingar til TSB i føretaksområdet frå 1. januar 2010. Eit viktig mål med eininga er å sikre god og lik vurderings- og prioriteringspraksis i føretaksområdet og gi ei betre vurdering av pasientane i forhold til behov for andre tenester i spesialisthelsetenesta.

I dei andre føretaka er det meir desentraliserte løysingar som fungerer godt på grunn av eit tett og nært samarbeid mellom dei ulike vurderingsinstansane. Til dømes er det i Helse Fonna etablert eit tverrfagleg samarbeid for vurdering av tilvisingar med felles vurderingsmøte mellom alle vurderingsinstansar innan TSB (offentlege og private) og dei distriktpsikiatriske sentra i føretaksområdet. I Helse Førde tek spesialkonsulentane innan rus del i inntaksmøte i poliklinikkane der vidare behandling av pasientane blir vurderte. Pasientane blir på denne måten sikra hjelp både for rusproblem og eventuelle psykiske problem. Helse Stavanger har rutinar som sikrar dette.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak som gjer at fleire pasientar fullfører behandlinga.

Det er sett i verk ulike tiltak i helseføretaka for å sikre dette:

Helse Stavanger har fokus på å få ned ventetida til behandling. Dei har i tillegg etablert fleire tilbod i lag med Stavanger fengsel og Stavanger kommune som oppfølging i ventetida før

behandling i spesialisthelsetenesta. Dei nyttar også individuell plan som verktøy for å sikre ei mest mogleg integrert behandling slik at pasientar får tilstrekkeleg oppfølging og planlegging av inn- og utskrivingar. Helseføretaket har fokus på samhandling med kommunar for å redusere talet på bustadslause, ferdigbehandla pasientar. Det er vidare fokus på anna psykososial rehabilitering som ein føresetnad for at pasientar skal ha nytte av behandling.

Helse Fonna har satsa på etablering og styrking av ulike ambulante tiltak, strukturert samhandlinga med kommunane og auka avrusingskapasiteten i føretaket.

Helse Bergen har oppretta ein eigen seksjon for kvalitetsutvikling, forskning og undervisning ved avdeling for rusmedisin (AFR). Seksjonen har sett i gong fleire delprosjekt knytt til problemstillinga. Effekten av ulike tiltak er under evaluering.

Helse Førde nyttar mellom anna ambulant team for å sikre dette.

Dei private leverandørane har fått føring frå Helse Vest i årleg bestilling for 2009 om å setje i verk tiltak for å sikre at pasientar fullfører behandlinga. Til dømes har ein av dei private institusjonane i 2009 samla verksemda for å kunne differensiere behandlinga og betre møte ulike behov hos pasientane. Ein annan av dei private leverandørane er blitt medlem av Norsk nettverk for helsefremmende arbeid HPH (health promoting hospitals). Institusjonen jobbar no meir heilskapleg i forhold til dei helseproblema som pasientane har eller står i fare for å få.

Dette syner at det er mange ulike tiltak som kan bli sett i verk for å sikre at pasientar fullfører behandlinga.

- Helse Vest RHF skal sikre gode rutinar ved utskriving etter fullført behandling eller ved behandlingsavbrot, slik at tilhøva ligg til rette for god oppfølging av kommunale tenesteytarar.

Det er også her ulike tilnærmingsmåtar. Helse Stavanger samarbeider med fleire kommunar om å betre pasientforløpet og oppfølginga med bustad og sosiale tiltak etter avslutta behandling. Mange innan pasientgruppa er bustadstads-lause også etter at dei har gjennomført langtidsbehandling innan TSB.

Helse Fonna har samarbeidsavtaler med alle kommunane i føretaksområdet der prosedyrar for arbeidet er tekne inn i avtalene.

I Helse Bergen nyttar avdeling for rusmedisin DIPS (pasientadministrativt system), til å etablere betre rutinar.

Institusjonane i Helse Førde melder alltid frå til heimkommunen til pasientane ved avslutta behandling eller dersom det er behandlingsavbrot. I dei fleste tilfella der pasientar er innlagde i institusjon er spesialkonsulentane ved poliklinikkane med i ansvarsgrupper kring pasientane saman med representantar frå dei kommunale tenestene.

Helse Vest har også gitt dei private leverandørane føring i årleg bestilling for 2009 om å sikre gode rutinar ved utskriving etter fullført behandling eller ved behandlingsavbrot, slik at tilhøva ligg til rette for god oppfølging av kommunale tenesteytarar.

Fleire av helseføretaka/institusjonane ser på arbeid med individuell plan som eit nøkkelement i denne samanheng. 40-50 prosent av pasientane har ein individuell plan ved utskriving frå døgnbehandling (gjennomsnitt på tvers av alle institusjonane, både offentlege og private).

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorga leggje til rette for at innsette som har rett til det, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringslova i institusjonar som tilbyr tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Ein samarbeidsavtale er utarbeidd mellom Kriminalomsorgen region Sør-Vest, Helse Vest RHF og Fylkesmannen i Rogaland. Helse Vest vil ta initiativ overfor Kriminalomsorgen region Vest med ønske om å få ei tilsvarende avtale med dei, jf. rundskriv G-8 2006 frå Justisdepartementet.

Helseføretaka har god dialog med Kriminalomsorga og samarbeidet fungerer tilfredsstillande. I 2008 blei 2335 liggedøgn registrert brukt til § 12 soning i regionen (offentlege og private institusjonar). Talet for 2009 er ikkje klart enno, men foreløpige tal viser ein auke.

I alle avtaler med private leverandørar er det krav om at dei skal ta imot pasientar som kan sone etter § 12 i straffegjennomføringslova.

- Helse Vest RHF skal sjå til at ambulansetenesta som rykkjer ut overfor rusmiddelavhengige ved overdosar, i samarbeid med kommunale tenester sikrar vidare oppfølging etter nødvendig behandling på staden. Helse Vest RHF blir beden om å ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med aktuelle kommunar for å sikre ei slik oppfølging.

Det har blitt tatt initiativ til samarbeid med kommunane, men det gjenstår framleis eit arbeid for å sikre dette. Helse Stavanger avklarar gjennom prosjektet Fokus på rus nyttige samarbeidsrutinar og fagleg tilbod om oppfølging av pasientar som kjem på legevakta. Helse Fonna har tatt initiativ til eit samarbeid med Klinikk for kirurgi og akuttmedisin og kommunane i føretaket sitt opptaksområde om vidare oppfølging av rusmiddelavhengige som ambulansetenesta rykker ut til grunna overdose. Helse Bergen planlegg å sikre dette gjennom etableringa av akuttposten ved Bergen legevakt. Helse Førde har så langt ikkje samarbeidsavtaler med kommunane iht. dette, men har starta eit arbeid for å finne løysingar.

- Helse Vest RHF skal vurdere om kapasiteten på tvangsplassar innanfor rustenesta er tilstrekkeleg etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tenester, og setje i verk tiltak dersom det er behov for det.

Kapasiteten på tvangsplassane er vurdert som tilstrekkeleg. Det er i dag totalt 10 plassar i regionen for pasientar som blir lagt inn etter tvangsparagrafane i sosialtenestelova. Desse plassane er hos private leverandørar. I tillegg er helseføretaka peika ut til å ta imot pasientar på tvang som har ei alvorleg psykisk lidning saman med rusproblema.

Barn som pårørende

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å identifisere barn av pasientar med psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade og rusmiddelavhengige. Pasientane eller omsorgspersonen bør informerast om barnas generelle behov for støtte og oppfølging når foreldra er sjuke, og om andre hjelpetilbod. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet få tilbod om relevant oppfølging, til dømes informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.

Lovendringa frå juni 2009 om helsepersonell si plikt til å bidra til å ivareta barn som er spesielt utsette i samband med at foreldra mottar helsehjelp, blei sett i verk frå 01.01.2010. Det har blitt sett i verk mange tiltak i helseføretaka i 2009 for å sikre dette.

I Helse Stavanger er det hausten 2009 blitt arrangert kurs for tilsette i avdelingar som har barn som pårørande. Stavanger universitetssjukehus har, som pilotsjukehus, eit tett samarbeide med Barns Beste (eit nasjonalt kompetansesenter) om å gjennomføre kompetansehevingstiltak for å betre tilbodet til barn og unge som pårørande. Psykiatrisk divisjon har gjennomført opplæringsprogram for 52 barneansvarlege innan divisjonen og TSB. I 2010 vil det også bli gitt opplæring og rettleiing av nye barneansvarlege. Eit eige prosjekt er oppretta. Det er oppretta kontaktpersonar på aktuelle avdelingar og alle har fått opplæring.

Helse Fonna har informert i linja og via intranett om lovendringa i helsepersonellova. Det er gjennomført eit prosjekt "Barn som pårørande" både i somatikk og psykisk helsevern. Det foreligg eige måldokument og informasjonsmateriell som er tilgjengeleg på alle postar i sjukehusa. Det er og etablert kommunesamarbeid om tematikken.

Helse Bergen har sett av eit årsverk i psykisk helsevern som skal implementere naudsynte rutinar. Det er etablert eit samarbeidsprosjekt mellom føretaket og Bergen kommune knytt til samordning av rutinar i overgangen.

I Helse Førde er det faste møte mellom VOP og BUP, og i Psykiatrisk klinikk har sosionomar på sengepostane fått særskilt oppfølgingsansvar for barn av sjuke foreldre. Det er eit godt samarbeid mellom BUP og VOP og verksemdene er lokaliserte fysisk i nærleiken av kvarandre. Dette fører til betre samordning og enklare koordinering av tilbod til barn av psykisk sjuke foreldre og/eller rusavhengige foreldre.

Rehabilitering og habilitering

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal rapportere om dei tiltaka som er gjennomførte, og kva som er planlagt gjennomført i 2009 for å oppnå måla i den nasjonale strategien. Ein ber særleg om ei utgreiing av forskning, kompetansehevande tiltak og habiliteringstilbod for barn og unge med omfattande behov, medrekna dei med alvorlege hovudskadar. Frist for denne rapporteringa er sett til 1. juli 2009.

Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet blei sendt i brev datert 28.06.09.

- Helse Vest RHF skal rapportere samarbeidsprosjekt som blir gjennomførte, der både kommune/kommunar og helseføretak har inngått forpliktande samarbeid.

I Helse Stavanger er prosjektet Dalane DMS eit samarbeidsprosjekt mellom Stavanger universitetssjukehus og kommunane Bjerkreim, Eigersund, Lund og Sokndal. Dette prosjektet er nærmare omtala under punktet om samhandling. Målet er å utvikle desentraliserte helsetenester og kompetanseoverføring i ei samhandling med kommunane. I prosjektet inngår rehabilitering i spesialisthelsetenesta, og observasjonssenger for direkte innlegging av pasientar frå Dalanekommunane (kronikarar med lett til moderat forverring av tilstanden).

Intermediæravdelinga ved Stokka sjukeheim, som er eit samarbeid mellom Helse Stavanger og Stavanger kommune gir eit tilbod om behandling, pleie og rehabilitering til pasientar over 60 år i overgangen mellom sjukehus og kommune.

I Helse Fonna er det etablert eit samarbeidsforum for koordinerande einingar for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta og i kommunar i føretaksområdet. Som kompetansehevande tiltak er fleire fagutviklingsprosjekt innan habilitering initiert og gjennomført, m.a. om

samhandling med kommunane. Undervisningsprogram knytt til bruk av individuell plan er gjennomført i samarbeid med kommunar og andre regionale kompetansesenter.

Helse Bergen har etablert eit forpliktande samarbeid mellom ReHabiliteringsklinikken og Bergen kommune i samband med forskingsprosjektet ”Slagbehandlingsskjeden i Bergen”, som ser på effekten av ulike rehabiliteringstiltak etter utskriving og anna samarbeid mellom kommune og sjukehus. Vidare har det vore gjennomført eit prosjekt om tilbod til synshemma som har resultert i at det er etablert ein fagleg samarbeidsstruktur innan feltet syn, mellom Helse Bergen og kommunane. M.a. skal tre fagnettverk ha fokus på problemstillingar knytt til høvesvis barn og unge, synshemma i yrkesaktiv alder og eldre synshemma.

Helse Førde sitt prosjekt ”Samhandlingsreforma i Sogn og Fjordane” er nærmare omtala under punktet om samhandling. Det skal m.a. bli kartlagt kva oppgåver som fylgjer av samhandlingsreforma.

I tillegg er det fleire lokale prosjekt i helseføretaka og i dei private ideelle institusjonane i regionen som har motteke ”sårkornmidlar” i kvalitetssatsinga i Helse Vest, for å arbeide med vidareutvikling av samarbeid med kommunane innanfor rehabiliteringsfeltet. Døme på problemstillingar som blir belyst er t.d. ”korleis gi betre oppfølging til pasientar med kronisk lungesjukdom gjennom kompetanseheving i sjukehus og i primærhelsetenesta”, ”utprøving av strategi for å bidra til kompetanseheving i kommunane innan diabetesomsorg”.

- Det er eit mål at rehabilitering er ein integrert del av behandlinga i alle kliniske avdelingar. Helse Vest RHF skal rapportere kva for pasientgrupper det er etablert pasientforløp for der dette er sikra.

I samband med etablering av traumesenteret i Helse Bergen, blir det arbeidd med å sikre rehabilitering som ein integrert del av behandlinga. Helse Førde har i 2009 sett i gang arbeidet med vidareutvikling av pasientflyt for slagpasientar. Denne flyten skal også inkludere rehabilitering og samarbeid med kommunehelsetenesta I Helse Fonna er det etablert pasientforløp der rehabilitering er ein integrert del av pasientforløpet for fleire store pasientgrupper. Både medisinske diagnosar og ortopediske diagnosar blir behandla ved Helse Fonna sin spesialiserte rehabiliteringsseining på Stord.

I tillegg er det i gang eit felles regionalt arbeid i kvalitetssatsinga i Helse Vest knytt til utvikling av pasientforløp. I dette arbeidet er det i gang fleire lokale forløpsprosjekt. Eit døme på forløpsprosjekt som integrerer rehabilitering som ein del av behandlinga er JobbResept-prosjektet for pasientar innanfor psykisk helse i Helse Stavanger. Det blir utvikla pasientforløp som skal gi pasientane samtidig behandling og deltaking i arbeidsrehabiliteringstiltak.

- Helse Vest RHF skal styrkje fokuset på habilitering av barn og unge. Det er viktig med tidleg intervensering.

Helse Vest styrka i 2009 habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i helseføretaka med 17,5 mill. kr (jf. nærmare omtale av styrkinga i punkt under). Helseføretaka blei bedne om å styrkje habiliteringsfeltet i tråd med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og den regionale planen for habilitering og rehabilitering. Vidare er Handlingsplan for habilitering av barn og unge sentral som grunnlag for vidareutvikling av tenestene. Styrkinga er vidareført med 19,5 mill. kr i 2010. Midla blir fordelte mellom helseføretaka etter inntektsfordelingsmodellen.

Helse Stavanger har nytta auka middel til vidareutvikling av intensive tilbod til barn utan språk, med behov for alternativ kommunikasjon, og til intensive tilbod for barn med alvorlege spise-/ernæringsvanskar. Barnehabiliteringa Austerlide er styrkt med to stillingar og barneprosjektet med ei stilling. Lærings- og meistringssenteret (LMS) er styrkt med 0,5 stilling og familieprosjektet er vidareført. Det er starta tilbod til foreldre til nyfødde med hørselsskade. LMS planlegg å starte eit tilbod til ungdom med kronisk sjukdom/funksjonshemming.

Helse Fonna har i 2009 styrka habiliteringstenesta med 4,6 stillingar. Til dømes får førskuleborn med diagnosen cerebral parese tilbod om deltaking i intensiv motorisk treningsgruppe. Det blir arbeidd med oppfølging av "Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidleg fødte barn" (Helsedirektoratet 2007). Barnehabiliteringsteamet har delteke i prosjekt for ungdom med psykisk utviklingshemming og kognitiv svikt. Teamet gir ungdomsgruppetilbod til barn/ungdom med autisme, med fokus på aggresjonsmeistring. Teamet arrangerer "starthjelpkurs" for foreldre med barn med nedsett funksjonsevne i alderen 0-3 år, i samarbeid med andre aktørar i spesialisthelsetenesta, Karmøy kommune og brukarorganisasjonar.

Helse Bergen har arbeidd for å oppgradere aktiviteten gjennom m.a. fagleg oppdatering om bruk av oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese (CPOP) og implementering av nye utredningsverktøy.

I Helse Førde er det utarbeidd behandlingsdokument for ulike problemstillingar og funksjonshemmingar som omhandlar både samhandling og fag. Elleve av dokumenta handlar om behandlingsforløp (rutinar for utgreiing og behandling/tiltak, og samhandling med kommunale avdelingar). Føretaket har eit tilbod om utgreiing og diagnostisering av barn med autisme, men har trappa ned dette pga. behov for fleire fagstillingar.

Det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering har utarbeidd eit forskingsprogram for habilitering i Helse Vest. Forskingsprogrammet omfattar habilitering i heile livsløpet, men har ei forankring i barnehabiliteringstenesta. Programmet tek høgde for utfordringar for fagfeltet som blir påpeikt i Handlingsplanen for habilitering av barn og unge. Det gjeld m.a. pasientopplæring for barn og unge.

Forskingsprogram for habilitering i Helse Vest er forankra i spesialisthelsetenesta, men det er eit mål at forskinga skal gå føre seg i samarbeid mellom ulike fag, einingar, nivå, sektorar og brukarar i regionen. I arbeidet med forskingsprogrammet er ei rekkje samarbeidspartar trekte inn i tillegg til helseføretaka i regionen; Stiftelsen SOR (Samordningsrådet for arbeid for mennesker med utviklingshemning), Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU), universitet og høgskolar i regionen, KS, NAV, Statped Vest, brukarutval.

Programmet går inn for at det blir etablert to regionale forskingsnettverk i habilitering, eit med knutepunkt ved Stavanger universitetssjukehus og eit med knutepunkt ved Haukeland universitetssjukehus.

- I budsjettet for 2009 er det flytta 73,3 mill. kroner til kjøp av tenester frå private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar frå kap. 732, post 70 til kap 732, post 73. Helse Vest RHF skal i 2009 kjøpe tenester frå private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar som minst tilsvarar dette beløpet.

Helse Vest kjøper rehabiliteringstenester frå private aktørar som eit supplement til tenestene i regi av helseføretaka, og har avtaler med fem private rehabiliteringsinstitusjonar i regionen. Avtalene

som blei inngått i 2007 gjeld fram til 31.07. 2010, og ein ny konkurranse skal gjennomførast i 2010.

I 2009 blei det sett av 5 mill. kr til utvida kjøp frå private, jf. styresak 125/08. Det blei lyst ut ein konkurranse for supplerande kjøp som resulterte i 15 nye døgnplassar ved Krokeidesenteret, avd. Nærland frå oktober 2009. Helse Vest har avtaler om til saman 230 døgnplassar i private rehabiliteringsinstitusjonar i regionen.

I handsaminga av budsjettet for 2010 blei det sett av ytterlegare 5 mill. kr til kjøp av spesialiserte rehabiliteringstenester i 2010. Det vil i 2010 bli lyst ut ein konkurranse med ei ramme på til saman ca. 120 mill. kroner. Når avtalene får heilårseffekt i 2011, vil det gi behov for ytterlegare ca 7 mill. kr i 2011 (sak 108/09).

- Helse Vest RHF skal gjere bruk av dei spesielle helseinstitusjonane i minst same omfanget som i 2008.

Tal for 2. tertial 2009 frå Norsk Pasientregister viser ein liten auke i talet på pasientar frå Helse Vest som hadde opphald på dei spesielle helseinstitusjonane samanlikna med tal for 2. tertial 2008.

- Helse Vest RHF skal rapportere korleis dei har styrkt rehabiliteringsfeltet som følgje av auka basisløyving, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Som følgje av auka basisløyving har Helse Vest i 2009 styrka habiliterings- og rehabiliteringsfeltet med 35 mill. kr (sak 124/06). Styrkinga byggjer på den regionale planen for habilitering og rehabilitering (sak 124/06) som er grunnlaget for den langsiktige satsinga på vidareutvikling av feltet i regionen. Vidare er Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Handlingsplanen for habilitering av barn og unge sentrale grunnlagsdokument for tenestene.

Styrkinga blei fordelt mellom følgjande formål:

- etablering og vidareutvikling av ei regional eining for rehabilitering ved alvorleg hovudskade
- styrking av det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering
- kjøp av rehabiliteringstenester frå private rehabiliteringsinstitusjonar
- styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka i tråd med den regionale planen. Størstedelen av styrkinga er sett av til dette formålet.

Styrkinga er følgt opp, og for 2010 er det sett av ytterlegare 19,5 mill. kr til habilitering og rehabilitering (sak 108/09) til følgjande formål:

- oppretting av regional vurderingseining for inntak til rehabiliteringsinstitusjonar
- kjøp frå private
- styrking av tenestene i helseføretaka

Det er ikkje inngått avtaler mellom dei regionale helseføretaka om gjestepasientoppgjær for pasientar som brukar private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i 2009. Det er likevel gjennomført gjestepasientoppgjær mellom regionane. Helse- og omsorgsdepartementet har slått fast at føretaka skal betale 75% av prisen for 2009. Saka om å avtalefeste dette gjestepasientoppgjæret vil bli teke opp att i 2010.

Regional eining for hovudskade

Regional eining for traumatisk hovudskade, lagt til Rehabiliteringsklinikken på Nordås ved Haukeland universitetssjukehus, blei offisielt opna våren 2009. Spesialeininga har foreløpig fire senger, og skal ha åtte når nye lokale er ferdige. Den regionale eininga blei styrka med 11 mill. kr i 2009.

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering

Det regionale kompetansesenteret er lokalisert til Helse Bergen. Hovedoppgåvene til kompetansesenteret er å drive forskning, fagutvikling og nettverksbygging. Senteret har funksjon som regional koordinerende eining. Senteret har særleg arbeidd med å vidareutvikle den regionale koordinerende funksjonen, m.a. blei informasjonstelefonen opna i januar 2009. Utvikling av forskingsstrategi innanfor habilitering har vore eit anna viktig område i 2009. Senteret blei styrka med 1,5 mill kr i 2009.

Regional vurderingseining for inntak til private rehabiliteringsinstitusjonar

Helse Vest har i 2009 vedteke å opprette ei vurderingseining for inntak av pasientar til private rehabiliteringsinstitusjonar. Formålet er at eininga skal sikre at vurdering og prioritering av pasientar skjer i tråd med prioriteringsforskrifta og at dette blir praktisert likt for alle institusjonane. I første omgang skal eininga vurdere tilvisingar frå fastlegane til dei private rehabiliteringsinstitusjonane. På sikt kan det vere aktuelt å vurdere og inkludere tilvisingar frå sjukehusa, og også tilvisingar til rehabiliteringstenester i sjukehusa, under føresetnad om at dette vil bidra til god pasientflyt. Vidare er formålet at eininga skal bidra til betre samordning av tenestene for å oppnå samanhengande tenester til pasientane, og på sikt få betre styring med pasientstraumane. Eininga blir lagt i tilknytning til det regionale kompetansesenteret lokalisert til Helse Bergen. Det er sett av 2,5 mill kr i budsjettet for 2010, og ein tek sikte på at eininga er i drift i løpet av våren 2010.

Styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka

Størstedelen av styrkinga av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i 2009 er sett av til utvikling av tenestene i helseføretaka i tråd med den regionale planen. Denne prioriteringa er i tråd med vedtak i styret i Helse Vest om at "det ved etablering av eventuelle nye rehabiliteringstilbod i første rekkje rettast merksemd mot utvikling av tilbod i helseføretaka" (sak 46/08). Det blei i 2009 sett av 17,5 mill. kr til styrking av tenestene helseføretaka, og styrkinga er følgt opp med ytterlegare 19,5 mill. kr i 2010. Midla blir fordelt mellom helseføretaka i tråd med inntektsfordelingsmodellen.

Innføringa av gjestepasientoppgjer for pasientar i private rehabiliteringsinstitusjonar i andre regionar vil påverke moglegheita til styrking av eigne rehabiliteringstenester.

Helse Stavanger har i 2009 styrka habiliterings- og rehabiliteringstilbodet ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Lassa med til saman tre stillingar. Vidare vil undervisningsutstyr og lokale for nevro-rehabiliteringspoliklinikken blir rusta opp.

Helse Fonna har styrka talet på fagpersonar innanfor habilitering og rehabilitering. Det er tilsett fagfolk og oppretta eigen sengepost med åtte sengeplassar for spesialisert rehabilitering på Stord sjukehus i tråd med den lokale planen for habilitering og rehabilitering.

Helse Bergen har samla all aktiviteten ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) ved Haukeland universitetssjukehus, på Nordås. Det er etablert tverrfagleg ambulant team med 3 stillingar. Teamet samarbeider med lege (stipendiat) i forskingsprosjektet

”Slagbehandlingsskjeden i Bergen” for å byggje opp modell for ambulant verksemd i samarbeid med Bergen kommune.

Helse Førde har under utarbeiding ein lokal plan for rehabilitering og habilitering, og det blir arbeidd for at pasientar som tidlegare blei viste til rehabiliteringsinstitusjonar utanfor regionen, no i større grad skal få eit tilbod lokalt i Helse Førde. Helse Førde styrkjer det tverrfaglege poliklinikktilbodet til pasientar med muskel- og skjelettlidingar.

- For å få ei meir samordna formidling av høyreapparat skal det gjerast avtaler om oppfølging og rehabilitering knytte til høyreapparatformidling mellom kommunar, spesialisthelseteneste og NAV, slik det er tilrådd i rapporten «Å høre og bli hørt». Helse Vest RHF har ansvaret for at dette skjer, og skal rapportere om talet på helseføretak som har gjort slike samarbeidsavtaler.

Dei regionale helseføretaka fekk saman med Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppgåve å utarbeida ei overordna samarbeidsavtale mellom dei to partane. Helse Vest RHF har deltatt i arbeidet med å få i stand ei slik avtale, og ein samordna samarbeidsavtale mellom de fire RHFa og NAV blei inngått i slutten av november 2009. Avtala legg føringar for korleis lokale rutinar og avtaler skal lagast. Avtala er formidla til helseføretaka i Helse Vest. Slutføring av overordna avtale først på slutten av året har medført at det i liten grad er inngått nye avtaler i helseføretaka. Helse Vest RHF vil følgje dette opp i sitt styringsdokument til helseføretaka for 2010.

Helse Bergen har inngått samarbeidsavtaler med alle kommunane. Helseføretaka har elles eit samarbeid med hjelpemiddelsentralen og dei kommunale hørselskontaktane.

- Helse Vest RHF skal inngå avtale om tilpassing av høyreapparat med legespesialistar for å sikre tilstrekkeleg kapasitet, og gi oppdatert oversyn over kven det er gjort slik avtale med til Arbeids- og velferdsetaten.

Helse Vest har i 2009 gjort ei kartlegging av avtalespesialistar som utfører tilpassing av høyreapparat. Det er kartlagt m.a. ventetider, omfang og om det er tilsett audiograf. Ei oppdatert oversikt over legespesialistane som tilpassar høyreapparat er oversendt Arbeids- og velferdsetaten. Det vil framleis vere behov for å sikre kapasiteten noko betre. Dette er forhold som det vil bli arbeidd vidare med.

- Helse Vest RHF skal leggje til rette for at lærings- og meistringssentra kan bli arena også for ei samordna formidling av høyreapparat i samarbeid mellom spesialisthelsetenesta, kommunane, NAV og brukarane.

Lærings- og meistringssentra (LMS) er arena for gruppebasert opplæring, medan formidling av høyreapparat krev individuell oppfølging. Denne oppgåva skjøttar m.a. høresentralane. Men det er fokus på samarbeid mellom LMS og høresentralane for å få til så gode opplæringstilbod som mogleg, og alle helseføretaka har ulike formar for opplæringstilbod ved LMS-a for hørselshemma.

Nasjonale strategiar på kreft, diabetes, kols, kvinnehelse, spesialisthelseteneste for eldre, tiltak innanfor smertebehandling o.a.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka ta i bruk elektronisk diabetesjournal i alle helseføretak og vidareføre arbeidet med rettleiing for personar med eller som er i risikogrupper for å utvikle diabetes type 2.

Dei fire regionale helseføretaka er samde om at dette skal vere eit eget prosjektarbeid som skal integrerast i EPJ-(elektronisk pasientjournal) systemet. Dette har ikkje starta som eget prosjektarbeid enno.

Helseføretaka har vidareført arbeidet med rettleiing. Helse Stavanger melder at dei nasjonale strategiane bli følgde. Eit døme på arbeid med rettleiing er Helse Fonna sin samhandlingsmodell kalla Helsetorgmodellen, som er ein plan for eldre med mål å sikre ”rett behandling, på rett sted, til rett tid”. Diabetesteamet i kommunen inngår her. Helse Bergen har hatt spesiell merksemd på opplæring av pasientar og pårørande med diabetes type 2. Opplæring har gått føre seg både i poliklinikk, men ikkje minst i form av kursverksemd i samarbeid med sjukehuset sitt lærings- og meistringssenter. Helse Førde har eit diabetesprosjekt mellom medisinsk seksjon, praksiskonsulent og kommunehelsetenesta i tillegg til internt samarbeid mellom medisinsk seksjon og hud poliklinikk.

- Helse Vest RHF skal utvikle og prøve ut nye modellar for lungerehabilitering, medrekna utvikle dagtilbod for rehabilitering av personar med KOLS (kronisk obstruktiv lungesjukdom).

Alle helseføretaka i Helse Vest har ulike tilbod til denne gruppa pasientar, sjølv om ikkje alle har starta opp dagtilbod enno.

Helse Stavanger har tilbod om KOLS-skule i regi av lungepoliklinikken og LMS. Det er samarbeid med Krokeidesenteret Nærland om KOLS-rehabilitering. NIV-behandling (non invasiv ventilasjon) ved akutte KOLS-forverringar er eit tilbod ein ønskjer å forbetre.

I Helse Fonna har LMS tilbod om KOLS-rehabilitering som eit dagtilbod over 10 gonger. Tidleg rehabilitering rett etter sjukehusopphald er vurdert, men pr. i dag har ein ikkje ambulant eller dagtilbod til KOLS-pasientar individuelt. Helse Fonna har god oppfølging av KOLS-pasientar i heimen når det gjeld behandlingshjelpemiddel. KOLS-teamet i kommunane inngår i ”Helsetorgmodellen” som m.a. er omtala under punktet om diabetes.

I Helse Bergen har helseføretaket gått over frå dagopphald til poliklinisk verksemd, etter ei finansieringsomlegging for rehabilitering. Modellen er mindre omfattande enn tidlegare og har fokus på evidensbasert trening.

I Helse Førde driv medisinsk avdelinga KOLS-skule i samarbeid med LMS. Desse følgjer opp oksygenbrukarar. Medisinsk poliklinikk ved Førde sentralsjukehus har koordineringsansvaret for behandlingshjelpemiddel innan lungerehabilitering og driv KOLS-skulen. Ved Florø sjukehus er det KOLS-skule og årleg oppfølging. Det er etablert temakveld med KOLS som tema. Ein har og starta med tilbod om Bi-pap behandling. Det er eit utbreitt samarbeid mellom lungesjukepleiar ved LMS og lungelegane. I tillegg blir det samarbeida med ØNH (øyre, nase, hals)/søvnlaboratoriet vedrørande bi-pap utstyr og tilpassing.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å ta hand om dei seks fokusområda i den nasjonale strategien for spesialisthelsetenesta for eldre.

Helse Vest RHF

Det er etablert eit regionalt prosjekt om spesialisthelsetenester til eldre. Prosjektet byggjer på den nasjonale strategien for spesialisthelsetenester for eldre 2008–2012, og har hatt i mandat å lage ein regional plan for styrking av tenestene til eldre, basert på ei vurdering av behovet i regionen og kva for utforming, tiltak og løysingar som er mest tenlege. Rapporten frå arbeidsgruppa har vore

på høyring hausten 2009, og blir presentert for styret i Helse Vest i februar 2010. Rapporten peikar på viktige tiltak for å styrkje spesialisthelsetenestene til eldre. Alle helseføretaka bør m.a. ha tverrfagleg samansette geriatriiske einingar med eigne sengeplassar og poliklinikk. For dei store pasientgruppene bør det utviklast samanhengande behandlingsskjeder på tvers av nivåa. Det må gjerast lokale vurderingar av korleis tiltak best kan implementerast. I dette arbeidet bør representantar frå kommunane, brukarane og eventuelt andre trekkjast inn. Tiltak som gjeld kommunehelsetenesta bør følgjast opp gjennom dei lokale samarbeidsutvala mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Dei aktuelle tilrådingane blir følgd opp i styringsdokumentet for 2010 til helseføretaka.

Spesialisthelsetenester til eldre og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, jf samhandlingsreforma, vil vere viktige satsingsområde i tida framover. Helse Vest RHF har i denne samheng allereie teke initiativ til oppfølging av tilrådingane som gjeld utdanning av geriaterar og kompetanseutvikling.

Helse Vest har i 2010 budsjettert med kr 10,0 mill for å styrkje dette fagfeltet.

Helse Stavanger

Helseføretaket planlegg etablering av eit "Aldersmedisinsk senter" ved Stavanger universitetssjukehus. Det er sett ned ei arbeidsgruppe og tilsett prosjektleiar som arbeider med etableringa. Helseføretaket har også eit samarbeid mellom geriatri og alderspsykiatri. Det er gitt NR-nummer (stillingsnummer frå Nasjonalt råd) til fleire stillingar i geriatri (våren 09).

Helse Fonna

Behandlingslinjer mellom psykisk helsevern og medisinsk klinikk er utarbeidd for demens- og depresjonsproblematikk for alderspsykiatriske pasientar m.a. gjennom faste, tverrfaglege møte. Dette er inkludert i Helse Fonna-prosjektet "skrøpelege eldre". Helse Fonna har 6 fokusområde:

1. Styrking av eldre si meistring av eigen sjukdom og funksjonssvikt
 - Det er oppretta eit nettverk av demenskontaktar i kommunane og Helse Fonna.
 - Pårørandeskule for pårørande til pasientar med demens, saman med LMS.
2. Styrking av forebyggjande og helsefremjande tiltak hos eldre
 - Det er etablert eit samarbeid med undervisningssjukeheimen Bjørgene, og det er planlagt felles prosjekt for å få etablert demensteam i kommunane i tråd med Demensplan 2015.
 - Seksjonen har utdanna ein marte-meo-terapeut, som kommunane kan nytte ved behov.
3. Utvikle tenestetilbodet for eldre i sjukehus, m.a. gode samhandlingstiltak med kommunane
 - Poliklinikk med ambulerande verksemd i form av heimebesøk, undervisning og rettleiing.
 - Lågterskeltilbod for telefonisk kontakt for sjukeheimar, heimesjukepleie og fastlegar. Forplikande avtaler er under utarbeiding.
- 4/5. Utdanning og rekruttering av nøkkelpersonell i spesialisthelsetenesta til eldre og forskning om eldre si helse og tenestetilbod.
 - Det er god kompetanse med både psykiatrisk og geriatrisk spesialisering av sjukepleiarar og hjelpepleiarar.
 - To spesialsjukepleiarar har starta masterstudium. Pågåande forskning med overlege/ alderspsykiater som ferdigstiller doktorgrad i 2010.
6. Gjennomgang av finansieringsordningar for å sikre at desse er godt tilpassa
 - klinisk praksis i spesialisthelsetenesta til eldre.
 - forskningsbaserte rutinar blir lagt til grunn for klinisk praksis.

Helse Bergen

Helseføretaket har leia det regionale arbeidet vedrørende spesialisthelsetenester for eldre i tillegg til sekretærbistand. Helse Bergen vil følge opp dei ulike tiltaka som blir anbefalte i planen.

Helse Førde

Helseføretaket etablerte i mars 2008 eige geriatrieteam med utgangspunkt i medisinsk seksjon ved Førde sentralsjukehus. Teamet blei nedlagt i mars 2009 grunna vanskar i høve rekruttering av sentrale fagpersonar som spesialistar i geriatri og økonomisk prioritering.

Den demografiske utviklinga i Sogn og Fjordane tilseier ei ny og sterk satsing på dette området framover. Det vil særleg bli behov for kompetanse innan geriatri og alvorlege psykiatriske lidningar hjå dei eldre pasientane. Rekruttering av fagpersonar vil verte viktig for Helse Førde til dette fagfeltet. Helseføretaket har hausten 2009 ferdigstilt ein plan for rehabilitering og habilitering som vil ha relevans for ei stor gruppe av dei eldre pasientane.

- Helse Vest RHF skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisjukdommar blir nådd.

Helseføretaka tilbyr ulike former for astma- og allergiskular, ofte i samarbeid med LMS.

Helse Bergen er i ferd med å etablere eit senter for spesialallergologi i føretaket. Senteret skal ha ein regional funksjon. Senteret vil inkludere og koordinere nettverket av avdelingar/miljø som utgreier og behandlar komplisert og særleg ressurskrevjande allergi. Det er etablert ei prosjektgruppe som i løpet av februar 2010 skal ha ferdig forslag til organisering av eit spesialallergologisk senter i Helse Bergen. Lungeavdelinga, inkludert seksjon for lungesjukdommar ved Universitetet i Bergen, bidrar kontinuerleg med forskning på diagnostiske metodar og tydinga av inneklima og forureining for utviklinga av astma.

I Helse Stavanger blir forebygging og behandling teke hand om m.a. på barnepoliklinikken. Helse Fonna har også tilbod til astmapasientar og vaksne/barn med behov for allergiutgreiing. Føretaket sitt tilbod innan allergiutgreiing kan vidareutviklast innan medisinsk klinikk. Helse Førde tilbyr oppfølging av astmapasientar av lungelege, lungesjukepleiar og fysioterapeut i medisinsk poliklinikk og på medisinsk sengepost etter behov.

- Helse Vest RHF skal følge opp handlingsplanen mot kjønnslemlesting 2008–2011 for å medverke til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlesta i Noreg.

Det er i ulik grad sett i verk tiltak i helseføretaka. Dei føretaka som har flest av målgruppa i sitt opptaksområde har sett i gang flest tiltak.

I Helse Stavanger blir viste pasientar tatt hand om av spesialist på gynekologisk poliklinikk. Kompetanseheving skjer via jamnlege tema i samband med undervisningsdagar, deltaking i debattar og ekstern undervisning. Helse Fonna gjennomfører informasjonstiltak til aktuelle kvinner og gjennomfører medisinske tiltak knytt til fødsel. I Helse Bergen er dette ein kontinuerleg prosess og Kvinneklinikken nyttar tiltak som informasjon og kunnskapsformidling for å forebyggje at ingen jenter/kvinner bli kjønnslemlesta. Kvinneklinikken tek også hand om dei jentene/kvinnene som er kjønnslemlesta, og klinikken har utvikla kompetanse på dette, mellom anna gjennom eit eige team. Helse Førde har ikkje vore proaktive i dette fram til no, mellom anna fordi målgruppa er svært avgrensa i opptaksområdet. Dei melder om at det er sterk merksemd om problemstillinga i fagmiljøa.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak som fører til auka kunnskap om og reduserte kjønnskilnader i helse, sjukdommar og helsetenester.

Dette er i for liten grad fokusert på som eige tema i helseføretaka, men er ivaretatt m.a. i forskinga. Helse Bergen har hatt fokus på dette også i undervisning, informasjon og anna kunnskapsformidling.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for førebygging og behandling av barn og unge med sjukleg overvekt.

Tre av helseføretaka i Helse Vest har fokus på tilbod til denne gruppa pasientar. Helse Stavanger vurderer enkelte tilviste, men har ikkje prioritert tilbod til denne pasientgruppa.

I Helse Fonna har to tilsette (lege og barnesjukepleiar) deltatt i prosjekt saman med Høgskulen Stord/Haugesund med tema sjukleg overvektige barn, kunnskap om behandling og førebygging. Legespesialist har ”øyremerka” fokus og behandling av barn med sjukleg overvekt og etablert samhandling med primærhelsetenesta.

Helse Bergen har gjennom fleire år hatt eit målretta prosjekt for pasientar med uttalt overvekt. Pasientane blir innlagt til utgreiing og observasjon, tilrettelegging og eventuell. oppstart av behandling. Dei blir følgt opp månadleg av lege og/eller sjukepleiar ved poliklinikken. Prosjektet er under evaluering. Resultatet vil vere retningsgivande for vidare arbeid.

I Helse Førde har barneavdelinga eit oppfølgingsprogram for utgreiing og behandling av barn under 12 år. Tilbodet er basert på tilgjengelege forskingsresultat. Pasientar over 12 år får medisinsk vurdering etter tilvising frå fastlege. Opplegget er i samarbeid med helsestasjonar og fastlege. Internt får pasientane kostrettleiing, utgreiing av føljetilstandar og ekskludering av differensialdiagnosar. Innlagde pasientar får vurdering av fysioterapeut. Sjukepleiar konsulterer pasientane i høve til generell situasjon og motivasjon i tillegg til oppfølging av livsstilsending.

Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta og landsfunksjonar, fleirregionale og overnasjonale funksjonar

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal med utgangspunkt i fastsette kriterium i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka innan 1. oktober 2009 gjere ferdig eit fullstendig forslag til kva slags nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse sentra bør lokalisrast, jf. brev av 17.03.08.
- Helse Vest RHF skal med utgangspunkt i fastsette kriterium i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka innan 1. oktober 2009 gjere ferdig eit fullstendig forslag til kva for lands- og fleirregionale funksjonar i spesialisthelsetenesta det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse funksjonane bør lokalisrast, jf. brev av 17.03.2008.

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har RHF-a under leiing 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 vurdert; 87 eksisterande, 5 ulike oppdrag frå HOD og RHF-a. 88 nye søknader kom inn frå HF-a.

For kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnosar og funksjonshemmingar er det behov for ein meir omfattande prosess. Det er føreslått å vidareføre eit eige arbeid innan dette feltet der brukarane blir involvert.

Kriterium nedfelt i oppdragsbrevet frå HOD (datert 17.03.08) er lagt til grunn for arbeidet med forslag til etablering og utvikling av nasjonale tenester. Det er utarbeidd resultatmål og forslag til samansetjing av referansegrupper knytt til tenestene og eit mandat for desse. Det er peikt på utfordringar knytt til finansieringa av desse tenestene. Eit framtidig styringssystem for dei nasjonale tenestene bør, i tillegg til å forvalte ein 5-årsplan, og kunne sikre meir dynamikk og styring som vil fange opp den medisinske og teknologiske utviklinga i spesialisthelsetenesta. Det bør og vurderast å etablere ein sekretariats- eller drivarfunksjon for oppfølging av tenestene.

Tilråding med ein samla plan om vidareføring og etablering av 39 behandlingstenester, 7 fleirregionale tenester og 40 kompetansetenester blei sendt til HOD desember 2009.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal sikre ei vidareføring av volumet på cochleaimplantat-operasjonar (CI) i tråd med nasjonale føringar. Helseføretaka skal samarbeide om operasjonar for å sikre god utnytting av samla kapasitet slik at ein når det samla nasjonale målet om minst 200 cochleaimplantat-operasjonar.

Helse Bergen har dette i oppdrag i Helse Vest. Helseføretaket har i samarbeid med Rikshospitalet og St. Olavs hospital blitt einige om lik deling av vaksne pasientar på venteliste. Det har vist seg at ventande pasientar er langt færre enn estimert i oppdragsdokument. Det har blitt operert 20 pasientar i 2009 og like mange er sett opp i 2010, då behovet ikkje er større. Dei som skal opererast blir opererte innan 6 månader eller kortare. Det er ikkje behov for å auke talet på CI-operasjonar til det estimerte talet.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å auke mengda av tilgjengelege organ og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.
- Helse Vest RHF skal leggje til rette for at donoransvarleg lege kan gjennomføre oppgåvene sine i tråd med funksjonsbeskrivinga. Det skal rapporterast i årleg melding korleis donoransvarlege legar utfører funksjonen sin, medrekna kva helseføretaka vurderer som potensialet for organdonasjon.

Helseføretaka arbeider med å leggje til rette for at potensielle donorar blir identifiserte, og dei har lagt til rette for at donoransvarleg lege kan utføre oppgåva si. I Helse Stavanger har alle potensielle donorar blitt vurderte, men talet har likevel vore lavt i 2009. For å oppretthalde så høg donorrare som mogleg, er det blitt halde undervisning internt på sjukehuset og for helsepersonell under utdanning. Det har ikkje vore nokon avslag av ikkje-medisinske grunner. I Helse Fonna og Helse Bergen rapporterer donoransvarlege legar aktiviteten i eiga årleg melding internt i helseføretaket. I Helse Bergen har donasjon blitt vurdert hos 14 pasientar i 2009. Av dei førespurde har 9 blitt donorar, medan 18 prosent sa nei til donasjon. I Helse Førde blir det arbeidd med å leggje til rette for at potensielle donorar blir identifiserte, og at helsepersonell tek opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene som er omtalt i rundskriv I-9/2003. Dei har i 2009 arbeidd vidare med å styrkje fagleg opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon.

Helse Bergen var i haust vertskap for møte mellom nasjonal koordinator i Helsedirektoratet og dei donoransvarlege legane i Helse Bergen, Førde og Fonna.

Tiltak for oppfølging:

- Del av levande givarar av nyre (familiemedlemmer) skal haldast på 40 pst. av den totale mengda nyretransplantasjonar.

All transplantasjon av nyre føregår ved Medisinsk avdeling ved Rikshospitalet. Det blir av helseføretaka peika på at Rikshospitalet har oversikt over data knytt til transplantasjon. Helse Fonna oppgir at delen er i tråd med måtalet medan delen levande givarar av nyre er redusert til 29 % i 2008 i Helse Stavanger. Nyregivarar blir rekruttert og følgt opp av nyreseksjonen.

Tiltak for oppfølging:

- Verksemd knytt til donasjon av hornhinner skal organiserast åtskilt frå annan organdonasjon.

Donasjon av hornhinner i Helse Vest blir berre utført i Helse Bergen. I 2009 har intensivavdelinga tilbydd hornhinner til augeavdelinga i samband med organdonasjon. Pårørande blei da spurd spesielt om hornhinner. Augeavdelinga samarbeider med patologisk avdeling for å få eit tillegg i obduksjonsskjemaet for uttaking av hornhinner.

Tiltak for oppfølging:

- De regionale helseføretaka skal etablere egne rutinar for å innhente samtykke til hornhinnedonasjon i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er eit mål at sjukehusa er sjølvforsynte med hornhinner innan kort tid.

Donasjon av hornhinner i Helse Vest blir gjort i Helse Bergen. I 2009 har intensivavdelinga tilbydd hornhinner til augeavdelinga i samband med organdonasjon. Pårørande blei da spurd spesielt om hornhinner. Augeavdelinga samarbeider med patologisk avdeling for å få eit tillegg i obduksjonsskjemaet for uttaking av hornhinner. Dei andre føretaka har ikkje starta eit slikt arbeid p.t.

Reservasjonsretten for helsepersonell ved assistert befruktning til lesbiske

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal leggje til rette for at helsepersonell i enkelttilfelle skal kunne fritakast for å gjennomføre eller assistere ved assistert befruktning av samvitsgrunnar. Helse Vest RHF må sjå til at ei slik tilrettelegging ikkje på nokon måte hindrar at par som oppfyller vilkåra, får tilbod om assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkelttilfelle skal fritakast for å gjennomføre eller assistere ved assistert befruktning, må Helse Vest RHF skaffe anna helsepersonell som gjennomfører eller assisterer ved behandlinga, slik at pasienten får den helsehjelpa vedkomande skal ha.

Det er lagt til rette for dette. Ved Fertilitetssenteret i Helse Fonna er alle tilsette orientert om reservasjonsretten i samband med ny ekteskapslov. Ingen har valt å nytte seg av denne retten. Det blir vist til forskriftene for lova i Fertilitetssenteret si prosedyrehandbok. Kvinneklubben i Helse Bergen legg til rette for at tilsette kan få fritak frå behandling, der vilkåra er tilstede.

Beredskap og smittevern

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal vidareutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunane og andre samarbeidspartar i eigen og andre helseregionar, mellom anna om førebyggjings tiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling av pasientar utsette for atom-, biologiske og kjemiske hendingar, om operativ samhandling og ressursdisponering under kriser.

Det blir arbeidd kontinuerleg med dette. Det har i 2009 vore spesielt fokus på beredskapssamarbeid med kommunane og andre samarbeidspartnarar i samband med pandemisituasjonen. Det har vore jamlege møte mellom kommunane og helseføretaka, og fleire av helseføretaka har delteke i fellesmøte med Fylkesmannen i samband med pandemien.

Smittevernutvalet ved Stavanger universitetssjukehus i Helse Stavanger har hatt jamleg samarbeid med beredskapsutvalet i Stavanger kommune, og telefonmøte med samtlege kommunar i helseføretaket sitt nedslagsfelt. Sjukehuset er representert i Fylkesmannens beredskapsorganisasjon, og har aktivt delteke i denne i 2009.

Helse Fonna sitt beredskapsutval for smittsame sjukdommar inkluderer også kommunane. Det har vore øving saman med kommunane.

Helse Bergen har utarbeida samhandlingsplanar med Bergen kommune, der dei også er representerte i atomberedskapsrådet.

Helse Førde har ei bistandsstilling for kommunane innan smittevern, og har avtale med alle kommunane i fylket. Beredskap er drøfta i m.a. Fagrådet, og det er semje om at det er behov for å samordne planverka betre mellom helseføretaket, kommunane, fylkeskommunen og fylkesmannen.

Landsfunksjonen for NBC-hendingar (nukleær, biologisk eller kjemisk hending) er etablert på Ullevål Oslo universitetssjukehus. Det er tatt høgde for NBC-hendingar i beredskapsplanane i alle føretaka. Det varierar om desse hendingane er omtalte i ein eller fleire planar.

- Helse Vest RHF skal forebyggje antibiotikaresistens og sjukehusinfeksjonar og setje i verk tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som vart lansert våren 2008.

Den nasjonale strategien er kjent og er i stor grad implementert i helseføretaka sitt arbeide med å forebyggje antibiotikaresistens og sjukehusinfeksjonar. Dette arbeidet må utviklast vidare.

Helse Stavanger har utarbeida mål og handlingsplan for smittevernarbeidet i tråd med nasjonal strategi for forebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens. Planen er delvis følgt opp. I Helse Fonna må førebels laboratorieoverlegen og smittevernelegen registrere forekomst av spesielle antibiotikaresistente bakteriar manuelt, grunna manglande datasystem. Pasientar med slike bakteriar blir isolerte i tråd med gjeldande retningslinjer. Kunnskapsoppdatering av alle legane om antibiotikaresistens og om den nye handlingsplanen, har blitt utført av smittevernlegen. Det blir gjort internkontrollar for å sjå i kva grad retningslinjene verkeleg blir følgde. Smittevernlegen følgjer også antibiotikaforbruket ved dei einskilde einingar og ser på utviklinga over tid.

Helse Bergen melder at den nasjonale strategien er følgt opp og at anbefalingane er implementert i sjukehuset.

Smittevernet i Helse Førde er i gang med registrering av antibiotikabruken i føretaket, eit arbeide som vil bli utvikla vidare framover. Hovuddelen av det praktiske smittevernet skjer ved hjelp av hygienejukepleiarar.

I Helse Vest er det er utarbeidd ei trykksak ”Veiledning i bruk av antibiotika i sjukehus”. For å utarbeide retningslinjene er prosessen, som er anbefalt i ”retningslinjer for retningslinjer” utgitt

av Helsedirektoratet, blitt nytta. Trykksaka er utgitt i nytt opplag og distribuert breitt i regionen, også i kommunehelsetenesta.

- Helse Vest RHF skal utarbeide konkrete mål for smittearbeidet sitt og klarleggje personellbehovet.

Det har vore stort fokus på dette arbeidet i 2009, med planlegging av beredskap for pandemi. Det er utarbeida smittevernplanar som jamleg blir reviderte. To av føretaka har ikkje fått klarlagt personellbehovet sitt enno, noko som vil bli følgt nærmare opp. Helse Fonna melder om at dei har tilstrekkeleg smittevernpersonell.

Apoteka Vest har etablert ein 50 % stilling som beredskapskoordinator som fungerer som regional beredskapskoordinator for beredskapsansvarlege ved kvart apotek.

- Helse Vest RHF skal sjå til at helseføretaksgruppa oppdaterer, vidareutviklar og øver på sine beredskapsplanar, inkludert planar for atomhendingar, biologiske hendingar (smittsame sjukdommar/pandemisk influensa) og kjemiske hendingar. Beredskapsplanane skal vere i samsvar med overordna planverk.

Alle helseføretak arbeider kontinuerleg med eigne beredskapsplanar. Det er tatt høgde for NBC-hendingar i alle føretakas beredskapsplanar. Det varierer om desse hendingane er omtalt i ein eller fleire planar. Beredskapsplanar for smittsame sjukdomar/pandemisk influensa har nøyte blitt gjennomarbeidd i 2009. Helse Vest RHF viser her spesielt til rapportering på beredskapsplanar, sendt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i august 2009, der planane er nærmare omtala. Det blir vidare vist til tilleggsrapportering til HOD i juni 2009, der både planar og øvingar er nærmare gjort greie for.

Alle føretaka gjennomførte/deltok i øvingar i 2008. I 2009 har Helse Bergen hatt ei stor atomøving saman med Bergen kommune, fylkeskommunen og statlege etatar. Dei har og jamlege andre øvingar. Helse Fonna har utarbeida felles årleg øvingsplan saman med redningsetatane og kommunar. Helse Førde har auka talet på/omfanget av brannøvingar i 2009, og oppdatert brann- og beredskapsinstruksar.

Personell som elles har ansvar for beredskap og smittevern i helseføretaka har vore ressurspersonar i pandemiberedskapen i store delar av 2009.

- Helse Vest RHF skal ha innarbeidd omsyn til beredskapen i logistikkssystemet for tenesta og i leveranseavtaler, slik at dei regionale helseføretaka og helseføretaka saman kan sikre eit samla nasjonalt ansvar for forsyninga av lækjemiddel, materiell og andre kritiske innsatsfaktorar til spesialisthelsetenesta i landet. Dette arbeidet skal gjerast i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Det har vore fokus på dette i samband med planlegginga av pandemiberedskapen, men Helse Vest vil ha ein ny gjennomgang av dette for å sikre at beredskapen er godt nok innarbeida. Av helseføretaka melder Helse Fonna og Helse Bergen at dei har innarbeida dette i sitt logistikkssystem.

Apoteka Vest vil gjennomføre ei evaluering internt i Apoteka Vest i etterkant av pandemien. Prosesser og strategiar omkring lagerhald vil her bli fokusert.

- Helse Vest RHF skal med basis i analysar av risiko- og sårbarheit (ROS), gjennomført ved kvart helseføretak knytt til kritisk infrastruktur, fullføre tiltak som sikrar at helseføretaka har trygge system for kritiske innsatsfaktorar – som IKT, vass- og straumforsyning.

Planlegginga av pandemiberedskap innebar også fokus på kritisk infrastruktur, der det blei sett i gang tiltak for å sikre dette i forhold til det aktuelle planscenario. Det er fokus på ROS-analysar i alle helseføretaka i Helse Vest.

Helse Stavanger har fokus på kritisk infrastruktur, inkludert forhold til IKT-leveransar. Helse Fonna har, med bakgrunn i prosjekt IKT Beredskap, utarbeida forslag til overordna beredskapsplan for Helse Fonna ved bortfall av IKT. Det ligg også føre plan for bortfall av vass- og straumforsyning. Helse Bergen har ferdigstilt arbeidet med ROS-analysar på IKT og har sett i verk tiltak i forhold til dette. Det blir jobba jamt i forhold til vass- og straumforsyning med grunnlag i gjennomførte ROS-analysar. Helse Førde melder om at Førde IKT har hatt spesielt fokus på beredskap og oppetid.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet implementere rutinar og prosedyrar for etablering og utsending av helseteam til innsats ved kriser i utlandet og hjelpe direktoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrar for etablering og utsending av helsepersonell til Utanriksdepartementets utrykksseining (URE).

Helse Vest RHF har deltatt i det nasjonale arbeidet med utarbeiding av rutinar og prosedyrar. Helse Vest har avventa oppdrag frå Helsedirektoratet for det vidare arbeidet.

2.1.6 Utdanning av helsepersonell

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal fordele tilskot til mottak av turnuslegar og turnusfysioterapeutar i sjukehus og private opptreningsinstitusjonar som har avtale med dei regionale helseføretaka.

Det er fordelt tilskot til dette formålet i 2009 til sjukehus og private opptreningsinstitusjonar som har avtale med dei regionale helseføretaka.

- Helse Vest RHF skal etablere ei korrekt mengd kvalitativt gode praksisplassar for elevlar/lærlingar/studentar i g7runnutdanning og for turnuskandidatar i turnusteneste. Det skal rapporterast om talet på etablerte praksisplassar for elevlar, lærlingar og studentar i grunnutdanning og turnuskandidatar i turnusteneste, medrekna gjennomført teneste i psykisk helsevern.

Samarbeidet med universiteta og høgskulane om praksisopplæringa er regulert i avtaler på regionalt nivå og avtaler mellom helseføretaka og utdanningsinstitusjonane. Spesielle problemstillingar blir drøfta i samarbeidsorgana.

Alle helseføretaka arbeider kontinuerleg og godt med å ha riktig mengd praksisplassar og kvalitativt gode praksisplassar, og for at helseføretaka skal vere gode læringsarenaer. I høve til storleiken på føretaket har Helse Førde svært mange elevlar og studentgrupper inne i praksisperiodar (ca 500).

Det har vore vanskar med å skaffe tilstrekkeleg tal på plassar i regionen for fysioterapeutar og jordmødre.

Praksisplassar og turnuskandidatar er fordelt på følgjande måte:

Studentgrupper Praksisplassar i grunnutdanning	Helse Vest Totalt 2009	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Elever/lærlingar/studentar	3082	752	454	1562	314
Turnuskandidatar (medisin)	141	34	35	32	40

Helse Bergen har rapportert tal på turnusplassar, medan dei andre helseføretaka har rapportert talet på kandidatar i helseføretaket i 2009.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for auka utdanning i rekrutteringsutsette legespesialitetar, dvs. der det er diskrepans mellom venta behov og tilgang på spesialistar.

Helse Vest RHF gjer ei vurdering av type utdanningstillingar ved fordeling av legestillingar til helseføretaka. Det har blitt tildelt svært få stillingar i 2009. Nokre på rusfeltet og nokre til kirurgi LIS (lege i spesialisering) i Stavanger. Det vil bli gjort ei slik vurdering i 2010.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka sikre at det blir utdanna minst ti geriatarar årleg. Departementet ber om ei statusrapportering på dette området i tilknytning til 1. tertial.

Helse Vest har i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og under leiing av Helse Sør-Aust gjennomført ei utgreiing for berekning av behovet og fordeling av ansvaret mellom dei regionale helseføretaka. Arbeidsgruppa leverte innspel om status og meirbehov til RHF-a sitt fagdirektørforum i april 2009. Det blei anbefalt at 3 utdanningsstillingar blei fordelt i Helse Vest. Nye stillingar er etter dette fordelt til Helse Stavanger og Haraldsplass diakonale sjukehus. Det blei også anbefalt ein eigen kvote for LIS-stillingar i geriatrien. Desse stillingane vil vere i samhandlingsfeltet med kommunehelsetenesta og slik kunne styrkje ønska samhandling og kompetanseoverføring.

- Helse Vest RHF skal sikre at stillingsstrukturen for legane heile tida er i tråd med opplysningane i databasen til Nasjonalt råd ved systematisk og kontinuerleg å melde inn avvik.

Dette blir følgt opp og helseføretaka har eit godt system for å melde inn eventuelle avvik.

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med fylkeskommunane ta hand om etablering av tilstrekkeleg mange læreplassar innanfor helsefagutdanninga. Det skal rapporterast om talet på læreplassar i ambulansearbeidarutdanninga og i helsefagarbeidarutdanninga i årleg melding.

Helseføretaka har eit godt samarbeid med dei aktuelle fylkeskommunane og kommunar for å sikre dette. Det er lagt godt til rette for at helsefagarbeidarar får praksis ved sjukehusa i føretaka.

Helse Fonna inngjekk i august 2008 avtale med 7 kommunar i Haugesundsområdet. I tråd med denne avtala tek Haugesund og Stord sjukehus imot 16 lærlingar om gangen for ein periode på 4 månader med sjukehuspraksis. I løpet av 2009 har 32 lærlingar gjennomført sjukehuspraksis. Odda sjukehus blir nytta som praksisopplæring for 1-2 lærlingar om gangen.

Helse Bergen har gjennomført pilotar med helsefaglærlingar hausten 2008 og våren 2009. Det er oppretta læreplassar i Helse Bergen for helsefaglærlingar med 3 eller 6 månaders læretid. Det er etablert eit godt samarbeid med nærliggande kommunar for å sikre regionen tilstrekkeleg kompetanse og volum innan desse utdanningsområda. Det er inngått forpliktande samarbeidsavtaler med kommunar som tilset lærlingar.

Talet på læreplassar i ambulanseutdanning er totalt i Helse Vest på 67 i 2009.

Talet på læreplassar i helsefagarbeidarutdanninga er totalt i Helse Vest på 106 i 2009.

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

Jf. NIFU STEP er det ikkje sett i gong slikt arbeid p.t., og det her difor heller ikkje komme førespurnad til Helse Vest om å hjelpe til i dette arbeidet.

Det er starta eit arbeid i fleire av helseføretaka med å finne data som kan måle ressursbruk til utdanning.

2.1.7 Forsking og innovasjon

Forsking

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med andre regionale helseføretak og under leiing av Helse Sør-Aust RHF etablere eit felles elektronisk rapporteringssystem som gir eit oversyn over pågåande og gjennomførte kliniske studiar i helseføretaka, medrekna informasjon om mellom anna type studie, kvar studien er gjennomført, finansieringskjelder, samarbeidspartnarar, pasientgrunnlag, kost-nytte-vurdering, medisinsk fagområde og resultatet av studien med sikte på implementering frå 2010. Arbeidet må sjåast i samanheng med etablering av eit felles nasjonalt forskingsdokumentasjonssystem, dessutan i ny lov om medisinsk og helsefagleg forskning om at dei regionale komiteane for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk skal føre og offentleggjere systematiske oversyn over innmelde og fullførte forskingsprosjekt.

Ei arbeidsgruppe med representantar frå de fire regionale helseføretaka, REK og NIFU STEP er under etablering og ein tek sikte på å pilotere registreringssystemet i 2010 med tanke på full implementering fom. 2011, i tilknytning til det nye nasjonale forskingsdokumentasjonssystemet.

Helse Bergen har, gjennom regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, sagt seg viljug til å støtte Helse Sør-Aust med etablering av eit felles elektronisk rapporteringssystem som gir eit oversyn over igangsette og gjennomførte kliniske studiar i helseføretaka. Det regionale kompetansesenteret har arbeidd mykje med det nye felles nasjonale forskingsdokumentasjonssystemet. Likeeins har ein arbeid med korrekt og smidig samhandling mellom helseføretak og institusjonar i randsona, som til dømes Universitetet i Bergen. Det er utvikla felles retningslinjer som skal ta høgde for det nye lovverket som kom i 2009.

- Helse Vest RHF skal etablere system som ordnar med kvalitetssikring («good clinical practice» - GCP) ved gjennomføring av kliniske studiar.

Det er etablert følgjande system for dette i Helse Vest:

- I samarbeid med Innovest AS og Stavanger Helseforskning AS er det utarbeidd retningslinjer for handtering av eksternt finansierte kliniske studier.

- Det er bygd opp infrastruktur (kliniske forskingsposter) for å gjennomføre helseføretaksinitierte kliniske studiar.
- Opplæring/kurs: Kursopplegg er etablert og opplæring gjennomført i Helse Bergen og Helse Stavanger når det gjeld GCP, og det blir planlagt implementert i dei mindre helseføretaka.
- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og under leiing av Helse Midt-Noreg RHF, innan 1. juni 2009 utarbeide ein rapport som synleggjer infrastrukturen for gjennomføring av kliniske studiar og utprøving av ny teknologi i helseføretaka (utprøvingseiningar, «testbed», kliniske forskarnettverk, støttesystem osv.).

Helse Vest har i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka under leiing av Helse Midt-Noreg utarbeidd ein rapport som synleggjer infrastruktur for gjennomføring av kliniske studium og utprøving av ny teknologi i helseføretaka (utprøvingseiningar, ”testbeds”, kliniske forskarnettverk, støttesystem m.m.).

Helse Midt-Noreg har i forståing med Helse- og omsorgsdepartementet fått utsetjing på rapporten. Ein ventar at rapporten kan sendast til Helse - og omsorgsdepartementet innan 01. juni 2010.

- Helse Vest RHF skal rapportere til NIFU STEP både om resultat og ressursbruk til forskning, og bruke e-rapportsystemet utvikla av Helse Vest for rapportering om pågåande forskingsprosjekt, jf. <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>. I tillegg skal dei hjelpe til med kompetanse og ressursar i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og vidareutvikling av nasjonale målesystem.

Helseføretaka rapporterer inn til NIFU STEP om resultat og ressursbruk til forskning. Det regionale kompetansesenteret for klinisk forskning tar i vare følgjande rapporteringar;

- Årsrapportering for 2009 blei gjennomført i januar 2010. Fagleg rapport blir ferdig februar 2010.
- Årsrapportering for 2008 blei avslutta 20. januar 2009. Fagleg rapport var ferdig medio februar 2009.
- Felles RHF-rapport for søknadsprosess og forskingsresultat for 2008 blei ferdigstilt i august 2009.

Helse Vest har bidratt med kompetanse og ressursar inn i arbeidet med vidareutvikling av nasjonalt målesystem (NVI).

- Det skal rapporterast om årlege publikasjonspoeng rekna ut frå artikkelproduksjon og gjennomførte doktorgrader totalt for Helse Vest RHF (rekna ut av NIFU STEP).

Helse Bergen bistår NIFU STEP med kvalitetssikring av tala (vår 2010), tala for 2009 er offentlege ca august 2010.

- Det skal rapporterast om årleg ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Vest RHF, medrekna delen til psykisk helse og rus (rekna ut av NIFU STEP).

Helse Vest har bidrege med kompetanse og ressursar i det nasjonale arbeidet i regi av NIFU STEP i den grad det har vore etterspurt. Alle helseføretaka i regionen rapporterer i systemet.

- Prosjektdelen og delen av tildelte middel til forskningsprosjekt o.l. i Helse Vest RHF på utvalde prioriterte fagområde innanfor forskning, inkludert rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, KOLS, diabetes og eldre, skal rapporterast i årleg melding. Rapporteringa skal baserast på elektronisk rapportering, jf. portalen <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>.

Regionale forskingsmidlar i Helse Vest blir fordelte av det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest og universiteta. I 2009 blei det tildelt i overkant av 50 mill. kr til prosjekt som er knytt til strategiområda i Nasjonal helseplan. Dette utgjer 42,2 prosent av dei regionale forskingsmidlane og er ein auke på 5,2 i prosent i forhold til 2008.

Av dei 242 prosjekta som har levert fagleg rapport for 2009, er 91 knytt til strategiområda. Dette er ein kraftig auke frå 2008, då 69 prosjekt hadde slik tilknytning. Det har vore ein særskilt auke i prosjekt innan områda rus og habilitering/rehabilitering. Begge områda er styrka gjennom etablering av regionale kompetansesentra med særskilt ansvar for forskning. I tillegg har styret i Helse Vest vedteke ei satsing på 5 mill. kr til eit forskningsprogram innan rusfeltet.

- Det skal rapporterast om talet på søknader, godkjende prosjekt og tildelte middel frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram.

Helse Stavanger har hatt 3 søknader til Noregs Forskningsråd. Ingen av desse fekk tildelt middel. Føretaket har levert 1 søknad til EUs 7 rammeprogram, der sjukehuset er ein del av eit konsortium på 8 partnarar. Prosjektet er godkjent, og middel tildelt (heile prosjektet har ein ramme på 12 mill. kroner).

Helse Bergen har ikkje sendt sjølvstendige søknader då desse blir fremma gjennom Universitetet i Bergen. Dei to andre helseføretaka har ikkje fremma eigne søknader.

Innovasjon

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal hjelpe til i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007–2011). Dei regionale helseføretaka skal hjelpe til med å auke talet på forskings- og utviklingskontraktar mellom norske leverandørbedrifter og helseføretak (OFU-kontraktar) innanfor helse gjennom å stille nødvendige ressursar i form av kompetanse.

Helse Vest har saman med dei andre regionale helseføretaka utarbeidd ein handlingsplan for innovasjon i tråd med samarbeidsavtalen med Innovasjon Noreg og Forskningsrådet. Hovudmålet med samarbeidet er å konkretisere og operasjonalisere den femårige satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling. Samarbeidsavtalen skal bidra til å auke innovasjonstakten betydeleg og utnytte dei offentlege ressursane knytt til innovasjon og næringsutvikling best mogleg. Det er også vidareført konkretisering av denne planen med spesifikke tiltak retta mot måleindikatorane. Dette arbeidet er samordna med koordineringsutvalet leia av Helsedirektoratet og med dei same avtalepartane. Helse Vest RHF har eigen innovasjonsansvarleg.

Helseføretaka arbeider med å identifisere innovasjonsprosjekt. Helse Bergen har delteke i eit nordisk innovasjonsprosjekt med merksemd på behovsdriven innovasjon og har utforma framlegg til innovasjons- og forskingsstrategi for helseføretaka.

For å sikre god rutine på å fange innovasjonspotensial, også i tidleg fase, er dette sett på som eit kriterium alt ved vurdering og tildeling av forskingsmidlar og forskingsprosjekt.

I årleg melding skal det rapporterast om:

- talet på OFU (ev. IFU)-kontraktar og tildelte middel frå Innovasjon Noreg
 - Helse Fonna har 4 kontraktar og til saman har fått 2,65 mill kr frå Innovasjon Norge.
 - Helse Bergen har 2 kontraktar og til saman har fått tildelt ca. 10,3 mill. kr
- talet på prosjekta FORNY (kommersialisering av FoU-resultat), BIP (brukarstyrte innovasjonsprosjekt) og KBM (kompetanseprosjekt med brukarmedverknad) og tildelte middel frå Noregs forskingsråd til innovasjonsprosjekt
 - Helse Stavanger har 7 FORNY-prosjekt og fekk i 2009 godkjent verifiseringsmidlar på til saman 1,4 mill kr fordelt på 2010 og 2011.
 - Helse Bergen har 13 prosjekt og har fått 1,3 mill. kr i FORNY ordninga. Dei kan ikkje gi tal for BIP og KBM
- talet på registrerte oppfinningar (DOFI)
 - Helse Stavanger har 11 idear registrert hos Precubator
 - Helse Bergen har 18 registrerte oppfinningar
- talet på registrerte patentar
 - Helse Stavanger har 1 registrert patent.
 - Helse Bergen har 7 registrerte patentar.
- talet på lisensavtaler
 - Helse Bergen har 2 lisensavtaler.
- talet på bedriftsetableringar
 - Helse Bergen har 2 bedriftsetableringar
- Helse Vest RHF skal utarbeide rutinar som gjer det mogleg i større grad å identifisere eit innovasjonspotensial i forskings- og utviklingsprosjekt for å utnytte den samla forskings- og utviklingsinnsatsen på beste måten.

Det blir arbeidd med dette i helseføretaka. Helse Stavanger har til dømes eit godt samarbeid med Prekubator AS som er sjukehusets TTO-aktør (Technology Transfer Office) og som slik er med på å identifisere innovasjonspotensialet i forskjellige forskings- og utviklingsprosjekt. I Helse Bergen er det sett i gang eit arbeid med systematisk gjennomgang av forskings- og kvalitetsprosjekt med tanke på innovasjon. Helse Førde har sett i gang eit større arbeid for å utvikle ein forskingsstrategi.

2.1.8 Opplæring av pasientar og pårørande

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal tilby opplæring i lærings- og meistringssenter eller i andre delar av spesialisthelsetenesta til dei pasientane som har behov for det, medrekna kronikarar og pasientar med funksjonshemmingar.

Lærings- og meistringssentra (LMS) i Helse Vest sine føretak har hatt stor aktivitet i 2009, og det er utvikla fleire opplæringstilbod til fleire pasientgrupper.

I 2009 blei det initiert eit samarbeid mellom alle helseføretaka for å utvikle ein felles kursdatabase for opplæringstilbod i regionen. LMS i Bergen leia prosjektet. LMS i Bergen gir hjelp til avdelingar i alle helseføretaka i regionen med å kartleggje all opplæring av pasientar og pårørande i databasen. Det er under planlegging eit samarbeid mellom Helse Vest og dei andre regionane om ein nasjonal kursdatabase.

Helse Stavanger

LMS i Helse Stavanger har i 2009 gitt tilbod til 13 ulike diagnosegrupper med til saman ca. 600 pasientar i alderen frå 0-70 år. I tillegg er det pårørande med på dei fleste kurs. Det er starta opp tilbod til aldersgrupper som barn og unge for fleire av diagnosegruppene. Arbeidet med å utvikle gode opplæringstilbod til ungdom er i startgropa. I 2009 er det starta opp kurs for ungdom med CFS/ME og ungdom med diabetes. Dette er ein utfordrande gruppe å arbeide med, samtidig som dette er eit svært viktig arbeid slik at ungdommane blir i stand til i større grad å leve godt med sin kroniske sjukdom og/eller funksjonsnedsetting. Det er starta eit arbeid med å registrere kurs inn i Helse Vest sin felles database.

Lærings- og meistringssenteret fikk i 2009 tildelt 100 000 kr i "Såkornmidlar" frå Helse Vest, til prosjektet "Overlevelseskurs for ungdom". Arbeidet med prosjektet blir vidareført i 2010. Prosjektet har ei prosjektgruppe som består av 4 ungdommar, og samarbeid med Stavanger kommune gjennom helsestasjon for ungdom og fritidsavdelinga.

I 2009 er familieretta tilbod gått frå ei prosjektfase til ei driftsfase. Kurstilboda blir forankra i dei avdelingane som har ansvar for dei ulike pasientgruppene og det blir etablert gode samhandlingsrutinar. Kurstilbod til diabetes-, KOLS- og Cøliakipasientar er veletablerte og har ein høy kvalitet. Evalueringa frå kursa er god.

Lærings- og meistringssenteret blei i 2009 styrka med 1,5 stilling i samband med styrking av rehabiliteringsfeltet.

Helse Fonna

LMS Haugesund er organisert i medisinsk klinikk. Det er eit variert kurstilbod i samarbeid med dei ulike klinikkane og brukarorganisasjonane. Type kurstilbod er avhengig av etterspurnad og tilgang på fagressursar. Store sjukdomsgrupper som hjartesjukdom, lungesjukdom og diabetes har faste kurs. Klinikk for psykisk helsevern har etablert LMS-teneste som tilbyr opplæring av pasientar og pårørande. Det er godt utbygd LMS-tilbod for barn. Det skal bli oppretta ei arbeidsgruppe for å sikre vidareutvikling i tråd med nasjonale føringar.

Utviklingsarbeid blir gjort for å leggje kurstilboda inn i kursdatabasen i Helse Vest. Kurstilboda er tilgjengelege på intranett. Integreering av LMS i behandlingsskjedene har eit stort fokus og det er arbeidsgrupper som arbeider med dette. Det er god kontakt med brukarorganisasjonane og systematisk bruk av likemannsarbeid.

Helse Bergen

Der er mykje opplæring av pasientar og pårørande på sjukehuset, både individuelt og i grupper. På LMS har det vore ein kraftig auke av tilbodet i 2009. Helse Bergen har to lærings- og meistringssentra (LMS), eitt på Voss og eitt i Bergen. Hovudverksemda er å støtte sjukehusa i å tilby gruppebaserte meistringstilbod retta mot brukarar og pårørande og å halde kurs i

helsepedagogikk for helsepersonell. LMS i Bergen er òg eigd av Haraldsplass Diakonale Sykehus og driv verksemda i nært samarbeid med brukarorganisasjonane og på tvers av sjukehusa. Kurstilbodet ved LMS-a i Helse Bergen auka i 2009 til å omfatte 50 diagnosetilbod.

Helse Bergen har stor merksemd på brukarmedverknad. Brukarutvalet har representasjon både i styringsgruppa og nettverksgruppa for LMS, og brukarane er ein likestilt partnar i utvikling, gjennomføring og evaluering av alle tilbod.

I dag får mange pasientar og pårørande opplæring i dei ulike avdelingane på sjukehusa, både ein-til-ein og i gruppe. Kursdatabasen, som LMS i Bergen har utvikla, er eit verktøy for å publisere, administrere kurs og kvalitetssikre arbeid med opplæring. At alle gruppebaserte tilbod no blir synlege i ein webbasert kursdatabase, gjer dei tilgjengeleg for pasientar, pårørande og tilvisande legar.

LMS i Bergen leia det uformelle regionale opplæringsnettverket for dei 10 LMS-a i Helse Vest og arrangerte mellom anna ein større opplæringskonferanse i august.

I 2009 utvikla LMS i Bergen eit kurs for helsepersonell i sjukehus og kommunar som fremmar pedagogisk kompetanse. Tilbodet er også ope for brukarrepresentantar og var fullteikna i 2009. Det fekk gode evalueringar frå deltakarane.

I samband med Samhandlingsreforma inviterte føretaket i november dei 4 samarbeidsutvala for 22 kommunar til samhandling om lærings- og meistringstilbod til pasientgrupper innan rus/psykiatri, overvekt, diabetes og KOLS.

Helse Førde

Helse Førde samarbeider med FFO (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon) /SAFO (Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner), brukarorganisasjonar og fagpersonell i planlegging av læretilbod. Det er utarbeidd ein aktivitetsplan med eit breitt tilbod av lærings- og meistringssaktivitetar.

I Helse Førde samarbeider BUP og barneavdelinga om stilling til familieretta læretilbod. Dei tilsette ved Lærings- og meistringssenteret blir brukt fleksibelt.

Kursa blir godt annonsert i m.a. lokalavisar. Aktivitetsplan er tilgjengeleg på Helse Førde sine nettsider og som eiga brosjyre som blir sendt til kommunane, legekontor, pleie- og omsorg, helsestasjonar, helsestasjonar m.m. Ei arbeidsgruppe arbeider med desentralisert KOLS-skule. Det er òg samarbeid om DIA-kurs (diabetes) i Lærdal. Fagpersonell i Helse Førde er med i planlegging, gjennomføring og evaluering av læretilboda og har det faglege ansvaret.

Brukarrepresentant er med i planlegging, gjennomføring og evaluering av læretilbod/meistringskurs.

2.1.9 Opplysningsplikta til helsepersonell ved mogleg mistanke om at barn er utsett for straffbare handlingar og informasjon til foreldre om helsetenesta sitt tilbod om undersøking av dødsstaden

Tiltak for oppfølging:

- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaka grundig følgjer opp helsepersonells opplysningsplikter ved mogleg mistanke om at barn er utsett for straffbare handlingar. Det

vises vidare til helsepersonelloven §§ 32 og 33 om opplysningsplikt til høvesvis sosialtenesta og barnevernet.

Det er rutinar for dette i helseføretaka. Helse Stavanger melder om at det er låg terskel for bekymringsmelding til barnevernet ved mistanke. Det er og tett samarbeid med sosionom. Helse Fonna har faste rutinar for vidare opplysningsplikt til rette instansar. I Helse Bergen er det jamn merksemd på dette. Det er generelt låg terskel for å ta kontakt med barnevernstenesta ved mistanke om omsorgssvikt og/eller straffbare handlingar mot barn. Føretaket tar førespurnader frå barnevernstenesta alvorleg og melder skriftleg tilbake på innan tidsfristen. Dette er òg implementert i psykisk helsevern.

- Ved plutsleg og uventa barsedød skal helseføretaka informere foreldra om helsetenestas tilbod om undersøking av dødsstaden. Dersom foreldra samtykkjer skal helseføretaket informere /kontakte Folkehelseinstituttet, som ansvarleg for ordninga. Det skal først i barnets journal at foreldra er informert og om de ønskjer å ta imot tilbodet. Det vises til Budsjett innst. S nr. 11 (2008-2009) og St.prp. nr. 67 (2008-2009) kap. 700 post 01 kor dette er omtalt nærmare.

Ordninga er kjent i føretaka, men det vil vere behov for meir systematiske rutinar for å sikre ordninga. Helse Stavanger har utarbeida eigne rutine ved krybbedød/plutsleg uventa dødsfall hos barn. Helse Bergen har gode rutinar, og har innarbeidd dette i Barneklubben sine oppdaterte retningslinjer for handtering av plutsleg og uventa spedbarnsdød. Retningslinjene er no ute til høyring. Barneklubben sine legar er munnleg og skriftleg informerte om endringane.

2.1.10 Arbeidsintensive investerings- og vedlikehaldstiltak i 2009 - regjeringa si tiltakspakke

I tilleggskildene til oppdragsdokumentet for 2009 av 3. mars 2009 blei Helse Vest RHF gitt ei løyving på 188 mill. kroner som tilskot i samband med finanskrisa. Midla er nytta til gjennomføring av den konkrete tiltakslista som blei vedteken av styret i Helse Vest RHF i styremøte 17. februar 2009, sak 018/09. Alle prosjekta er tiltak som har meir enn 50% byggfagarbeid og som ikkje var ein del av det planlagde vedlikehaldet for 2009.

Tiltaksmidlane blei tildelte dei fire sjukehusføretaka og to private ideelle sjukehus, Haraldsplass Diakonale sjukehus (HDS) og Haugesund Sanitetsforenings Revmatiskesjukehus (HSR). Helseføretaka/dei private sjukehusa har sjølve vore ansvarlege for gjennomføring av prosjekta. Det har vore oppnemnd ein byggherreprosjektleiing som har hatt ansvar for prosjektgjennomføringa for kvar juridisk eining.

Framdrifta på prosjekta er rapportert til Helse Vest RHF kvar månad. Den fysiske framdrifta har i hovudsak vore i samsvar med plan. Status ved utgangen av 2009 var som følgjer:

- Helse Bergen; alle prosjekta ferdigstilt, men det gjenstår noko på endeleg dokumentasjon og fakturering.
- Helse Stavanger; prosjekt knytt til MOBA, isloat og intensiv er gjennomført i tråd med plan. For dei resterande prosjekta gjenstår mindre arbeider som blir ferdigstilt i januar 2010.
- Helse Fonna; prosjektet er ferdig, men det gjenstår noko på dokumentasjon. Det er samstundes rapportert at uføresette kostnader har ført til eit overforbruk på kr 4,5 mill.

- Helse Førde; alle prosjekta er ferdige med unntak for Tronvik. På grunn av asbestfunn blir dette prosjektet forseinka med 1,5 månad. Det er venta at areala vil vere innflyttingsklare i veke 7. Ekstrakostnadene ved asbesteksponeringa utgjer ca kr 800.000,-.
- Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus og Haraldsplass Diakonale sjukehus har begge ferdigstilt sine prosjekt.

2.2. Rapportering på krav i føretaksprotokoll

2.2.1 Resultatkrav 2009

I føretaksprotokoll frå møtet den 27.01.2009 blei resultatkravet til Helse Vest sett til eit resultat i balanse. Helse Vest hadde ved inngangen til 2009 ei betydeleg omstilling utfordring. Helseføretaka har i sitt budsjettopplegg innarbeida omstillingstiltak på til saman kr 390 mill. I rapporteringa pr. november ligg føretaka an til ein realiseringsgrad på om lag 65 % av omstillingstiltaka. Det er framleis stor variasjon mellom føretaka med omsyn til gjennomføringsgrad på tiltakspakka. Det er Helse Bergen og Helse Fonna som hadde høgast realiseringsgrad på om lag 93 til 94 %, medan Helse Stavanger har den lågaste realiseringsgraden på 38 %.

2.2.2 Endring av resultatkrav 2009

I møte den 3/2-2009 under sak 006/10 B har styret i Helse Vest fastsett nytt resultatkrav på helseføretaka for 2009. Endringa i resultatkravet blei gjort med bakgrunn i kostnadsfri bruk av rehabiliteringsinstitusjonar i andre regionar vart oppheva frå 1/1-2009. Bakgrunnen for dette var at Helse Vest frå og med 2009 hadde fått om lag halvdel av auka middel som følgje av implementering av ny nasjonal inntektsmodell (Magnussen-utvalet), og at det i denne fordelinga var teke omstyn òg til middel til rehabilitering. Det var i byrjinga av året uklart kor mykje kostnadene knytt til gjestepasientoppgjeret innan rehabilitering ville dreie seg om. For at ikkje helseføretaka skal få eit resultatmessig avvik som følgje av dette, har ein difor valt å endre resultatkravet til HF-a slik at rehabilitering ikkje forverrar resultatet til føretaka. Resultatjusteringa er basert på eit gjestepasientoppgjær som utgjer 75% av totalkostnaden.

Nytt resultatkrav blei fastsett som følgjer:

Resultatkrav 2009	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Apoteka	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Opprinneleg resultatkrav 2009	20 000	-	25 000	-40 000	7 833	105	40 000	52 938
- justering av resultatkrav pga gjestepasientar rehabilitering	-8 456	-5 934	-12 125	-6 389	-	-	32 905	
Justert resultatkrav 2009	11 544	-5 934	12 875	-46 389	7 833	105	72 905	52 938

Førebels resultatprognose for 2009 viser eit overskot på om lag kr 147 mill. Detter er eit positivt avvik i forhold til budsjett på om lag kr 94 mill. Førebels resultat pr. føretak er som følgjer:

	Hittil pr. desember		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Apoteka Vest	7 318	7 833	-515
Helse Bergen	51 448	12 875	38 573
Helse Fonna	-4 234	-5 934	1 700
Helse Førde	-100 831	-46 389	-54 442
Helse Stavanger	-79 403	11 544	-90 947
Kjøp av helsetenester	267 553	72 905	194 648
Administrasjonen	1 186	0	1 186
Helse Vest IKT	4 301	105	4 196
Sum	147 340	52 939	94 401

Rekneskapen for 2009 er framleis ikkje ferdig og er ikkje gjennomgått av revisor. Det må derfor takast atterhald for endringar i resultatet.

Det er første gang føretaksgruppa har klart å oppnå økonomisk balanse. Til tross for ei betydeleg økonomisk omstillingsutfordring ved inngangen til 2009, har føretaksgruppa gjennom fokus på økonomistyring klart å realisere tiltakspakkar som tilsvarer om lag 260 millionar kroner. Helse Vest har i 2009 fått tildelt om lag halvdelen av midla frå nytt inntektssystem. Resterande del er implementert frå og med 2010. Dette saman med omstillingstiltaka har gjort at Helse Vest klarte å styre verksemda inn mot eit positivt resultat i 2009.

2.2.3 Intern kontroll og risikostyring

Internkontrollen skal sikre at aktiviteten i verksemda blir planlagt, organisert, utført og vidareført i samsvar med fastsette krav. Dette for å auke evna til å nå dei måla som er sette. Sentrale faktorar for internkontrollarbeidet i Helse Vest er risikostyring, plan- og tiltaksarbeid, evaluering og kontrollaktivitetar med påfølgjande rutinar for korrigeringar.

- Føretaksmøtet bad om at rapport frå styret sin gjennomgang av risikostyring og intern kontroll blir lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2009. I tillegg skal det bli gjort greie for dette arbeidet i årleg melding.

Helse Vest har også i 2009 arbeidd med å styrkje dette arbeidet. I tråd med vedtekne retningslinjer for risikostyring i Helse Vest er det i tilknytning til utarbeiding av styringsdokumenta for 2009 definert nokre utvalde overordna styringsmål som er følgde særskilt opp gjennom året. Måla har vore felles for heile føretaksgruppa, men det enkelte helseføretak har i tillegg definert eigne verksemdspesifikke mål/ høgrisikoområde. Risikovurdering per 2. tertial blei lagt fram for styret i Helse Vest RHF i styremøtet i oktober 2009. Rapport frå styret sin gjennomgang av risikostyring og intern kontroll blei oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 02.10.2009.

Retningslinjene som er utarbeidd for gjennomføring av overordna risikostyring blei evaluerte hausten 2009. Styret i Helse Vest RHF ga i styremøte 3. februar 2010 tilslutning til dei reviderte retningslinjene. Det er også sett i verk eit arbeid for å utvikle eit opplæringsprogram i risikostyring til bruk i føretaksgruppa.

2.2.4 Etablering av kompetansenettverk for betre økonomisk styring og kontroll

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å delta aktivt i eit nettverk for økonomisk styring/ ”controlling” på tvers av regionale helseføretak og helseføretak. Dette for å leggje til rette for utveksling av erfaringar og utvikling av betre metodikk og rutinar enn i dag. Sentrale tema for nettverket bør vere korleis økonomisk planlegging, oppfølging og analysar, både mellom regionale helseføretak og helseføretak og internt på dei einskilde helseføretaka, kan vere til hjelp for leinga sine avgjerder og medverke til å avdekkje avvik og identifisere korrigerande tiltak. Helse Midt-Noreg RHF er bedt om å etablere og leie kompetansenettverket.

Nettverk for økonomistyring er etablert med deltakarar frå alle regionar og rapporterer til kollegiet av regionale økonomidirektørar. Fokusområdet er delt i to område, høvesvis erfaringsoverføring og utviklingsoppgåver. I 2009 har det i tilknytning til erfaringsoverføring vore fokus på budsjett og omstilling. I tillegg har nettverket gjennomgått kva som skjer på analyseområdet i den enkelte region. Nettverket ser det som ei viktig oppgåve å få til erfaringsoverføring og samarbeid mellom økonomi- og analysemiljø i dei regionale føretaka. I januar 2010 arrangerte nettverket derfor eit nasjonalt seminar med fokus på analyse og verksemdsstyring kor det var brei deltaking frå alle RHF.

2.2.5 Etablering av kompetansenettverk for betre likviditetsstyring

Det er gjort ei omfattande innstramming i moglegheit til å ta opp nye driftskredittar og likviditetssituasjonen er stram. Styring og kontroll med den til ei kvar tid tilgjengelege likviditeten er blitt stadig viktigare.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om aktivt å ta del i eit kompetansenettverk for å betre likviditetsstyringa på tvers av regionale helseføretak og helseføretak. Formålet er å utvikle god metodikk, gode system og rutinar for likviditetsoppfølging og prognostisering. Helse Nord RHF er bedt om etablere og leie kompetansenettverket.

Dei fire helseregionane har etablert kompetansenettverk for betre likviditetsstyring. Kompetansenettverket har kartlagt og gjort greie for prognosemodellane og likviditetsoppfølginga i dei einskilde regionane. Alle regionane nyttar egne enkle prognosemodellar som blir laga i excel. Dei enkle prognosemodellane gir tilstrekkeleg presis informasjon om størrelse på og endringar i likviditet i regionane, slik at leinga veit når det er behov for å setje i verk tiltak for å handtere knapp likviditet.

Konklusjonen er at det ikkje er behov for å skaffe til veie og implementere avanserte likviditetsmodellar. Regionane utvekslar erfaringar med sine respektive modellar.

Alle fire regionane har konsernkontoavtaler med ein hovudbank. Dette gir god sentral og samla oversikt over føretaksgruppa sin likviditet, og inneber i realiteten at det er morselskapet som eig og disponerer alle bankinnskott. Alle regionar tar opp investeringslån i Noregs Bank og låner dei ut til egne HF for å gjennomføre store investeringsprosjekt. Alle regionar vidarefordelar investeringslån som blir rentebelasta. Men eigenfinansierte investeringar blir behandle ulikt i dei enkelte regionane. Grunngevinga for dei ulike regima er kort sagt slik:

Midt-Noreg og Sør-Aust har eit sentralt regime for godkjenning av alle investeringar, derfor blir rentekostnadene fordelt på alle HF.

Grunngjevinga for modellen i Vest og Nord er at alle kostnader og inntekter/innsparingar som følgjer av ei investering skal belastast/godskrivast rekneskapen i det HF investeringa blir gjennomført.

2.2.6 Investeringar og kapitalforvaltning

I tabellen under er det gjort ei samanstilling på rapportering av investeringar i helseføretaka pr. 31.12.2009. Det er usikkerheit i tala då rekneskapen ikkje er ferdig avstemt og gjennomgått av revisor.

Helse vest RHF	Utbetalt hittil pr 31/12 - 2009	
Prosjekter og bygningsmessige investeringer	Bygg	Utstyr
MOBA	17552	1355
BUPA	5399	0
Stavanger DPS	1056	0
MOBA ny etasje	243	0
Parkbygget	32835	0
Laboratoriebygget	121539	0
Øvrige bygningsmessige investeringer	312 827	0
Utstyr. mv		
Medisinsk teknisk utstyr		344 217
IKT- utstyr		184 633
Annet		56 488
Sum totale investeringer	491 451	586 693
SUM investering 2009		1 078 144
Herav:		
Tiltakspakke (sysselsettingsmidler)		-89 680
Avsatt for anlegg under utførelse i 2008		-19 000
Pandemi		-10 400
Gaver og refusjoner		-165 238
Korrigert investeringsbeløp		793 826

Samla investeringsbeløp er på kr 1,078 mrd. I dette beløpet ligg det bokførte investeringar som er finansiert gjennom tiltakspakke (sysselsettingsmidlar), ekstra middel til pandemi, gåver og andre refusjonar. I tillegg var det sett av for aktivert investeringar i 2008 som likviditetsmessig belastar 2009-rekneskapen. Når ein tar høgd for desse forholda utgjer investeringane for 2009 kr 794 mill. Investeringsbudsjettet for 2009 er på kr 781 mill. Avviket ligg hovudsakeleg i Helse Bergen og skuldast at dei ikkje fullt ut klarte å handtere etterslep av investeringar frå tidlegare år inn i det nye investeringsregimet. Dette er eit forhold som no er på plass i Helse Bergen. Det er og eit meirforbruk i Helse Førde og eit lite avvik i Helse Stavanger. Helse Vest IKT og Apoteka Vest har investert for eit lågare beløp enn budsjett slik at samla avvik på investeringar utgjer kr 13 mill i meirforbruk.

Helse Vest har i 2009 fått tildelt lån på kr. 40 mill til Haukeland universitetssjukehus. Lånet er gitt til Helse Bergen for finansiering av det nye laboratoriebygget. Det er ikkje tildelt lån til investeringar for 2010.

Pr. utgangen av 2009 er det konvertert ytterlegare byggjelån kr 662 mill til langsiktig lån. Dette gjeld følgende prosjekt:

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporteringsskjema for lån under opptrekk pr. 31.12.2009				
Helse Vest RHF				
Ettårig låneopptak		Låneopptak 2009		Antatt/ Gjennomsnittlig levetid.
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2009		0		
Byggjelån videreført fra 2008 som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.09	Lånesaldo pr 31.12.08 (inkl. renter)	Låneopptak 2009	Tidligere byggjelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.09 (eksl. renter 2009)	Antatt levetid
Hudbygget	10 718 154		10 718 154	
Nordås	17 651 753		17 651 753	
Laboratoriebygg	593 584 823	40 000 000	633 584 823	
			0	
Sum tidligere byggjelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.09	621 954 730	40 000 000	661 954 730	
Byggjelån for videreføring	Lånesaldo pr 31.12.08 (inkl. renter)	Låneopptak 2009	Sum byggjelån for videreføring pr 31.12.2009 (eksl. renter 2009)	
Bupa	107 181 539		107 181 539	
Sandviken sykehus trinn 2	42 872 615		42 872 615	
Krohnsminde (Fjell og Årstad)	7 000 000		7 000 000	
Omfordeles fra Helse Førde til annet HF	1 117 968		1 117 968	
Sum byggjelån for videreføring	158 172 122	0	158 172 122	
Sum låneopptak 2009		40 000 000		
Sum låneopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.09			661 954 730	

2.2.7 Ny inntektsmodell

Helse Vest har gjennom fleire prosjektfasar arbeidd med utvikling av inntektsmodell for fordeling av basisramme til dei fire sjukehusføretaka. Etter at Magnussenutvalet sin rapport var behandla i Stortinget, gjennomførte Helse Vest våren 2009 ei oppdatering av modellen i tråd med dei nyaste nasjonale analysane. Både helseføretaka og tillitsvalde var involvert i arbeidet, som var leia av Jon Magnussen (NTNU). Den nye modellen blir oppfatta som betre både gjennom bruk av oppdatert metode, men òg gjennom at bruk av skjønn er handtert på ein meir ryddig måte.

Arbeidet med revisjonen av modellen resulterte ikkje i store omfordelingseffektar mellom føretaka, noko som har gjort implementeringa av modellen lettare.

Helse Vest har ikkje etablert eigne tilbod i konkurranse med noverande funksjonar.

2.2.8 Utvikling av HR-området

Helsepersonell – eit godt arbeidsmiljø

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF la vekt på å sikre eit godt arbeidsmiljø i helseføretaka, både med sikte på måla for "God vakt" og Inkluderande Arbeidsliv. Føretaksmøtet la vidare tilgrunn at Helse Vest RHF følgjer opp tilsynsrapportane og sikrar at avvik blir lukka. Det blei og vist til pkt. 4.2.2 som stiller krav til at omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med dei tilsette og organisasjonane deira.

Føretaksgruppa i Helse Vest har i fellesskap laga ein strategi for å løfte vernetenesta. Eit viktig tiltak er etablering av HMT-råd, samling for alle hovudverneomboda og klinikkverneomboda i føretaksgruppa. Det er gjennomført ulike tiltak. Vernetenesta har mellom anna etablert ein felles strategi for perioden 2010-2014. Det blir etablert faste vernerundar for å styrka fokuset på HMS-området i heile føretaksgruppa. Føretaka har om lag 60 ulike tiltak for å redusere sjukefråveret. Alle føretaka har eit kortare gjennomsnittleg sjukefråvær ved utgangen av 2009 i høve til tidlegare år.

Helsepersonell – eit mangfaldig arbeidsliv

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sikre at rekrutteringspolitikken i føretaksgruppa blir utforma for å støtte målet om eit mangfaldig arbeidsliv.

Føretaksgruppa Helse Vest skal spegle samfunnet. Det er ein bevisst strategi å rekruttere på ein måte som gir mangfald. Føretaksgruppa har i følgje statistikk frå SSB 7,7% innvandrarar av tal tilsette med ei god fordeling mellom vestlege og ikkje vestlege. Det er inngått samarbeidsprosjekt mellom Helse Vest, Helse Stavanger og Rogaland Fylkeskommune for å styrka rekrutteringa blant innvandrargrupper som har låg sysselsetting. Dette er eit prosjekt som går over fleire år. Deltakarane gjennomgår grunnleggjande språkopplæring, vidaregåande opplæring innan helsefagarbeidarfaget og til sist gjennomført læretid i Helse Stavanger.

Reduksjon i uønskte deltidstillingar

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sørgjer for at kvart av helseføretaka framleis har merksemd på uønskte deltidstillingar, og sett i verk tiltak som legg til rette for auka stillingsdelar. Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF rapporterer kva tiltak som er sett i verk for å leggje til rette for auka stillingsdelar og om effekten av tiltaka som er sette i verk, i årleg melding.

Føretaksgruppa har saman med føretaka gjennomført ulike tiltak for å redusere uønska deltid. Det er eit ynske å få til god arbeidsplanlegging som kan medverke til å redusere uønska deltid. Føretaka har alle ulike tiltak og strategiar for å få å unngå uønska deltid.

2.2.9 Oppfølging av juridisk rammeverk

Stifting og legat

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF oppdaterer tidlegare kartleggjingar av helseføretaka sitt engasjement i stiftingar og legat og klarlegg forholdet mellom opprettar og eventuell mottakar (jf. stiftelseslova § 19). Dette for å vurdere og eventuelt rette opp forholdet til aktuelle stiftingar og legat slik at det samsvarar med gjeldande regelverk og retningslinjer. Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF rapporterer om plan for arbeidet innan 1. oktober 2009.
- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sikrar at helseføretaka har rutinar for at deira kontakt med stiftingar blir revidert i forhold til gjeldande regelverk og retningslinjer, t.d. med hjelp av helseføretaket sin revisor.

Helse Vest RHF har oppdatert tidlegare kartleggjing ved å nytte eit skjema som er utarbeidd i samarbeid med dei 3 andre RHF-a. Kartleggjinga viser at 2 av helseføretaka – Apoteka Vest og Helse Førde – ikkje har oppretta stiftingar, legat m.v. eller etablert forhold til slike.

Når det gjeld Helse Stavanger og Helse Bergen, viser rapporteringa frå desse at status er at føretaka i all hovudsak er i samsvar med lova. Helse Vest RHF har likevel i brev til desse 2 føretaka særskilt peikt på at dei må vurdere habiliteten til nokre styremedlemmer som er oppnemnde av føretaka i stiftingar som føretaka har eit forhold til. Dessutan har Helse Vest RHF bede om at føretaka bekreftar at dei har etablert rutinar for revisjon av føretaka sin kontakt med stiftingar i samsvar med pkt. 5.3.1. i føretaksprotokollen.

Når det gjeld Helse Fonna, viser kartleggjinga ein status med betydelege avvik i høve lova om stiftingar. Dette er grunna i at føretaket har ei rekkje fond som det er knytt vilkår til utan at desse er registrerte i stiftingsregisteret og styre etablert, slik lova krev. Dette er tatt særskilt opp i brev til Helse Fonna, med krav om at føretaket rapporterer når dei har etablert ein status som er i samsvar med lova. Helse Fonna har rapportert at dei har sett i gang arbeid med å etablere slik status, men Helse Vest RHF avventar framleis endeleg tilbakemelding på status.

2.2.10 IKT

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er eit viktig verkemiddel for å realisere mål om heilskap og samhandling i helsetenesta. Tiltak på IKT-området vil derfor vere ein viktig del av samhandlingsreforma. Visjonen er å utvikle heilskapelege system for sikker og oppdatert forvaltning av informasjon og dokumentasjon, og i større grad ta i bruk pasientverktøy for kliniske og førebyggjande aktivitetar. Det er i den samanhengen særleg viktig at det blir utvikla IKT-infrastruktur som legg til rette for betre samhandling mellom ulike aktørar i helsetenesta.

- Føretaksmøtet merkte seg at regjeringa har vedteke å greie ut om det med utgangspunkt i Norsk Helsenet, skal etablerast ei statleg eining som skal ha eit heilskapeleg ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur i helsetenesta.

I tillegg til nettverk og infrastrukturtenester kjøper Helse Vest tenester til applikasjonsforvaltning (spesielt pasienttransport) og formidling av meldingstenester i 2009.

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF kontrollerer at arbeid for sikkerheit knytt til IKT er forankra i leiinga i kvart av helseføretaka. Arbeidet for sikkerheit må ha ei formålstenleg organisering med klare retningslinjer for korleis ein skal sikre tryggleik og rutinar for

autorisasjon for tilgang til pasientsystem. Arbeidet for sikkerheit skal og omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og analysar for risiko og sårbarheit.

IKT-områder arbeider kontinuerleg med risiko- og sårbarheitsanalyser sett frå leveransestad. Vidare er det gjennomført prosjekt og piloteringsarbeid hos helseføretaka for ytterlegare å trygge beredskapen ved eventuell bortfall av IKT og/eller infrastruktur. Opplæring i IKT-sikkerheit og rutinane for dette er gjort tilgjengeleg i vår felles e-læringsportal. Fleire av føretaka har gjort denne modulen obligatorisk for alle tilsette. Det vert no rulla ut leiarverktøy i ein felles applikasjon for tilgangskontroll på applikasjonsnivå (Samlepunktet). Det felles EPJ-programmet har eigne aktivitetar for sikker og effektiv brukartilgong.

Krav til meldingsformat

Det er dokumentert store variasjonar knytt til kva meldingsformat og - versjonar dei ulike aktørane i helsetenesta har teke i bruk. Dette er til hinder for god kommunikasjon mellom partane. Gjennom ”meldingsløftet”, som er initiert av helsestyresmaktene, er det lagt vekt på at innføring av meldingsutveksling dei kommande åra skal skje samtidig og vere påreknleg. Dette krev klare krav til kva som skal implementerast og tidsfristar for når ulike meldingsstandardar skal takast i bruk.

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sørgjer for at helseføretaka følgjer opp dei måla og det handlingsprogrammet som er etablert i samanheng med ”meldingsløftet” (jf. programdirektiv ”Nasjonalt meldingsløft 2008-2010”). Føretaksmøtet bad også om at Helse Vest RHF i 2009 aktivt legg til rette for tilknytning til Norsk Helsenett sitt adresseregister.

Helse Vest er i rute med meldingsløftet i forhold til eige regionalt programdirektiv (basert på det nasjonale) og i fase med utrullinga av Felles EPJ i føretaksgruppa.

Adresseregister frå Norsk Helsenett er ein del av det regionale meldingsløftet, det står att nokre praktiske tilretteleggingar i samband med utlegging hos legekontor.

Elektroniske reseptar

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF hjelper til med å utvikle standardiserte løysingar (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sjukehus som byggjer på FEST. Gjennom 2009 skal prosessane for å førebu mottak av eResept bli vidareførte gjennom aktiv deltaking inn mot eReseptprogrammet og bestilling ved å nytte rammeavtaler med leverandørar med sikte på utbreiing i 2010.

Apoteka Vest deltek i nasjonale referansegruppe for eResept. Den nasjonale implementeringa av prosjektet er kraftig forsinka. Dei nasjonale pilotprosjekta er venta ferdigstilte i løpet av 2010. Utrulling avheng av oppgradering av Farmapro 5.0. For Apoteka Vest er den planlagt innført i 2011. Innføring av eResept kan for Apoteka Vest sin del tidlegast skje frå 2011. I tillegg må sjukehusa ha tilpassa sine system.

- Føretaksmøtet bad vidare om at Helse Vest RHF sørgjer for at nye blåresepter blir påførde refusjonskode i tråd med den nye ”blåreseptforskrifta”.

Ingen reseptar kan sendast til refusjon utan at koder er påført. Apoteka bidrar med at koder er påført før resept kan sendast. Det er legane sitt ansvar å påføre resepten ein kode.

Elektronisk meldeordning – redusere feil og uønska hendingar

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF i samarbeid med Statens helsetilsyn, hjelper til med innføring av elektronisk meldeordning.

Det elektroniske meldesystemet Synergi er implementert i alle HF, og det blir arbeidd med vidare utvikling av systemet. Det er etablert eit regionalt prosjekt under kvalitetssatsinga ; ”Læring frå uønskte hendingar”. Dette er nærare omtala under punkt 2.1.1 om kollektiv læring av feil og systemsvikt.

Helse Fonna har i samarbeid med Karmøy kommune gjort eit omfattande arbeid med å etablere elektronisk flyt av meldingar gjennom ”e-meldingsprosjektet” Prosjektet er avslutta og arbeidet blir vidareført som ein del av ”meldingsløftet”.

Helse Bergen tok i 2008 i bruk Synergi som er eit elektronisk system for intern registrering og rapportering av meldingar om uønska hendingar. I 2009 starta arbeidet med å overføre meldingar frå dette systemet til Helsetilsynet via AltInn. Automatisering. Dette arbeidet vil bli slutført 1. eller 2. kvartal 2010.

Automatisk oversending av frikort – overtaking av pasientreiser

I løpet av mars 2009 skal løysinga for automatisk oversending av frikort til brukarane per post vere ferdig utvikla med sikte på full drift frå 2010. Automatisk frikort baserer seg på opplysningar om eigendelar henta frå oppgjør frå behandlarar og tenesteytarar. Helsedirektoratet har ansvar for utvikling og innføring av løysinga.

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sørgjer for at alle eigendelar frå poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapporterte elektronisk til frikortløysinga i tråd med dei føringane som blir gitt for etableringa av denne.

Helse Vest har i 2009 førebudd seg og gjort nødvendige tiltak, slik at regionen skal vere klar for å innføre automatisk frikort (tak 1) 1. juni 2010. Dette arbeidet vil halde fram i 2010.

- Dei regionale helseføretaka skal overta ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjer for pasientreiser gradvis i perioden frå 1. september 2009 til 1. januar 2010.

Dei regionale helseføretaka har i fellesskap bidrege aktivt i arbeidet med overtaking av ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjer for pasientreiser. Dei regionale helseføretaka har i denne samanheng delteke i arbeid initiert av Helsedirektoratet, samtidig som ein i regionane har arbeidd med implementering av reforma. Dette arbeidet har vore organisert gjennom eigne regionale prosjekt. Helse Sør–Aust er vertskap for verksemda i Skien. Helse Vest har i 2009 teke over saksbehandlinga av reiser utan rekvisisjon, som tidlegare blei gjort av NAV. Eigenbetalingar frå pasientreiser utgjer 30 % av eigenbetalingsgrunnlaget.

2.2.11 Samordning av stabs- og støttefunksjonar

Helse Vest deltar i nasjonalt prosjekt for stabs- og støttefunksjonar. Fokus i prosjektet i 2009 har vore følgjande:

- Nasjonalt oppgjerskontor for gjestepasientar, der oppgåva i stor grad er lagt til Norsk Pasientregister utan at det i tillegg etablerer eit eige nasjonalt oppgjerskontor.
- Standardisering innanfor HR-området.

- Anskaffing av økonomi- og logistikksystem. Anskaffingsprosessen er i skrivande stund i gang og Helse Vest vil ta stilling til eventuelle avrop etter at lønnsemd er analysert og prioritering i investeringsbudsjett er vedtatt.

2.2.12 Oppfølging av miljøpolitikken

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å sikre ei heilskapleg tilnærming for å oppfylle dei nasjonale miljø- og klimamåla med utgangspunkt i tilrådingane i rapporten. Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å delta i og leie vidareføringa av dette arbeidet som skal organiserast som eit samarbeidsprosjekt mellom dei regionale helseføretaka. Det er viktig at arbeidet er forankra i leinga og at det blir arbeidd systematisk med dette.
- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å følgje opp tilrådingane frå rapporten når det gjeld utvikling av miljøkrav i samanheng med innkjøp. Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka vurdere strategiar for å nå regjeringa sine målsetjingar på miljø- og klimaområdet ved bruk av felles innkjøpsmakt, jf. punkt 5.3.2 i protokollen.
- Føretaksmøtet bad vidare om at Helse Vest RHF i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, etablerer eit miljø- og klimaforum innan 1. juni 2009. Forumet skal vere rådgivande og blir leia av Helse Vest RHF. Alle dei regionale helseføretaka og kvart av helseføretaka skal delta i dette forumet. Forumet rapporterer til samarbeidsprosjektet som er omtala over.
- Føretaksmøtet bad om at dei regionale helseføretaka i samarbeid vurderer om helseføretaka bør miljøsertifiserast. Rapport med vurderingar og tilrådingar sendes til Helse- og omsorgsdepartementet innan 1. juni 2010.

Arbeidet med dei nasjonale miljø- og klimamåla er etablert som eit samarbeidsprosjekt mellom dei 4 RHF-a, og med deltaking frå alle RHF-a og frå utvalde HF i prosjektgruppa. Dessutan er tillitsmannsapparatet representert i prosjektgruppa. Prosjektet er leia av Helse Vest og rapporterer framdrifta av arbeidet periodisk til RHF/AD-møtet som er styringsgruppe.

Prosjektgruppa har sett ned eit delprosjekt for innkjøp og utarbeidd særskilt mandat for dette arbeidet.

Miljø- og klimaforumet med representantar frå helseføretaka er etablert innan fristen, og så langt har det blitt avvikla 3 samlingar. Prosjektgruppa utarbeider saksliste til samlingane der dei tema som blir sette på dagsorden har samanheng med dei tema prosjektgruppa arbeider med i miljø- og klimaprosjektet.

Prosjektgruppa har nå eit hovudfokus på spørsmålet om ein bør tilrå at helseføretaka blir miljøsertifiserte og skal avlevere rapport om dette til HOD innan 1. juni d.å.

2.2.13 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigedommar

Dei regionale helseføretaka og helseføretaka skal sørje for at dei som har ansvar for forvaltning, drift og vedlikehald av spesialisthelsetenesta sine eigedomar er kjend med landsverneplanen for sektoren og at det venta forskriftsvernet som Riksantikvaren vil etablere for aktuelle verneobjekt i sektoren i 2009, blir overhalde. Dei verneinteressene som er sette i verneklasse 2, skal respekterast og innarbeidast i særskilde forvaltningsplanar på linje med dei eigedomane som blir underlagt eit forskriftsvern (verneklasse 1). Ved avhending av eigedom som er omfatta av landsverneplanen, skal formelt vern sikrast gjennom forskrift eller lokal reguleringsplan før

eigedomen går ut av spesialisthelsetenesta sitt eige. All avhending av eigedom som er omfatta av landsverneplanen, skal rapporterast til ein felles database.

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF innan 1. juni 2009 etablerer nødvendig kompetanse på kulturminnevern i tråd med vurderingane og vedtaka i det regionale helseføretaket i samanheng med oppfølging av dei krava som gjekk fram av protokollane frå føretaksmøta i januar 2008. Dette kompetansemiljøet/nettverket skal samtidig ta over ansvaret for databasen som er oppretta i samanheng med landsverneplanprosjektet. Helse Vest RHF skal saman med dei andre regionale helseføretaka evaluere om ordninga er fornuftig organisert og hensiktsmessig for føremålet, innan to år etter etablering.

Helse Vest RHF har delteke i etablering av eit fagleg nettverk leia av Helse Sør-Aust RHF og med ein representant frå kvar av helseregionane. Med bistand frå ein person med kulturminnefagleg kompetanse kan nettverket:

- gi råd til HF-a i samband med utarbeiding av forvaltningsplanar, gjennomføring av tiltak på verna objekt og vedlikehald og kjøp av tenester knytt til nemnte områder.
- gi råd til RHF-a i samband med behandling av forvaltningsplanar og byggetiltak/avvik og sal som skal føreleggjast RHF-et og eventuelt Riksantikvaren/ Helse- og omsorgsdepartementet.
- ivareta kompetanseutvikling på RHF-/HF-nivå.
- drifte databasen.

Dei regionale helseføretaka har i fellesskap avgjort å finansiere ei stilling med kulturminnefagleg kompetanse, som kan bistå nettverket. Tilsetjingsprosessen er i gang. Vedkommande vil vere tilsett i Helse Sør-Aust RHF.

Landsverneplanen Helse, og eit betydeleg biletarkiv som er bygd opp i samband med landsverneplanen, er under overføring frå Forsvarsbygg, som hadde ansvaret for utarbeiding av landsverneplanen. Ein tek sikte på at ein også samlar forvaltningsplanane for dei ulike verneobjekta i den felles databasen.

Helse Vest vil oppretthalde si deltaking i koordineringsgruppa for å slutføre arbeidet med landsverneplanen og ivareta meldingsrutinane for aktuelle byggjesaker.

- Føretaksmøtet la til grunn at den koordineringsgruppa som er nedsett tidlegare, skal ha ansvar for slutføring av landsverneplanen og å vareta dei etablerte meldingsrutinane for aktuelle byggjesaker fram til det blir etablert eit nytt kompetansenettverk

Koordineringsgruppa sendte Landsverneplan helse 18.06.2008 til Helse- og omsorgsdepartementet Ved oversending av planen peika Koordineringsgruppa på at enkelte forhold måtte avklarast nærare i dialog mellom helseføretak, Riksantikvaren og Helse- og omsorgsdepartementet. Drøftingane har gått føre seg i heile 2009 og medlemmer i Koordineringsgruppa har delteke i desse innanfor sine føretaksområde og leiaren i dei fleste. Koordineringsgruppa har også drøfta det vidare arbeidet med forvaltning av verneverdige bygg, medrekna organiseringa av arbeidet - behov for kulturminnefaglag kompetanse og fagnettverk.

Meldingsrutinane i samband med bygg og anlegg på verneplanen er kommuniserte til helseføretaka og medlemmane i Koordineringsgruppa følgjer opp innanfor sitt føretaksområde.

Samordna kommunikasjon

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF deltek i kommunikasjonsnettverket for å sikre samordna kommunikasjon og formålstenlege samarbeidsrelasjonar mellom regionane og internt i føretaksgruppa på dette området.

Regionane arbeider kvar for seg med å etablere nye regionale internettløysingar. Helse Vest si løysing tek utgangspunkt i det nasjonale rammeverket. Helse Vest startar pilotar på nyåret 2010 og tek sikte på at RHF-et og alle HF-a tek i bruk ny nettløysing i løpet av 2. tertial 2010. Mange interregionale og nasjonale kommunikasjonsspørsmål blir drøfta i eit felles etablert forum. Helse Vest deltek i det nasjonale arbeidet med ytterlegare å samordne kommunikasjonen. Dette gjeld på fleire område, men særleg den nettbaserte pasientinformasjonen. I helseregionen leiar kommunikasjonsdirektøren i Helse Vest det regionale kommunikasjonsnettverket. Dette blei etablert i 2002, og har jamleg dialog gjennom møte og telefonmøte.

2.2.14 Organisering av parkeringstilbodet ved sjukehus

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF følgje opp forslaget om å opprette eit partssamansett parkeringsutval ved kvart helseføretak. Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka evaluerer organiseringa av parkeringstilbodet i 2010.

Helse Vest RHF har vidareført dei anbefalingane som den regionale parkeringsrapporten datert 24. november 2008 tilrår. Alle helseføretaka i regionen har etablert partssamansett parkeringsutval. Helse Vest RHF vil i 2010 gjennomføre ei evaluering av parkeringstilbodet.

2.2.15 Nasjonalt program for kvalitetssikring i stråleterapi

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å hjelpe til med å identifisere område der det er behov for at Statens strålevern koordinerer arbeidet med kvalitetssikring i stråleterapi.
- Føretaksmøtet bad vidare om at Helse Vest RHF hjelper til i det nasjonale arbeidet med å setje fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillingar i stråleterapi og følgjer opp og implementerer tilrådingar som blir utarbeidde.

Helse Vest deltar kontinuerleg i dette arbeidet og har gitt fråsegn den 17.04.09 på felles parameter for rekvirering av stråleterapi.

2.2.16 Poliklinisk radiologi: kartlegging og informasjon

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å gjennomføre kartlegginga av poliklinisk radiologi. Det er lagt til grunn at arbeidet er ferdig innan 1. juli 2009 og Helse- og omsorgsdepartementet skal samtidig ha skriftleg orientering om resultatet. Det skal og gå fram korleis Helse Vest RHF vil følgje opp arbeidet framover.

Helse Vest dekkjer i dag behovet for poliklinisk radiologi gjennom eigne føretak og private ideelle sjukehus og private kommersielle aktørar. Private kommersielle aktørar har ein stor del av det polikliniske tilbodet i Bergen, Haugesund og Stavanger. Helse Vest har arbeidd med kartlegging av aktivitet innan poliklinisk radiologi. Det har vore auka ventetid innan dette feltet, gjeld til bruk av MR. Kartlegginga syner at utfordringa knytt til ventetid ikkje nødvendigvis er knytt til kapasitet i det aktuelle området. Utfordringane med auka ventetid kan og relaterast til reduksjon i

refusjonen slik at private aktører i langt større grad enn før har eit aktivitetsnivå knytt til taket i avtale med Helse Vest og ikkje produserer utover taket.

Det finnes ikkje normtal for kva som er rett bruk av røntgentenester, heller ikkje faglege retningslinjer. Det er derfor vanskeleg å vurdere kva som er behovet. Ut i frå datagrunnlag knytt til bruk av tenestene ser vi at det etter anbodsrunder i 2008 er blitt ei betre fordeling av dei private tenestene i føretaksområda dersom ein samanliknar korleis ressursane elles blir fordelt innan somatikken i vår region. Den største kapasitetsutfordringa er knytt til Helse Stavanger-området.

Helse Vest ser elles utfordringar med å sikre gode ordningar mellom private aktører og dei offentlege sjukehusa slik at undersøkingar gjort hos private er lett tilgjengelege for sjukehusa. Dette er sikra gjennom avtalene med private aktører. Når teleradiologiprojektet er ferdig etablert vil dette effektivisere arbeidet med overføring av bilete og tolkinga av desse frå private aktører til offentlege sjukehus.

Helse Vest ser det som ei utfordring framover å sjå på samarbeidet mellom primærhelsetenesta, dei private leverandørane og sjukehusa for å sikre ei samanhengande kjede der ein optimaliserer bruken av desse tenestene.

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF i framtidige avtaler med private røntgeninstitutt, stiller krav om at relevant informasjon om alternative behandlingstilbod m.m. går fram av dei private røntgeninstitutta sine tilvisningsblankettar. Helse Vest RHF skal og sikre at venta ventetid for dei lågast prioriterte pasientane blir rapportert til "Fritt sjukehusval" for publisering.

Helse Vest RHF har ikkje gjennomført anbudsprosess i 2009.

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF kritisk gjennomgår sitt eige informasjonsopplegg (medrekna nettsider) til pasientar med tanke på at relevant informasjon blir gjort tilgjengeleg på ein betre måte enn i dag.

Helse Vest legg opp til at det blir lagt ut oppdatert informasjon på Helse Vest RHF egne nettsider om ventetid hos private leverandørar som Helse Vest RHF har avtale med. Desse blir oppdater regelmessig.

2.2.17 Mobil digital røntgenteneste

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å vurdere tilbod om mobil digital røntgenteneste for sjukeheimspasientar.

Det er gjort ei vurdering av det å etablere mobile røntgentenester i nokre av føretaka. Dette blir i utgangspunktet sett på som eit godt tilbod til pasientane, men ein er usikker på om det lar seg gjere å etablere ordningar kor det er eit rimeleg forhold mellom ressursbruk og talet på pasientar som vil kunne ha nytte av dette.

Helse Vest RHF vil drøfte denne saka med dei andre regionale føretaka og nærare vurdere korleis og i kva omfang dette kan påverke talet på innleggingar før ein endeleg konkluderer i saka.

2.2.18 Rapportering av nøkkeltal

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF leverer data som er komplette og av god kvalitet til Norsk Pasientregister (NPR) og andre aktuelle dataleverandører. Det er særleg behov for å forbetre datakvaliteten innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling og innan psykisk helsevern for vaksne.

Helse Vest RHF rapporterer i høve til dei krav som blir stilt frå NPR. Vidare er kvalitetsforbetring av data frå alle sektorar ein sentral del av det regionale prosjektet "Helsefagleg styringsinformasjon".

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF sørgjer for at registrering og rapportering av eit felles minimum datasett for skade (FMDS) blir sett i verk så snart forskrifta for NPR tar til å gjelde, og at desse opplysningane blir rapporterte til NPR

Helse Vest RHF er ikkje i mål når det gjeld registrering og rapportering av FMDS. Helse Stavanger og Helse Førde har installert den tilleggsmodulen i Dips som er naudsynt for registrering, og kan starte med registrering våren 2010. Helse Fonna venter framleis på ein modul som blir utvikla av Hemit og regner med å starte registrering medio 2011. Helse Bergen vil først få på plass den nødvendige modulen frå Dips og planlegg oppstart hausten 2010.

- Føretaksmøtet merkte seg at Helse Vest RHF skal delta i ein gjennomgang av NPR si rolle som leverandør av styringsdata både på nasjonalt nivå og til dei regionale helseføretaka.

Delprosjekt for etablering av nasjonalt oppgjerskontor (NOK) er ein del av Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjonar. Målbildet for prosjektet er å etablere eit nasjonalt oppgjerskontor for gjestepasientoppgjer innan somatikk. Formålet med etableringa er å effektivisere økonomiske oppgjer på tvers av regionane og understøtte regionanes felles behov. Dette er no under implementering i regionane. Helse Vest deltar i prosjektgruppa.

Som følge av denne omlegginga av rapporteringa vil prosjektgruppa i NOK-prosjektet fortsetje samarbeidet på tvers av regionane bl.a. for å sikre at ein med grunnlag i rapportering kan motta styringsinformasjon i retur frå NPR. Dette arbeidet er nå i ein oppstartsfase.

2.2.19 Kostnader per pasient

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å foreslå aktuelle helseføretak til deltaking i KPP-prosjektet i tråd med dei føringane og fristane Helsedirektoratet gir.

Helse Vest deltek i KPP-prosjektet som er leia av Helsedirektoratet. Helse Vest er òg representert i pilotprosjekt ved Helse Fonna HF.

2.2.20 Etablering av svarteneneste for arts- og funksjonskontoplan

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om aktivt å bidra til å løyse problem ved spørsmål om arts- og funksjonskontoplanane. Helse Vest RHF blei og bedt om å ta eit særskilt ansvar for å sikre god dokumentasjon av avklarde problemstillingar og for å samordne og strukturere dei problemstillingane som dei regionale helseføretaka ønskjer å avklare med departementet.

Svartenesta er etablert og Helsedirektoratet har sendt ut skriv til alle helseføretaka om at tenesta er etablert. Helse Vest har etablert nødvendige rutinar. Det er førebels liten aktivitet knytt til tenesta.

3. STYRET SITT PLANDOKUMENT

Styret sitt plandokument viser hovudtrekk i den framtidige drifta til verksemda innanfor dei rammevilkåra som er gitt. I plandokumentet blir det også gjort greie for korleis utviklinga i folkesetnaden, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og forventingane til helsetenestene vil påverke behovet for å utvikle og endre tenestene og måten verksemda blir driven på.

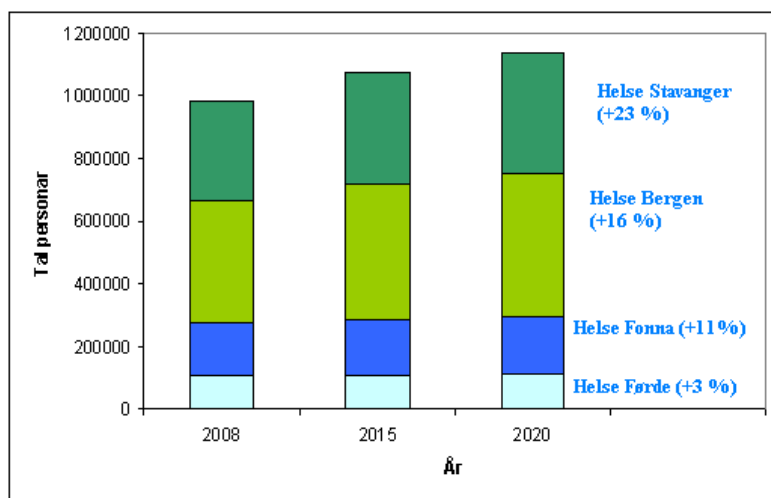
3.1 Utviklingstrendar og rammeføresetnader

3.1.1 Utviklinga innanfor opptaksområdet

Behovet for helsetenester er venta å auke som følgje av at både folkesamansetnaden, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og forventingane til helsetenestene endrar seg. Plandokumentet byggjer på HELSE 2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

Befolkningsutvikling

Det er venta ein auke i folketalet i Helseregion Vest på 16 % i perioden 2008–2020¹. Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 23 % i Helse Stavanger til 3 % i Helse Førde.

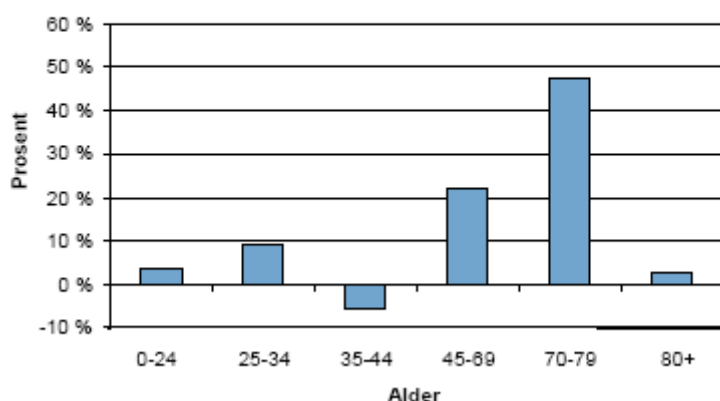


Helse Vest vil møte ei stadig eldre befolkning. Den største auken vil komme i aldersgruppa 70–79 år, som vil auke med 50 % frå 2008 til 2020. Talet på eldre vil auke mest i den sørlegaste delen av regionen. Den nordlegaste delen kjem likevel til å ha prosentvis flest innbyggjarar over 65 år. Talet på eldre vil òg auke sterkt etter 2020.

¹ Statistisk Sentralbyrå (SSB) Framskriving av folkemengda 2005–2025. 2008–2060. Nasjonale og regionale tal (20052008), mellomalternativet (MMMM).

Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper. 2008-2020

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



Busettingsmønsteret 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 levealderen 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 kommunhelsetenesta. Denne trenden vil halde fram, mellom anna med større etterspørsel etter sjukeheimsplassar 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 lidingar.

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 påvirke måten spesialisthelsetenesta blir organisert og driven på, og utforminga av tenestetilbodet.

Samhandlingsreforma, jf St.meld. nr 47 (2008-2009) vil leggje viktige premissar 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 påvirke både etterspørselen etter helsetenester og korleis vi kan organisere tilbodet.

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). Spesialisthelsetenesta 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. Spesialisthelsetenesta 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. Ansvaret 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 3,7 prosent i regionen i 2008 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 smittsomme 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.

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 kartlegge 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 forebygging av akutte infeksjonssjukdommar og mot nokre kreftformer.	Blir viktigare i behandlinga av ei rekkje sjukdomsgrupper.
Vevs- og organdykking (Tissue engineering)	Forsking 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 forbedre ledd osv.
Gentesting	Under innføring. Identifiserer gen som er ansvarleg for sjukdom.	Meir "personleg" medisin med tilpassa behandling.
Farmakogenomikk	"Skreddarsaum" av behandling hos enkeltindivid/grupper er teke i bruk.	Aukande bruk for å identifisere risiko for sjukdom. 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 korrigierast.
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.

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 resultata 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 premiert
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

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 2011 (datert 11.12.09) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det venta ein aktivitetsvekst på om lag 2 % i perioden i 2011 innan somatikk. Det er tilrådd at aktivitetsveksten innan psykisk helsevern blir vidareført med minimum 2 % pr år. Innan tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd at opptrappingsplanen på rusfeltet blir følgt opp med ein betydeleg og målretta ressursvekst i ramma.

3.1.2 Økonomiske rammeføresetnader

Drift

Helse Vest RHF har eit førebels resultat for 2009 som viser eit overskot på kr 147 mill i forhold til resultatkravet frå HOD som er eit resultat i balanse.

Endeleg inntektsramme 2010 for helseføretaka er fastsett i møte den 03.02.09 under sak 008/10 B Konsernbudsjett 2010 og justering av inntektsramma til helseføretaka. Det blei i denne saka fatta vedtak om følgjande resultatkrav:

Forslag til resultat-disponering 2010	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Apoteka	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2010	26 323	10 000	110 000	-40 000	7 833	105	43 677	157 938
Økonomisk balansekrav	0	0	0	-40 000	0	0	40 000	0
Styrking av likviditet/investeringssgrunnlag	26 323	10 000	110 000	0	7 833	105	3 677	157 938

Det er i statsbudsjettet for 2010 lagt inn ein generell vekst på 1,3% samanlikna mot prognose pr. 1. tertial 2009 og prognose pr. 1. juni 2009. Det er lagt til grunn ein vekst innanfor ISF-ordninga på 1,2%. For å understøtte høgare prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling er det lagt opp til ein vekst på 2,5% innan poliklinikk. Helse Vest har vidareført denne veksten på helseføretaka. Bestillinga for 2010 blir derfor fastsett med utgangspunkt i rapportert produksjon for 2009 med tillegg for 1,2 % aktivitetsvekst og kodevekst på 0,7 % innanfor ISF-området.

Dersom bestillinga påverkar resultatkravet må det setjast i verk ytterlegare tiltak for å sikre eit resultat i tråd med resultatkravet.

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 2010 framleis ei betydeleg omstillingsutfordring. I statsbudsjettet for 2010 har Helse Vest gjennom nytt inntektssystem fått auka basisramma med kr 245 mill. Med dette er ny inntektsmodell implementert i sin heilskap. Det er likevel viktig å understreke at det framleis er behov for omfattande omstillingstiltak i helseføretaka for å nå resultatkravet og samtidig kunne utvikle 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 2010 pålagt helseføretaka å rapportere kvar månad om den økonomiske utviklinga og 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 iverksetjing, økonomisk effekt fordelt på kvar månad og ansvarleg klinikk og avdeling. Tiltaka skal vere realistiske, ha god kvalitet og vere tilskreккеlege for å nå resultatkravet. Det vil gjennom året bli månadleg oppfølging på gjennomføringsgrad av kvart tiltak og avvik knytt til omstillingsplanen.

3.1.3 Personell og kompetanse

Å utvikle godt leiarskap på alle plan er eit viktig verkemiddel for å oppnå god styring av verksemda. Helseføretaka er gitt styringssignal om å utvikle gode lokale leiarskap som skal sikre eit godt leiarskap og støtte tiltaka som ligg i HELSE 2020 og som er særskilde utfordringar for det einskilde føretak. Desse programma er i stadig utvikling og bli tilpassa til ulike nivå av leiarar.

For å vidareutvikla leiarskap blir det nå gjennomført eit felles regionalt toppleiarprogram for heile føretaksgruppa Helse Vest. Programmet skal gjennomførast i løpet av 2010.

Helse Vest har etablert ordning for konserntillitsvalde og utvikla samarbeidet med vernetenesta. For ytterlegare å styrkje samarbeid og samhandling blir det gjennomført 2 til 3 samlingar kvart år mellom det regionale helseføretaket, konserntillitsvalde, verneteneste og dei føretakstillitsvalde. Desse samlingane er svært viktige og tilbakemeldingane frå tillitsvalde og vernetenesta er god. Tillitsvalde deltar aktivt i regionale prosjekt. Føretaksleiinga har månadlege møte og ein god dialog med tillitsvalde. Vernetenesta blir teken med på råd og drøftingar for saker som omhandlar dei tilsette i regionen. God samhandling mellom dei tilsette sine organisasjonar og leiinga i føretaket/føretaksgruppa, er viktig for å lykkast i det krevjande utviklingsarbeidet som går føre seg. Helse Vest vil bygge vidare på den gode samhandlinga med dei tilsette.

Helse Vest blei i oppdragsdokumentet for 2009 bedt om å fokusere ytterlegare på HMS-området. Vi har styrka og utvikla HMS-rådet som skal bidra til at heile føretaksgruppa løfter fram vernetenesta på ein god måte. Samarbeidet med vernetenesta skal bidra til at vi på alle nivå i føretaksgruppa integrerer HMS på ein naturleg måte. Vernetenesta har som eit verkemiddel utarbeida ein felles strategi for perioden 2010-2014. Det blir gjennomført samlingar for alle hovudverneombod og klinikkverneomboda i heile føretaksgruppa 2 – 3 gonger per år. Det er

etablert felles prosessar for melding av HMS-hendingar og avvik, skader og ulykker. Det er eit viktig mål å få ein god meldekultur. Alle hendingar og tillop til ulykker, skadar og avvik er viktig for å lære og unngå at dei gjentar seg. HMS-meldingar som er registrerte i 2009 er eit godt materiale for vidare utvikling på HMS-området. Som eit resultat av styrkinga av vernetesta og betre styring av gode HMS-tiltak, vil det bli sett i verk ei enkel vernerunde kvar veke i heile føretaksgruppa. Dette vil vere ein start på fleire tiltak for å vidareutvikle og lære innanfor HMS-området. For å få resultat må ein motivere alle medarbeidarar og leiarar til å integrere HMS på ein naturleg måte i arbeidsdagen – det er eit mål føretaksgruppa ønskjer å nå.

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 vil Helse Vest mellom anna satse på regionalt leiarprogram, intern kompetanseutvikling i føretaksgruppa og etablering av program for vidare-/etterutdanning innanfor kvalitetsfeltet. Helse Vest vil og leggje 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 som må implementerast. Heile kompetanseområdet er sett saman av kompetansekartlegging og oppgåvekvalifisering for alle tilsette. 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. Dette arbeidet har leia fram til utviklingskontraktar og støtte frå Innovasjon Noreg. Gjennom 2009 har om lag 3.600 deltatt i formell utdanning i føretaksgruppa. I tillegg er det ei betydeleg intern opplæring innan alle område. Det er gjennomført om lag 300 ulike kurs og om lag 40 e-læringskurs er tilgjengeleg for heile føretaksgruppa.

Kompetanseområdet er særleg styrka i 2009. Nytenking på kompetanseområdet er viktig om føretaksgruppa skal vere rusta til dei oppgåvene og utviklinga spesialisthelsetenesta vil møte i åra som kjem. Føretaksgruppa har tiltak som Innovasjon Noreg har vurdert som interessante for utvikling og kommersialisering:

- Samarbeid med Apropos og Inovest A/S om utvikling og kommersialisering av smittevernskurset, delfinansiert av Innovasjon Noreg (tidlegare delfinansiert via Innovasjon Norge)
- OFU kontrakt med Apropos vedrørande "på Nett" som skal styrkje og kvalifisere medarbeidarar på IKT bruken, støtta av Innovasjon Noreg
- KLEM-prosjektet, forskningssamarbeid mellom NTNU, Dossier og Helse Vest som spesielt ser på oppgåvedeling og organisering av arbeidet i utpeikte klinikkar, ein klinikk per føretak. Dette er eit prosjekt som vil ha stor verdi i høve til betre oppgåvedeling mellom yrkesgruppene og ei betre organisering av arbeidsdagen.
- OFU-kontrakt med Dossier Solutions om vidareutvikling av Kompetanseportalen innan kategoriane organisasjonsutvikling og leiing, interaksjonsdesign og IT-arkitektur med ei total ramme på om lag 10 millionar kroner. Delfinansiering frå Innovasjon Noreg.

Betre aktivitetsstyrtd arbeidsplanlegging har vore lagt vekt på for å sikre god ressursutnytting og betre arbeidsdag for medarbeidarar og leiarar. Betre aktivitetsstyrtd arbeidsplanlegging er redusert i perioden 2007 til utgangen av 2009. Bruken av variabel løn er redusert med om lag 1 million timar samanlikna med bruken i 2006.

Tiltak for å redusere sjukefråveret har vore gjennomførde gjennom heile 2009. Gjennomsnittleg lengde på det sjukmelde sjukefråveret redusert og er i gjennomsnitt 9,7 dagar, ei forbetring frå tidlegare år. Langtidsfråveret går ned, tal fråversdagar er relativt stabilt. Dette tyder på at tiltaka for å redusere langtidsfråveret har gitt resultat. Det vil bli etablert ei nærare oppfølging av sjukmelde medarbeidarar i 2010 som blir systematisert på ein ny måte både for å dokumentere kva som kan gi ønska verknad, men også sikre at ein lærer på tvers i heile føretaksgruppa. Det har vore meir enn 60 tiltak for å leggje betre til rette, hindre sjukefråver og redusere lengda på sjukmeldt sjukefråver. Meir enn 50% av avdelingane i føretaksgruppa har eit sjukefråver som er 4,5% eller lågare. Det er stor skilnad i sjukefråveret, mykje fakta, men også mytar kring sjukefråver som det er viktig å gripe fatt på i 2010.

3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar

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 einskilte 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 stemningslidningar går føre seg.

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 Distriktpsikiatriske senter (DPS) ferdig og tatt i bruk. Av økonomiske grunnar er bygging av nytt bygg for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og eit nytt Stavanger DPS framleis ikkje sett i verk.

Utbyggingsprosjekt i opptrappingsplanen for psykisk helse

Innanfor psykisk helsevern er det planlagt ei rekkje utbyggingsprosjekt som ledd i å realisere måla i opptrappingsplanen. Helse Vest har 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. 4 prosjekt er framleis ikkje ferdigstilte.

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 har i 2009 medverka til løysing av byggeprosjekt i fire av institusjonane. Helse Vest vil i 2010 ta stilling dei resterande prosjekta det er søkt om støtte til. Utbygging ved Haraldsplass diakonale sykehus er det største prosjektet.

Investeringar

Gjeldande investeringsregime blei vedtatt av styret i Helse Vest har i sak 121/08 B. Helseføretaka må styre og prioritere sine investeringsprosjekt innanfor tilgjengeleg likviditetsramme. Styret i Helse Vest har i møte den 3/2-2010 behandla sak 009/10 B Langtidsbudsjett 2010-2014 og investeringsbudsjett 2010. Dette var første gang Helse Vest behandla eit langtidsbudsjett. Denne saka hadde i stor grad fokus på 5-årig investeringsplan og økonomisk og finansiell bæreevne. Langtidsbudsjettet vil ha ei årleg rullering. Det vil fram mot junimøtet bli lagt fram ei ny sak om langtidsbudsjett, som då har fokus på 2011 til 2016.

Investeringsbehovet må i utgangspunktet handterast innanfor den likviditeten helseføretaka klarer å skape. For å kunne handtere investeringsbehovet som ligg i føretaksgruppa er det derfor viktig at ein klarer å oppnå positive resultat i åra som kjem. Helse Vest har vurdert 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 nytt barne- og ungdomssenter i Helse Bergen (BUSP) og psykiatriprosjekta og innreiing av 3. etasje MOBA ved Helse Stavangers som vil krevje ekstra tilførsel av likviditet gjennom opptak av lån.

Helse Bergen har vedteke forprosjektet for nytt barne- og ungdomssenter (BUSP) med ein total kostnadsramma på kr 1,305 mrd med basis i desember 2007-priser. I denne saka er prosjektet justert opp til prisnivå pr. desember 2009, dvs. kr 1,415 mrd. Lånebehovet er fastsett til kr 707 mill fordelt på åra 2011 til 2015. Det er gjennomført styringsdialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Det blir her vist til eiga sak som blir behandla i møte den 3/2-2010, sak 010/10 B.

Ved Helse Stavanger er det 3 prioriterte prosjekt som ein ikkje klarer å løfte innanfor 5-årsperioden utan å ta opp lån. Dette er nytt bygg vedrørende barne- og ungdomspsykiatri (BUPA) med kr 150 mill, Stavanger DPS med kr 150 mill og innreiing av 3. etasje MOBA med kr 140 mill.

Samla lånebehov for Helse Stavanger og Helse Bergen kan oppsummerast i følgjande tabell:

Spesifikasjon av lånebehov	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BUPA - (Helse Stavanger)		150 000				
Stavanger DPS		150 000				
MOBA - Helse Stavanger			140 000			
BUSP - Helse Bergen		108 000	140 400	162 000	162 000	134 600
Avvik mellom finansiering og investeringsplana	-	408 000	280 400	162 000	162 000	134 600

Dersom Helse Vest får tildelt lån til dei aktuelle prosjekta vil den samla finansielle bereevna vere som følgjer:

Kontantstrøm til å dekke investeringar:

Beløp i heile tusen kroner	2010	2011	2012	2013	2014
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	10 000	20 000	30 000	30 000	30 000
+ Avskrivning	124 296	122 533	115 296	115 386	115 736
+ Nedskrivning anleggsmidlar					
= Kontantstrøm fra driften	134 296	142 533	145 296	145 386	145 736
- Resultatawik 2009	0				
+ Opptak av nye lån	0	0	0	0	0
- Avdrag lån	-11 700	-12 000	-12 000	-12 000	-12 000
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-33 000	-33 000	-33 000	-33 000	-33 000
+ Salg av anleggsmidlar	0	0	0	0	0
+ Gaver	0	0	0	0	0
+/- anna	0	0	0	0	0
Finansieringsgrunnlag investeringar	89 596	97 533	100 296	100 386	100 736

Dersom Helse Vest ikkje klarer å innfri resultatkravet, og/eller det ikkje blir gitt lån i den størrelsesorden som her er skissert, må det gjerast tilsvarende tilpassingar i investeringsnivået til helseføretaka.

Under linja "Anna" i tabellen som viser finansieringsgrunnlaget ovanfor ligg det kr 100 mill. Dette gjeld utbetaling av lån til BUPA som er gjort tidlegare år, men kor prosjektet enno ikkje har starta. Dette skuldast at Helse Stavanger på grunn av den økonomiske utviklinga ikkje har hatt grunnlag for å setje i gang prosjektet utan at det blir gitt eit ytterligare lån på kr 150 mill, jfr. oversikt over lånebehov ovanfor.

Med grunnlag i det finansielle grunnlaget som her er skissert vil summen av helseføretaka sine investeringsplanar vere som følgjer:

Beløp i heile tusen kroner		2010	2011	2012	2013	2014
Stavanger DPS	(Helse Stavanger)	20 000	80 000	81 000	0	0
BUPA	(Helse Stavanger)	54 000	125 000	60 000	0	0
MOBA - innreiing 3. etasje	(Helse Stavanger)	0	25 000	60 000	43 000	12 000
Barne- og ungd.psyk. trinn 1	(Helse Bergen)	45 000	210 000	240 000	340 000	300 000
Kronstad DPS	(Helse Bergen)	43 000	120 000	180 000	68 000	0
Ombygging Sentralblokken	(Helse Bergen)	20 000	50 000	70 000	160 000	150 000
Andre bygningsmessige investeringar		260 800	160 900	140 200	92 800	242 000
Bygg		442 800	770 900	831 200	703 800	704 000
Medisinteknisk utstyr		198 800	288 200	220 300	259 200	258 000
Anna		159 800	200 700	111 100	150 800	151 700
Helse Vest IKT as investering		229 900	174 153	172 153	177 153	178 153
Sum investeringar		1 031 300	1 433 953	1 334 753	1 290 953	1 291 853

Awik mellom investeringsplanar og finansielt grunnlag	108 409	13 735	22 476	15 471	61 342
---	---------	--------	--------	--------	--------

Som det kjem fram av tabellen ovanfor vil den samla investeringsplanen kunne gjennomførast dersom resultatkravet og lånetildelinga blir innfridd. Det positive finansieringsgrunnlaget dei første åra av planen skriv seg i hovudsak til positivt resultat i RHF-et.

Det viktige er no at helseføretaka 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.

Basert på innmeldte investeringsplanar kan helseføretaka leggje til grunn følgjande investeringsbudsjett for 2010:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	IKT	Apoteka	SUM
Bygg	138 000	36 000	255 300	13 500			442 800
Medisinteknisk utstyr	72 000	31 800	90 000	5 000			198 800
Anna	64 000	12 800	70 000	3 500		9500	159 800
Helse Vest IKT as investering					229 900		229 900
Sum investeringar	274 000	80 600	415 300	22 000	229 900	9 500	1 031 300

Investeringsramma for 2010 er godkjent av styret i Helse Vest i møte den 3/2-2010 under sak 009/10 B.

3.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar

3.2.1 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 sjukehusetene 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. Forebygging 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 resultata 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, og det blir lagt særleg vekt på:

- å utvikle kapasitet på område med lange ventetider, inkludert omfordeling av ressursar, og framleis ha fokus på reduserte ventetider i tråd med prioriteringsforskrift og rettleiarar
- 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 fagleg integrasjon i alle helseføretaka og meir fagleg samhandling mellom helseføretaka med mellom anna felles faglege retningslinjer for prioritering
- 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

3.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde

Sentrale faglege utviklingsområde

Kvalitet, prioritering, innføring av nye metodar, teknologi, pasientlogistikk, prosessbetring og samhandling med primærhelsetenesta vil vere sentrale område i utvikling av tenestene.

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

Prioritering

Sjølv med auka ressurstilgang vil Helse Vest i åra som kjem sannsynlegvis oppleve eit aukande sprik mellom det som medisinsk er mogleg og dei tilgjengelege økonomiske rammene. Dette tvingar fram behov for auka kunnskap om prioritering av ressursar og aktivitet, og ei konsistent og systematisk tilnærming til temaet i føretaksgruppa.

Helse Vest vil følgje opp:

- *Nye rettleiarar for prioritering:* Det er no utarbeidd felles nasjonale rettleiarar for praktisering av prioriteringsforskrifta på ulike fagområde i eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet. 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.

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 utstys- 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.

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 erfaringsutvesling, 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 vil bli behandla i Stortinget våren 2010. St.meld. nr. 47 (2008-2009).

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 korleis utvikling må bli møtt er:

- heilskaplege pasientforløp, forløpstinking 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 følgjer 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, jf oppdragsdokumentet i 2009.

Regional plan for spesialisthelsetenester til eldre

Det er sett i verk eit arbeid for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre, særleg eldre med samansette lidningar og som har behov for tenester frå fleire faggrupper og nivå. Styret behandle 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 egne tiltak innan utdanning og forskning. Fleire geriatarar vil bli utdanna, det blir samarbeidd med universiteta om bistillingar og det vil bli oppretta eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin og samhandling.

Regional plan for hjerneslagsbehandling

Det er i alle helseføretaka arbeid med tilrettelegging og organisering av tilbodet til pasientar med hjerneslag. Det er no under utarbeiding ein regional plan for diagnostikk, behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag i regionen.

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

Det blir i denne samanheng vist til eige prosjekt om teleradiologi kor teleradiologiske løysingar no 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.

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 behandlings- 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.

Det er framleisbehov for å styrkje DPS-a, også for å redusere presset på akutfunksjonane 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 2010 til 2013. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen vil liggje til grunn.

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 utprøvd nye tilnærmingar for å integrere avtalespesialistane i ”sørgje for”-ansvaret, m.a. for å betre tilgjenge og sikre betre utnytting av kapasiteten hos avtalespesialistane.

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. Det er m.a. oppretta eigen institusjon i Helse Førde og fleire plassar i eigen region. I 2010 vil det bli gjennomført ei ny anskaffing. Private leverandørar leverer i dag ein stor del av dei spesialiserte tenestene på rusfeltet i vår region. Gjennom konkurransen vil det bli lagt vekt på å få eit betre og meir framtidsretta behandlingstilbod, jf. også samhandlingsreforma m.m.

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.

For 2009 blei det sett av 35 mill. kr og for 2010 20 mill. kr for å styrkje habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i regionen. Styrkjinga blir fordelt mellom ulike formål. Ein vil i første rekkje styrkje habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka i tråd med den regionale planen. Det blei i 2009 sett av middel til den regionale eininga for rehabilitering ved alvorleg hovudskade. Det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering blei styrkt i 2009, og i 2010 er det sett av middel til etablering av ei regional vurderingseining for inntak til private rehabiliteringsinstitusjonar. Eininga blir lagt til kompetansesenteret. Ei viss styrkjing av kjøp av rehabiliteringstenester frå private skal supplere tenestene i helseføretaka.

Nasjonale tenester

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har RHF-a, under leiing 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. Tiltråding med ein samla plan om vidareføring og etablering av til saman 85 tenester blei sendt til HOD desember 2009.

HOD har bedt Helsedirektoratet vurdere planen frå RHF-a og gi ei samla tilråding til HOD innan 15. mars 2010. På denne bakgrunn vil ein etablere eit nytt heilskapleg system for styring og regulering av dei nasjonale tenestene. I oppdragsdokumentet for 2010 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.

3.2.3 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.

Som del av eit radiologiprojekt vil teleradiologiske løysingar vere under implementering.

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

3.2.4 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 sørgje for at nasjonale og regionale medisinske kompetansesenter og landsfunksjonar forskar og driv fagutvikling innanfor eigne fagområde
- å dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles system

Helse Vest vil arbeide for å styrkje fokuset på kjønnsperspektivet i forskning.

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 forskningssvake 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 vil bli oppretta eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin og samhandling i 2010.

3.2.5 Servicefunksjonar

Det er eit overordna mål at Helse Vest organiserer alle servicefunksjonane sine så optimalt som mogleg, med det siktemålet å bidra til god service for kjerneverksemda og maksimal ressursallokering til pasientnært arbeid. Helse Vest vil særleg rette merksemda mot følgjande tiltaksområde:

Standardisering av administrative rutinar, felles tenestesenter o.a.:

Helse Vest har som siktemål å sikre mest mogleg optimale og kostnadseffektive løysingar for serviceområda. Dette vil typisk kunne starte med standardisering av rutinar/løysingar, for deretter å vurdere om områda er tente med alternative organisatoriske løysingar som felles tenestesenter eller liknande.

Innkjøp, forsyning og varelogistikk:

Helse Vest kjøper mange varer og tenester. Dette tilseier stor merksemd både på best moglege innkjøp, og på effektive forsynings- og logistikk-løysingar. Helse Vest vil sjå til at helseføretaka tar aktivt del i og prioriterer arbeidet med Innkjøpsprogrammet 2007-2010.

Modell for samla investeringar:

Investeringar i bygg, MTU o.a. er viktige for både driftsøkonomi, tenestetilbod og kapitalbinding. Helse Vest må lykkast med styring av investeringar som verkemiddel for å nå fastsette mål innanfor tilgjengelege rammer.

Helse Vest deltar også i samordning av stabs- og støttefunksjonar mellom RHF-a.

HR – spesielt om MOT-prosjektet:

MOT-prosjektet (Medarbeidar, Organisasjon og Teknologi) har vore eit viktig organisatorisk utvilingsprosjekt. Målet har vore å sikre leiarfokus på alle leiarnivå – kontroll med oppgåver og ressursar-, betra deltakinga for medarbeidarar, tillitsvalde og vernetenesta i alle prosessar, og bruke teknologiske løysingar der dei gir effekt. Prosjektet er sett i drift, men det gjenstår ennå å ta ut ytterlegare planlagde gevinstar. Det er eit mål at gevinstane skal bli mellom 300 og 500 millionar kroner. Allereie no har føretaka tatt ut betydelege resultat sjølv om det ennå står att å ta ut alle effektane.

IKT:

Helse Vest RHF arbeider vidare med langsiktige strategiar for å oppnå ei god utnytting av IKT som verktøy for effektivisering og kvalitetsforbetring.

Den regionale IKT-strategien som blei vedtatt i 2007, blir gjennomført med årlege rulleringar i eit nært samarbeid med helseføretaka og Helse Vest IKT AS. Det er ein føresetnad at alle partar deltek aktivt i prosessane. I strategien er samordning eit nøkkelomgrep for å oppnå meir rasjonell og effektiv drift, det er difor særskild viktig at IKT-personale blir gitt ressursar til den regionale samordninga.

Eigedom:

Programstyret i det regionale eigedomsprogrammet gjorde i desember 2009 vedtak om framtidig organisering innanfor eigedomsområde. Vedtaket legg opp til ein auka grad av regional samordning og koordinering. Det vil for 2010 blir etablert ein prosess for implementering av valt organisasjonsmodell i samsvar med programstyret sitt vedtak. Vidareføringa av arbeidet vil i første rekke handla om implementering av dei beste praksisar for eigedomsforvaltning som er identifiserte i programmet.

Vedlegg:

- 1) Uttale frå det regionale brukarutvalet i Helse Vest
- 2) Årleg melding 2009 regionalt brukarutval i Helse Vest