

ÅRLEG MELDING FOR 2005

HELSE VEST RHF

TIL HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET

Innhald:

INNLEIING	5
DEL 1 STYRET SITT PLANDOKUMENT	6
1 VENTA ENDRINGAR I BEHOVET FOR SPESIALISERTE TENESTER	6
2 HELSEFAGLEG UTVIKLING	8
3 BEHOV FOR Å UTVIKLE OG ENDRE TENESTENE OG MÅTEN VERKSEMDA BLIR DRIVEN PÅ	9
3.1 Overordna mål og strategiar.....	9
3.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde.....	10
3.3 Medisinske støttefunksjonar	12
3.4 Forsking og kvalitet	12
3.5 Servicefunksjonar	13
3.6 God verksemdstyring.....	13
4 NØDVENDIGE UTBYGGINGSPROSJEKT	13
5 VURDERING AV RESSURSBRUKEN DEI NÆRMASTE ÅRA MED FORSLAG TIL FINANSIERING	15
5.1 Investeringar	15
5.2 Drift.....	16
6 HELSE2020	17
DEL 2 STYRET SIN RAPPORT FOR 2005	18
1 MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG - SÆRSKILTE RAPPORTERINGS-PUNKT	18
1.1 BASISLØYVING	18
1.1.1 Midlar til søknadar frå brukarorganisasjonar	18
1.1.2 Ammesenteret	18
1.1.3 Donoransvarleg lege.....	18
1.1.4 Kjøp av kunnskapsoppsummeringar mm. frå Kunnskapssenteret.....	18
1.1.5 Tilskot til incestsentra	19
1.2 SÆRSKILTE FORHOLD.....	19
1.2.1 Lindrande behandling.....	19
1.2.2 Pasienttransport	19
1.2.3 Opptreningsinstitusjonar	20
1.2.4 Omlegging av arbeidsgivaravgifta	20
1.2.5 Tilskot til arbeid med vald og traumatisk stress	20
2 IVARETAKING AV "SØRGJE FOR"-ANSVARET	20
2.1 PASIENTBEHANDLING	20
2.1.1 Auke innsatsen innanfor psykisk helsevern og rus.....	20
2.1.2 Vidareføring av aktiviteten omfatta av ISF på same nivå som i 2004.....	21
2.2 PRIORITERINGAR	23
2.2.1 Nedbygging av overkapasitet	23
2.2.2 Tiltak for likearta prioritering.....	23
2.2.3 Kreft og lindrande behandling.....	24
2.3.4 Rus	24

2.3.5	Psykisk helsevern	25
2.3.5	Kroniske sjukdomar/rehabilitering.....	25
2.3	KVALITET	25
2.4	FAGLEG RAMMEVERK.....	25
2.4.1	Epikrisetid	25
2.4.2	Korridorpasientar	26
2.4.3	Preoperativ liggjetid ved lårhalsbrot	27
2.4.4	Barn og unge innanfor psykisk helsevern som er diagnostisert etter ICD-10	28
2.4.5	Strykingar på operasjonsprogrammet.....	28
2.4.6	Tiltak for å ivareta plikta til å utarbeide individuell plan	29
2.4.7	Tiltak for å etablere pasientansvarleg lege	30
2.4.8	Ventetider	30
2.5	OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE	31
2.5.1	Ingen nedlegging av psykiatriske sjukeheimsplassar	31
2.5.2	Ambulante team ved kvart helseføretak.....	31
2.5.3	Etablering av samarbeidsavtalar mellom DPS og aktuelle kommunar innan 2006.....	32
2.5.4	Tilbod om behandling av pasientar med dobbeltdiagnose ved alle DPSa	32
2.6	REHABILITERING OG HABILITERING.....	33
2.6.1	Avtaler med opptreningsinstitusjonar.....	34
2.6.2	Ressursar til habilitering av funksjonshemma og kronisk sjuke barn	34
2.7	TILBODET TIL RUSMIDDELMISBRUKARAR.....	35
2.7.1	Rusmiddelmissbrukarar som er tilvist til tverrfagleg spesialisert behandling.....	36
2.7.2	Samordning med psykisk helsevern	36
2.8	LOKALSKUKEHUS	37
2.9	DESENTRALISERING.....	38
2.10	SMITTEVERN OG BEREDSKAP	39
2.10.1	Handlingsplan mot sjukehusinfeksjonar.....	40
2.10.2	Smittevernberedskap	41
2.11	UTDANNING.....	41
2.11.1	Rammeavtalar/avtalar som er inngått med høgskolar og universitet	41
2.11.2	Praksisplassar for helse- og sosialstudentar	41
2.11.3	Medisinarstudentar i klinisk undervisning.....	42
2.11.4	Utdanningskapasitet i spesialisthelsetenesta.....	42
2.11.5	Rett kvalitet og kapasitet i utdanninga av helsepersonell	42
2.11.6	Samarbeidsorganet og avtalar.....	43
2.12	FORSKING.....	43
2.12.1	Prosedyrar og tiltak for kvalitetssikring og habilitet.....	43
2.12.3	Tildeling av forskingsmidlar i 2005	44
2.12.4	Etablering av felles mal for måling av innsatsfaktorar til forskning.....	46
2.12.5	Tiltak for å sikre kjønnsperspektivet	46
2.13	BRUKARMEDVERKNAD OG OPPLÆRING AV PASIENTAR OG PÅRØRANDE	46
3	EIGARSTYRING KNYTT TIL ØKONOMI OG ORGANISASJON.....	48
3.1	OPPFØLGING AV JURIDISK RAMMEVERK.....	48
3.1.1	Krav til internkontroll.....	48
3.1.2	Krav til etablering av intern revisjon.....	49
3.1.3	Oppfølging av retningslinjer for lønns- pensjonsforhold i staten.....	49
3.1.4	Bruk av revisor til oppgåver ut over inngått kontrakt	49
3.2	TILTAK KNYTT TIL ORGANISASJONSUTVIKLING	49
3.2.1	Tydelgare skilje mellom Helse Vest RHF's to kjerneroller.....	49
3.2.2	Styrerepresentasjon i eigne helseføretak	51
3.2.3	Relasjon til private aktørar	51
3.3	DELTAKING I TILTAK SOM GJELD FLEIRE REGIONAR	51

3.3.1	Samordning og standardisering av IKT mellom dei regionale helseføretaka.....	51
3.3.2	Deltaking i etablering av nasjonale leiingsutviklingstiltak.....	52
3.3.3	Likestillingsperspektiv i styresamansetjinga.....	52
3.3.4	Naudnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for naudetatane.....	52
3.3.5	Oppfølging av statlege handlingsplanar o.a. på særskilte område.....	52
3.3.6	Interregionalt samarbeid.....	53
3.4	ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEVILKÅR.....	54
3.4.1	Omstillingsutfordring og balansekrav	54
3.4.2	Investeringar.....	56
3.4.3	Låneopptak og driftskredittar	57
3.4.4	Lønnsutviklinga i helseføretaka	59
3.4.5	Krav til einskapleg rekneskapsføring	59
3.4.6	Utvikling av nasjonal styringsinformasjon i spesialisthelsetenesta	59

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

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.

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.

Når det gjeld korleis verksemda har utvikla seg i 2005 i forhold til plandokumentet i årleg melding for 2004, viser vi til omtalen under dei aktuelle punkta i styrets rapport og plandokument for 2005.

DEL 1 STYRET SITT PLANDOKUMENT

1 VENTA ENDRINGAR I BEHOVET FOR SPESIALISERTE TENESTER

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

Framskriving av folketal i Helseregion Vest 2005–2020

Aldersgrupper	2005	2010	2020	Endring i prosent 2005-2010	Endring i prosent 2005-2020
0-19	265 694	269 642	267 609	1,5 %	0,7 %
20-44	329 742	334 778	345 679	1,5 %	4,8 %
45-64	222 339	242 005	264 902	8,8 %	19,1 %
65-79	88 551	96 081	134 986	8,5 %	52,4 %
80+	42 153	42 365	43 315	0,5 %	2,8 %
Helseregion Vest, samla sett	948 479	984 871	1 056 491	3,8 %	11,4 %
Landet sett under eitt	4 606 363	4 748 332	5 045 056	3,1 %	9,5 %

Kjelde: SSB. Framskrive folketal ved alternativ middels nasjonal vekst

Prognosen til Statistisk sentralbyrå viser at folketalet i Helseregion Vest kjem til å auke med 11 prosent frå 2005 til 2020. Talet på eldre over 65 år aukar sterkt, særleg etter 2010. Folkeauken i Helseregion Vest er noko større enn i landet elles.

Den årlege folkeauken i Helseregion Vest er i snitt estimert til ca 0,8 prosent i åra fram til 2010.

Det er store forskjellar innanfor regionen med omsyn til endringa i folkesetnaden. Veksten blir størst i den sørlegaste delen, og her får vi òg den største auken i talet på eldre. Den nordlegaste delen av regionen kjem likevel til å ha dei eldste innbyggjarane – det vil sei høgast del personar over 65 år.

I takt med endringa i folkesetnaden kjem vanlege sjukdommar som særleg rammar eldre (til dømes hjartesvikt, diabetes, kreft, slag, lårhalsbrot og lungesjukdommar) til å auke sterkt, særleg etter 2010.¹ Av same grunn kjem fleire til å leve med langvarige sjukdommar og kroniske lidningar, noko som kan føre til auka behov for rehabiliteringstenester og lærings- og meistringstilbod.

Dei eldste har eit større forbruk av sjukehusstenester enn folk elles, og forbruket aukar (Sintef Unimed 1999: Eldres sykehusforbruk på 90-tallet). Det er såleis venta eit større behov for tenester av det slaget som dei eldste aldersgruppene har mest behov for.

Mellom 15 og 20 prosent av oss får ei psykisk lidning ein gong i livet. Førekomen av alvorleg psykisk lidning er tilsynelatande stabil på 2–3 prosent. Det ser likevel ut til å vere ein auke i psykososiale lidningar hos barn og unge, og det er venta ein auke i rusrelaterte psykiske

¹ Statens Helsetilsyn 1999: *Scenario 2030 – Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030*.

lidingar blant unge. Ein reknar med at mellom 4 og 7 prosent av alle barn har behov for behandling, og det same gjeld truleg 10 prosent av dei unge.

Det er i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 sett som mål at 5 % av barne- og ungdomsbefolkninga skal få eit spesialisthelsetenestetilbod. Med ein dekningsgrad på 3,0 prosent i regionen i 2004 er det behov for ein kraftig aktivitetsvekst i åra fram til 2008.

Med fleire eldre kjem det òg til å bli fleire psykiske lidingar som rammar eldre.

Talet på kreftsjuke kjem til å auke kraftig. Frå 2002 til 2020 er det venta minst 25 prosent fleire nye tilfelle. Den største auken får vi frå 2008–2010. Auken for menn kjem i stor grad av endringane i alderssamansetjinga, i den forstand at langt fleire kjem i ein alder der faren for å få kreft er større. Når det gjeld kvinner har endringa både med alderssamansetjinga og livsstilen å gjere, ikkje minst røykjevanane.

Behovet for tenester aukar òg som følgje av at fleire personar lever lenger med kreftsjukdom på grunn av meir effektiv behandling.

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.

Hjartesyjukdommar ser ut til å bli mindre frekvente, men det blir likevel fleire tilfelle i og med at det blir stadig fleire eldre. Det er venta ein auke i talet på slitasjeplager og muskel-/skjelettlidingar, og dessutan blir det truleg fleire som får diabetes.

Med utgangspunkt i forbruksratar i 1999 har ein rekna seg fram til at endringa i folkesetnaden fører til desse endringane i forbruk av somatiske sjukehusstenester (jf. den regionale helseplanen):

- Frå 1999 til 2010 blir det truleg behov for ein auke på 8 prosent både med omsyn til innleggingar og polikliniske konsultasjonar.
- Frå 1999 til 2020 blir det truleg behov for ein auke på 18 prosent for innleggingar og 15 prosent for polikliniske konsultasjonar.

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 tenkt seg at denne effekten er på om lag 15 prosent fram til 2020.

Dette er høgst usikre storleikar og det er vanskeleg å vera 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 frå alle dei regionale helseføretaka (datert 15.12.05) reknar ein med at det blir behov for ein årleg aktivitetsauke på opp mot 2 prosent pr år i tidsrommet 2004-2007.

På oppdrag frå Helse Vest har Sintef Helse gjort ei ny framskriving av behovet for sjukehusenester i perioden 2003–2020, som òg er fordelt på dei fire helseføretaksområda. Forutan befolkningsframskriving er det lagt inn føresetnadar om realvekst i behovet for tenester innan ulike fagområde og endring av behandlingspraksis, først og fremst ved at fleire vil få dagbehandling, og at liggetida framleis blir redusert for dei inneliggande pasientane.

Rapporten visar at utfordringa er særleg stor etter 2010. Sjølv om belegget aukar, det blir meir dagbehandling og liggetida blir redusert, er det behov for å auke sengetalet med 200 til 350 senger fram mot 2020.

2 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 og 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.

Nokre hovudtrender i utviklinga:

- Betre forståing av sjukdomsframkallande prosessar og utvikling av ny medisinsk teknologi utfordrar dagens praksis og gir nye behandlingstilbud
- Nye diagnostiske metodar, nye intervensjonsmetodar, minimal kirurgi, nye kunstige organ, overgang frå kirurgisk til medikamentell behandling
- Meir integrert og samordna bruk av ulike teknologiar (jf. intervensjonsteknologi), diagnostiske metodar, utstyr og legemiddel
- Nytt kostbart, men også rimelegare og meir mobilt utstyr
- Molekylærmedisin med utvikling av gentesting og tilpassa behandling, til dømes farmogenetikk
- Meir differensiert og individuelt tilpassa behandling
- Meir vekt på risiko for sjukdom og førebygging
- Det vert gjort meir for den einskilde pasienten og fleire får tilbod (volumvekst)

Den faglege og medisintekniske utviklinga fører til at fleire kan få tilbod, og at fleire behandlingstilbud blir tilgjengelege. Utviklinga får òg konsekvensar for kvar og korleis tenestene blir gitt. Fleire tenester kan ystast 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 behandlingstilbud opnar for at fleire sjukdommar kan behandlast, og mange nye behandlingsformer kjem til å vere personellkrevjande og kostbare.

Utviklinga peiker 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.

Å få etablert eit system med gjennomgåande prinsipp for varsling av nye medisinske metodar, slik at ein kan styre innføringa av nye metodar i tråd med dokumentert kunnskap og overordna prioriteringar, er viktig for at ressursane skal komme store pasientgrupper til gode.

3 BEHOV FOR Å UTVIKLE OG ENDRE TENESTENE OG MÅTEN VERKSEMDA BLIR DRIVEN PÅ

3.1 Overordna mål og strategiar

Å utvikle og omstille tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnytting. Alle verksemdene skal leggje vekt på enkle pasientforløp med klare krav til kvalitet og service.

Helse Vest RHF skal møte den faglege utviklinga med aktiv funksjonsfordeling og prioritering av tenester både internt i helseføretaka og mellom dei. Helseføretaka skal ha eit breitt sett av tenester som er organiserte slik at dei har høg kvalitet og gir god ressursutnytting. Spesielle tenester og tenester med lågt volum må funksjonsfordelast mellom hovudsjukehusa i regionen.

Fellesløysingar / regionale løysingar må veljast der det gir best ressursutnytting. Det betyr at helseføretaka skal støtte regionale strategiar og løysingar og vere med på å utvikle ein kultur som er prega av læring, samhandling og støtte til gjensidig forbetring.

Det vil òg seie at Helse Vest skal vere med på å utvikle og støtte nasjonale løysingar når det gir betre ressursutnytting og på ein betre måte realiserer helsepolitiske mål.

Omstilling er samtidig ein vanskeleg prosess som krev at faglege og ressursmessige omsyn blir sett i lys av mellom anna busetjing, tilgjenge og avstandar. Det er òg viktig å ha ein god dialog og brei medverknad.

Brukarmedverknad er særskild viktig. Brukarane må tidleg vere representert i utredningsoppgåver. Bruarkunnskap må nyttast og evaluerast.

Hovudfokuset kjem framleis til å vere på den kliniske kjerneverksemda. Det blir her 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 følge 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 følge 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 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde

Helse Vest RHF skal ha særleg fokus på plan- og utviklingsarbeid på desse områda:

- Diagnostikk og behandling av personar med kreft
- Personar med psykiske lidningar og rusmiddelmissbruk
- Personar med samansette og kroniske lidningar
- Samhandling med primærhelsetenesta
- Høgspesialisert medisin

Regional kreftplan

Regional kreftplan blei vedteken av styret i mars 2005. Planen inneheld ei mengd 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.

Regional plan for psykisk helse

Helse Vest har utarbeidd ein regional opptrappingsplan for psykisk helse (styret vedtok han 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
- Å leggje vekt på kompetanse- og kvalitetsutvikling, samhandling og brukarmedverknad

Det er grunn til å framheva barne- og ungdomspsykiatrien. Ein ser ei positiv utvikling ved at fleire får tilbod. Samstundes aukar ventetida ved at fleire blir tilvist. Det er naudsynt med nye

tiltak innan sektoren, og Helse Vest må gjere ein særleg innsats for å nå målet i opptrappingsplanen om 5 % dekning.

Det er eit høgt press på akuttfunksjonane i sjukehusa i fleire av føretaka. Dette må mellom anna møtast med ei styrking av DPS-a slik at desse kan yta allmennpsykiatriske tenester til befolkninga i opptaksområdet.

Regional plan for rus

Ein regional plan for utvikling av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar blir lagt fram for styret til handsaming våren 2006.

Det overordna målet er:

- å sikre eit betre og meir heiskapeleg 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

Regional plan for rehabilitering

Stadig fleire treng rehabiliterings-/habiliteringstenester. Det er behov for ein samla gjennomgang av feltet både når det gjeld kapasitet, organisering, kvalitet på tenestene og kunnskapsgrunnlag. Helse Vest RHF har til no først og fremst fokusert på avgrensa område (intensiv trening for barn og bruk av opptreningsinstitusjonane). Det går no føre seg ein samla gjennomgang av feltet. Ein regional plan vil vere ferdig før sommaren 2006 med etterfølgjande styrehandsaming.

Samhandling

Samhandling, særleg med primærhelsetenesta, er eit gjennomgåande tema i helseføretaka, både på enkeltområde og meir generelt. Avtalar, individuell plan og praksiskonsulentordning er verkemiddel som er brukte for å få betre samhandling, råd/retteleiing og pasientstrøm mellom nivåa.

Med bakgrunn i mellom anna felles RHF-prosjekt og arbeid i Wisløff-utvalet, er det utarbeidd ein overordna strategi for samhandling og desentralisering.

I forlenginga av dette har Helse Vest òg retta særleg merksemd på lokalsjukehus og lokalsjukehusfunksjonen. Tilbodet til eldre og kronikargrupper må styrkjast.

Høgspesialisert medisin

Helse Vest vil følge opp det arbeidet som er gjort i regionen innanfor høgspesialiserte funksjonar, jf eiga styresak november 2005. Formålet med arbeidet var å sikre pasientane gode og likeverdige høgspesialiserte tenester ved å styre aktiviten innan spesifikke områder/diagnosar/prosedyrar til definerte føretak/sjukehus, og å sikre sakshandshandsamingsrutinar for oppretting av slike tenester. Helse Vest vil delta i og leie det nasjonale arbeidet kring dei høgspesialiserte funksjonane.

3.3 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.

Eit prosjekt om blodbankane i regionen er i gang, jf òg nasjonalt prosjekt. Eit radiologiprojekt med teleradiologi er i gang. Helse Vest vil følge opp arbeidet med smittevern og beredskap.

3.4 Forsking og kvalitet

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 midlar og utviklar av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen.

Det blir lagt vekt på

- å styrkje forskinga og leie 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 tilsvarende plan innan rusmisbruk (arbeidet skal vere avslutta før sommaren 2006)
- 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

Det skal utviklast ei teneste som har god kvalitet i alle ledd.

Styret har vedteke å utarbeide ein heilskapleg strategiplan for kvalitetsarbeid i Helse Vest som ei vidareføring av arbeidet med kvalitet, jf styresak desember 2005. Formålet med planen er å sikre at pasienten sitt møte med helsetenesta fører til betre helse, funksjon og meistring og at spesialisthelsetenesta heile tida må drive forbettingsarbeid. Arbeidet må sjåast i nær samanheng med arbeidet med internkontroll.

Helse Vest skal framleis ha fokus på arbeidet med kontinuerleg kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlinga og følgje opp nasjonale og regionale tiltak som støttar opp om dette.

3.5 Servicefunksjonar

Servicefunksjonane må kunne gi effektiv støtte til kjerneverksemda. Samtidig må alle samordnings- og stordriftsfordelar hentast ut og slik sett styrkje kjerneverksemda.

Det blir lagt stor vekt på å samordne økonomi-, rekneskaps- og innkjøpsfunksjonane.

Det er etablert eit eige selskap som skal drive alle IKT-systema i helseføretaka, Helse Vest IKT AS.

Det blir her arbeidd vidare mellom anna med å samordne pasientadministrative system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Det gjeld òg røntgensystem (PACS/RIS).

Det skal arbeidast vidare med å samordne sjuketransporten.

3.6 God verksemdstyring

Helse Vest RHF eig helseføretaka og skal samtidig sørgje for at innbyggjarane i regionen får nødvendige spesialisthelsetenester. Det er ein krevjande rollekombinasjon, som Helse Vest RHF ønskjer å utvikle og ta hand om på ein god måte i tråd med overordna føringar, deriblant forholdet til dei private verksemdene. Ein må vidareutvikla tilhøve til de private ideelle verksemdene innan ramma for "sørgje for" ansvaret.

Helse Vest RHF har òg ansvar for at verksemda blir gjennomført i tråd med lovkrav og andre krav frå styresmaktene. Helse Vest RHF legg vekt på å synleggjere lovkrav og ansvar på alle nivå samtidig som det blir utvikla betre internkontrollsystem for å sikre at krava frå styresmaktene blir følgde opp. Ein viser her særleg til dei tiltaka som blei vedtekne i føretaksmøtet 17. januar 2005.

Å utvikle godt leiarskap på alle plan er òg eit viktig verkemiddel for å oppnå god styring av verksemda.

Vi viser elles til den overordna føretaksplanen for Helse Vest RHF. Denne skal no reviderast.

4 NØDVENDIGE UTBYGGINGSPROSJEKT

Dei siste større utbyggingane innanfor somatikk ved dei fire hovudsjukehusa i Helse Vest blei gjennomført på sytti- og byrjinga av åttitalet. Det er no 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 ein meir funksjonell bygningsmasse.

Helse Fonna

Ved Haugesund sjukehus, Helse Fonna HF, starta ei trinnvis utbygging og ombygging i 1998 som er kostnadsrekna til om lag 500 millionar kroner. Størsteparten av dette utbyggings-/ombyggingsprogrammet er no gjennomført.

Helse Førde

Ved Førde Sentralsjukehus, Helse Førde HF, blei det i 2003 godkjent eit utbyggingsprosjekt (påbygg) som er kostnadsberekna til 170 millionar kroner. Arbeidet er venta å vere ferdig hausten 2006.

Helse Bergen

I Helse Bergen HF 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 den er over 20 år, framleis kunne vere hovudbygg for den somatiske verksemda. Det er laga ein utbyggingsplan med bygging av einskilde sentre kring sentralblokka. Det gjer det også mogleg å flytta ut aktivitet frå sentralblokka og oppgradera frigjort areal til kliniske kjernefunksjonar.

Det er planlagt eit eige laboratoriebygg i tilknytning til Bygg for biologiske basalfag (BBB-bygget), eit barne- og ungdomssenter (som òg inneber at barneavdelinga som er der i dag, blir riven/ombygd) og eit kreftbygg i tilknytning til kreftverksemda i sentralblokka.

Sjukehusdelen av det psykiske helsevernet for vaksne skal vidareutviklast i Sandviken, mens barne- og ungdomspsykiatrien skal utviklast på Haukelandsområdet.

Det er berekna eit investeringsbehov på 2,8 mrd kr over ein periode på 7 år.

Helse Vest RHF har no godkjent bygging av nytt laboratoriebygg og eit parkbygg knytt til kreftavdelinga, som mellom anna inneheld ny sengepost, PET-scannar og nukleærmedisin. Bygging er sett i gang.

Helse Stavanger

I Helse Stavanger HF er det nødvendig med ei omfattande fornying av bygningsmassen ved Sentralsjukehuset i Rogaland. Rogaland fylkeskommune laga i 2001 eit hovudfunksjonsprogram for ei samla utbyggingsløysing. Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF har ikkje sett grunnlag for å følgje opp ein så omfattande utbyggingsplan. Det er såleis utarbeida ein ny utbyggingsplan av mindre omfang. Den legg opp til ei fasedelt bygging over tid, meir tilpassa dei økonomiske rammene og der ein ikkje bind seg opp for sterkt. Det er satt i gang bygging av eit pasienthotell som eit OPS-prosjekt med privat eigar og drivar. Det skal vidare byggjast eit nytt akuttmottak med observasjonspostar, som så langt er kostnadsberekna til 280 millionar kroner. Dette er godkjent av Helse Vest RHF, og bygginga er sett i gang. Det blir arbeidd vidare med planar for ei større bygging av sjukehuset. Første steg er kostnadsberekna til 800 mill. kr.

Samtidig er det sett i gang eit prosjekt som skal sjå på kortsiktige og langsiktige utbyggingsbehov for SUS. I dette arbeidet vil òg framtidige tomteområde bli vurdert.

Psykisk helsevern

Innanfor psykisk helsevern er det planlagt ei rekkje utbyggingsprosjekt som ledd i å realisere måla i opptrappingsplanen. Helse Vest RHF har ansvar for å realisera 18 utbyggingsprosjekt. I tillegg kjem nytt DPS i Stavanger, jf bestillardokument til Helse Vest for 2006. I løpet av 2006 vil 10 av desse prosjekta vere ferdige. Dei andre er under planlegging.

Det er i tillegg til prosjekta i opptrappingsplanen, planlagt andre utbyggingar innanfor psykisk helsevern for til saman 800–900 millionar kroner. Dette dreier seg om utbyggingar m.a. på Haukeland universitetssjukehus og Sandviken i Helse Bergen, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Helse Stavanger, Nordfjord psykiatrisenter i Helse Førde og på Betanien DPS/BUP. I tillegg er det planlagt ein del mindre utbyggingar, m.a. i Helse Fonna.

5 VURDERING AV RESSURSBRUKEN DEI NÆRMASTE ÅRA MED FORSLAG TIL FINANSIERING

5.1 Investeringar

Helseføretaka har i samband med rapporteringa for 2005 spelt inn investeringsbehov for dei nærmaste åra. Det er i tabellen under gjort ei samanstilling av desse investeringane:

	Budsjett 2006	2007	2008	2009	2010
Bygg	713 300	973 000	1 159 000	1 273 000	1 112 000
MTU	258 256	346 100	452 200	288 200	274 700
IKT	61 650	80 000	80 000	80 000	80 000
Anndre investeringer	81 600	142 500	139 100	152 300	148 400
SUM	1 114 806	1 541 600	1 830 300	1 793 500	1 615 100

Helse Vest har for 2006 fått tildelt ei låneramme på kr 550 mill. Denne låneramme vil bli prioritert inn mot gjennomføring av opptrappingsplan psykiatri, oppstart av nytt akuttmottakt med observasjonseining ved Helse Stavanger (kr 280 mill) samt nytt laboratoriebygg ved Helse Bergen (kr 700 mill).

Det vil innafor dagens system for tildeling av lånemidlar alltid vere ei usikkerheit knytt til kva som ein kan forventa av lån i dei kommande åra. Samtidig her Helse- og Omsorgsdepartementet auka den årlege låneramma til Helse Vest slik at investeringsprosjekta innafor regionen no kan prioriterast høgare. I tabellen under blir det vist ei oversikt over den finansielle utfordringa kor vi legg til grunn at låneramme i 2006 blir vidareført:

	Budsjett 2006	2007	2008	2009	2010
Tilskot i basisramme	659 781	659 781	659 781	659 781	659 781
Vidareføring av låneramme	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000
Finansiell utfordring		331 819	620 519	583 719	405 319

Som ein ser av tabellen er det behov for å gå nærare inn i investeringsplanane å gjere ei grundig prioritering av investeringsprosjekta og fase desse inn i høve til den tilgjengelege finansielle ramma. Helse Vest vil derfor måtte kome tilbake seinare med ein oppdatert og prioritert oversikt. Det blir her og vist til omtalen i statsbudsjettet for 2006 kor Helse- og

omsorgsdepartementet i samarbeid med dei regionale helseføretaka skal foreta ein gjennomgang av dei samla investeringsplanane.

5.2 Drift

Helse Vest har eit førebels resultat på minus kr 62,3 mill om ein korrigerer for avskrivningar av anskaffingar 2002 – 2005. Dette er eit negativt avvik i høve til budsjett på kr 13,5 mill. Legg ein til grunn dei prinsipp for resultatmåling som er fastsett av stortinga er førebels resultat på minus kr 153,3 mill. Tilsvarende tal for 2004 var eit underskot på kr 533 mill. Drifta har såleis hatt ei resultatforbetring på kr 380 mill.

Inntektsramma 2006 til helseføretaka blei fastsett av styret i Helse Vest i møte den 14. desember 2005. I møte den 8. februar 2006 blei Konsernbudsjett 2006 vedtatt. Det er her stilt resultatkrav til det enkelte helseføretak slik at det samla resultatet for konsernet viser eit balanseresultat. Resultatkravet for 2006 er satt som følger:

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Apoteka	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	Konsern
Resultat	-14,0	0,0	-60,0	-30,0	0,0	0,0	110,0	6,0

I resultatet er det lagt inn korreksjon for meiravskrivningar og auka pensjonskostnad som følgje av endra parametersett. I tillegg er det lagt inn ein korreksjon for meiravskrivningar på investeringar i perioden 2002 til 2005 med kr 91 mill. Helse Vest har fått melding frå HOD om at denne posten inngår i resultatkravet, og såleis er utfordringa for 2006 tilsvarende høgare. Dette inneberer at Helse Vest då står igjen med ei omstillingsutfordring på om lag kr 85 mill. Dette må sjåast mot ei reserveløying i RHF'et på kr 45 mill, samt ein gjennomgang av avsetningar i balansen.

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) er det stadfesta at Helse Vest er underfinansiert. For å rette om delar av denne underfinansieringa vil Helse Vest få omfordelt midlar på kr 251 mill. I 2005 blei det gitt kr 120 mill i auka ramme, og for 2006 er det gitt ytterlegare kr 43 mill i omfordeling. Det står da att kr 88 mill som vil bli omfordelt frå og med 2007. Dersom betaling av desse midlane blir forsert vil dette i stor grad løysa omstillingsutfordringa i 2006.

Ein av dei store utfordringane i 2006 vil vere å dempe ei underliggjande aktivitetsauke som har vore over fleire år. Det er stilt krav om eit aktivitetsnivå i 2006 på om lag same nivå som 2005. Helse Vest har i bestillinga vidareført denne føresetnaden kor det gis aksept for 1 % vekst tilsvarende forventa kodevekst. 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 komande åra vil forsterke seg. Dette inneber ein risiko for auka aktivitet som må finansierast med bruk av basisramme. Dette er ikkje i tråd med dei føringane som er gitt i Bestillardokumentet, men samtidig ei utfordring som Helse Vest må løyse.

For Helse Vest er det avgjerande

- At Helse Vest har det same økonomiske fundamentet som landet elles
- At driftsfinansieringa fangar opp endringar i behovet for tenester

6 HELSE2020

Helse Vest har no starta arbeidet med prosjektet Helse2020. Gjennom dette prosjektet har Helse Vest som mål å sikre gode spesialisthelsetenester for innbyggjarane i regionen, vere førebudd på framtidige utfordringar, skape eit godt omdømme hos befolkninga og ivareta overordna nasjonale og politiske føringar.

Prosjektet består av tre hovudbolkar: arbeid og prosessar rundt etablering av framtidsbilete, revidering av den overordna føretaksplanen og utarbeide langtidsplanen.

Den eksterne merksemda rundt tenestene som blir ytt gjennom sjukehusa og institusjonane våre er svært stor. Helse Vest vil derfor leggje stor vekt på å gjennomføre ein open prosess, der dialog og involvering av mange målgrupper og ulike aktørar, både eksterne og interne, blir ein vesentleg del. Helse Vest vil leggje stor vekt på at prosjektet blir grundig forankra i dei ulike helseføretaka. Prosjektet har ei tidsramme på om lag eit år.

DEL 2 STYRET SIN RAPPORT FOR 2005

I styret sin rapport skal det rapporterast på oppfølging av krava som blei presenterte i bestillardokumentet for 2005 og i føretaksmøtet i Helse Vest RHF 17. januar 2005.

Kapittel 1 og 2 svarer på krava presenterte i bestillardokumentet, og kapittel 3 svarer på krava presenterte i føretaksmøtet.

Strukturen i kapittel 1 og 2 følgjer strukturen i vedlegg 1 (rapporteringspunkt) til bestillardokumentet, og kapittel 3 følgjer strukturen i vedlegg 1 a til protokollen frå føretaksmøtet.

1 MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG - SÆRSKILTE RAPPORTERINGSPUNKT

I tråd med bestillardokumentet skal det rapporterast på ein del særskilte forhold:

1.1 BASISLØYVING

1.1.1 Midlar til søknadar frå brukarorganisasjonar

Helse Vest delte ut til saman 6,2 mill kr til 117 brukarorganisasjonar i 2005.

Fordelinga av midlar mellom ulike typar brukarorganisasjonar såg slik ut:

Organisasjonar innanfor rusfeltet:	140 000 kr
Organisasjonar innanfor barne- og ungdomspsykiatri	345 000 kr
Organisasjonar innanfor vaksenpsykiatri	985 000 kr
Organisasjonar innanfor somatikk	4 707 000 kr

1.1.2 Ammesenteret

I tråd med bestillardokumentet har Helse Vest bidrege med 0,2 mill kr til Ammesenteret ved Rikshospitalet som eit tilskot til dei tenestene som senteret yter til alle helseregionar.

1.1.3 Donoransvarleg lege

Donorsjukehusa i Helse Vest er Haukeland universitetssjukehus, Stavanger universitets-sjukehus, Haugesund sjukehus og Førde sentralsjukehus. Det er oppnemnd ein donoransvarleg lege ved kvart av donorsjukehusa.

Helse Vest dekkjer alle utgifter knytt til organdonasjon.

1.1.4 Kjøp av kunnskapsoppsummeringar mm. frå Kunnskapssenteret

I 2005 har dei regionale helseføretaka i fellesskap gitt oppdrag til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten innanfor følgjande område:

- Pasientsikkerheit
- TNF-hemmarar ved revmatiske sjukdommar
- Kunnskapshandtering i helseføretaka

- Jordmorstyrte fødestuer - er det sikkert nok?
- Behandling av spiseforstyrningar
- Barnehabilitering
- Opptrening etter leddproteseoperasjonar
- Gliding i indikasjon? Ved overkapasitet/god kapasitet
- Kreftrehabilitering med oppfølging av brystkreftpasientar
- Radiofrekvensablasjon til behandling av atrieflimmer
- Diagnostikk og behandling av søvnapnoe 80' + 80'
- Trastuzumab (Herceptin) som adjuvant behandling ved operasjonar for brystkreft

Helse Vest har innbetalt 1,2 mill kr til Kunnskapssenteret i 2005, som delfinansiering av desse felles oppdraga.

1.1.5 Tilskot til incestsentra

I 2005 tildelte Helse Vest til saman kr 610 000 til incestsentra.

Støttesenteret mot incest i Hordaland fekk kr 400 000, og Incestsenteret i Rogaland fekk kr 110 000. Incestsenteret i Sogn og Fjordane blei tildelt kr 50 000. Dette senteret er ein del av Krisesenteret i Sogn og Fjordane, som òg fekk tildelt kr 50 000.

1.2 SÆRSKILTE FORHOLD

1.2.1 Lindrande behandling

Lindrande behandling og omsorg ved livets slutt – tilskot til prosjekt i primærhelsetenesta

Helse Vest har informert kommunane om tilskotsordninga når det gjeld prosjekt i primærhelsetenesta og prioritert søknader. Til saman 10 kommunar fekk tilskot.

1.2.2 Pasienttransport

Når det gjeld sjuketransport viser budsjett og rekneskapstala for helseføretaka følgjande fordeling (tal i 1000):

	Regnskap	Budsjett
Helse Stavanger	41 221	32 037
Helse Fonna	36 116	34 600
Helse Bergen	51 950	73 304
Helse Førde	62 791	60 713

Det er i løpet av 2005 oppretta eit regionalt oppgjerskontor i Bergen som tar seg av oppgjeret mot aktørane innanfor transportnæringa.

Helseføretaka har i 2005 arbeidd for å samordne sjuketransporten i regionen:

I Helse Bergen er det etablert egne helsebussar for transport av pasientar til og frå sjukehusa. Det er oppretta ei eiga sjuketransportordning for psykiatriske pasientar. Dei prehospitale tenestene skal samordnast (AMK og akuttmedisinsk seksjon) og samlokaliseras med kjørekontoret slik at det blir felles koordinering av all pasienttransport i Helse Bergen.

Helse Fonna gjennomførte ny anbudsrunde i 2005 for heile føretaket, med iverksetjing for Hordalandsdelen 01.06.05 og Rogalandsdelen 01.10.05. Dei nye avtalane gir betre grunnlag for samordning og innsparing. Etablering av helsebussar blir vurdert.

Helse Førde har gjennomført ei stor samordning av pasienttransport i 2005. Det er innført døgntkontinuerleg vaktteneste ved køyrekontoret samordna med annan vaktordning. Det er nytta ventande drosjer til køyring i ventetida og såleis unngått dobbelkostnader. Ambulansar på ledige oppdrag primært til eige vaktistrikt har tatt med seg pasientar som elles ville reist med drosje. Alle oppdrag ut av fylket skal samordnast, men førebels er ikkje transportar til og frå lokalsjukehusa samordna. Dette krev større kapasitet på køyrekontoret. Vidare vert det arbeidd med å få til elektronisk rekvirering. Helse Førde har samarbeidd med kommunehelsetenesta om dette.

1.2.3 Opptreningsinstitusjonar

Viser til omtale under punkt 2.6.1.

1.2.4 Omlegging av arbeidsgivaravgifta

I samband med omlegginga av differensiert arbeidsgivaravgift som vart innført i 2004, fekk Helse Vest auka basisramma med kr 36,7 mill for å dekkje kostnadsauken. Det blei i den samanheng gjort ei kartlegging av kostnadseffekten for dei enkelte helseføretaka og institusjonane. Midlane blei fordelte til dei aktuelle HFa/institusjonane med basis i denne oversikta, og for 2005 er desse midlane vidareført med same fordeling.

1.2.5 Tilskot til arbeid med vald og traumatisk stress

Helse Vest fekk i 2005 tilskot til vidareføring av psykososialt team og prosjekt knytt til sjølvmoordsførebygging og seksuelle overgrep mot barn (dei siste frå Sosial- og helsedirektoratet).

I samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet er det i 2005 planlagd og etablert eit regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging.

Helse Vest har fått kr 705.000 til etableringskostnader i 2005. Senteret vil vere i full drift i 2006.

2 IVARETAKING AV "SØRGJE FOR"-ANSVARET

2.1 PASIENTBEHANDLING

2.1.1 Auke innsatsen innanfor psykisk helsevern og rus

"Dei regionale helseføretaka skal auke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukarar. For psykisk helsevern betyr dette at ressursinnsatsen skal aukast utover det som leggast til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise veksten innanfor rus og psykisk helsevern skal vere sterkare enn innan somatikken."

I tabellen nedanfor er det vist ei oppstilling over kostnadene delt mellom tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukarar, psykisk helsevern og somatiske

tenester/andre tenester. Det skal her understrekast at det er usikkerheit knytt til tala, spesielt med tanke på manglande prinsipp for fordeling av kostnader mellom dei ulike tenesteområda.

Veksten i årleg kostnad innanfor rus, psykisk helsevern og somatiske tenester er estimert som følgjande:

Rus	13,2 %	(9,8% korrigert for prisvekst)
Psykatri	6,8 %	(3,4% justert for prisvekst)
Somatikk/andre tenester	5,6 %	(2,2% justert for prisvekst)

Veksten innan rusområdet skuldast i stor grad auka kjøp av gjesteplassar utafor regionen som følgje av fritt val av behandlingsstad. I tillegg har det vore ei styrking av behandlingstilbodet samt ei auke i legemiddelassistert rehabilitering. Veksten innan psykiatri er ei vidareføring av opptrappingsplanen samt iverksetting av nye tiltak i medhald av opptrappingsmidlane i 2005. Ut over dette er det i fleire av føretaka lagt inn ressursar utover midlane i opptrappingsplanen. Veksten innafor somatikk/andre tenester skuldast ein høg produksjonsvekst.

Tabellen under viser kostnadene delt mellom tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar, psykisk helsevern og somatiske tenester.

Kostnader fordelt på tjenesteområde	2005		2004		Vekst 2005 vs 2004
	Kostnad	%	Kostnad	%	
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	319 271	2,3 %	282 144	2,2 %	13,2 %
Psykisk helsevern	2 204 874	16,0 %	2 064 472	15,8 %	6,8 %
Somatiske tenester/andre tenester	11 282 150	81,7 %	10 680 271	82,0 %	5,6 %
SUM	13 806 294	100,0 %	13 026 887	100,0 %	6,0 %

Ser ein veksten innan somatiske/andre tenester på 5,6% (justert for prisvekst 2,2%) opp mot produksjonsauken, ligg det her ei vesentleg effektivisering i kostnadsstyringa. Produksjonsauken saman med ein reduksjon i kostnadsauken har gjort det mogleg med å redusere underskotet frå 2004 på kr 533 mill til kr 153,3 mill i 2005, dvs kr 380 mill (resultatmåling i medhald av stortingets vedtak for måling av balansekrav).

2.1.2 Vidareføring av aktiviteten omfatta av ISF på same nivå som i 2004

”Budsjettet legg til rette for at aktiviteten som blir omfatta av innsatsstyrt finansiering, kan vidareførast på det same nivået som i 2004.”

Tabellen nedanfor er ein del av aktivitetsrapporteringa til departementet.

Regionalt Helseforetak	Akkumulert pr desember 2005			
	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Somatikk				
Antal DRG poeng iht "sørge for" - ansvaret	213503	213987		-0,2 %
ISF-refusjoner iht "sørge for" - ansvaret	4058	4034		0,6 %
Polikliniske refusjonar (mill. kroner)	581	587		

Psykiatri				
Voksenpsykiatri	Antall			
Antal utskrivningar - døgnbehandling	9535	8695		10 %
Antal inneliggjande pasientar - døgnbehandling	324488	337423		-4 %
Antal oppholdsdagar - dagbehandling	37038	44660		-17 %
	Regnskap			
Polikliniske refusjonar (mill. kroner)	60,9	59,8		

Barne - og ungdomspsykiatri	Antall			
Antal utskrivningar - døgnbehandling	533	537		
Antal inneliggjande døgnbehandling	14356	15257		-6 %
Antal oppholdsdagar - dagbehandling	2154	2491		-14 %
	Regnskap			
Polikliniske refusjonar (mill. kroner)	42,2	48,8		

Det skal her understrekast at tala for DRG poeng er eit førebels anslag for 2005. Det vil kunne skje endringar i samband med avrekninga for 2005. I tillegg kjenner vi ikkje tala fullt ut for dei private aktørane, og desse er førebels estimert. Det er likevel ein høg aktivitetsvekst samanlikna mot 2004, og førebels tal viser ein vekst på 5,8% mot fjoråret.

DRG-indeksen samla for alle opphald viser ein vekst på 0,4 % frå 2. tertial 2004 til 2. tertial 2005. I helse Bergen og Helse Fonna er det faktisk ein nedgang i samla DRG-indeks på 0,4 % og 1,5 %. I omgrupperingsproposisjon er det ved fastsetting av ISF pris for 2005 lagt til grunn ein indeksvekst på 1 % totalt for landet. Helse Vest har 0,6 % lågare indeks enn landsgjennomsnittet. I kroner utgjør dette minimum kr 23 mill i 2005. Sintef Helse har på oppdrag frå Helse Vest laga ein rapport som tar for seg årsaker til at indeksen i Helse Vest er lågare enn indeksen i resten av landet. Konklusjonen så lang er at dette er eit samansett bilete der både forhold ved befolkninga, organisering av sjukehusbehandlinga og forhold rundt sjølve kodinga av sjukehusopphalda kan spela inn. Helse Vest vil i 2006 følgje opp overfor helseføretaka i regionen i forhold til dei funna som er gjort.

Innan psykisk helsevern (vaksenpsykiatri) har det vore høgare tal utskrivingar enn føresett i budsjett og 3,8% høgare enn i fjor. Talet på inneliggjande pasientar og oppholdsdagar er lågare enn både budsjett og fjoråret, medan talet på polikliniske behandlingar ligg 2,7 % over budsjett og heile 27,6 % over fjoråret.

Innan barne- og ungdomspsykiatri er det lågare aktivitet enn føresett i budsjett på alle områda, men noko høgare enn fjoråret. Derimot er det ein høgare aktivitet innan polikliniske konsultasjonar både målt mot budsjett og i fjor. Talet på polikliniske konsultasjonar i 2005 er 83845, medan budsjett og fjorårstalet er på høvesvis 76881 og 56184 konsultasjonar.

2.2 PRIORITERINGAR

2.2.1 Nedbygging av overkapasitet

”Helse Vest må redusere kapasiteten på dei områda som det i dag er overkapasitet på. Frigjorde ressursar må kanalisert til område som i dag er prega av mangelfullt utbygde tilbod. Det blir i denne samanheng vist til prioriterte pasientgrupper.”

Vi viser i hovudsak til styret sitt plandokument for 2005, del 1 av årleg melding, der vi skisserer venta endringar i behovet for spesialiserte tenester og behov for å utvikle og endre tenestene i tråd med dette.

Det har vore gjennomført ei rekkje omstillingstiltak i regionen. Nokre av desse tiltaka har mellom anna hatt bakgrunn i at det har vore ein viss overkapasitet på enkelte område. Helse Førde samla kirurgisk og ortopedisk verksemd på færre lokalitetar, og etablerte nærsjukehuset i Florø som eit ledd i ei slik omstilling.

Når det gjeld andre typar omstillingstiltak i regionen, kan det nemnast at Helse Bergen i samarbeid med m.a. Bergen kommune har starta opp eit tilbod om halvannanlinjeteneste. Tilbodet er retta mot eldre pasientar som ikkje treng høgspesialiserte tenester, men som har meir nytte av eit tilbod på lågare nivå nærmare eigen heim. Helse Fonna sitt arbeid med lokalsjukehusstrategiar konkluderar med at lokalsjukehusa skal ha hovudfokus på sjukdomstilstandar og skadar som oppstår hyppig både for individet og sjukehuset.

2.2.2 Tiltak for likearta prioritering

”Regionale helseføretak skal i 2005 setje i verk tiltak for meir lik prioritering av pasientar.”

Helse Vest starta i 2004 eit prosjekt med føremål å utvikla retningslinjer for prioritering innan dei ulike fagområda. Helse Bergen har leia arbeidet. Det er no utarbeidd ein førebels sluttrapport frå prosjektet som inneheld rettleiarar innan dei fleste fagområda som gjev råd og rettleiing om kva pasientgrupper/tilstandar som skal ha tildelt rett til naudsynt helsehjelp etter prioriteringsforskrifta. Det er ein føresetnad at alle helseføretaka nyttar desse rettleiarane når dei vurderar pasientar ut frå prioriteringsforskrifta. Rettleiarane inneheld òg tilrådingar om maksimale ventetider.

Helse Vest vil følgje dette arbeidet opp i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka for å bidra til ei meir likearta prioritering nasjonalt.

Når det gjeld det nasjonale prioriteringsarbeidet som er leia av Helse Nord, har Helse Vest delteke. Rapport frå denne gruppa vil ligge føre tidleg i 2006.

Det har vore informert om prosjektet og om rettleiaren til fagmiljøa i helseføretaka. Helseføretaka har og rapportert om at dei regionale retningslinjene for prioritering av ulike diagnoser/lidingar blir nytta.

Helse Fonna rapporterar at prioriteringsforskrifta er grundig formidla og gjort kjent, det same er retningslinjene for ventetider og prioriteringar utarbeidd av Helse Bergen. Dei fell svært godt saman med etablert praksis, og har ikkje ført til større endringar.

I Helse Bergen har det vore gjennomført eit arbeid i alle avdelingar for å auke kunnskapen om prioriteringsforskrifta.

2.2.3 Kreft og lindrande behandling

”Helse Vest skal framleis prioritere tenestetilbod til menneske med kreft, medrekna behov for lindande behandling.”

Regional kreftplan blei vedteken av styret i mars 2005 (styresak 30/05).

Helseføretaka arbeider med å utvikle tilbodet innanfor kreftomsorga i Helseregion Vest i samsvar med regional kreftplan, og tiltaka i planen blir følgt opp.

Regional kreftplan slår fast at det skal opprettast eit palliativt team i alle dei fire helseføretaka i regionen.

Dette er på plass i Helse Bergen-området med Sunniva Hospice, Haraldsplass Diakonale Sjukehus. Sunniva Hospice er ein fullt utbygd palliativ klinikk med ambulant palliativt team, dagavdeling, poliklinikk og sengepost. Sengeposten har både lokal og regional funksjon.

I Helse Stavanger er mobilt palliativt team ved Stavanger Universitetssjukehus etablert. Mobilt palliativt team arbeider både mot primærhelsetenesta og inn mot avdelingane på sjukehuset. Så langt er det ikkje oppretta palliativ eining ved SUS.

Helse Førde har ein plan for oppretting av eit palliativt team på Førde sentralsjukehus. Helse Fonna har vedteke å opprette ein palliativ eining og eit palliativt team på Haugesund sjukehus. Begge desse føretaka har dette inne i sine planer for 2006.

Ein annen viktig faktor i arbeidet med lindrande behandling er satsinga på kompetansenettverk av ressursjukepleiarar i sjukehus og kommunar i alle dei fire føretaksområda. Slike nettverk er etablert i Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger, og vil bli etablert i Helse Bergen i løpet av 2006.

Kompetansesenteret for lindrande behandling i Helse Bergen er pådrivar og koordinator for arbeidet med å betre kompetansen på lindrande behandling i regionen.

NIFU STEP gjennomførte i 2005, på oppdrag frå Helse Vest, ei evaluering av dei regionale kompetansesentra i regionen. Evalueringa av Kompetansesenteret for lindrande behandling konkluderte med at senteret har etablert ein vellukka nettverksorganisasjon med ei god regional forankring. Nettverksbygging og undervisning er senteret sine sterke sider, mens forskingsverksemda bør styrkjast.

2.3.4 Rus

”Helse Vest skal framleis prioritere [...] tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar.”

Viser til omtale i punkt 2.7 nedanfor om tilbodet til rusmiddelmissbrukarar.

2.3.5 Psykisk helsevern

”Helse Vest skal framleis prioritere [...] tenester til menneske med psykiske lidingar”

Viser til omtale i punkt 2.5 nedanfor om psykisk helsevern.

2.3.5 Kroniske sjukdomar/rehabilitering

”Helse Vest skal framleis prioritere [...] tenester til menneske med kroniske lidingar og tenestetilbodet innanfor habilitering og rehabilitering.”

Vi viser til omtale under punkt 2.6 om rehabilitering og habilitering.

2.3 KVALITET

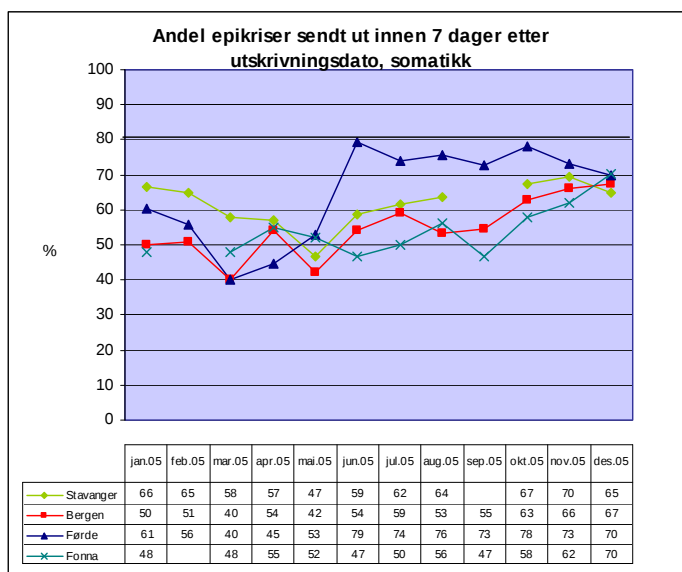
”Helse Vest skal etablere og finansiere enda eit nytt kvalitetsregister i 2005.”

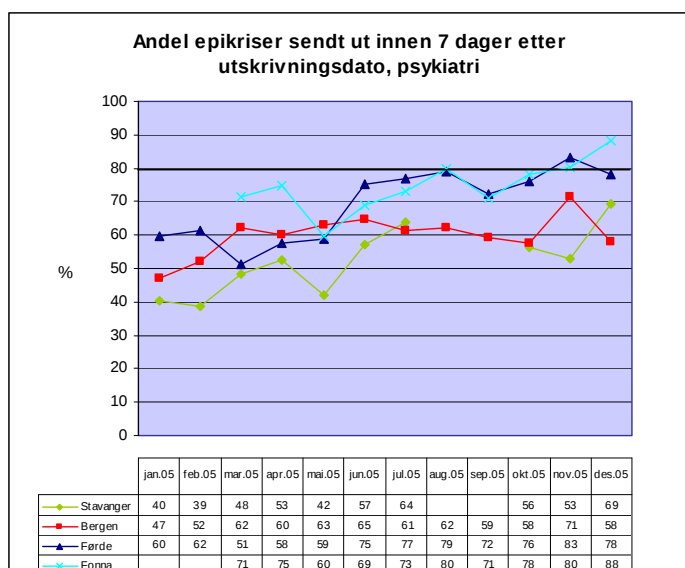
Etter ein søknadsrunde, der helseføretak og universitet blei oppfordra til å sende inn forslag om nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005, anbefalte Det regionale samarbeidsorganet at nytt nasjonalt register i Helse Vest blir "Nasjonalt diabetesregister for voksne". Sosial- og helsedirektoratet har stadfesta at registeret er godkjend som nytt nasjonalt kvalitetsregister, jf. brev datert 15.11.05. Registeret vil bli lagt til Helse Bergen HF. Senteret vil få midlar frå Helse Vest frå 2006.

2.4 FAGLEG RAMMEVERK

2.4.1 Epikrisetid

”Helse Vest skal sørge for at minst 80 prosent av epikrisane blir sende innan sju dagar etter utskriving”





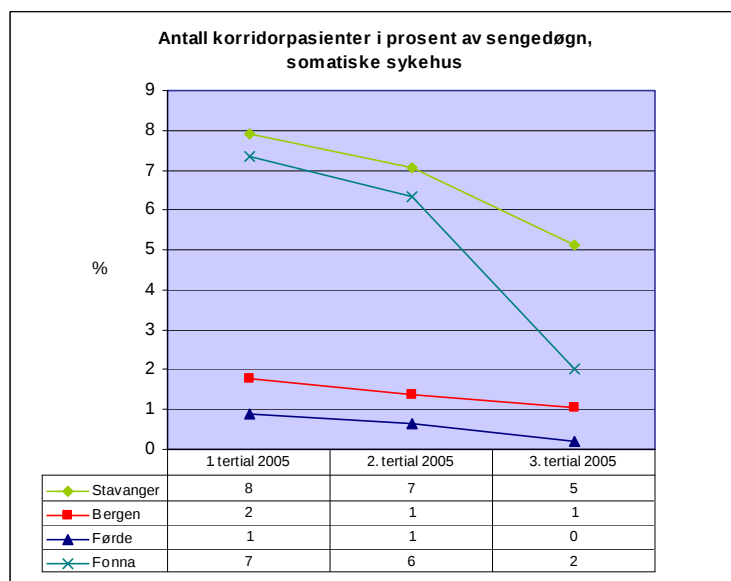
Det har vore ei positiv utvikling i 2005 på indikatoren epikrisetid innanfor både somatikk og psykisk helsevern. Dette gjeld for alle helseføretaka.

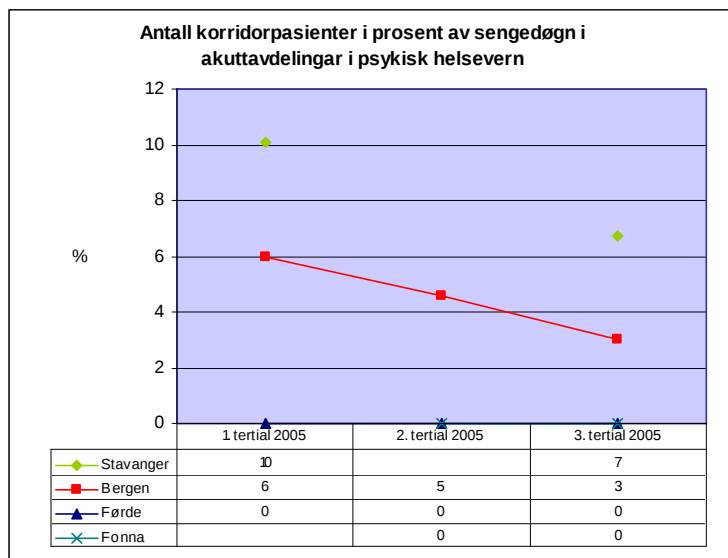
Innanfor psykisk helsevern har Helse Fonna og Helse Førde nådd kravet om at 80 prosent av epikrisane skal vere sende ut innan sju dagar. Helse Førde har også nesten innfridd innanfor somatikk.

Epikrisetid var i 2005 eit fokusområde i Helse Vest, og vil framleis vere det i 2006. Helseføretaka rapporterer på indikatoren for både somatikk og psykisk helsevern kvar måned. Fokusområda blir presenterte i styremøta og leiarfora kvar måned på HF- og RHF-nivå.

2.4.2 Korridorpatientar

”Helse Vest skal som hovudregel ikkje ha korridorpatientar.”





Talet på korridorpasientar i helseføretaka i Helse Vest har særleg vore eit problem i Helse Stavanger og i Helse Fonna innanfor somatikk, og i Helse Bergen og Helse Stavanger i akuttavdelingane innanfor psykisk helsevern. Helse Vest har hatt, og vil framleis ha, ei tett oppfølging av Helse Bergen når det gjeld korridorpasientar på Sandviken.

I løpet av 2005 har prosentdelen korridorpasientar i desse helseføretaka gått ned både innanfor somatikk og psykisk helsevern.

I dei andre helseføretaka er førekomensten av korridorpasientar liten. Helse Førde innfrir fullt ut målet om at helseføretaka som hovudregel ikkje skal ha korridorpasientar.

Korridorpasientar vil vere eit fokusområde for Helse Vest i 2006, og det vil bli rapportert kvar månad til styra.

2.4.3 Preoperativ liggjetid ved lårhalsbrot

”Ingen pasient skal ha over 48 timar preoperativ liggjetid før behandling ved lårhalsbrot”

Prosentdelen pasientar med lårhalsbrot som er operert innan 48 timar				
	1. tertial 2005		2. tertial 2005	
	Prosent	Talet på operasjonar	Prosent	Talet på operasjonar
Stavanger universitetssjukehus	93	123	92	134
Haugesund sjukehus	88	67	88	68
Odda sjukehus	-	-	-	-
Stord sjukehus	-	-	50	18
Haukeland Universitetssjukehus	93	58	93	88
Voss sjukehus	100	7	92	13
Førde Sentralsjukehus	90	48	90	58
Nordfjord sjukehus	88	16	94	17
Lærdal sjukehus	100	12	86	7
Haraldsplass Diakonale Sykehus	97	34	97	35

Prosentdelen av pasientane med lårhalsbrot som blir opererte innan 48 timer, ligg for dei fleste institusjonane over 90 prosent. Dette er på nivå med sjukehusa i resten av landet, og om lag som i 2004. For nokre av sjukehusa er det få pasientar med lårhalsbrot som blir opererte, slik at resultatet på indikatoren kan variere ein del frå ein måling til neste.

2.4.4 Barn og unge innanfor psykisk helsevern som er diagnostisert etter ICD-10

”90 prosent av pasientane innanfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiserast etter etablerte diagnoseklassifikasjonar.”

Prosentdelen pasientar innanfor BUP som er diagnostisert etter ICD-10 (foreløpige tal)			
Helseføretak	Institusjon	2. halvår 2004 Prosentdel	1. halvår 2005 Prosentdel
Helse Stavanger HF	Stavanger Univ sh BUP	32	26
Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus BUP	31	24
	Stord sjukehus BUP polikl	13	29
Helse Bergen HF	Haukeland univ sh BUP avd	33	36
	BUP Fjell	33	36
	Åsane BUP	21	13
	Voss sjukehus BUP Voss	38	62
	Bergenhus BUP Sentrum	32	34
	BUP Nordhordland	15	12
	BUP Fana	42	24
Helse Førde HF	BUP polikl Sogndal	44	19
	Nordfjord BUP	5	13
	Førde BUP	53	16
	Helse Førde UPH		33
Private	Betanien BUP polikl	6	33
Helse Vest totalt		30	27
Landet totalt		30	23

* Prosentdelen for 2. halvår 2004 er endra i forhold rapportering på bestillardokumentet, 2. tertial 2005. Dette skyldast at NPR har endra berekningsmåte pga svakheiter i datagrunnlaget.

For mange av institusjonane er talet på pasientar lite, slik at resultatet på indikatoren kan variere ein del frå ein måling til neste.

Resultat på den nasjonale indikatoren frå 1. halvår 2005, som er dei mest oppdaterte tala på indikatoren, viser at alle institusjonane i landet framleis ligg langt unna målet for indikatoren. Institusjonane i Helse Vest skil seg ikkje vesentleg frå institusjonar i resten av landet.

2.4.5 Strykingar på operasjonsprogrammet

”Helse Vest skal sørje for at prosentdelen av innlagde pasientar som blir strokne frå det planlagde operasjonsprogrammet, skal vere lågare enn 5 prosent.”

Prosentdelen strykingar varierer ein del mellom institusjonane i regionen, og fleire institusjonar har i 1. og 2. tertial 2005 ein større prosentdel strykingar enn målet på 5 prosent. Resultata for institusjonar i resten av landet for 2. tertial 2005, varierar mellom 2 og 17

prosent strykingar. Det er grunn til å tro at tala er usikre på grunn av forhold både rundt registrering av data og uttrekk av data.

Prosentdel strykingar på operasjonsprogrammet	1. tertial 2005	2. tertial 2005
Helse Stavanger HF		
Rogaland SSH (SiR)	13	13
Helse Fonna HF		
Haugesund sjukehus	8	7
Helse Bergen HF		
Haukeland universitetssykehus	5	9
Kysthospitalet i Hagevik	11	15
Voss sjukehus	10	12
Helse Førde HF		
Førde sentralsjukehus	10	8
Nordfjord Sjukehus	3	7
Lærdal Sjukehus	1	2
Institusjonar med avtale med Helse Vest		
Haraldsplass Diakonale Sykehus	7	6

2.4.6 Tiltak for å ivareta plikta til å utarbeide individuell plan

”Helse Vest skal sjå til at tenesta blir utøvd innanfor helsefagleg lovgiving og rammeverk.”

Den nasjonale indikatoren individuell plan i barnehabilitering, viser ulik grad av oppfylld av plikta til å utarbeide individuell plan. Tala er sannsynlegvis usikre fordi det er grunn til å tro at registrerings- og rapporteringspraksis varierar. Grunnlagstala er òg til dels små. Resultata på landsbasis i 2. tertial 2005 varierar mellom 8 prosent og 60 prosent.

Prosentdel pasientar i barnehabilitering som får individuell plan		
	1. tertial 2005	2. tertial 2005 (foreløpige tal)
Helse Fonna HF	96 %	-
Helse Bergen HF	32 %	38
Helse Stavanger HF	32 %	8
Helse Førde HF	33 %	28

Frå 2005 blei det innført ein ny nasjonal indikator innanfor psykisk helsevern for barn og unge: Prosentdel pasientar med ADHD som har individuell plan.

Tala frå 1. halvår 2005 viser at berre ein liten del av desse pasientane har fått individuell plan. Dette kan skuldast at registreringa av dette starta opp i 2005, og at det i 1. halvår ikkje var etablert tilstrekkelege registreringsrutinar.

Institusjonane i Helse Vest skil seg lite frå institusjonane i resten av landet.

Talet på og prosentdel pasientar med ADHD som har individuell plan, 1. halvår 2005 (foreløpige tal)			
Helseføretak	Institusjon	Talet på pasientar	Prosentdel
Helse Stavanger HF	Stavanger Univ sh BUP	221	2
Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus BUP	71	0
	Stord sjukehus BUP polikl	61	2
Helse Bergen HF	Haukeland univ sh BUP avd	4	0

	BUP Fjell	51	33
	Åsane BUP	50	14
	Voss sjukehus BUP Voss	31	0
	Bergenhus BUP Sentrum	45	11
	BUP Nordhordland	39	0
	BUP Fana	63	16
Helse Førde HF	BUP polikl Sogndal	20	10
	Nordfjord BUP	8	13
	Førde BUP	38	3
	Helse Førde UPH	2	0
Private	Betanien BUP polikl	90	4
Helse Vest totalt		806	7
Landet totalt		5671	7

Helseføretaka arbeider for å ivareta plikta til å utarbeide individuell plan. For eksempel rapporterer Helse Bergen at mange avdelingar har gode rutinar for å setje i verk arbeidet med individuell plan for pasientar med langvarige og samansette behov, dette gjeld mellom anna Vestlund Habiliteringssenter, Habiliterings og rehabiliteringsklinikken, spinaleininga ved Nevrologisk Avdeling og seksjon for ortopedisk rehabilitering ved Ortopedisk klinikk.

Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen har gitt prioritet til arbeid med oppfølginga av plikta til å utarbeide individuell plan. Talet på pasientar som har individuell plan aukar.

Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale sjukehus og Bergen kommune samarbeider for å utvikle ein felles elektronisk mal og rutinar for samhandling i høve til individuell plan. I dette arbeidet vil også brukarorganisasjonane FFO og Mental Helse delta (utpekt av brukarutvalet).

2.4.7 Tiltak for å etablere pasientansvarleg lege

”Helse Vest skal sjå til at tenesta blir utøvd innanfor helsefagleg lovgiving og rammeverk.”

Det viser seg framleis vanskelig å fullt ut innfri kravet om pasientansvarleg lege for alle pasientgrupper, sjølv om helseføretaka har sett i verk tiltak.

Det blir arbeid med tiltak i helseføretaka ved bl.a. at rutinar blir gjennomgått. Kirurgisk klinikk, Helse Fonna, har hatt tilsyn for gastroenterologisk kirurgi, og Helsetilsynet er nøgd med praksis på området.

Ved medisinsk klinikk, Helse Stavanger, blir det arbeidd med forbetningspunkta: i) definere pasientansvarleg lege ved starten av opphaldet, og dokumentere dette i journalen, og ii) informere pasienten om kven som er pasientansvarleg lege og postansvarleg lege.

2.4.8 Ventetider

Det har vore ei positiv utvikling i ventetida i Helse Vest over dei siste åra. Gjennomsnittleg ventetid for dei som ventar, er ved utgangen av 2005 81 dagar mot 89 dagar ved utgangen av 2004, og 128 dagar i 2003. Ved starten på 2002 var gjennomsnittleg ventetid 216 dagar.

Innanfor barne- og ungdomspsykiatri har likevel ventetida auka med 20 dagar det siste året, og var ved utgangen av 2005 107 dagar. Helse Stavanger har den lengste ventetida for denne gruppa. Helse Stavanger rapporterer at det har vore gjort eit aktivt arbeid for å redusere ventetida. BUPA i Egersund har vore med på eit av Legeforeningens gjennombruddsprosjekt, og dette vil vere mønster for vidare arbeid med å redusere ventetida for barn og unge i 2006.

Helse Vest har redusert talet på langtidsventande sterkt det siste året. Likevel var det ved årsskiftet 1754 pasientar med rett til nødvendig helsehjelp som har venta meir enn 6 månader.

Helse Vest vil halde fokus på ventetider også i 2006, særleg i forhold til ventetider for barn og unge innanfor psykisk helsevern, og for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp som har venta meir enn seks månader.

2.5 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE

”Helse Vest skal realisere opptappingsplanen for psykisk helse i helseregionen og styre mot måloppnåing i løpet av 2008”

2.5.1 Ingen nedlegging av psykiatriske sjukeheimsplassar

”Det må sørgjast for at reduisering av døgnplassar ikkje skjer før eit nytt og betre tilbod er etablert i spesialisthelsetenesta eller gjennom kommune avhengig av omsorgsnivå.”

Pålegget om at det ikkje skal leggjast ned plassar ved psykiatriske sjukeheimar er følgt opp med det enkelte helseføretaket. Helse Vest RHF har teke opp to enkeltsaker med Helse- og omsorgsdepartementet. Det gjeld overføring av plassar ved psykiatriske sentra til kommunar og omgjerding av dobbeltrom på Valen sjukehus. Den første saka er avklara med departementet.

2.5.2 Ambulante team ved kvart helseføretak

”Helse Vest må etablere ambulante team ved kvart helseføretak i 2005.”

Helse Bergen starta opp eit ambulerande akutteam i september 2005. Teamet vil administrativt bli knytt opp mot Fjell og Årstad DPS, men vil rette seg inn mot heile Helse Bergen sitt opptaksområde. Frå 2007 vil det vere to team: eit ved Fjell og Årstad DPS og eit ved Bjørgvin DPS. Det er òg inngått samarbeid med dei private institusjonane i opptaksområdet knytt til den ambulante akuttfunksjonen.

I Helse Stavanger er det i gang ambulant team ved Sandnes DPS. Ved Stavanger DPS er slikt team under oppstart. Ein arbeider for at alle DPSa i føretaket skal ha på plass ambulante team.

I Helse Førde har ein ambulante team innan barne- og ungdomspsykiatrien og vaksenpsykiatrien (psykoseteam).

I Helse Fonna arbeider kvart DPS med å opprette ambulante team og rehabiliteringsteam for å gjere spesialisthelsetenesta meir tilgjengeleg, og for å bidra til kompetanseutveksling mellom

kommunane og helseføretak. Frå 01.01.06 vil ein modell for akutt ambulant team bli prøvt ut på eit DPS, og skal evaluerast før tilsvarande blir oppretta på andre DPS.

2.5.3 Etablering av samarbeidsavtalar mellom DPS og aktuelle kommunar innan 2006

”Helse Vest må i løpet av 2005 sørge for at det blir etablert samarbeidsavtalar mellom DPS og aktuelle kommunar når det gjeld oppfølging og utskriving av enkeltpasientar og rettleiing av førstelinjetenesta.”

Helse Stavanger har etablert samarbeidsavtaler mellom DPS og aktuelle kommunar.

Helse Førde har ein generell samhandlingsavtale med kommunane i opptaksområdet. Denne blir brukt, ikkje minst ved utarbeiding av individuelle planar. Når det gjeld vaksenpsykiatrien er det etablert gode samarbeidsrutinar med kommunane. Vidare er det etablert praksis med forvern, ettervern, varsel ved utskriving og utarbeiding av individuelle planar.

Det er etablert samarbeidsavtalar mellom Helse Bergen og kommunane om utskriving og oppfølging av einskildpasientar.

DPSa i Helse Fonna har inngått eller er i ferd med å inngå samarbeidsavtalar med aktuelle kommunar når det gjeld inn- og utskriving, samarbeid om spesielt krevjande situasjonar, individuell plan og kompetanse/rettleiing.

2.5.4 Tilbod om behandling av pasientar med dobbeltdiagnose ved alle DPSa

”Helse Vest skal sørge for at alle DPS etablerer kompetanse og tilbod for behandling av personar med dobbeltdiagnose (både psykisk lidning og rusmiddelmissbruk).”

I Helse Bergen er det etablert tilbod for personar med dobbeltdiagnose ved Fjell og Årstad DPS og Bjørgvin DPS. Desse tilboda må utviklast vidare i tråd med framtidig regional plan for rusfeltet.

Helse Stavanger har kartlagt tilbodet til dobbeltdiagnosepasientane ved DPSa, og forbedringspunkt som blei avdekka er tatt inn i arbeidet med å vidareutvikle DPSa. I dag tilbyr Gauselskogen (tidl. Eikely) 15 dobbeltdiagnosepasientar døgnopphald både for utredning, behandling og rehabilitering. Det ligg føre planar om å utvikle tilbodet vidare.

I Helse Førde blir pasientar med dobbeltdiagnose innlagt i sengepostane, og får også eit tilbod i poliklinikkane. Avhengig av trong for behandling blir også institusjonar utanfor Helse Førde nytta for denne pasientgruppa. Tronvik tek imot mange pasientar med dobbeltdiagnose. Avdelingane satsar på kompetanseheving innan behandling av dobbeltdiagnose. Spesialkonsulentane innan rus er ein del av dei vaksenpsykiatriske poliklinikkane, og har såleis tilgang på psykiater- og psykologkompetanse i si behandling av pasientar med dobbeltdiagnosar. Dette er også med på å sikre eit samordna tilbod for desse pasientane.

Helse Fonna arbeider med å etablere ei eiga avdeling på Valen Sjukehus som skal gje eit behandlingstilbod for pasientar med vedvarande alvorleg misbruk av rusmidlar i kombinasjon

med alvorleg psykisk lidning. Det blir òg arbeidd med å byggje opp eit tilbod for dei med lettare psykiske lidningar i kombinasjon med rusmisbruk. Folgefonn DPS har tilbod om tverrfagleg rusbehandling og Stord DPS byggjer opp sin kompetanse ved å delta i ”gjennombruddsprosjektet for rus”.

Vi viser elles til omtalen av den regionale planen for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i punkt 2.7.

2.6 REHABILITERING OG HABILITERING

”Helse Vest skal prioritere utviklinga av tilbodet innanfor rehabilitering og habilitering”

Helse Vest er i gang med eit regionalt rehabiliterings/habiliteringsprosjekt med ein samla gjennomgang av tenestene i regionen. Vi tek sikte på at rapport frå prosjektet er ferdig i mai 2006. I prosjektet deltek alle helseføretaka, representantar frå nokre av dei private institusjonane med avtale med Helse Vest, representantar frå primærhelsetenesta og tillitsvalde. Det er brei brukarrepresentasjon i prosjektet.

Eit delprosjekt i denne gjennomgangen er allereie gjennomført. Delprosjektet omhandlar opptreningsinstitusjonar, vurderingar av behova for denne type tenester i regionen sett i samanheng med resten av rehabiliteringstilbodet. Rapporten har vore på høyring, og vil bli handsama av styret i Helse Vest saman med rapport frå resten av prosjektet våren 2006.

Parallelt med rehabiliteringsprosjektet har Helse Vest òg bedt helseføretaka om å gjere ei vurdering av i kva grad rehabiliteringsoppgåver kan ivaretakast i lokalsjukehusa, som ein del av den samla strategien for utvikling av lokalsjukehusa (jf pkt 2.8). Ein vil kartleggje det potensialet lokalsjukehusa og sjukehusa elles har på dette området, og vurdere om dagens infrastruktur kan nyttast og utviklast til framtidige oppgåver innan rehabilitering/opptrening.

Helseføretaka har hatt merksemd retta mot rehabiliteringstilbodet i 2005:

Rehabiliteringsklinikken i Helse Stavanger fekk i 2005 ein assistentlege innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering for å styrke tilbodet på området. Det blei i 2005 starta opp eit nytt tilbod, skulderpoliklinikk, leia av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Helse Stavanger gir rehabiliteringstilbod til pasientar med alvorleg hovudskade, og samarbeider med Sunnaas sykehus om vidareutvikling av tilbodet. Helse Stavanger hadde i 2005 ansvar for eit prosjekt for vaksne med cerebral parese, som blei teke godt imot nasjonalt. Helse Stavanger skal nå gjennomføre deler av eit tiltak foreslått i Nasjonal plan for rehabilitering, retta mot ungdom. Alle helseregionane er involvert. Helse Stavanger vil i 2006 vidareutvikle samhandlinga med kommunane på rehabiliteringsfeltet.

Helse Bergen har hatt ein gjennomgang av tilbodet til pasientar med kroniske sjukdomar i eige helseføretak for å finne fram til dei pasientgruppene som treng eit betre tilbod. I denne samanheng har Helse Bergen vedteke konkrete tiltak for å betre rehabiliteringstilbodet internt i føretaket og i samhandlinga med kommunane i Helse Bergen HF sitt området. Habiliterings- og rehabiliteringsklinikken i Helse Bergen har gjennomført pilotprosjekt for tidleg hovudskaderehabilitering og rehabilitering av pasientar med åtferdsavvik etter hovudskade. Det er lagt planer for skjerma eining for pasientar med hovudskade og med åtferdsavvik, tverrfagleg poliklinikk og ambulant teneste. Nevroklinikken har eit spesielt ansvar for

pasientar med følgetilstandar etter poliomyelitt og for pasientar med ryggmargskade. Spinalleininga er først og fremst basert på omsorg for ryggmargskadar.

Helse Fonna har ikkje senger øyremerka tyngre rehabilitering. Rehabilitering skjer i alle sengepostar i samarbeid med terapitenesta i eigen klinikk, og i Diagnostisk terapeutisk klinikk. Den spesialiserte rehabiliteringseininga i Haugesund gjev tilbod innan barnehabilitering/autisme, vaksnehabilitering og rehabilitering. Eininga satsar mykje på ambulante tilbod og tilbod om opplæring og rettleiing av kommunetilsette, men har òg pasientar i dageining.

Helse Førde hadde same aktivitet på rehabiliteringstenester i 2005 som i 2004. Ein ny spesialist i avdeling for Fysikalsk medisin vart tilsett. Tilbodet til pasientar med hovudskadar er godt i den akutte fasen. Spesielle traume der fagleg grunngjeving tilseier det, får pasienten behandling utanfor eige føretak. Det har vore arrangert kurs for hørselshemma, og opplæring for yrkesaktive tunghørte og døve. Det er etablerte retningslinjer for samarbeid med kommunehelsetenesta ved utskriving av pasientar. Ambulant rehabiliteringsteam er etablert under lærings- og meistringssenteret. Helse Førde har hatt eit auka fokus på individuelle planar i 2005.

2.6.1 Avtaler med opptreningsinstitusjonar

I samband med at Helse Vest RHF tok over heile finansierings- og bestillaransvaret for opptreningsinstitusjonane i regionen frå 01.01.06, blei det gjennomført ein anbodskonkurranse om kjøp av opptrenings- og rehabiliteringstenester for 2006. Konkurransen blei lyst ut i juli, tilbudsfristen var i oktober og kontraktar blei tildelt i desember. Resultatet av konkurransen er at Helse Vest RHF har inngått avtaler for 2006 med alle dei fire eksisterande opptreningsinstitusjonane i regionen. I tillegg er det inngått avtale med Krokeidesenteret som har avdeling på Krokeide i Bergen kommune og på Nærland i Hå kommune.

Dette inneber at Helse Vest har inngått avtalar for 2006 tilsvarende 18 fleire plassar enn i 2005. Helse Vest har auka budsjettet med 12 mill kr ut over summen som var overført til Helse Vest til dette formålet.

2.6.2 Ressursar til habilitering av funksjonshemma og kronisk sjuke barn

Helse Vest gjennomførte i 2003 eit regionalt prosjekt om styrking av tilbodet innanfor intensiv trening for barn med funksjonshemming. På bakgrunn av prosjektet blei det etablert samordna utviklingsprosjekt på intensiv trening i alle helseføretaka i regionen. Prosjekta fekk tildelt støtte frå Sosial- og helsedirektoratet for 2004 og 2005. Alle helseføretaka rapporterer om at desse prosjekta går godt.

Førde rapporterer at Strategiplanen for habilitering av barn er retningsgjevande for arbeidet, og at dei satsar på mellom anna å utvikle tilbodet om intensiv trening av rørslefunksjon, etablert tilbod om rettleiing av intensiv trening på språkkommunikasjon for barn med autisme, utvikle støttetilbod til foreldre innafor dei landsdekkande prosjekta og drive planlegging og brukarsaker i samarbeid med Statleg spesialpedagogisk støttesystem med sikte på betre samordning av spesialisttilbod.

Helse Bergen rapporterar at det i 2005 ikkje har vore mogleg å prioritere barnehabilitering spesielt, men Barnekleinikken har starta eit internt arbeid med tanke på å vurdere effektivisering av arbeidsformer og prioritering av oppgåver. Det er behov for større tverrfagleg kapasitet når det gjeld utgreiing, medan interne kontrollar kan reduserast noko. Kapasiteten innan barnehabilitering for 2005 er samla på same nivå som 2004.

Helse Fonna rapporterer om for lite ressursar/manglande lokalitetar. For å gjennomføre prosjekt på intensiv trening er det etablert samarbeid med eit privat fysioterapisenter som har hatt hovudansvar for sjølve gruppetreninga.

Kartleggingar og utredningar innanfor barnehabiliteringsfeltet peiker i retning av at feltet har utfordringar m.a. når det gjeld kapasitet, samhandling internt og eksternt for å oppnå samanhengande tiltakskjeder, oppfyljing av lovkrav, vidareutvikling av brukarfokus og fagleg utvikling/forsking.

Helse Vest vil følgje opp barnehabiliteringsfeltet i 2006, m.a. gjennom det regionale rehabiliterings- og habiliteringsprosjektet.

I 2005 tildelte Helse Vest støtte til sju familiar med barn med funksjonshemming som trener etter Doman-metoden.

2.7 TILBODET TIL RUSMIDDELMISBRUKARAR

”Helse Vest skal styrkje kvaliteten på og auke kapasiteten i tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar, mellom anna sørge for at alle rusmiddelmissbrukarar som blir viste til tverrfagleg spesialisert behandling, og som har behov for det, også får vurdert behovet sitt for somatisk og psykiatrisk behandling.”

Det ligg føre utkast til regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk som skal handsamast av styret i Helse Vest i april 2006.

Den regionale planen legg grunnlaget for utvikling og oppfølging av rusreforma i Helseregion Vest. Den trekkjer opp overordna mål, strategiar og prinsipp for utvikling av tenestetilbodet. Planen legg premisser for vidare planarbeid i dei einskilde helseføretaka og peiker på særleg viktige utviklingsområde.

Følgjande overordna strategiar vert tilrådd:

- utvikle basistjenester i alle helseføretaksområda
- utvikle lokale avtaler om arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private ideelle aktørane som Helse Vest har avtale med
- styrkje helseføretaka sitt ansvar for tenester til rusmiddelmissbrukarar

Utover dei føringar som går fram ovanfor vert følgjande oppfølgingsområde løfta fram i den regionale planen:

- styrkje helsefagleg kompetanse
- sikre rett og lik prioritering
- styrkje forsking på rusfeltet
- brukarmedverknad og

- kvalitet og fagleg utvikling

2.7.1 Rusmiddelmissbrukarar som er tilvist til tverrfagleg spesialisert behandling

Fokusområde for 2005 har vore betre kapasitetsutnytting ved behandlingstilboda. Dei private ideelle aktørane har rapportert inn til Helse Vest RHF på beleggsprosent og ventetider.

Det vi veit er at ventetida er lang mange stader, men samstundes er variasjonen stor frå tiltak til tiltak innan same behandlingsnivå. Vi legg ventetider ut på vår heimeside kvar månad på: <http://www.helse-vest.no/sw8440.asp>. Vi ser framleis ei auke i talet på tilvisningar til tverrfagleg behandling av rusmiddelmissbrukarar, inkludert legemiddelassistert rehabilitering. Dette viser at det framleis er behov for å prioritere desse tenestene.

Kapasitetsutnyttinga ved døgnstilboda har i løpet av 2005 betra seg spesielt for langtids døgnbehandling.

Rapporteringa for siste tertial er dessverre framleis mangelfull, men vi vil ettersende skjema for tertialrapportering for ventelisteregistrering for 2005 så snart datagrunnlaget er tilfredsstillande.

2.7.2 Samordning med psykisk helsevern

Hovuddelen av tenestene innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i vår region vert levert av private som Helse Vest har avtale med. Dei offentlege tenestene i regionen er samordna med psykisk helsevern i helseføretaka.

Alle helseføretaka har i 2005 teke aktiv del i arbeidet med den regionale planen, saman med representantar for dei private tiltaka som har avtale med Helse Vest.

I Helse Bergen vert det arbeidd for å etablere eit samarbeid med Stiftelsen Bergensklinikkene om akuttbehandling av pasientar.

I Helse Stavanger vert det arbeidd spesielt for å få til ein god samordning og pasientforløp internt mellom både somatiske og psykiatriske avdelingar, og mellom Helse Stavanger og private rusinstitusjonar. Samtidig er samhandlinga med kommunane betra gjennom samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekt om pasientgrupper. Psykiatrisk klinikk har fått ei eiga Avdeling for Unge vaksne inkludert tidlegare avdeling for rusrelatert psykiatri med psykiatriske ungdomsteam og Gauselskogen (dobbeltdiagnose døgneining).

Helse Stavanger har i tillegg satt i gang med eit tidleg intervensjonsprosjekt på Akuttklinikken (somatikk), som skal oppdage pasientar med rusproblem og tilvise desse vidare til rette hjelpeinstans.

Helse Førde har etablert gode samarbeidsrutinar med vitjing til, og rettleiing i kommunane. Vidare er det etablert ein god praksis med forvern, ettervern, varsel ved utskriving og utarbeiding av individuelle planar.

Ungdomseininga Tuastad blei frå 15.11.05 ein del av Helse Fonna HF sitt tilbod til unge rusmiddelmisbrukarar med moderate psykiske problem. Dei har 8 institusjonsplassar og 4 ambulante plassar.

2.8 LOKALSKUKEHUS

”Det skal utarbeidast heilskaplege strategiar som skal klargjere planane for utviklinga framover for kvart lokalsjukehus i helseregionen. Planane skal vere baserte på at lokalsjukehusa ligg i nærleiken av pasientane og primærhelsetenesta, og rettast inn mot behova i dei store sjukdomsgruppene. Planen skal klargjera rolla til lokalsjukehusa i ein heilskapleg strategi, inkludert regionale funksjonsfordelingar og heilskaplege beredskapsopplegg”

Styret i Helse Vest RHF handsama sak om desentralisering og samhandling i juni 2005. Saken skisserar mål og strategi for samhandling mellom 1. og 2. linje teneste i Helse Vest (styresak 54/05). Helseføretaka skal vidareutvikle eigne lokale samhandlingstiltak og utvikle heilskapelege planar og strategiar for lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen i tråd med nasjonale føringar og dei overordna måla og strategiane som er skissert i styresaken.

Helseføretaka har sett i gang dette arbeidet.

Helse Vest blei tildelt 22 mill kr til styrking av lokalsjukehusa i samband med revidert nasjonalbudsjett. Tiltaka som fekk tildelt støtte inngår i hovudsak i dei heilskaplege strategiane for lokalsjukehusa som helseføretaka arbeidar med. Midlane blei tildelte i september 2005, slik at arbeidet med tiltaka har kome ulikt langt. Tiltaka blir sett på og rapportert på i samband med strategiar for lokalsjukehusa.

Helse Bergen fekk tildelt 2,7 mill kr av lokalsjukehusmidlane knytt opp til utvikling av Voss sjukehus. Helse Bergen har utarbeidd strategiplan for utvikling av Voss sjukehus fram mot 2020. Det har vore eit høyringsmøte på Voss for alle kommunane og naboføretaka. Saka blei handsama i styret i Helse Bergen i desember 2005, og styret ville avvente endeleg budsjetthandsaming for 2006 før dei tek stilling til dei konkrete forslaga i utgreiinga.

Helse Bergen vil også sette i gang eit arbeid knytt til lokalsjukehusfunksjonen ved Haukeland universitetssjukehus (HUS). Dette arbeidet vil starte opp når konklusjonane kring saka om funksjonsfordeling mellom HUS og Haraldsplass Diakonale sjukehus er klar.

Helse Fonna fekk tildelt 1,5 mill kr til utvikling av lokalsjukehusa. Helse Fonna har gjennomført eit omfattande prosjekt med å sjå på dei einskilte lokalsjukehusa si framtidige rolle. Prosjektet har som hovudkonklusjon at sjukehusa i Haugesund, Odda og Stord skal ha sin primære funksjon i forhold til sjukdomstilstandar og skader som oppstår hyppig både for individet og sjukehuset.

Helse Førde mottok til saman 11,8 mill kr av lokalsjukehusmidlane. Alle prosjekta utanom evaluering og utvikling av Nærjukehuset i Florø er sett i gang, og ein ventar at dei vert avslutta i løpet av 2006. Etablering av korttids døgntilbod for rusmiddelmisbrukarar er eit av tiltaka som er i gang. Ein rusinstitusjon på Nordfjordeid med 8-10 sengeplassar for dei under 30 år blir integrert i Nordfjord Psykiatrisenter. I tilknytning til sjukehuset i Florø blir det

vurdert å etablere tilbod til dei over 30 år, som ein integrert del av verksemda til Psykiatrisk klinikk.

Helse Førde starta arbeidet med heilskaplege strategiar for utvikling av lokalsjukehusa hausten 2005. Ein skal sjå på utvikling av alle dei tre lokalsjukehusa samtidig. Det er sett ned både ei overordna styringsgruppe for alle prosjekta og strategigrupper ved kvart av sjukehusa.

I Helse Førde har det vore mykje engasjement frå innbyggjarane i lokalsjukehusområda for å få gode tilbod på lokalsjukehusa. For å få tillit og legitimitet til arbeidet, er det naudsynt å involvere befolkninga og dei tilsette og legge til rette for gode og opne prosessar. Alle i fylket har derfor blitt invitert til å delta i oppstarten av strategiarbeidet på dugnadsmøte på lokalsjukehusa. Helse Førde har også opna ein eigen nettstad (www.hf-strategi.no) der informasjon blir lagt ut, og der alle blir inviterte til å delta i eit diskusjonsforum. Strategiarbeidet skal vere ferdig våren/sommaren 2006.

Helse Stavanger fekk tildelt 4,0 mill kr av lokalsjukehusmidlane, og har etablert ein spesial mage-tarm-poliklinikk og hudpoliklinikk ved Stavanger universitetssjukehus, avd. Eigersund.

2.9 DESENTRALISERING

”Det skal utarbeidast ein strategi for samhandling og desentralisering basert på tilrådingane i rapporten som vart lagd fram av Nasjonal gruppe for samhandling i oktober 2004. På dette grunnlag og i samarbeid med brukarar og primærhelsetenesta skal det utarbeidast konkrete tiltak”

Vi viser til omtale av styresak om desentralisering og samhandling under punkt 2.8 om lokalsjukehusa. Saka skisserar mål og strategi for samhandling mellom 1. og 2. linje teneste i Helse Vest (styresak 54/05).

Helseføretaka er i gang med å vidareutvikle eigne lokale samhandlingstiltak:

I Helse Bergen starta halvannanlinjetenesta i september. Dette er eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen, Haraldsplass diakonale sjukehus og Bergen kommune. Tilbodet er retta mot eldre pasientar med lettare indremedisinske diagnosar som vert akutt innlagt. Desse pasientane treng ikkje høgspesialiserte tenester, men har meir nytte av halvannanlinjetenesta med god legekompetanse (indremedisinar og geriatar), god sjukepleiebemanning og fysioterapiteneste. Målet er at desse pasientane skal kunna tilbakeførast til eigen heim og klare seg sjølve.

Helse Bergen har inngått samarbeidsavtalar med alle kommunane i opptaksområdet. Desse avtalane regulerer samarbeid/samhandling mellom Helse Bergen og kommunane. Det er utarbeidd rutineavtaler for inn- og utskrivingar for pasientar både innan somatikk og psykiatri.

Psykiatrisk divisjon har etablert samarbeid med Bergen kommune knytt til styrking av tilbodet til barn og unge. Der er etablert ei koordinatorstilling i Bergen kommune med 50 % finansiering frå Psykiatrisk divisjon. Det er etablert lokale koordinatorutval med representasjon frå både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Dette er etter mønster frå korleis samarbeidet har vore organisert for langtidspasientar innan vaksenpsykiatri.

Helse Stavanger har samarbeidsavtaler med kommunane. Det er knytt praksiskonsulentar til alle klinikkane ved SUS, og ordninga fungerer bra. Samhandling med primærhelsetenesta er eit av satsingsområdene til Helse Stavanger og vil bli følgt opp med enda større tyngde i 2006.

Helse Fonna har i fleire år arbeidd målretta for å etablera gode samarbeidsrutinar med kommunehelsetenesta. Det er etablert eit forpliktande tverrfagleg samarbeid mellom dei somatiske sjukehusa i føretaket og alle kommunar i nedslagsfeltet. Samarbeidet er i særleg grad knytt til pasientar med kroniske sjukdommar og pasientar som treng avanserte helsetenester. Samarbeidet famnar om ei gjensidig hospiteringsordning med fokus på heile pasientforløp, rutinar for inn- og utskriving og for opplæring i kommunehelsetenesta. Rutinane blir følgt opp med eit eige system for avviksmelding. Vidare er det etablert eit samarbeidsutval knytt til samarbeidet rundt det einskilde sjukehus. Samarbeidsutvalet har som oppgåve å sikra kontinuerleg oppfølging og vidareutvikling av samarbeidet samt årleg evaluering og revisjon av avtalane. Det blir arbeidd med å utvikle tilsvarande samarbeid innanfor psykisk helsevern gjennom eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Fonna, Haugesund og Karmøy kommunar.

Praksiskonsulentordninga er etablert ved alle kliniske klinikkar i Helse Fonna. Arbeidet blir følgt opp av ein felles koordinator. Det er etablert egne kontaktlegar for praksiskonsulentane. Praksiskonsulentane blir mellom anna engasjert i strategi- og kvalitetsutviklingsarbeid og det er gjennomført tverrfagleg analyse av pasientforløp (TAP). Hensikta med å gjennomføre TAP er å sikre pasientforløp på systemnivå samt å utvikla kliniske retningslinjer. Praksiskonsulentane deltar også i samarbeidsutvalet med kommunane.

Helse Førde har regelmessige møte i koordineringsrådet der saker av felles interesse for kommunane og helseføretaket vert drøfta og forsøkt løyst. Kvart år blir det arrangert ein samhandlingskonferanse mellom kommunane og helseføretaket.

2.10 SMITTEVERN OG BEREDSKAP

”Helse Vest skal følgje opp handlingsplanen for å førebyggje sjukehusinfeksjonar 2004-2006.”

Det er utarbeidd regional smittevernplan, beredskapsplan og tuberkulosekontrollprogram. Helseføretaka følgjar opp tiltaka i planane fortløpande.

Det regionale kompetansesenteret i sjukehushygiene koordinerer oppfølginga av smittevernplanen mellom føretaka. Det er etablert eit nettverk i regionen med representantar frå alle helseføretaka som arbeider med å følgje opp planen og gjennomføre tiltaka. Helse Vest RHF blir orientert og involvert i problemstillingar som treng regional avklaring.

2.10.1 Handlingsplan mot sjukehusinfeksjonar

Fokusområde i handlingsplanen er insidensregistrering, handhygienekampanje, smittevernpersonell og -kompetanse, behovet for isolat, oppdatere infeksjonskontrollprogramma og overvake antibiotikaforbruket.

Insidensregistrering

Det er etablert eit felles regionalt datasystem for å registrere prevalens og insidens av sjukehusinfeksjonar. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Førde registrerar insidens fortløpande for fleire einingar i helseføretaka, i tillegg til prevalensregistreringa. Det er foreløpig ulikt kor mange einingar som er inkludert i registreringa. I Helse Stavanger har det frå hausten 2005 vore gjennomført insidensregistrering av keisarsnitt, i tillegg til prevalensregistreringar.

Insidensregistreringa i Helse Bergen er innført ved dei fleste kirurgiske einingar, og vesentleg meir omfattande enn minstekrav frå Folkehelseinstituttet. Det er dessutan gjort retrospektive analysar av prevalensdata for dei siste 10 åra. Denne analysen viser ein signifikant reduksjon av førekkomsten av sjukehusinfeksjonar frå om lag 8 til om lag 6 % av pasientane. Reduksjonen er noko større ved fleire avdelingar, mens andre avdelingar ikkje har noen reduksjon.

Handhygiene

Det er i 2005 gjennomført handhygienekampanjar i helseføretaka.

Smittevernpersonell og -kompetanse

Ingen helseføretak rapporterar om manglande dekning av smittevernpersonell, og det blir arbeidd med å auke den alminnelege kjennskap til sjukehusinfeksjonar og førebygging.

Overvake antibiotikaforbruket

Felles regional antibiotikarettleiing vart publisert i 2005, og blir følgt opp i helseføretaka.

Helse Bergen arbeider no med å etablere ein periodisk rapport som viser antibiotikaforbruk relatert til liggedøgn ved kvar enkel driftseining. Antibiotikaforbruket vert i tillegg rapportert frå apotek.

Helse Stavanger samarbeider med sjukehusapoteket for å etablere overvaking av antibiotikaforbruket.

Behov for isolat

Helse Bergen har i 2005 fått på plass det siste av i alt 5 luftsmitteisolat av høg kvalitet og har dermed dekt sitt noverande behov. Det er likevel udekt behov for kontaktsmitteisolat ved ei rekkje avdelingar. Hygienehandboka blir fortløpande oppdatert i forhold til nasjonale retningslinjer og tilpassa lokale forhold.

Helse Stavanger har starta planlegginga av isolat – både i høve til kontakt- og luftsmitte.

Helse Fonna vurderer behovet for isolat fortløpande. Stord og Odda sjukehus vil få isolat i løpet av 2006. Ein ventar behov for fleire isolat ved Haugesund sjukehus. Infeksjonskontrollprogrammet er oppdatert og blir kontinuerleg halde vedlike.

2.10.2 Smittevernberedskap

”Det skal vere fokus på smittevernberedskap, medrekna beredskap mot pandemisk influensa, SARS og liknande”

Beredskapsplan for smittevern i Helse Vest blir følgt opp i helseføretaka ved at lokale beredskapsplanar er utarbeidd eller er under utarbeiding. Smittevernplanen blir rullert i 2006.

I tråd med beredskapsplanen for Helse Vest RHF vart Regionalt råd for forsyningsberedskap etablert. Rådet skal kontinuerleg vurdere forsyningssituasjonen i regionen for kritiske legemiddel mm. Rådet har i 2005 utarbeidd ein rapport om status for forsyningsberedskapen i Helse Vest og forslag til vidare arbeid for å sikre den framtidige forsyningsberedskapen i regionen. Rapporten er no til handsaming i Helse Vest RHF.

Det er òg oppretta eit Regionalt råd for smittevernberedskap i samsvar med regional beredskapsplan. Rådet skal gi Helse Vest RHF råd om kva slags tiltak som bør setjast i verk i Helse Vest når det oppstår ekstraordinære situasjonar ved epidemi/pandemi.

2.11 UTDANNING

2.11.1 Rammeavtaler/avtaler som er inngått med høgskolar og universitet

”Helse Vest skal få i stand rammeavtaler og avtaler mellom høgskolar og universitet i regionen”

Det er no inngått ein rammeavtale mellom Helse Vest RHF og alle høgskolane i helseregionen, inkludert Universitetet i Stavanger.

Det er vidare inngått samarbeidsavtaler mellom helseføretaka og høgskolane/universiteta.

2.11.2 Praksisplassar for helse- og sosialstudentar

”Helse Vest skal i samarbeidsorganet og gjennom inngåtte rammeavtaler og avtaler, med utgangspunkt i aktivitetskrava, opprette så mange praksisplassar for helsefagsstudentar som det er behov for”

Helse Vest har følgt dette opp i styringsdokumentet til helseføretaka. Helseføretaka stiller i samarbeid med høgskolane det nødvendige talet på plassar til disposisjon.

Helse Stavanger har praksisplassar for sjukepleiarar, hjelpepleiarar og helsesekretærer. I tillegg har føretaket kandidatar i kreft-, anestesi-, intensiv-, operasjons- og barnesjukepleie.

Helse Fonna har praksisplassar for sjukepleiarar, ambulanselærlingar, hjelpepleiarar, spesialsjukepleiarar, jordmødrer, radiografer, fysioterapeutar, studentar i psykisk helsearbeid (tverrfagleg utdanning) og prestestudentar.

Helse Førde og Høgskulen i Sogn og Fjordane har avtale om praksisundervisning og rammeavtale om utdanning av tre kull innan anestesi, operasjon og intensiv utdanning.

Helse Bergen samarbeider med UiB og høgskulene, og deltek bl.a. i prosjektet "Utvikling av mastergrad i kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen".

2.11.3 Medisinarstudentar i klinisk undervisning

"Helse Vest skal rapportere kor mange medisinarstudentar som har delteke i den kliniske undervisninga"

Helseføretaka følgjer opp styringsdokumentet.

Det er 248 medisinstudentar som har klinikk i Helse Bergen. Legar kan no gjennomføre heile spesialistutdanninga innan psykiatri i Helse Bergen, då utdanninga på fem år er godkjent av Nasjonalt råd for spesialistutdanning. Helse Bergen tek imot 32 turnuslegar kvart år, der 24 har sin turnus ved Haukeland universitetssjukehus og 8 ved Voss sjukehus.

Helse Stavanger har hatt 160 medisinarstudentar frå Universitetet i Bergen i 2005. I tillegg har 22 studentar begynt spesialutdanning innanfor akuttmtottak og prehospitale tenester.

Helse Fonna hadde i 2005 20 medisinarstudentar og i tillegg turnuskandidatar og legar under spesialistutdanning.

Helse Førde har avtale om å ta imot 15 studentar fire gonger per år. I 2005 hadde føretaket 49 medisinarstudentar, 55 turnuslegar og 1-3 turnuslegar (norske studentar) som vert rekruttert direkte til Nærjsjukehuset i Florø frå andre europeiske land. Det er totalt 48 LIS stillingar i føretaket. I tillegg er ni overlegestillingar mellombels gjort om til LIS stillingar og seks LIS stillingar er vakante.

2.11.4 Utdanningskapasitet i spesialisthelsetenesta

"Helse Vest skal sørge for eit kvalitativt godt tilbod og ha stor nok kapasitet i utdanninga av helsepersonell som har spesialisthelsetenesta som læringsarena."

Helse Vest vil i samarbeid med høgskolane i regionen vurdere behovet for utdanning av helsepersonell og kapasiteten på praksisutdanninga.

Helse Stavanger rapporterar at dei i 2005 har oppretthalde utdanningskapasiteten i dei sjukehusbaserte spesialitetane med 170 legar i utdanningsstillingar.

Helse Fonna melder om god dialog med universitet og høgskulane når det gjeld praksis for studentar. Regelmessige og praksisnære samarbeidsforum er oppretta. Evalueringar vert formidla og evt. tiltak effektuert.

2.11.5 Rett kvalitet og kapasitet i utdanninga av helsepersonell

"Helse Vest skal sørge for eit kvalitativt godt tilbod og ha stor nok kapasitet i utdanninga av helsepersonell som har spesialisthelseteneste som læringsarena"

I samarbeidet mellom høgskolane og universiteta og helseføretaka blir det arbeidd med å utvikle utdanningstilbodet.

I Helse Bergen har Nevroklinikken i samarbeid med Høgskolen i Bergen starta vidareutdanning i nevrosjukepleie. Dette er det fyrste studiet i nevrosjukepleie i Skandinavia. Studiet tar sikte på å gi spesialkompetanse for sjukepleiarar som arbeider eller ønskjer å arbeide innanfor fagområdet nevrologi.

I Helse Fonna blei to studentdrivne postar opna i 2005. Dette er eit utviklingsprosjekt mellom Høgskulen Stord/Haugesund og Helse Fonna.

2.11.6 Samarbeidsorganet og avtalar

Kva slags innverknad har samarbeidsorganet og rammeavtalar og avtalar for eit forpliktande samarbeid med høgskolar og universitet

Det regionale samarbeidsorganet i Helse Vest er velfungerande. Sekretariatet for Samarbeidsorganet har m.a. medverka til regional satsing på forskning innanfor psykisk helse og rusomsorga. Sekretariatsfunksjonen er lagt til Forskings- og utviklingsavdelinga i Helse Bergen.

I samarbeidsorganet med høgskolane og Universitetet i Stavanger er det sett i gang tre samarbeidsprosjekt:

- Gjennomgang og vurdering av behovet for etter- og vidareutdanning i regionen
- Utvikling av modeller for praksisopplæringa
- Korleis styrke forskinga i høgskolane

2.12 FORSKING

2.12.1 Prosedyrar og tiltak for kvalitetssikring og habilitet

”Ein skal setje i verk tiltak for å sikre krava til kvalitetssikring og habilitet ved fordeling av tilskot til forskning gjennom samarbeidsorganet.”

Det regionale samarbeidsorganet har i 2005 revidert formålet og kriteria for forskingsmidlane ut frå dei tilbakemeldingane som kom i samband med søknadsprosessen for tildeling i 2005, og på bakgrunn av evaluering av Samarbeidsorganet, utført av NIFU STEP.

Talet på representantar i komiteen som vurderar søknader om forskingsmidlar, er dobla frå 8 til 16 representantar. Talet på representantar frå institusjonar utanfor Helseregion Vest er auka frå 2 til 8. Leiaren for komiteen kjem frå ein ekstern institusjon. Vurderingsarbeidet er organisert slik at det er blitt betre tid til kvar einskild søknad, (tre underkomitear og ein hovudkomité). Habiliteringsreglane er skjerpa inn gjennom fordelinga av søknader til dei tre underkomiteane. I tillegg gjeld vanlege habiliteringsreglar under arbeidet i kvar einskild komité.

2.12.3 Tildeling av forskingsmidlar i 2005

”Det er behov for ei auka satsing og tiltak for å styrkje forskning innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbrukarar.”

Tildeling av forskingsmidlar 2005

I 2005 tildelte Helse Vest RHF, via Det regionale samarbeidsorganet, forskingsmidlar til 154 prosjekt på bakgrunn av søknadar frå miljøa. I tillegg fekk 17 forskjellige tiltak midlar gjennom dei strategiske forskingsmidlane, som blir fordelte av Samarbeidsorganet på bakgrunn av forskingsstrategien. Desse tiltaka har generert minimum 30 ulike prosjekt. Innanfor dei strategiske forskingsmidlane er det bl.a. gitt midlar til påskjøning for forskingsproduksjon til 56 hovudrettleiarar og artikkelforfattarar. Det er ein føresetnad at midlane skal brukast vidare til forskning.

Det blei delt ut 29 nye doktorgradsstipend og 8 postdoktorstipend.

Til saman blei det tildelt rundt 95 mill kr i 2005.

	Søkbare forskingsmidlar tildelt for 2005		Strategiske forskingsmidlar status pr desember 2005	
Fagområde	Talet på prosjekt	Midlar (mill kr)	Talet på tiltak	Midlar (mill kr)
Somatikk	110	58,7	15	25,0
Psykatri	22	9,4	3	2,5
Rus	0*	0	1	0,3
Totalt	132	68,1	19**	27,8

* Det var bare ein søknad om forskingsmidlar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbrukarar. Denne blei ikkje tildelt forskingsmidlar.

** To av tiltaka har generert midlar til både somatikk og psykiatri, og er derfor telt med to gangar.

Til samanlikning blei det i 2004 delt ut rundt 70 mill kr til 136 forskingsprosjekt, 16 gjennom dei strategiske forskingsmidlane og resten på bakgrunn av søknad. Det blei tildelt 24 nye doktorgradsstipend.

Forskningsproduksjon

Oversikta over talet på artiklar, publikasjonar og doktorgradar i 2005 inngår i ”Fagleg rapportering” for 2005, som blir sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i eiga sending:

	Vitskapelege artiklar		Doktorgradar	
	2004	2005	2004	2005
Lands- og fleirregionale funksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter	107	160	12	9
Forskningsprosjekt finansiert av forskingsmidlar frå Helse Vest	215	314	28	24
Totalt*	267	416	32	30

* Totaltala svarar ikkje til summen av produksjonen meldt frå funksjonane og prosjekta, fordi fleire artiklar og doktorgradar er meldt inn frå begge. Dette skjer fordi miljøa samarbeider i forskinga.

Talet på vitskapelege artiklar for funksjonar og prosjekt samla har auka med 55 % frå 2004 til 2005. Talet på doktorgradar er på om lag same nivå som i 2004.

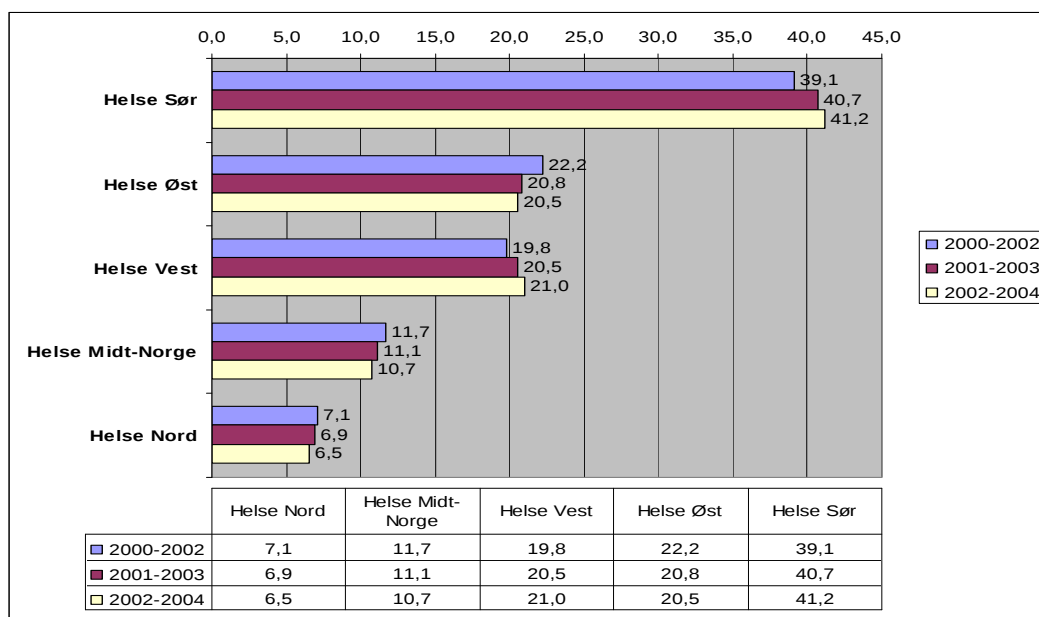
Fordeling på fagområde

Følgjande fagområde har over 10 % av hhv prosjekta og dei vitenskaplege artiklane i 2005:

Forskningsprosjekta		Vitskaplege artiklar	
Fagområde	Prosentdel	Fagområde	Prosentdel
Psykiatri	11,9	Psykiatri	15,4
Blod og immunforsvar	11,4	Lunge og bryst	14,2
Mage, fordøyelse og stoffskifte	11,4	Arvestoff	12,7
Hjarte	10,0	Hjerne	11,5

Utvikling i prosentdel registrerte forskingspoeng samanlikna med andre regionar

Helse Vest RHF har hatt ei positiv utvikling i prosentdel av registrerte forskingspoeng samanlikna med dei andre regionane, og har no ein større prosentdel av dei registrert poenga enn Helse Øst RHF:



Rapport frå helseføretaka

Helse Bergen rapporterar at forskingsverksemda i helseføretaket har vist ein auke frå 2000 og fram til i dag. I 2005 var det derimot færre gjennomførte doktorgrader samanlikna med 2004, men talet på doktorgrader er forventa å stige igjen i 2006. Helse Bergen er det nest største helseføretaket i landet i høve til forskingsproduksjon.

Helse Stavanger rapporterar at dei i 2005 har tilført forskinga i føretaket auka midlar, og at dei har teke aktiv del i samarbeidsorgan med universiteta. I strategisk plan for forskning i Helse Stavanger er det peika på fem hovudsatsingsområde: psykiatri, hjarteskjukdommar, nevrologi, akuttmedisin, kreftsjukdommar. På landsbasis er Helse Stavanger det sjuande største helseføretaket i høve til forskingsproduksjon.

Helse Fonna har fått tildelt eit postdok-stipend på medisinsk klinikk og eit doktogradsstipend på psykiatrisk klinikk. For å stimulere til forskning i alle klinikkar, er det planar om å opprette postdok/koordinatorstillingar (50/50%) i kvar klinikk. Psykiatrisk klinikk har oppretta ein 100% forskingskoordinatorstilling. Helse Fonna samarbeider tett med Høgskulen Stord/Haugesund, bl.a. om to ny doktogradspjeksjkt og tre mastergradspjeksjkt.

Helse Førde har fire pågåande doktorgradsarbeid. To av dei er tekne opp ved Universitetet i Bergen, og to har søknadar om opptak inne. Det blei delt ut støtte til fire forskingsprosjekt og eit utviklingsprosjekt.

Det er framleis behov for å styrkje forskingsinnsatsen, særleg i dei mindre helseføretaka. Samarbeidsorganet har øymerka midlar til kjøp av rettleiingstenester som eit strategisk verkemiddel for å styrkje forskning ved dei mindre føretaka. Kompetansesenteret for klinisk forskning har gjort systematisk informasjonsarbeid om dei tenestene senteret kan gi i Helse Fonna og Helse Førde.

2.12.4 Etablering av felles mal for måling av innsatsfaktorar til forskning

”Dei regionale helseføretaka skal gjennom felles strategisk satsing på forskning prioritere å etablere ein felles mal for måling av innsatsfaktorar til forskning.”

Arbeidet med å etablere ein felles mal for måling av innsatsfaktorar til forskning er forankra i eit prosjekt leia av Helse Sør RHF. I arbeidet har det vore med representantar frå regionale helseføretak, helseføretak, Helse- og omsorgsdepartementet og Forskningsrådet. Universiteta har delteke med observatør. Helse Bergen har delteke i prosjektet for Helse Vest. Eit pilotprosjekt er gjennomført i fire av helseføretaka i landet, m.a. i Helse Bergen og Helse Stavanger.

Arbeidet har no kome så langt at ein vurderar å gjennomføre ein fullskala pilot der alle helseføretaka i landet registrerar innsatsfaktorar til forskning for 2005 etter felles mal. Dette vil for første gang opne opp for å sjå på samanhengane mellom ressursinnsats og resultat som til dømes vitskapelege artiklar og gjennomførte doktorgrader.

2.12.5 Tiltak for å sikre kjønnsperspektivet

”Ein reknar med at dei regionale helseføretaka tek omsyn til kjønnsperspektivet og bevisstgjeringa av kjønnsskilnader i klinisk forskning og støttar Norges forskningsråd i arbeidet med ein rapport om forskning på helsa til kvinner.”

Problemstillingen har hatt merksemd, men det har ikkje vore sett i verk særskilte tiltak i 2005.

2.13 BRUKARMEDVERKNAD OG OPPLÆRING AV PASIENTAR OG PÅRØRANDE

”Helse Vest skal sørge for at det blir gitt eit heilskapeleg opplæringstilbod til pasientar og pårørende med behov for opplæring. Brukarane skal medverke systematisk gjennom sine erfaringar i utviklinga av tenestetilbodet ved alle helseføretak.”

Opplæringstilbod til pasientar og pårørende

Helse Bergen har etablert eit lærings- og meistringssenter (LMS) som starta opp i juni 2005. Det er også under etablering einingar av LMSet ved Voss sjukehus og ved Psykiatrisk divisjon.

I følgje ei kartlegging gjort i Helse Bergen i 2004 har føretaket ca 50 opplæringstilbod til pasientar og pårørande. LMSet skal ha ei overordna og koordinerande rolle for alle opplæringstilbod i føretaket knytt til pasientar/pårørande med kronisk sjukdom eller nedsett funksjonsevne. Det er utvikla ei rekkje tilbod ved LMS der brukarane medverkar systematisk i utvikling, gjennomføring og evaluering av tilbod.

Lærings- og meistringssenteret i Helse Stavanger gjennomførte i 2005 minst 56 ulike kurstilbod. LMSet har følgd opp tilbodet til hørselshemma, menneske med Tinnitus, Morbus Ménière og døvblitte/sterkt hørselsskade.

LMS i Helse Stavanger samarbeider med Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring på Aker sjukehus, og gjennomførte i 2005 eit pilotprosjekt for tilbod til familiar med barn med funksjonshemming. Hovudprosjektet har fått finansiering for 2006 frå Sosial- og helsedirektoratet.

I Helse Fonna rapporterer lærings- og meistringssenteret i Haugesund om stor aktivitet i 2005 med ca 80 kurs- og temadagar for pasientar og pårørande og undervisning i vidare- og etterutdanning. Prosjektmidlar i 2005 har gjort det mogleg å utvida verksemda med einingar av LMSet på Stord og i Odda.

Psykiatrisk klinikk i Helse Fonna har gjennomført ei utgreiing av lærings- og meistringssenter for menneske med psykiske lidningar. Utgreiinga tilseiar at eit LMS vil vere ein viktig del i rehabiliteringa for dei med psykisk sjukdom/liding.

Lærings- og meistringssenteret i Helse Førde vart opna i november 2005 og har etablert ulike læringstilbod. LMS har god dialog og godt samarbeid med brukarorganisasjonane om kva læringstilbod som bør/skal planleggast i senteret. Helse Førde har også etablert opplæringstilbod til pasientar og pårørande på mange område og i alle klinikkar. LMSet samarbeider òg med kommunehelsetenesta om opplæring av pasientar og pårørande, og i heile 2005 har det vore fokus på bruk av individuell plan både i kommune- og spesialisthelsetenesta.

Brukarmedverknad i utviklinga av tenestetilbodet

Både det regionale brukarutvalet og dei lokale brukarutvala i helseføretaka er sett saman av representantar frå FFO, SAFO og fylkeseldreråda. Det regionale brukarutvalet har ni representantar; seks frå FFO, to frå SAFO og ein frå fylkeseldreråda.

Det regionale brukarutvalet har hatt seks møter og eitt seminar med representantar frå dei lokale brukarutvala. Tilbodet innanfor psykisk helsevern har fanga stor interesse i 2005 og vil ha fokus også i 2006.

Representantar frå regionalt og lokale brukarutval har i 2005 teke del i utviklingsprosjekt i regi av Helse Vest RHF.

Helse Bergen har i 2005 arbeidd for ei enda breiare og tettare involvering av brukarutvalet i føretaket si verksemd for å fremje brukarperspektiv i utviklingsprosjekt. I samband med etablering av LMS i Helse Bergen har det vore eit særskilt godt samarbeid med brukarorganisasjonane.

I Helse Stavanger har brukarane i tillegg til å delta gjennom brukarutval og kvalitetsutval, teke del i utviklinga av tenestetilboda i Rehabiliteringsklinikken og Psykiatrisk klinikk.

I Helse Fonna er brukarutvalet representert i kvalitetsutval og tek del i samarbeidsutval mellom helseføretaket og kommunane. Representantar frå brukarutvalet har også vore aktive deltakare i lokalsjukehusprosjektet som vart gjennomført i 2005.

I Helse Førde har representantar frå brukarutvalet delteke i ulike arbeidsgrupper og råd, slik som i styringsgruppa og strategigruppene for utvikling av strategiar for lokalsjukehusfunksjonen. Brukarrepresentant deltek òg i koordineringsrådet saman med fylkeslegen, sju representantar frå regionråda og åtte representantar frå Helse Førde.

3 EIGARSTYRING KNYTT TIL ØKONOMI OG ORGANISASJON

I årleg melding skal det rapporterast på oppfølging av krava som blei stilt i føretaksmøtet i Helse Vest RHF 17. januar 2005. Dei krava som er relevante for helseføretaka, blei teke inn i styringsdokumentet frå Helse Vest til helseføretaka.

Strukturen i rapporteringa følgjer strukturen i vedlegg 1 a til protokollen frå føretaksmøtet.

3.1 OPPFØLGING AV JURIDISK RAMMEVERK

3.1.1 Krav til internkontroll

Internkontroll i Helse Vest vart handsama av styret i styremøte 27.05.05. Saka var ei oppfølging av eit internt forprosjekt med tanke på å utvikle eit internkontrollsystem for Helse Vest. Gjennom styrehandsaminga la styret rammene for det vidare arbeidet med internkontroll i regionen.

Styret sitt vedtak er følgt opp ved at det er etablert eit internkontrollprosjekt i føretaksgruppa. Den første fasen av prosjektet, som omfatta ei kartlegging av internkontrollen i helseføretaka, hadde frist for rapportering frå helseføretaka 1. desember 2005. Kartlegginga vart gjennomført i form av ei spørjeundersøking basert på eit skjema som byggjer på strukturen i "Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtenesta". I perioden har det også vore ein open dialog og gjennomført møter med internkontrollansvarlege ved helseføretaka. Internrevisor er også trekt inn i prosessen, som observatør og støttespelar.

Kartlegginga av internkontrollen har gitt Helse Vest RHF nyttig kunnskap om internkontrollsituasjonen i helseføretaksgruppa. Konklusjonane frå kartlegginga vil bli presenterte for styret i Helse Vest RHF samtidig som ein vil forankre det vidare innhaldet i internkontrollprosjektet. Mellom anna vil det bli vurdert i kva grad og på kva nivå det skal stillast krav til einskapleg utforming av internkontrollen i Helse Vest. Med bakgrunn i faktagrunnlaget frå kartlegginga vil det også bli lagd ein plan for det vidare arbeidet kor ein òg vil gjere nærare greie for kva område som skal prioriterast.

Parallelt med det regionale prosjektet har Helse Vest RHF etablert ein fast praksis med rapportering til styret i kvart møte på saker frå tilsyns-, kontroll- og klageorgan retta mot både

det regionale helseføretaket og helseføretaka, kor styret blir halden orientert om avvik og avviksoppfølgjande tiltak.

3.1.2 Krav til etablering av intern revisjon

Styret i Helse Vest RHF gjorde vedtak om å etablere internrevisjon i møte 27. mai 2005. Internrevisjonen er etablert som eit ledd i styret si overvaking av internkontrollen i heile føretaksgruppa. Helse Vest har engasjert ein ekstern konsulent som fungerande internrevisor med oppgåve å foreslå rammer, retningslinjer og rapporterings- og oppfølgingssystem for internrevisjonen og kontrollkomitéen.

For 2005 vart internrevisjonsarbeidet gjennomført i samsvar med oppgåver vedtekne av styret i samband med etablering av internrevisjon for føretaksgruppa i styremøte 27. mai 2005. Det er førebels ikkje utarbeidd ein styregodkjend årsplan for internrevisjonens arbeid i 2006. Kontrollkomitéen har lagt til grunn at årsplanen bør ta omsyn til mål, krav og føringar i Helse- og omsorgsdepartementet sitt bestillardokumentet til Helse Vest RHF for 2006, protokollen frå føretaksmøtet i Helse Vest RHF 24. januar 2006, og til dei styringskrava Helse Vest RHF har stilt ovanfor helseføretaka for 2006. Revisjonsplanen vert difor først lagt fram for styret til godkjenning i møte i mars 2006.

Styret i Helse Vest RHF vil ta stilling til permanent organisering av internrevisjonen i løpet av 2006.

3.1.3 Oppfølging av retningslinjer for lønns- pensjonsforhold i staten

Helseføretaka i Helse Vest har implementert og følgjer dei rådgivande retningslinjene for tilsetjingsvilkår for leiarar i heileigde statlege føretak og selskap, utgitt av Nærings- og handelsdepartementet 28. juni 2004.

3.1.4 Bruk av revisor til oppgåver ut over inngått kontrakt

Helse Vest RHF har i 2005 kjøpt tenester frå revisor på kr 2,667 mill. I dette beløpet ligg det inne kr 1,22 mill til lovpålagt revisjon, kr 0,305 mill i utvida revisjon og kr 0,268 mill til diverse attestasjonsoppgåver. Den resterande delen på kr 0,874 mill gjeld kjøp konsulenttenester frå revisor.

3.2 TILTAK KNYTT TIL ORGANISASJONSUTVIKLING

3.2.1 Tydlegare skilje mellom Helse Vest RHF's to kjerne roller

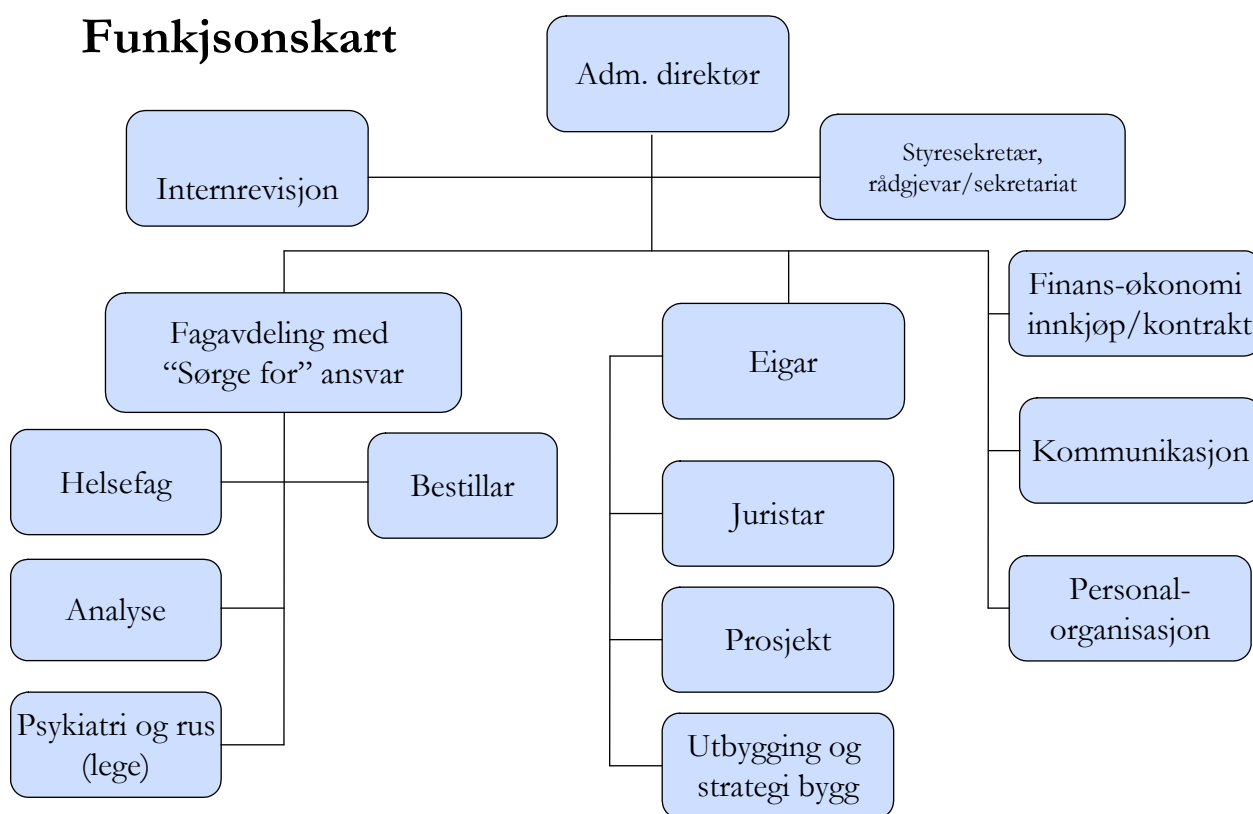
Leiinga i Helse Vest RHF har gjennom året arbeidd med sikte på å avklare dei nærare rammene og innhaldet i dei ulike hovudoppgåvene som er tillagt verksemda. Dei tilsette har vore involverte gjennom internsamlingar, og det er nytta ekstern bistand.

Kravet om eit tydelegare organisatorisk skilje og systemmarkering mellom dei to rollene som ivaretar av "sørgje for"-ansvaret og eigar av underliggande helseføretak, inneber eit ønske

om eit klarare skilje mellom bestillar- og utførarrolla. Dette blir understøtta ytterlegare av kravet om ei betre praktisering av føretaksmodellen for private aktørar.

Tidlegare organisasjonsmodell skilte ikkje i tilstrekkeleg grad dei to rollene i høve til dei forventningane som ble lagt. Helse Vest har derfor gjennomført organisatoriske endringar for å møte desse forventningane. Det er tatt høgde for at den framtidige organiseringa skal gi rom for god samhandling på tvers av avdelingar og effektiv utnytting av dei samla ressursane. Samtidig har ein gitt organisasjonen eit meir spissa fokus på eigar- og sørgje for rolla i tråd med krav frå eigar.

Følgjande figur viser oppgåvedelinga etter dei endringane i organisasjonen som vart vedtekne i styremøte i 2005:



Dei helsefaglege oppgåvene er oppretthaldt i fagavdelinga samtidig som det er etablert ei analyseining som skal arbeide med tilrettelegging av datagrunnlaget for gjennomgåande leiings- og styringsinformasjon. På sikt skal eininga òg arbeide med analyser og vurderingar av behandlingrater og tilbudsprofilar ved føretaka. Bestillarfunksjonen skal utarbeida bestilling av volum og kvalitet ovanfor helseføretaka, private ideelle institusjonar, avtalespesialistar, private sjukehus med fleire.

Eigaravdelinga vil mellom anna ha som oppgåve å vere representert i helseføretaka sine respektive styrer og utøve god eigarstyring gjennom denne representasjonen. I tillegg kjem ansvaret med utforming av eigarkrav gjennom føretaksmøta i helseføretaka.

3.2.2 Styrerepresentasjon i egne helseføretak

Helse Vest RHF gjennomførte våren 2005 endringar i styrerepresentasjonen i egne helseføretak. Endringane innebar at administrerande direktør i Helse Vest RHF ikkje lengre er representert i nokon av styra. I tillegg er det lagt til grunn som prinsipp at ingen tilsette som høyrer til "sørgje for"-ansvaret i Helse Vest RHF, jf. pkt 3.2.1 om ny organisering, skal ha styreverv i underliggjande helseføretak.

3.2.3 Relasjon til private aktørar

Helse Vest har i løpet av 2005 inngått treårige avtaler med private institusjonar for tverrfagleg behandling av rusmisbrukarar.

Rammeavtalane med dei private ideelle institusjonane innanfor somatikk og psykisk helsevern er fornya med verknad frå 2005. Avtalene gjeld inntil ein av partane eventuelt seier den opp. Fristen for å seie opp rammeavtalane er tre år, med unntak av avtalen med Haraldsplass Diakonale Sykehus der fristen er 12 månader.

Haraldsplass Diakonale Sykehus har ei koordinerande rolle i samhandlinga mellom dei private ideelle institusjonane og Helse Vest. Institusjonane deltek med representantar i utviklingsprosjekt i regi av Helse Vest. I 2005 har dei teke del i m.a. utarbeidinga av regional rusplan og i regionalt rehabiliteringsprosjekt. Representant for dei private ideelle institusjonane er òg med i faste leiarfora som regionalt fagdirektørmøte. I tillegg blir det arrangert årlege møter med kvar institusjon i samband med bestillinga.

Det har vore gjennomført anbodskonkurranse i samband med overtaking av ansvaret for opptreningsinstitusjonane i regionen (jf punkt 2.6.1). I forkant av konkurransen blei det arrangert eit ope informasjonsmøte for alle interesserte. I 2006 vil Helse Vest ha jamlege kontaktmøte med dei institusjonane som fekk avtale.

Det har òg vore gjennomført anbodskonkurransar innanfor laboratorie- og røntgentenester.

Helse Vest har driftsavtale med om lag 300 privatpraktiserande spesialistar. Dei fordeler seg likt mellom somatikk og psykiatri.

3.3 DELTAKING I TILTAK SOM GJELD FLEIRE REGIONAR

3.3.1 Samordning og standardisering av IKT mellom dei regionale helseføretaka

Helse Vest RHF har vidareført det nasjonale samarbeidet innanfor IKT-området gjennom leiarskapet i Styringsgruppa for Nasjonal IKT. Nasjonal IKT er samansett av dei 5 RHF og Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg deltek Helse- og omsorgsdepartementet og Norsk Helsenett som observatørar.

Nasjonale IKT har saman med RHFa starta arbeidet med å bidra til auka trafikk gjennom Norsk Helsenett. Nasjonal IKT gjennomfører òg ei rekkje tiltak som har som mål å bidra til samordning og standardisering innanfor IKT området for spesialisthelseteneste. For detaljar

om dette arbeidet vert det vist til gjeldande versjon av strategi- og tiltaksplan. Årleg revisjon av strategi- og tiltaksplanen er i gang.

Nasjonal IKT etablerte i september 2005 eit eige programkontor for prosjektstyring av felles nasjonale tiltak innanfor IKT-området. Programkontoret er pt. bemanna med 2 eksterne konsulentar frå PricewaterhouseCoopers. Det er lagt til rette for auka bemanning av programkontoret i 2006.

Nasjonal IKT initierte i september 2005 eit eige utgreiingsprosjekt for å vurdere den meir langsiktige organiseringa innanfor IKT-området. McKinsey & company er engasjert for å gjennomføre utgreiingsprosjektet saman med ei prosjektgruppe samansett av representantar frå alle dei 5 RHF. Nasjonal IKT fungerer som styringsgruppe for arbeidet. Rapport frå prosjektet skal leggjast fram for styringsgruppa i mars 2006.

3.3.2 Deltaking i etablering av nasjonale leiingsutviklingstiltak

Helse Vest RHF deltek i Styringsgruppa for nasjonale leiingsutviklingstiltak. Frå Helse Vest har 8 personar teke del i programmet som gjekk fram til sommaren 2005. I programmet som starta hausten 2005 er 6 personar med.

Innhaldet i programmet var forankra i dei nasjonale kjerneverdiane og leiingskrava som blei formulerte i løpet av pilotprogrammet for leiingsutvikling i helseføretaka i 2003-2004.

3.3.3 Likestillingsperspektiv i styresamansetjinga

Det blei gjennomført val i alle underliggjande helseføretak i 2005. Ved samansetjinga av styra blei det teke omsyn til at kvart kjønn skal vere representert med minst 40 prosent.

3.3.4 Naudnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for naudetatane

AD- kollegiet har foreslått at det vert bygd opp ein nasjonal driftsorganisasjon (HDO) for helse. Helse Vest RHF er utpeika til å vere prosjektansvarleg på vegne av dei regionale helseføretaka.

Det er utarbeidd eit prosjektdirektiv i samarbeid med Helse Sør og Helse Øst, som blei handsama i fagdirektørmøtet og AD-kollegiet i desember 2005.

Arbeidet med å etablere HDO er stilt på vent av AD kollegiet inntil nødvendige avklaringar om finansiering er gjort med Helse- og omsorgsdepartementet.

3.3.5 Oppfølging av statlege handlingsplanar o.a. på særskilte område

Grøn stat

Innkjøpsområdet er eitt av fire fokusområde innan ”Grøn stat”. Helse Vest RHF har integrert miljøaspektet i innkjøpsarbeidet i sin strategiplan for innkjøp. I det operative

innkjøpsarbeidet tas miljøkrav inn i konkurransegrunnlag. Miljøkrav vert retta både mot leverandørar og mot produkt.

Elektronisk handel

Helse Vest har arbeidd med elektronisk handel og konkret gjennomført prosjekter for elektronisk handel i direkte elektronisk interaksjon med utvalde leverandørar. Mot slutten av 2005, blei det vedteke at helseføretaka i Helse Vest skal knytte seg til marknadsplassen www.ehandel.no. Prosjektet vart starta opp i mars 2006.

Universell utforming av bygg

Universell utforming av bygg og sjukehusområda blir lagt til grunn for planlegging og drift av eigedomar i regionen.

Parkeringsplassar for funksjonshemma

Helse Vest har understrekt for helseføretaka kor viktig det er å sikre tilgjenge til parkeringsplassar for rørslehemma ved sjukehus.

3.3.6 Interregionalt samarbeid

Ei heilskapleg løysing av oppgåvene vil òg innebere ei forventning om etablering/ivaretaking av fellesoppgåver og interregional samordning. I st.prp. nr. 1 er det peikt på som viktig at dei interregionale initiativa og arbeida vart vidareførte slik at dei understøtter hovudprioriteringane i helsetenesta. Det er òg viktig og vesentleg at dei regionale helseføretaka på eige initiativ sørgjer for nødvendig samordning, og underbygger dei regionale helseføretaka sitt omdømme som potent instans for fag, styring og leiging.

Det går i dag føre seg interregionalt samarbeid på ei rekkje område:

- IKT – nasjonalt helsenett
 - Forsking
 - Leiarutvikling
 - Psykisk helsevern
 - Prioritering
 - Utdanning
 - Felles avtaler med utanlandske leverandørar
 - Pensjonsspørsmål - KLP
 - Langsiktig pensjonsstrategi
 - Utvikling av finansieringsordning mellom RHF og HF – felles seminar
 - Lønnsoppgjør
 - Forhandlingar med legeforeininga om rammeavtaler for praktiserande spesialistar
 - Forholdet til legemiddelindustrien
 - Luftambulansen ANS
 - Felles opplegg for fakturering av ambulanseoppdrag
 - Gjennomgang av:
 - Radiologifaget
 - Blodbank
 - Traumetilbod
 - Mv.
 - Koordinering av sekretariatsoppgåver for AD-møtet og fagdirektørmøtet.
- Med bakgrunn i bestillardokumentet for 2006 vil også belyse følgjande punkter
- Harmonisering av prioritering og tildelingskriterier
 - Samla kapasitetsanalyse for spesialisthelsetenesta, med oppfølgingsstrategi
 - Heilskapleg plan for framtidig organisering av høgspesialiserte tenester
 - Iverksetting av forskningssamarbeid innanfor minst to fagområde
 - Plan for å styrkje spesialisthelsetenester til eldre

- Legemiddelinnkjøpssamarbeid
 - Gjennomgang høgspesialiserte funksjoner
 - Helseføretaka sitt innkjøpssenter
 - Praksiskonsulentordninga
 - Rusomsorg
 - Rehabilitering – nasjonalt kontaktforum
 - Behandlingshjelpemidlar
- Med bakgrunn i protokollane frå føretaksmøta i januar 2006 vil også samarbeide på følgjande områder:
- Samordning og standardisering av IKT
 - Organisering av stabs- og støttefunksjonar
 - Forholdet til ILO-konvensjon nr. 94
 - Naudnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for naudetatane
 - Beredskapsområdet
 - Utvikling av felles kommunikasjonskanalar

Helse Vest RHF vil fortsette å ta initiativ til interregionalt samarbeid og bidra til nødvendig koordinering av aktivitetane.

3.4 ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEVILKÅR

3.4.1 Omstillingsutfordring og balansekrav

Ved starten av 2005 hadde Helse Vest ein omstillingsutfordring på om lag 530 mill. I samband med framlegg av revidert nasjonalbudsjett blei fristen for å gå i balanse utsett til 2006. Styret i Helse Vest valde likevel å halde trykket på dei effektiviseringstiltaka som skulle setjast i verk. På møte den 06.09.05 fastsette styret eit budsjettert resultat på minus kr 48 mill for 2005.

Førebels resultat for 2005:

Alle tall i 1000 og registrert med positivt fortegn

Helse X RHF	Akkumulert pr desember 2005			
	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme ekskl midler til å dekke avskrivninger	6 256 007	6 212 981	43 026	0,7 %
Inntekter til å dekke avskrivninger	641 088	641 088	-	0,0 %
ISF egne pasienter	4 062 585	4 034 454	28 131	0,7 %
Gjestepasienter	141 002	110 694	30 308	27,4 %
Polikliniske inntekter	852 223	854 439	(2 216)	-0,3 %
Øremerkede tilskudd (inkl forsknings og undervisningsmidler)	512 721	495 800	16 921	3,4 %
Øremerkede tilskudd psykiatri	223 308	226 077	(2 769)	-1,2 %
Andre driftsinntekter	1 226 265	1 066 548	159 717	15,0 %
Sum driftsinntekter	13 915 199	13 642 081	273 118	2,0 %
Kjøp av andre offentlige helsetjenester	688 616	663 631	24 985	3,8 %
Kjøp av andre private helsetjenester	1 820 703	1 698 874	121 829	7,2 %
Varekostnader knyttet til produksjon i helseforetaksgruppen	1 287 723	1 218 514	69 209	5,7 %
Lønn til fast ansatte	6 198 214	6 315 726	(117 512)	-1,9 %
Overtid og ekstrahjelp	768 621	648 781	119 840	18,5 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	689 265	615 911	73 354	11,9 %
Annen lønn	228 018	214 045	13 973	6,5 %
Avskrivninger	954 456	944 873	9 583	1,0 %
Andre driftskostnader	1 776 942	1 800 706	(23 764)	-1,3 %
Sum driftskostnader	14 412 558	14 121 060	291 498	2,1 %
Driftsresultat	(497 359)	(478 979)	(18 380)	3,8 %
Finansinntekter	31 618	1 650	29 968	1816,2 %
Finanskostnader	42 595	17 502	25 093	143,4 %
Finansresultat	(10 977)	(15 852)	4 875	-30,8 %
Ordinært resultat	(508 336)	(494 831)	(13 505)	2,7 %
Ekstraord inntekter	-	-	-	#DIV/0!
Ekstraord kostnader	-	-	-	#DIV/0!
Skattekostnad	-	-	-	#DIV/0!
(Års)resultat	(508 336)	(494 831)	(13 505)	2,7 %
Meravskrivninger tilknyttet strukturfondet	132 645	132 645	-	0,0 %
Meravskrivninger tilknyttet kortere levetider	222 355	222 355	-	0,0 %
Resultatmåling eigar	(153 336)	(139 831)	(13 505)	9,7 %
Meravskrivning på investeringer i perioden 2002-2005	91 000	91 000		
Korrigert resultat	(62 336)	(48 831)	(13 505)	27,7 %

Rekneskapen for 2005 er enno ikkje ferdig og revidert. Resultatrapporten må derfor sjåast på som eit førebels resultat. I samband med avstemming av rekneskapet vil det kunne bli endringar i både inntekter og kostnader samt omklassifisering av inntekts- og kostnadspostar.

Rapporteringa viser eit underskot på 153,3 mill justert for meiravskrivingar. Helse Vest har ved fastsetting av resultatkravet for 2006 gjort ei ytterlegare korreksjon i resultatet knytt til meiravskrivingar på investeringar i perioden 2002 til 2005 på kr 91 mill. Resultatet viser etter denne justeringa eit underskot på kr 62,3 mill. Resultatet viser eit negativt avvik mot budsjett på kr 13,5 mill.

I samband med overtaking av nye oppgåver/ansvar frå Rikstrygdeverket er det ved overføring av midlar til basisramma gjort eit fråtrekk som tilsvarar ca 1,5 månads betaling for å dekkje

etterslep på rekningar. Dette inneber at helseføretaka i utgangspunktet får ein ekstra utfordring knytt til nye oppgåver/ansvarsområde i implementeringsåret. Etter nærmare avklaring med Helse- og omsorgsdepartementet samt med referanse til rekneskapshandbok for regionale helseføretak, er desse postane no sett opp som fordring på HOD og inntektsført i rekneskapen. Dette gjeld sjuketransport, halvering av takstar offentlege og private lab/røntgeninstitut og reduksjon av polikliniske takstar frå 2004. Samla inntektsføring knytt til desse forholda er på kr 56 mill i 2005.

Det er framleis ei usikkerheit knytt til den økonomiske konsekvens som følgje av overtaking av ansvaret for norsk pasientskadeerstatning. Dette kan ha store konsekvensar for rekneskapsresultatet, men beløpsstørrelsen er ukjend.

Det samla negative resultatavviket på kr 13,5 mill inneheld både positive og negative avvik. Dei negative avvika finn vi i Helse Bergen (-94,2 mill), Helse Fonna (-22,2 mill), Helse Førde (-23,7 mill) og Helse Vest IKT (-10 mill). Helse Stavanger har eit positivt avvik på kr 2,7 mill. I tillegg er det eit positivt avvik i administrasjonen i Helse Vest på kr 16,6 mill. Avviket skuldast hovudsakeleg netto finansinntekter samt mindre kostnader til bruk av konsulentar enn budsjettert. I tillegg er det lønsmidlar som ikkje er brukte.

Samla sett er resultatutfordringa størst i Helse Bergen. Dette fordi avviksbeløpet er stort, men òg fordi ein stor del av avviket kjem i samband med avslutting av årsrekneskapen. Det vil derfor vere heilt nødvendig å analysere årsaka til avvika og sette inn tiltak for å sikra ei betre økonomistyring ved helseføretaket i 2006.

For å fange opp den generelle usikkerheita i det samla budsjettopplegget, har Helse Vest budsjettert med ein reserve på kr 126 mill. Denne reserven er no løyst opp og gjer at Helse Vest RHF får eit positivt avvik på resultatet som utgjer kr 117,4 mill. Denne reserven saman med inntektsavsetting for nye oppgåver/ansvarsområde gjer at resultatavvika i helseføretaka blir reduserte, og konsernet samla sett får eit resultatavvik på minus kr 13,5 mill.

3.4.2 Investeringar

I tabellen under er det gjort ei samanstilling på rapportering av investeringar i helseføretaka pr. 31.12.05. Denne er usikker fordi rekneskapen ikkje er endeleg og revidert.

Rapporteringsskjema investeringskostnader og finansieringsmetode
inkl. videre investeringsbehov

	Kostnadsdata			Planlagt investeringsbehov inkl. finansieringsmetode					
Helse xxx RHF	Forbruk tom 2004	Kostnadsdata Regnskap 2005		2006		2007		2008	
Alle prosjekter unntatt prosjekter på psykiatriplanen		¹ Egenfinansiert	² Låneopptak	Egenfinansiert	Lånebehov	Egenfinansiert	Lånebehov	Egenfinansiert	Lånebehov
		² Bygg	² Utstyr						
MOBA	10 000	20 174	-	-	131 826	-	134 000	-	-
To senter	-	-	-	-	-	-	25 000	-	200 000
Etappe 3 Haugesund	83 817	913	-	-	-	-	-	-	-
Laboratoriebygg Bergen	2 886	15 056	-	-	120 000	-	234 000	-	305 000
Ombygg av frigjorte lab.arealer	-	-	-	-	-	-	-	-	2 000
Barne og ungdomssenter	5	297	-	-	4 000	-	40 000	-	160 000
Parkbygg (nybygg over stråleterapi)	-	-	-	-	47 000	-	57 000	-	-
Kreftbygg - under utredning	-	-	-	-	-	-	-	-	15 000
Voksenspsyk. Sandviken (ikke opptrappingsplan)	-	3 956	-	35 000	5 000	-	106 000	-	60 000
Psykatri Helse Førde (ikke opptrappingsplan)	-	-	-	-	-	-	32 000	10 000	37 000
Andre investeringer under utredning	-	-	-	-	-	-	-	-	5 000
Påbygg 2000 i Førde	23 307	83 055	-	29 000	30 000	-	-	-	-
Andre bygningsmessige investeringer	31 548	120 451	-	245 000	157 000	158 000	77 000	124 000	80 000
Andre bygningsmessige investeringer psykiatri	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Utstyr									
Medisinsk tekniks utstyr	-	20 000	172 515	258 256	-	343 100	3 000	452 200	-
IKT- utstyr	-	15 000	57 315	71 680	16 000	64 000	16 000	64 000	16 000
Annet	-	651	137 641	75 900	-	142 500	-	122 100	17 000
Investeringer eksl. prosjekter på psykiatriplanen		279 553	367 471	714 836	510 826	707 600	724 000	772 300	897 000
Sum investeringer eks. prosjekter på psykiatriplanene		647 024							
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03		¹ Egenfinansiert	¹ Låneopptak	Egenfinansiert	Lånebehov	Egenfinansiert	Lånebehov		
		² Bygg	² Utstyr						
Sola DPS	-	20 433	-	-	79 567	-	-	-	-
BUO Stavanger	-	2 812	-	-	-	-	40 000	9 000	51 000
DPS Karmøy, nybygg	5 178	20 479	-	3 521	20 000	-	-	-	-
Voksenpsyk polikl. Haugesund, påbygg	583	50 344	-	24 043	-	-	-	-	-
Kvinnherad DPS, ombygg Valen	5 180	-	-	-	-	-	-	-	-
Stord DPS, nybygg	51 377	13 864	-	-	-	-	-	-	-
Familiebehandl. BUP Haugesund	3 615	15 130	-	-	-	-	-	-	-
BUP Stord, nybygg polikl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Åstveit DPS, nybygg døgnavd.	40 691	45 297	-	-	10 000	-	10 000	-	-
Fjell og Årstad DPS, nybygg polikl.	-	8 599	-	-	10 000	-	-	-	30 000
Fana DPS, nybygg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP Åsane, ombygg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP Betanien, nybygg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP Årstad, nybygg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP Fana, nybygg Solli	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP, ny døgnavd Fana	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP, Helse Bergen	-	-	-	-	3 000	-	60 000	-	71 000
DPS Indre Sogn, inkl. BUP nybygg	71 524	703	-	-	-	-	-	-	-
Ungdomspsyk. Avd SSSF, nybygg	36 312	192	-	-	-	-	-	-	-
Voksenpsyk rest HS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Askvikneset	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum prosjekter på psykiatriplanen	214 460	177 853	-	27 564	122 567	-	110 000	9 000	152 000
SUM		457 406	367 471	742 400	633 393	707 600	834 000	781 300	1 049 000
Sum totale investeringskostnader		824 877		1 375 793		1 541 600		1 830 300	

3.4.3 Låneopptak og driftskredittar

Helse Vest har i 2005 fått tildelt totalt kr 450 mill i lån til investeringsføremål. Beløpet består av ordinær låneramme på kr 350 mill som vart tildelt i styringsdokumentet, samt ei ekstra løyving på kr 100 mill som vart gitt hausten 2005. Dei ekstra lånemidlane har blitt nytta til å setje i gang nytt akuttomtak med observasjonseining ved Helse Stavanger (kr 52 mill) og nytt laboratoriebygg ved Helse Bergen (kr 48 mill). For nærare spesifikasjon på bruken av lånet, blir det vist til tabellen under.

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporteringsskjema for lån under opptrekk - Helse Vest RHF				
Ettårig låneopptak		Låneopptak 2005		Antatt/ Gjennomsnittlig levetid.
- Investeringer nybygg		6 202 209		
- Vedlikeholdsinvesteringer		46 000 000		
- Medisinak teknisk utstyr				
- IKT-investeringer				
- Annet				
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2005		52 202 209		
Byggelån videreført fra 2004 som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.05	Lånesaldo pr 31.12.04 (inkl. renter)	Låneopptak 2005	Tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.05 (ekskl. renter 2005)	Antatt levetid
prosjekt x				
- Investeringsprosjekter Helse Stavanger	21 278 944		21 278 944	
- Haugesund østblokk del av etappe 3	35 788 735		35 788 735	
- Stord DPS	2 453 829		2 453 829	
- Haugaland DPS (aktivert etappe 1)		25 000 000	25 000 000	
Miljøhall	16 061 139	6 832 000	22 893 139	
Boliger Haukelandsbakken	7 242 553	1 000 000	8 242 553	
Bjergvin DPS - byggetrinn 1	20 535 633	59 500 000	80 035 633	
Varmeanlegg	18 780 392		18 780 392	
Hjertekat.lab og el fys lab - HUS	15 100 732		15 100 732	
HUS, ny lunge poliklinikk / MR		11 000 000	11 000 000	
Isolater		4 000 000	4 000 000	
Nordåstunet, nakke- og ryggpoliklinikk		4 000 000	4 000 000	
Dialyse Voss		6 000 000	6 000 000	
Sum tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.05	137 241 957	117 332 000	254 573 957	
Byggelån for videreføring	Lånesaldo pr 31.12.04 (inkl. renter)	Låneopptak 2005	Sum byggelån for videreføring pr 31.12.2005 (ekskl. renter 2005)	
Prosjekt x			0	
Nytt akuttomtak		52 000 000	52 000 000	
Sola DPS		50 000 000	50 000 000	
Bygningsmessige investeringer		31 402 791	31 402 791	
Haugaland DPS (aktivert etappe 1)		27 308 000	27 308 000	
Mindre ombygginger psykiatri		800 000	800 000	
Ombygging Sandviken		2 700 000	2 700 000	
Knappetunet		8 500 000	8 500 000	
BUP Knarvik		2 500 000	2 500 000	
Parkbygg (nybygg over stråleterapien)		5 000 000	5 000 000	
Laboratoriebygg		13 000 000	13 000 000	
Laboratoriebygg tilleggsbevilgning		48 000 000	48 000 000	
Påbygg 2000	25 604 802	24 055 000	49 659 802	
Apotekene Vest		15 200 000	15 200 000	
Sum byggelån for videreføring	25 604 802	280 465 791	306 070 593	
Total lånesaldo 31.12.04 Byggelån	162 846 759			
Sum låneopptak 2005		450 000 000		
Sum låneopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.05 (eks. påløpne renter 2005)			306 776 166	

Helse Vest har fått godkjend ei driftskredittramme på kr 1,3 mrd. Ved utgangen av 2005 har Helse Vest til saman nytta kr 672 mill av denne trekkrettigheita. Overtrekket blei lågare enn rekna med i budsjettet. Dette skuldast mellom anna at ekstra lån til investeringar på kr 100 mill blei gitt så seint på året at Helse Stavanger og Helse Bergen ikkje nådde å setje i gang prosjekta fullt ut i 2005. I tillegg blei det utbetalt kr 139 mill i samband med omgrupperingsproposisjon.

Det er utarbeidd eit førebels likviditetsbudsjett for 2006. Dette syner eit likviditetsbehov ved årets utgang på ca kr 1,1 mrd. Det er med basis i dette budsjettet ikkje behov for å auke driftskreditten. Det er likevel ei usikkerheit knytt til likviditetsbudsjettet, og dersom likviditetsutviklinga blir forverra, må Helse Vest søke om utvida driftskredittramme.

3.4.4 Lønnsutviklinga i helseføretaka

Helse Vest RHF har teke aktiv del i planlegginga av NAVO sitt kompetanseutviklingsprogram "Rullande steinar samlar ikkje mose". Dette programmet tek sikte på å gi helseføretaka ei brei og solid kompetanse for vidareutvikling av arbeidsgivarsida i helseføretaka. Sentrale personar i helseføretaka er involverte i programmet. Programmet held fram i 2006.

3.4.5 Krav til einskapleg rekneskapsføring

Helse Vest RHF v/rekneskapsleiar har delteke i ei arbeidsgruppe saman med rekneskapsleiarar frå dei fire andre RHFa og deltakarar frå Helse- og omsorgsdepartementet. Ekstern konsulent har òg vore trekt inn i arbeidet. Arbeidsgruppa har kome fram til einsarta rekneskapsoppsett og fleire like noter. Det har òg vore arbeidd med ei overordna rekneskapshandbok. Arbeidet har kome langt, men er ikkje ferdig.

3.4.6 Utvikling av nasjonal styringsinformasjon i spesialisthelsetenesta

Helse Vest tek del i arbeidet med KPP og har ein eigen representant i den nasjonale gruppa leia av departementet og Sintef. Helse Vest er òg representert i den nasjonale koordineringsgruppa for nytt organisasjonskodeverk, OK2007. Her er det òg gjennomført regional oppstart av innføringsprosjekt for det nye kodeverket med utgangspunkt i det sentrale prosjektet leia av Sosial- og helsedirektoratet.