

Styresak

Går til:	Styremedlemmer	
Selskap:	Helse Vest RHF	
Styremøte:	17. februar 2003	
Styresak nr:	016/03 B	
Dato skrevet:	12.02.03	Saksbehandler: Hans Stenby
Vedrørende:	RAPPORT FRA FUNKSJONSFORDELINGSPROSJEKTET – FORSLAG TIL OPPFØLGING	

Bakgrunn

Styret for Helse Vest RHF vedtok våren 2002 å starte en strategisk planprosess, jfr styresak 025/02. Det ble i første omgang vedtatt å gjennomføre 3 delprosjekter:

- utarbeide en overordnet foretaksplan med foretakside/oppdrag, visjon, verdigrunnlag og overordnede mål og strategier
- vurdere de medisinske tjenestene (inkludert medisinske servicetjenester) – funksjonsfordelingsprosjektet
- samordning av administrative støttefunksjoner

Prosjektgruppen for funksjonsfordelingsprosjektet har nå utarbeidet en samlet rapport fra arbeidet hittil med anbefaling. De ulike arbeidsgrupperapportene ligger som vedlegg.

Rapporten med vedlegg er behandlet av styringsgruppen. Styringsgruppens anbefaling er vedlagt.

Rapport fra funksjonsfordelingsprosjektet med forslag til oppfølging fremlegges her for styret.

Når det gjelder fremdrift viser det til styresak 011/03 og vedlagte brev til helseforetakene.

Mange av forslagene i rapporten er allerede fulgt opp av styret i forbindelse med styringsdokument til helseforetakene for 2003. Det legges på denne bakgrunn her særlig vekt på gjennomgangen av akutfunksjonene.

Kommentarer

1. Mål og innhold

Prosjektet har hatt fokus på hvordan oppgaver og funksjoner ivaretas i helseregionen og hvordan tjenestene bør utvikles. Målet er å etablere en rasjonell sykehusstruktur som sikrer en effektiv utnyttelse av de samlede ressursene samtidig som høy kvalitet og god tilgjengelighet ivaretas. Ulike strukturelle tiltak må bidra til å fremme overordnede mål for helsetjenesten.

Som grunnlag for videre analyse er det gitt en beskrivelse av:

- dagens tjenestetilbud i hovedsak basert på nasjonal statistikk
- landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre som ivaretas i helseregionen og regionsfunksjoner og regionale kompetansesentre
- forskningsaktiviteten i helseforetakene

Det er foretatt en særskilt gjennomgang av:

- akuttfunksjonene i helseforetakene, hvilke sykehus har akuttberedskap innen ulike funksjoner, vaktberedskap og hvor mange pasienter som mottas/behandles
- fødselsomsorgen i helseforetakene

Med bakgrunn i nasjonale standarder og prinsipper, jfr akuttmeldingen, er det eksemplifisert hvordan sykehusene kan utvikles for å imøtekomme krav til kvalitet, flere eldre og pasienter med kroniske lidelser og krav til effektiv ressursutnyttelse. Med basis i fødselstall og nasjonale normer er også utvikling av fødselsomsorgen eksemplifisert.

Det er videre foreslått tiltak:

- for å dokumentere og styrke forskningsaktiviteten i helseforetakene.

Det er i nær tilknytning til dette utarbeidet:

- utarbeidet kriterier som regionale kompetansesentre bør oppfylle og prosedyre for opprettelse av regionale kompetansesentre

Som ledd i kvalitetsutvikling er det foreslått at:

- det utvikles regionale faglige retningslinjer (guidelines).

Prosjektet har innen den tidsramme som har vært til disposisjon, prioritert gjennomgang av noen områder. Prosjektet må således følges opp og det er gitt anbefaling om en videre utredning av følgende problemstillinger:

- revidere regional kreftplan – både med bakgrunn i forventet sterk vekst i antall krefttilfeller og behov for bedre funksjonsfordeling av lidelser med lavt volum
- revidere opptrappingsplanen(e) for psykisk helse – for å erstatte de fylkeskommunale planene og følge opp statlig styringssignaler
- farmasøytiske tjenester – hvordan sikre en hensiktsmessig bruk av apotekenes farmasøytisk kompetanse i helseforetakene
- hvordan bruke faglige nettverk til å styrke kvalitet, forskning og utdanning

- foregripe nye medisinske metoder (horizonscanning) og etablere prosedyre for å ta i bruk nye metoder - bl.a. for å sikre at nye metoder som tas i bruk har dokumentert effekt og at kostnader er klarlagt
- utvikling av patologitjenestene – hvordan sikre basistjenester i helseforetakene og nødvendig arbeidsdeling innen spesielle analyser

2. Organisering

Det har vært en felles styringsgruppe for strategiprojektene. En egen prosjektgruppe har hatt ansvar for gjennomføring av funksjonsfordelingsprosjektet. Det er nedsatt arbeidsgrupper innenfor enkelte temaer. Ved gjennomgang av akuttfunksjonene i Helse Vest er det også nyttet ekstern konsulentbistand.

3. Beskrivelse av nåsituasjonen

Nåsituasjonen er søkt beskrevet ved tre sett av indikatorer:

- resultat i forhold til de 4 hovedoppgavene: pasientbehandling, undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende
- innsatsfaktorer som nyttes: økonomisk ressurser, personell, medisinsk teknisk utstyr og IT, bygg og anlegg
- ressursutnyttelse og effektivitet: forholdet mellom resultat og ressursinnsats

Som det vil fremgå av vedlegget, mangler vi bl.a. fortsatt gode data på viktige resultatområder som undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Ser vi på pasientbehandling innen somatikk har det vært en sterk vekst i antall sykehusopphold fra 1995 til 2001 (Deler skyldes at registrering av dagopphold kommer inne i 1998.) Relativt sett har veksten i helseregionen vært noe lavere enn landet for øvrig. Innad i regionen har Helse Bergen hatt den sterkeste veksten og Helse Førde den laveste.

Helseregion Vest har den laveste pasientbehandlingsraten pr 1000 innbyggere av helseregionene. Innad i regionen har Helse Stavanger-området et relativt lavt sykehusforbruk. Helse Førde har høyest forbruk pr 1000 innbyggere.

Innenfor voksenpsykiatrien har Helseregion Vest flest oppholds døgn i sykehus og andre institusjoner og lavest antall konsultasjoner pr 10.000 innbyggere.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har Helseregion Vest lavest dekningsandel. Det ble gitt tilbud til 2,11 % av befolkningen under 18 år i 2001. Målet i opptrappingsplanen er 5 % i 2006.

Helseregion Vest mottok i 2002 lavest basistilskudd pr innbygger.

Helseregion Vest har et lavere antall årsverk pr 1000 innbyggere enn gjennomsnittet for landet innen somatikk. Det samme gjelder innen psykisk helsevern. Dekningen er særlig lav innen barne- og ungdomspsykiatrien. Innen voksenpsykiatrien har Helseregion Vest lavest andel personell i poliklinikker.

Helse Vest har i perioden 1995-2001 laveste faktiske netto driftsutgifter pr korrigert opphold i somatikk. Målt ved korrigerte heldøgnsopphold pr årsverk har Helse Vest forholdsvis høy produktivitet.

Det er nyttet tall fra statistikk for 2001 hvis ikke annet er nevnt.

4. Akutfunksjoner i Helse Vest

Det er i styringsdokument til Helse Vest RHF både i 2002 og 2003 gitt klare føringer for å gjennomgå funksjonsfordeling og sykehusstruktur. Det er særskilt pekt på fødselsomsorg og kirurgisk beredskap. En arbeidsgruppe i funksjonsfordelingsprosjektet fikk på denne bakgrunn følgende mandat:

Helse Vest RHF skal sørge for at befolkningen i Helseregion Vest får et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Akutfunksjonene og beredskapsordningene må fordeles slik at denne overordnede målsetting nås på en kostnadseffektiv måte.

Personellet arbeidstid skal i størst mulig grad konsentreres om pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette innebærer at tid bundet i beredskapsordninger reduseres der det er mulig.

Prosjekt Akutfunksjoner som er et delprosjekt i Funksjonsfordelingsprosjektet, skal kartlegge dagens status når det gjelder akutfunksjoner og beredskapsordninger. Der det er mulig skal dette sammenholdes med nasjonale normer og standarder på området.

På dette grunnlag skal det fremmes forslag til endringer i akutfunksjoner og beredskapsordninger både mellom helseforetakene og internt i helseforetakene i Helse Vest RHF

Arbeidsgruppen har nærmere redegjort for bakgrunn og de problemstillinger som reiser seg i forholdet mellom dagens sykehusstruktur og utvikling innen medisin og kommunikasjon.

Med bakgrunn i nasjonale utredninger om volum og kvalitet er det innhentet tallmateriale for antall øyeblikkelig hjelp innleggelser pr døgn som krever behandling i operasjonstue.

Sykehusene i helseregionen samler seg i tre grupper: Bergen og Stavanger med henholdsvis 12,5 og 8,7 øyeblikkelig hjelp innleggelser pr døgn, Førde og Haugesund med henholdsvis 2,3 og 2,5 innleggelser pr døgn og de resterende med mindre enn 1 innleggelse pr døgn. Det er grunn til å se kritisk på fortsatt kirurgisk døgnbasert akutfunksjon i denne sistnevnte gruppen.

Den faglige utvikling går i retning mer spesialisering. Det gjelder bl.a. innen kirurgi hvor generell kirurgisk kompetanse avløses av separate spesialister med tilhørende vaktordninger innenfor bløtdelskirurgi og ortopedi. Det gjør det tiltakende vanskelig å opprettholde tilstrekkelig volum på tjenestene og gode vaktordning ved mindre enheter. Det medfører også at mye tid må bindes i vaktordninger.

Med utgangspunkt i behovet for bedre samhandling med primærhelsetjenesten og utvikling av tilbudet til en voksende gruppe eldre og kronisk syke er utvikling av distriktsmedisinske sentre drøftet.

Innenfor fødselsomsorgen er det vist til Helsetilsynets forslag om en tredeling av fødselsomsorgen:

- Kvinneklinikker: Minst 1.500 fødsler, tilstedevakt av fødsel- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsbemanning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte
- Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen
- Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold

Det er med bakgrunn i nasjonale føring og faglige utredninger grunnlag for å revurdere dagens fordeling av akutfunksjoner i Helse Vest.

Det er gitt eksempler på endringer samtidig som det er lagt vekt på å opprettholde kvaliteten på tjenestene innenfor en desentralisert struktur med større differensiering mellom sykehusene når det gjelder oppgavefordelingen.

Akuttbehandling i kirurgi foreslås konsentrert til færre sykehus som derved kan tilby tilgjengelige spesialister innen både bløtdelskirurgi og ortopedi og tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingsskjeden.

Ved mindre enheter med dagkirurgisk virksomhet kan begrenset akuttberedskap på dagtid vurderes.

Forslaget innebærer at akutfunksjonene innen bløtdelskirurgi og ortopedi samles ved et av sykehusene i hvert helseforetak. På de samme sykehusene samles den del av fødselsomsorgen som krever beredskap for å kunne gjennomføre operativ forløsning.

Fødselsomsorgen differensieres med utgangspunkt i den nivåinndelingen som Statens helsetilsyn har anbefalt. Det anbefales at denne nivåinndelingen legges til grunn i helseforetakenes endelige utforming av den nye sykehusstrukturen.

Det legges til grunn at det foretas en selektering av de fødende etter nasjonalt aksepterte normer slik at løsningen med fødestuer blir et trygt fødested som vist ved tilsvarende ordninger andre steder. Ved de små fødeenhetene blir de fødende allerede i dag selektert etter grad av risiko.

Personellet arbeidstid konsentreres i størst mulig grad om pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette innebærer at tid bundet i beredskapsordninger reduseres der det er mulig. Det er i dag mye spesialisttid bundet i passiv beredskap når et lite antall akuttinnleggelser er spredt på mange sykehusenheter. Det er gjort et forsiktig estimat som viser en mulig netto besparelse på 16,5 mill. kr.

Det har lenge vært et klart ønskemål å få til en bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratets rapport fra i høst om utviklingen av såkalte distriktsmedisinske sentre peker på dette som en arena for en slik samhandling. Dette er enheter som etableres og utvikles i nært samarbeid mellom vertskommunen og spesialisthelsetjenesten, og der tjenester fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samles i ut fra hva som er hensiktsmessig for lokalbefolkningen. Alternativet ivaretar på en god måte behovet for helsetjenester til eksempelvis den stadig voksende gruppe av eldre og pasienter med kroniske lidelser.

Det vil uavhengig av det som her sies om akuttfunksjonene, være nødvendig å knytte desentrale enheter sammen i elektroniske nettverk.

Kartleggingen av vaktordningene ved sykehusene i Helse Vest viser at flere av sykehusene har lavere beredskap enn det som er anbefalt. Dersom sykehusene i Helse Vest skal beholde akuttfunksjonene de har per i dag, vil det være nødvendig å vurdere en oppgradering av vaktordningene slik at de samsvarer bedre med anbefalt norm. Kostnadene ved en slik oppgradering er kalkulert til en størrelsesorden 20 millioner kroner. Løsningen innebærer at ytterligere midler må bindes i vakt- og beredskapsordninger på bekostning av ressurser til annen pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette er en utvikling i strid med nasjonale føringer for utvikling av spesialisthelsetjenester og kan ikke anbefales.

I situasjoner med akutt skade er det lagt vekt på at ambulansetjenestens tilgjengelighet opprettholdes. Tjenesten fungerer i slike situasjoner som spesialisthelsetjenestens forlengede arm. De fleste øyeblikkelig hjelp tilfellene er pasienter med indremedisinske diagnoser. Disse vil fortsatt bli tatt hånd om av de desentraliserte indremedisinske avdelinger.

Disse føringene vil få konsekvenser både for de ansatte og befolkningen. For de fleste pasientene vil tjenestetilbudet være uforandret. Det er gode erfaringer med omstillinger ved eksempelvis nedleggelse av akuttfunksjonene i både Egersund og Sauda, med en filial av Ringerike sykehus ved Ål sjukestue, med sykehus med kun øyeblikkelig hjelp funksjon i indremedisin ved Lovisenberg osv. Helse Stavanger HF sin enhet i Egersund har mange elementer av et distriktsmedisinsk senter.

Basert på disse prinsippene og føringene som her er gjennomgått, er det ikke grunn til å legge ned sykehus eller fjerne fødetilbud. Eventuell nedleggelse må begrunnes i andre forhold.

5. Lands- og flerregionale funksjoner, nasjonale og regionale kompetansesentre

Den vedlagte oversikten viser hvilke lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre som ivaretas av sykehus i Helse Vest. Disse funksjoner er ved Haukeland Universitetssykehus med unntak av Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser som nylig er godkjent opprettet i Helse Stavanger HF.

Ordningen er her slik at Helsedepartementet godkjenner slike funksjoner og midler må søkes hvert år innenfor en andel av regionsykehusstilskuddet (særskilte funksjoner). Nye funksjoner godkjennes uten at bevilgning til særskilte funksjoner økes.

Det er her påpekt to forhold:

- fagmiljøene oppfordres til å utvikle grunnlag for å ivareta flere slike funksjoner i Helse Vest
- det må bli klarere rammer for finansiering av slike funksjoner

Det er også laget en oversikt over regionale kompetansesentre som helseregionen selv definerer.

6. Forskning

Forskning er en hovedoppgave for Helse Vest, og Helse Vest har ambisjon om å ha en ledende posisjon innen klinisk forskning. Den nedsatte arbeidsgruppen har gitt et bilde av situasjonen i helseregionen og viktige forutsetninger for å utvikle kvaliteten på forskningen og omfanget.

Det må bygges videre på den kompetanse som foreligger, jfr bl.a. landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentre. Samarbeid med Universitetet i Bergen er en viktig forutsetning og Helse Bergen HF med universitetssykehuset må være en pådriver og aktiv bidragsyter til mindre miljøer i helseforetakene.

Det er foreslått delmål og tiltak som på kort sikt kan styrke forskningsaktiviteten.

Det foreslås at disse tiltakene følges opp av samarbeidsorganet mellom Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen.

Det bør i tillegg utarbeides en mer langsiktig forskningsstrategi, jfr også overordnet foretaksplan.

7. Kriterier for regionale kompetansesentre

I utvikling av tjenestetilbudet er det i noen tilfeller hensiktsmessig å gi en enhet et særskilt ansvar for å ivareta, bygge opp og formidle kompetanse, dvs å være et regionalt kompetansesenter. Et slikt kompetansesenter kan drive klinisk arbeid eller bare forskning og kompetanseutvikling. Med bakgrunn i den uklarhet som har vært når det gjelder krav til virksomheten ved kompetansesentrene, har en arbeidsgruppe utarbeidet forslag til kriterier som må oppfylles for å kunne få status som regionalt kompetansesenter og prosedyre for godkjenning.

Det anbefales at dette følges opp med en egen sak til styret.

8. Faglige retningslinjer

Diagnostikk og behandling er basert på medisinsk og helsefaglig kunnskap. Det er likevel behov for å systematisere og kvalitetssikre arbeidet for å sikre forsvarlighet og unngå utilsiktet ulikhet og manglende oppfølging. Regionale faglige retningslinjer for ulike lidelser kan her være et viktig virkemiddel. Faglige retningslinjer vil angi hvilke tiltak og prosedyrer som bør iverksettes ved ulike sykdommer inkludert samhandling med andre.

Retningslinjene må være basert på globalt beste kunnskap på feltet og tilpasses lokale forhold.

Det anbefales at det i 2003 startes opp arbeid med regionale faglige retningslinjer.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokument til helseforetakene for 2003.

9. Nye prosjekter

9.1 Regional kreftplan

Kreftbehandling og kreftomsorg har vært et nasjonalt satsningsområde over flere år. Det avspeiles også i styringsdokumentet til Helse Vest RHF for 2003. Helse Vest skal følge opp Nasjonal kreftplan og legge til rette for videreføring og oppfølging av tiltakene i ordinær virksomhet etter planperiodens utløp i 2003.

Kreftbehandling var et sentralt tema i den regionale helseplanen som ble utarbeidet av Det regionale helseutvalget i forkant av sykehusreformen. Ny foretaksstruktur og den sterke økningen som kan forventes i antall krefttilfeller, tilsier at det bør foretas en revidering av den regionale kreftplanen. Fremskrivning viser at antall krefttilfeller vil øke med 40 % frem til 2020. Det vil ikke være mulig å ivareta dette innenfor dagens kapasitet på diagnostikk og behandling. Ved siden av psykisk helsevern, økende andel eldre og personer med kroniske lidelser representerer økningen i antall krefttilfeller en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor.

Det anbefales på denne bakgrunn en revidering av regional kreftplan.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokumentet til helseforetakene for 2003.

9.2 Opptrappingsplanen for psykisk helse

I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 er det lagt nasjonale føringer for styrking og utvikling av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Det gjelder bl.a. omstilling av voksenpsykiatrien med utbygging av distriktpsykiatriske sentre (DPSer) og styrking av barne- og ungdomspsykiatrien.

De tre fylkeskommunale planene er foreløpig lagt til grunn. Det er med bakgrunn i ny foretaksstruktur og den utvikling som har funnet sted de siste årene behov for å foreta en oppdatering og revidering av de fylkeskommunale planene.

Det anbefales på denne bakgrunn en revidering av gjeldende planer.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokumentet til helseforetakene for 2003.

9.3 Farmasøytiske tjenester

Sykehusapotekene representerer en viktig støttetjeneste og service for den kliniske virksomheten i helseforetakene. Parallelt med arbeidet i funksjonsfordelingsprosjektet er det igangsatt et arbeid for å vurdere hvordan den kompetanse som de farmasøytiske tjenestene representerer kan utvikles og utnyttes i helseforetakene.

9.4 Faglige nettverk

Det er viktig å styrke faglig samarbeid mellom fagmiljøene i regionen gjennom faglige nettverk. Det er ulike oppfatninger av hvor formalisert slike nettverk skal være. Skal de være adhoc-pregede, opprettet for en spesiell oppgave, eller permanente faglige råd?

Det anbefales at det opprettes en enkel fagnettverksstruktur med bestemte oppgaver som utvikling av faglige retningslinjer og pasientfordeling samt samarbeid om klinisk forskning og spesialistutdanning.

Forlaget er fulgt opp i styringsdokument til helseforetakene for 2003.

9.5 Utvikling av medisinsk teknologi

Medisinsk teknologi er en av de viktigste drivkreftene i utviklingen av helsetjenestene. Samtidig er det vanskelig å forutse når ny teknologi vil bli tatt i bruk, og ny teknologi tas noen ganger i bruk uten tilstrekkelig forutgående vurdering og dokumentasjon av både faglige og kostnadmessige elementer.

Det anbefales at det i samarbeid med Senter for medisinske metodevurdering (SMM) igangsettes arbeid for å foregripe (horizonscanning) og overvåke den faglige og teknologisk utvikling i et internasjonalt perspektiv og etablere prosedyrer for metodeendring og ibruktaking av ny teknologi.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokument til helseforetakene for 2003.

9.6 Plan for patologi

Tilstedeværelse av patologitjenester i alle helseforetak er viktig. Med den spesialisering som foregår vil det imidlertid ikke være aktuelt å bygge opp komplette tjenester i hvert helseforetak. Det må foretas en funksjonsfordeling.

Det anbefales utarbeidet en plan for dette hvor også kjøp av private laboratorier omfattes.

Forslaget er medtatt i styringsdokument til helseforetakene for 2003.

Forslag til vedtak:

A. Beskrivelse av nåsituasjonen:

1. Situasjonsbeskrivelsen utfylles med data for undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.
2. Situasjonsbeskrivelsen nyttes som grunnlag for en løpende oppdatering av nøkkeldata.

B. Utvikling av akutfunksjoner

Følgende prinsipper skal legges til grunn for utvikling av akutfunksjonene

1. Det skal utvikles en rasjonell sykehusstruktur som balanser hensynet til kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene med befolkningens behov for nærhet og god tilgjengelighet til tjenestene

2. Nasjonale standarder og prinsipper legges til grunn for lokale omstillingstiltak. Det vises her til eksempler i rapporten. I utformingen av lokale løsninger må også løsninger på tvers av helseforetakene vurderes og eventuelt samarbeidsløsninger med tilgrensende regionale helseforetak.
3. Det skal opprettholdes en desentralisert spesialisthelsetjeneste og fødselsomsorg.
4. Desentrale tjenester utvikles med vekt på indremedisinske problemstillinger, bl.a. overfor eldre og pasienter med kroniske lidelser, spesialistpoliklinikker og differensiert diagnostikk bl.a. ved hjelp av elektroniske samhandling. Tilbudet må tilpasses lokale forhold.
5. Samhandling med primærhelsetjenesten skal styrkes. Etablering av distriktsmedisinske sentre må vurderes som tiltak for å styrke samhandling og de desentrale medisinske tjenester.
6. Beredskapsordninger gjennomgås med sikte på å frigi tid til direkte pasientbehandling, forskning og undervisning.
7. Akuttbehandling i kirurgi konsentreres i tråd med utvikling i faget, hensyn til volum og kvalitet og hensiktsmessig vaktberedskap. Ved mindre enheter med dagkirurgisk virksomhet kan begrenset akuttberedskap på dagtid vurderes.
8. Helsetilsynets nivåinndeling av fødeinstitusjoner legges til grunn for organisering av en desentralisert og differensiert fødselsomsorg hvor det tas hensyn til nærhet og tilgjengelighet.
9. Det må gjøres kostnadmessige vurderinger som også innbefatter investeringskostnader ved desentrale enheter.
10. Omstillingstiltak i helseforetakene gjennomføres innen utgangen av 2004

Fremdriften i arbeidet forutsettes gjennomført i samsvar med vedtak i styresak 11/03, Funksjonsfordelingsprosjektet – videre prosess og fremdrift.

C. Lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre

1. Det må arbeides for å utvikle kompetansemiljøer som kan legge grunnlag for å ivareta flere lands- og flerregionale oppgaver.
2. Det må i samarbeid med Helsedepartementet arbeides for klarere rammer for finansiering av slike særskilte funksjoner

D. Forskning

1. Anbefalte delmål/tiltak følges opp av samarbeidsorganet mellom Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen.
2. Arbeidet med en mer langsiktig forskningsstrategi følges også opp av samarbeidsorganet mellom Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen

3. I arbeidet med langsiktig forskningsstrategi må det tas hensyn til at helseforetakene har ulike forutsetninger på dette området. Det må vurderes særlige tiltak for å løfte og stimulere forskningsaktiviteten i de helseforetakene som i dag stiller svakest.

E. Regionale kompetansesentre

Det fremlegges egen sak om kriterier og prosedyrer for godkjenning av regionale kompetansesentre.