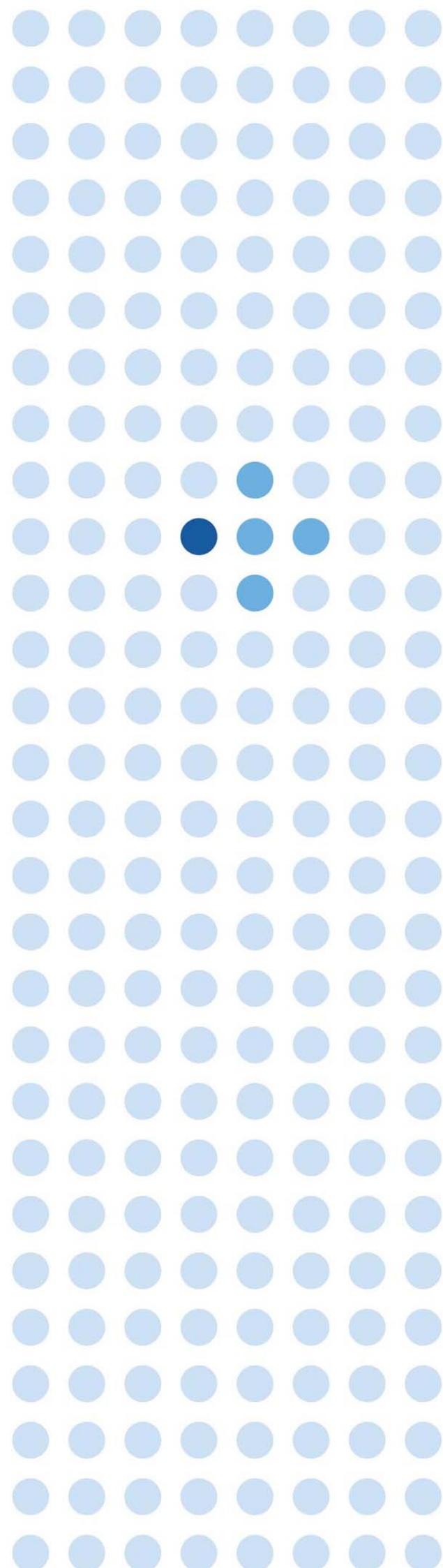




ÅRLEG MELDING FOR 2004

HELSE VEST RHF

TIL HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET

Innhald:

INNLEIING	3
STYRET SITT PLANDOKUMENT	4
1 VENTA ENDRINGAR I BEHOVET FOR SPESIALISERTE TENESTER	4
2 HELSEFAGLEG UTVIKLING.....	6
3 BEHOV FOR Å UTVIKLE OG ENDRE TENESTENE OG MÅTEN VERKSEMDA BLIR DRIVEN PÅ	7
3.1 Overordna mål og strategiar	7
3.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde	8
3.3 Medisinske støttefunksjonar	9
3.4 Forsking og kvalitet	9
3.5 Servicefunksjonar	9
3.6 God verksemdstyring.....	10
4 NØDVENDIGE UTBYGGINGSPROSJEKT	10
5 VURDERING AV RESSURSBRUKEN DEI NÆRMASTE ÅRA MED FORSLAG TIL FINANSIERING	11
STYRET SIN RAPPORT FOR 2004	14
1 PASIENTBEHANDLING	14
1.1 Aktivitet.....	14
1.2 Prioriteringar.....	14
1.3 Kvalitet og metodevurdering	14
1.4 Opptrappingsplanen for psykisk helse	19
1.5 Kreftbehandling og kreftomsorg.....	21
1.6 Rehabilitering og habilitering.....	22
1.7 Tilbodet til rusmisbrukarar	23
1.8 Desentralisering av spesialisthelsetenesta og samarbeid med primærhelsetenesta.....	25
1.9 Førebyggjande arbeid	26
1.10 Smittevern og beredskap	26
1.11 Landsfunksjonar og nasjonale og regionale kompetansesenter	26
2 UTDANNING	28
3 FORSKING.....	29
4 PASIENTOPPLÆRING OG BRUKARPERSPEKTIVET.....	30
5 ØKONOMISKE PRESTASJONSKRAV	32
6 TILTAK SOM ER KNYTTE TIL ORGANISASJONSUTVIKLING.....	36
7 PRIVATE AKTØRAR.....	38

INNLEIING

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

Styret skal innan 15. februar 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 2004 i forhold til plandokumentet i årleg melding for 2003, viser vi til omtalen under dei aktuelle punkta i styrets rapport for 2004.

STYRET SITT PLANDOKUMENT

1 VENTA ENDRINGAR I BEHOVET FOR SPESIALISERTE TENESTER

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

Framskriving av folketal i Helseregion Vest 2002–2020

Alders-grupper	2002	2010	2020	Endring i prosent, 2002–2010	Endring i prosent, 2002–2020
0–19	261 198	265 333	258 090	1,6	–1,2
20–44	328 651	329 148	334 797	0,2	1,9
45–64	207 324	240 790	259 572	16,1	25,2
65–79	89 555	96 347	135 692	7,6	51,5
80+	40 180	42 363	43 861	5,4	9,2
Helseregion Vest, samla sett	926 908	973 981	1 032 012	5,1	11,3
Landet sett under eitt	4 524 066	4 723 544	4 975 489	4,4	10,0

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 2002 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 estimert til ca. 0,6 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 seie flest personar over 65 år – i 2020 òg.

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 fører 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. Førekomsten 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 lidningar 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. Med ein dekningsgrad på

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

2,5 prosent i regionen i 2003 blir det eit sterkt behov for aktivitetsvekst, jf. opptrappingsplanen for psykisk helse.

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 eit forslag til regional kreftplan som skal behandlast av styret i mars 2005. Det er her 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-/skjelettlidningar, 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 sjukehusenester (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. Det blir, reknar ein med, 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, sjå nedanfor. 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 Helsedepartementet frå alle dei regionale helseføretaka (datert 19.01.04) reknar ein med at det blir behov for ein årleg aktivitetsauke på 1,5 prosent i tillegg til det folkeauken skulle tilseie, i åra som kjem.

Helse Vest gjennomfører i samarbeid med Sintef ei ny framskriving av behovet for sjukehusenester i perioden 2003–2020, som òg er fordelt på dei fire helseføretaksområda. Denne framskrivinga skal vere klar innan 1. mars 2005.

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 behandlingalternativ
- 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 genterapi og gentesting
- Meir differensiert og individuelt tilpassa behandling
- Meir vekt på risiko for sjukdom og førebygging

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

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

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

Utviklinga 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 varslings 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 enkel pasientstrøm 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.

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
- å følgje opp prioriteringsforskrifta og pasientrettane
- å vidareutvikle sjukehusstrukturen i tråd med den faglege og teknologiske utviklinga, rekrutteringa og den auka spesialiseringa i dei kirurgiske faga
- å få sterkare fagleg integrasjon i alle helseføretaka og meir fagleg samhandling mellom helseføretaka med mellom anna felles faglege retningslinjer for prioritering
- å fordele kliniske funksjonar med lågt volum, mellom anna innanfor kreftkirurgien
- å styrkje forskinga mellom anna i dei mindre helseføretaka i samarbeid med universiteta og høgskulane
- å vidareutvikle arbeidet med å sikre høg kvalitet på tenestene
- å aktivt følgje opp den medisintekniske utviklinga og styre korleis ny teknologi og nye metodar blir innførte og brukte, etter kvart som det ligg føre dokumentasjon

3.2 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

Regional kreftplan

Det ligg føre utkast til ein regional kreftplan som skal behandlast i 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 tidlig hjelp i samarbeid med kommunane
- Å leggje vekt på kompetanse- og kvalitetsutvikling, samhandling og brukarmedverknad

Regional plan for rus

Det blir no utvikla ein regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar i samarbeid med dei private rusverntiltaka, og det blir lagt særleg vekt på

- å samordne psykiatriske, somatiske og nye rusfaglege tenester
- å oppjustere/utvikle tenestene i forhold til det nye ansvaret, inkludert klargjering av dokumentert god fagleg behandling
- å sikre pasientrettar og tilpasse seg endringar i pasientrettlova
- å funksjonsfordele tenestene
- å samhandle med kommunane

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). I 2005 vil det bli gjort ein gjennomgang av heile dette feltet.

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 blir det utarbeidd ein overordna strategi for samhandling. Arbeidet blir òg sett i samanheng med utvikling av lokalsjukehusa og gjennomgangen av dei prehospitale tenestene.

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 samordning av blodbankane i regionen er i gang. Radiologitenestene skal granskast i 2005, jf. også eige prosjekt om teleradiologi. Helse Vest vil også følgje 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
- å sørge 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 mal

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

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 det.

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 sørge 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.

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.

4 NØDVENDIGE UTBYGGINGSPROSJEKT

Dei siste større utbyggingane innanfor somatikk ved dei fire hovudsjukehusa i Helse Vest blei gjorde 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.

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

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.

I Helse Bergen HF er det gjort ei vurdering av noverande bygningsmasse og tomteområde. Denne har konkludert med at noverande bygningsmasse og tomteområde kan rustas opp og byggjas ut for å møte framtidig behov for tenester. Sentralblokk vil, sjølv om den er over 20 år, fortsett kunne vere hovedbygget for den somatiske verksemda. Det er laga ein

utbyggingsplan kor med bygging av einskilde sentre kring sentralblokka. Det gjer det også mulig å flytta ut verksemd 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 det psykiske helsevernet for vaksne skal vidareutviklas i Sandviken mens barne- og ungdomspsykiatrien skal utviklas på Haukelandsområdet.

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

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 kor 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 er vidare gjort framlegg om å byggje eit nytt akuttinntak med observasjonspostar, som så langt er kostnadsberekna til 280 millionar kroner. Samtidig blir det arbeidd vidare med planar for ei gradvis relokalisering av prioriterte funksjonar til ei ny tomt. Eit første trinn i ei slik utvikling reknar ein med vil komme på ca. 800 millionar kroner.

Innanfor psykisk helsevern er det planlagt ei rekkje utbyggingsprosjekt som ledd i å realisere måla i opptrappingsplanen. Prosjekta i opptrappingsplanen er kostnadsberekna til ca. 650 millionar kroner (2002-kroner). Det er i tillegg planlagt andre byggingar innanfor psykisk helsevern for til saman 800–900 millionar kroner.

5 VURDERING AV RESSURSBRUKEN DEI NÆRMASTE ÅRA MED FORSLAG TIL FINANSIERING

Investeringar

Styret i Helse Vest RHF vedtok i møtet den 11.05.04 prosedyre for vedtak om og gjennomføring av investeringsprosjekt. Prosedyren klargjer følgjande forhold:

- Overordna vedtaks- og styringssystem
- Budsjettprosess og prioriteringar
- Ulike fasar i arbeidet med investeringsprosjekt
- Krav til underlag for vedtak
- Vedtaksprosessar – ansvar, fullmakt og styrebehandling

Det blei fram mot slutten av august 2004 gjennomført ei kartlegging av investeringsplanar og behov i helseføretaka. I forbindelse med styresak 094/04 B, Innspel til statsbudsjett 2006 – investeringar, blei det gjort ei nærare utgreiing av investeringsrammer, planar og finansielle utfordringar knytte til gjennomføring av planane.

Dei samla investeringsbehova som vart meld inn går fram av følgjande tabell:

Tal i heile millionar	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bygg	460	827	1101	844	1023	951
Medisinskteknisk utstyr	157	281	270	260	260	260
IKT investeringar	81	103	94	93	85	85
Andre investeringar	123	125	124	125	124	124
Samla investeringar	821	1336	1589	1321	1492	1420

På dette tidspunkt var låneramma for 2005 ikkje fordelt og i saksframlegget var det føresett ei låneramme på kr 200 mill. Dette gav følgjande finansiell utfordring knytt til gjennomføring av prosjekta:

Tal i heile millionar	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tilskot i basisramme	621	641	641	641	641	641
Videreføring av låneramme	200	200	200	200	200	200
Finansiell utfordring		495	748	480	651	579

Låneramma for 2005 er fastsett til kr 350 mill. Fordeling av låneramma vil bli gjort i styremøte den 15. mars 2005.

Legg ein til grunn det same investeringsnivå og at låneramma på kr 350 mill vert vidareført i komande år vil den finansielle utfordringa bli som følgjer:

Tal i heile millionar	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tilskot i basisramme	621	641	641	641	641	641
Videreføring av låneramme	200	350	350	350	350	350
Finansiell utfordring		345	598	330	501	429

Det er særleg dei store investeringsprosjekta ved Helse Bergen og Helse Stavanger som gjer at ein ikkje kan gjennomføre innmelde investeringsbehov innanfor tilgjengeleg ramme. Det vil derfor vere naudsynt å foreta ei sterk prioritering av investeringsprosjekta innfor tilgjengeleg ramme.

Helse Vest RHF har i brev av 17.12.04 sendt Helse- og Omsorgsdepartementet ei oversikt over investeringsbehov. I same brev blei det bedt om nærare kontakt med Helse- og Omsorgsdepartementet for å drøfte investeringsplanane i Helse Stavanger og Helse Bergen slik at ein kan få avklart moglegheita for å få tilleggfinansiering til gjennomføring av prosjekta. Helse Vest vil be om at departementet legg til rette for ei slik drøfting innan kort tid.

I samband med årleg melding har helseføretaka rapportert investeringar for 2004 samt ei oppdatert oversikt over planane for 2005 til 2007. Det er gjort nokon forskyvingar på gjennomføringstidspunkta slik at desse tala avvik noko jamført med tabellen ovanfor. Det blir her vist til kap. 5 Økonomisk prestasjonskrav.

Drift

Styret i Helse Vest har i møte den 02.02.2005 fatta vedtak om inntektsfordeling 2005. Med basis i den samla inntektsramma blei det i same møte fatta vedtak om eit budsjettunderskot for Helseføretaka på 186 millionar kroner. Styringsdokumentet for 2005 opprettheld eit krav om

resultat i balanse i 2005. Konsernbudsjettet vil bli lagt fram til endeleg behandling i styret i mars 2005. Her vil det bli innarbeidd tiltak som gir balanse i 2005.

Det er dokumentert at Helse Vest ved inngangen til 2004 var underfinansiert med om lag 695 millionar kroner. Beløpet har no blitt høgare. Helse Vest har i bestillinga for 2005 frå Helse- og omsorgsdepartementet, fått omfordelt 148 millionar kroner. Det står igjen om lag 100 millionar kroner som vil bli fordelt frå og med 2006. Dersom heile skeivfordelinga hadde blitt retta opp i 2005, ville store delar av resultatutfordringa i forhold til balansekravet vere løyst.

På grunn av dei store underskota i åra 2002 til 2004, og betaling av KLP reguleringspremie, har Helse Vest fått løyva ei driftskredittramme på 1,1 milliard kroner. Med basis i vedtatt inntektsfordeling, vil det bli utarbeida månadleg likviditetsbudsjett. Det vil med basis i dette bli vurdert om driftskredittramma er tilstrekkeleg.

Behovet for auka leveranse av spesialiserte tenester som følgje av endringar i demografi og medisinsk teknologisk utvikling, vil medføre både ei økonomisk og finansiell utfordring i dei komande åra. Dette inneber at den auka aktiviteten må finansierast opp i form av auka basisramme, og gjennom auka ISF aktivitet. I tillegg vil det vere nødvendig å auke og fornye produksjonskapasiteten for å møte behovet for spesialiserte tenester. Det vil derfor vere nødvendig å avklare både dei driftsmessige og finansielle sidene knytt til investeringsbehovet.

For Helse Vest er det derfor avgjerande

- at Helseregion Vest har det same økonomiske fundamentet som landet elles i form av ei basisløyving
- at driftsfinansieringa fangar opp endringar i behovet for tenester

STYRET SIN RAPPORT FOR 2004

1 PASIENTBEHANDLING

1.1 Aktivitet

”Aktiviteten skal tilpasses tilgjengelig og påregnelig ressursramme. Budsjettet for 2004 legger til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som aktiviteten i 2003. Innen psykisk helsevern legges det til grunn økt aktivitet.”

For nærare kommentar til utvikling i aktivitet for 2004 visast det til kap 5.

1.2 Prioriteringar

”De regionale helseforetakene skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere innenfor ulike pasientgrupper.”

Oppfølginga og bruken av prioriteringsforskrifta

Helse Vest RHF har starta opp eit regionalt arbeid med å standardisere praktiseringa av prioriteringsforskrifta. Helse Bergen HF har hatt i oppdrag å utforme ei rettleiing for praktisering/operasjonalisering av prioriteringsforskrifta som omfattar retningslinjer for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og fastsetjing av individuell behandlingsfrist.

Det er utforma forslag til rettleiarar innan dei ulike fagområda. Rettleiarane er sendt dei andre helseføretaka for kommentarar og forbetringar. Det er og halde møter med helseføretaka. Arbeidet skal oppsummerast våren 2005 med sikte på å nytte felles rettleiarar i regionen innan dei ulike fagområda. Det skal også sikrast ei rett prioritering mellom fagområda.

Helse Vest deltek òg i eit nasjonalt arbeid om prioritering.

Handteringa av dei utvida pasientrettane

Helse Vest har i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka utarbeidd eit felles opplegg med malar og standardar for informasjon og melding til pasient og primærlege. Dei er sende ut til helseføretaka, og det har blitt gjennomført ein serie informasjonssamlingar i regionen.

Det er òg etablert rutinar for samarbeid mellom Rikstrygdeverket og helseføretaka når det gjeld pasientar som har subsidiær rett til behandling, anten ved privat sjukehus i Noreg eller i utlandet, ved fristbrot.

Det felles opplegget er implementert i helseføretaka, og det har vore gjennomført møte og opplæring i fleire av helseføretaka.

1.3 Kvalitet og metodevurdering

”Helse Vest skal etablere og finansiere et nytt kvalitetsregister i 2004.”

Kvalitetsregister

Norsk intensivregister (NIR, etablert i 1999) blei valt som Helse Vest RHF's nasjonale kvalitetsregister i 2004. Sosial- og helsedirektoratet tilrår forslaget i brev datert 07.01.05.

NIR tek sikte på å beskrive aktiviteten ved norske intensiveiningar og gjennomfører ei årleg registrering av denne verksemda. Data frå NIR blir brukte til kvalitetssikring innanfor norsk

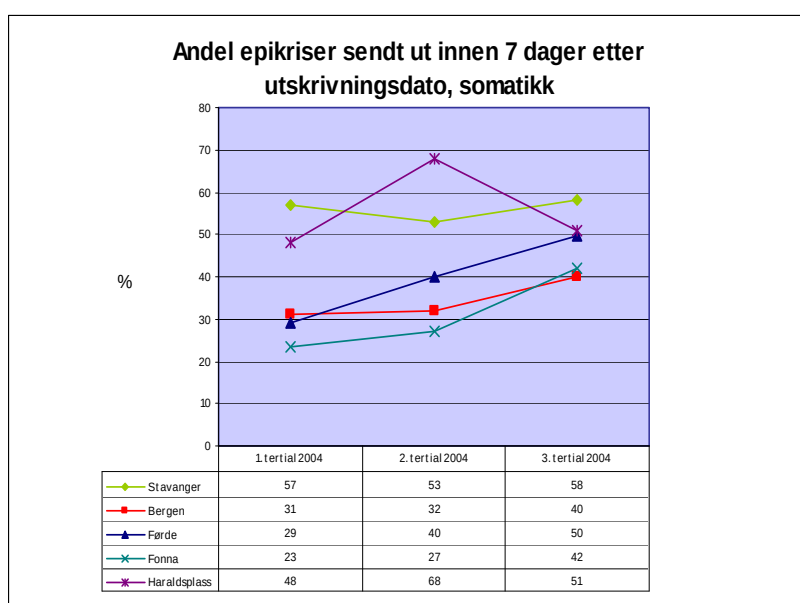
intensivmedisin, men kan òg brukast til andre formål (til dømes utgreingar, dimensjonering osv. om intensivmedisinsk verksemd). Det vil òg bli satsa på at data frå NIR skal bli brukt i ulike forskingsprosjekt. Det skal byggjast opp eit lite sekretariat med ein dagleg leiar, og sekretariatet skal liggje på Seksjon for intensivmedisin ved Haukeland Universitetssjukehus.

Kvalitetsindikatorar

I 2004 har det vore arbeid regionalt i Helse Vest med å vidareutvikle indikatorsystemet, betre datakvaliteten og samordne framgangsmåten for å hente ut data. Helse Vest har òg delteke i det nasjonale arbeidet.

Helseføretaka og nokre av dei private institusjonane i Helse Vest har sidan 2002 rapportert på ei rekkje kvalitetsindikatorar. Her viser vi resultatata for 2004 for dei nasjonale indikatorane som det er knytte resultatkrav til.

- Epikrisetid innanfor somatikk



I 2004 har det vore ein positiv trend innanfor somatikken for alle helseføretaka i Helse Vest; ved inngangen av året (tredje tertial 2003) varierte prosenten mellom 25 og 43. Ved utgangen av året varierer han mellom 40 og 58. Helse Stavanger HF ligg best an av helseføretaka på denne indikatoren. Samanlikna med resten av landet ligg institusjonane i Helse Vest betre an i andre tertial 2004 enn i første tertial.

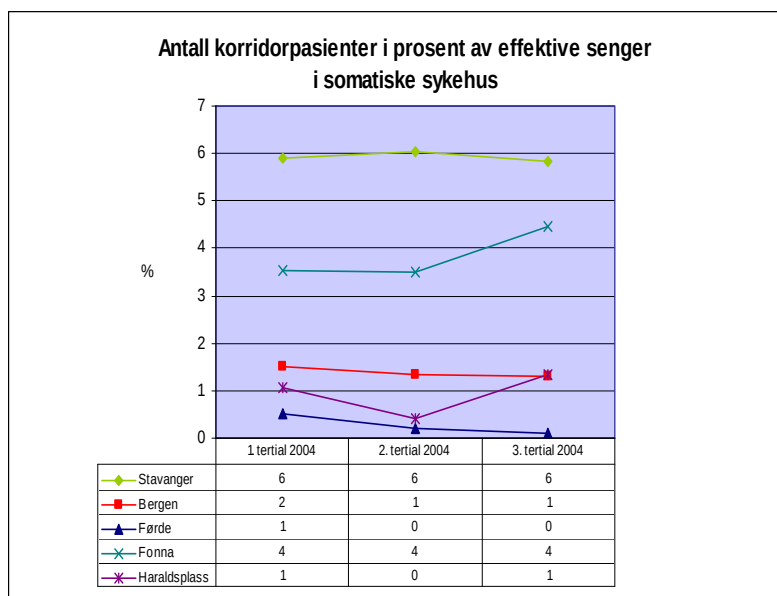
Målet om at 80 prosent av epikrisane innanfor somatikk skal sendast ut innan sju dagar etter at dei er skrivne ut, er likevel ikkje nådd innan utgangen av 2004.

Å nå målet for epikrisetid har vore eit fokusområde i Helse Vest i 2004, og helseføretaka rapporterer no indikatoren innanfor både somatikk og psykisk helse månadleg. Resultata blir følgde opp i leiarforum på ulike nivå.

Temaet har vore i fokus i alle helseføretaka, og ulike tiltak er sette i verk. Til dømes har Helse Bergen HF utarbeidd ei intranettløyising som gir oppdaterte oversikter over epikrisetider fordelt på avdeling for å kunne følgje utviklinga tett. Det blir arbeid med ein handlingsplan for å oppnå raskare handtering av epikrisar i føretaket.

Epikrisetid blir vidareført som fokusområde i 2005.

- Korridorpasientar innanfor somatikk



Prosentdelen korridorpasientar i helseføretaka i Helse Vest har vore relativt stabil i 2004. Helse Stavanger HF har i heile perioden hatt den høgaste førekomensten av korridorpasientar. Helse Fonna HF har òg ein relativt høg førekomenst. Samanlikna med resten av landet var Stavanger Universitetssjukehus / SiR og Haugesund sjukehus blant institusjonane med størst del korridorpasientar i andre tertial 2004.

Målet om at helseføretaka som hovudregel ikkje skal ha korridorpasientar, er det berre Helse Førde som fullt ut innfrir.

Korridorpasientar har vore eit fokusområde for Helse Vest i 2004. Resultata frå målingane har vore presenterte i leiarsforum på ulike nivå, og helseføretaka har hatt fokus på å nå målet. Helse Stavanger HF rapporterer at dei ventar ei vesentleg betring på indikatoren når pasienthotell er etablert. Helse Fonna HF har etablert obs-postar som kan avlaste medisinsk klinikk, der problemet med korridorpasientar er størst.

- Preoperativ liggjetid ved lårhalsbrot

Prosentdelen pasientar med lårhalsbrot som er operert innan 48 timar i institusjonane i Helse Vest

	Første tertial 2004	Andre tertial 2004
SiR	92 %	95,5 %
Haugesund sjukehus	93 %	90,1 %
Odda sjukehus	100 %	94,4 %
Stord sjukehus	100 %	96,0 %
Haukeland Universitetssjukehus	85 %	90,1 %
Kysthospitalet i Hagavik		100,0 %
Voss sjukehus	85 %	80,0 %
Førde Sentralsjukehus	100 %	100,0 %
Nordfjord sjukehus	100 %	88,9 %
Lærdal sjukehus	100 %	90,0 %
Diakonissehj. sykehus Haraldsplass	100 %	100,0 %

Prosentdelen av pasientane med lårhalsbrot som blir opererte innan 48 timer, ligg for dei fleste av institusjonane i helseregionen på mellom 90 og 100 prosent. For éin institusjon er prosentdelen på 80 i andre tertial 2004. Hovudtyngda av institusjonane ligg likevel nært opp til målet om at ingen pasientar skal ha over 48 timer preoperativ liggjetid før behandling av lårhalsbrot.

Pasienterfaringsundersøkingar

Helse Vest har teke del i det nasjonale arbeidet for å vidareutvikle pasienterfaringsundersøkingar.

I 2004 er det gjennomført ei landsomfattande undersøking blant polikliniske pasientar innanfor psykisk helsevern (PasOpp). Undersøkinga viser at pasientane i Helse Vest er nøgde med tilbodet. Det er små forskjellar mellom regionane. På ein skala frå 0 til 100 skårar Helse Vest 69, mens landssnittet er på 68,7. Undersøkinga viser at informasjon til pasientane er det området som har størst forbettringspotensial. I styringsdokumentet for 2005 til helseføretaka i regionen blir det peikt på at resultata skal nyttast i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Helse Vest har tidlegare gjennomført fleire andre pasienterfaringsundersøkingar innanfor både somatikk og psykisk helsevern i samarbeid med Heltef/Kunnskapssenteret. I 2004 har fleire av helseføretaka/-institusjonane arbeidd med å følgje opp område som undersøkingane viste hadde forbettringspotensial. Til dømes har Helse Fonna HF sett inn tiltak for å bli betre på å informere pasientane ved mellom anna å lage serviceerklæringar. Fleire av helseføretaka har utvikla interne brukarundersøkingar på basis av dei regionale/nasjonale for å få informasjon som er utfyllande til PasOpp-undersøkingane.

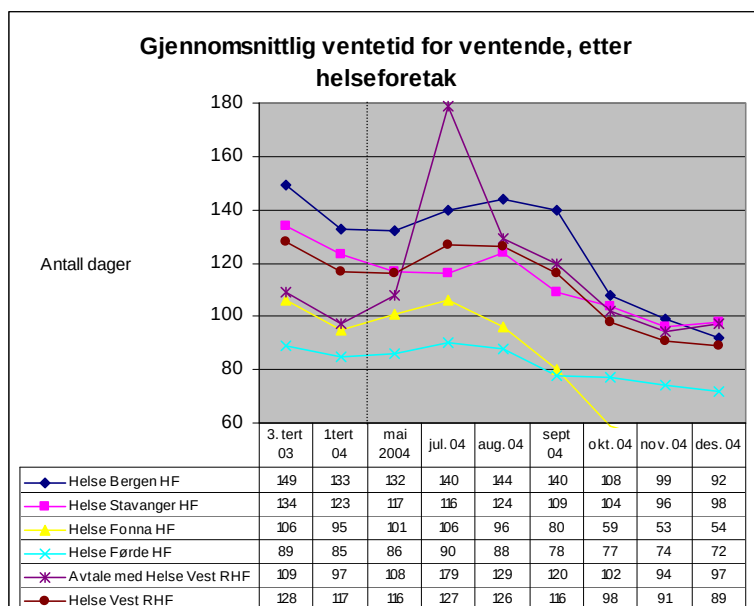
Faglege retningslinjer

Helseføretaka har arbeidd med faglege retningslinjer og lagt det til grunn for planlegging og drift av verksemda. Til dømes har Helse Fonna HF sentralisert behandlinga av kreft i endetarm til Haugesund sjukehus på grunnlag av dokumentasjon på samanhengen mellom volum og kvalitet. Helse Fonna HF rapporterer vidare at psykiatrisk klinikk sentraliserer visse typar behandlingstilbod for å sikre ei standardisert og fagleg god behandling. Fordi det er få forskingsbaserte nasjonale faglege retningslinjer innanfor psykisk helse, blir det satsa på forskning og resultatmåling av dei behandlingsmetodane som blir nytta.

Helse Førde HF har utarbeidd ei elektronisk kvalitetshandbok med mellom anna faglege retningslinjer som er tilgjengeleg for alle avdelingar. Ein arbeider med å få på plass felles faglege prosedyrar på føretaksnivå.

Ventetider

I 2004 har Helse Vest RHF fokusert sterkt på å redusere ventetidene. Helse Vest RHF hadde sett som mål for 2004 at den gjennomsnittlege ventetida i regionen ikkje skulle overstige 85 dagar. Ved utgangen av desember 2004 var den gjennomsnittlege ventetida for ventande 89 dagar, ved utgangen av 2003 128 dagar. Det siste året har det dermed vore ein nedgang på gjennomsnittleg 39 dagar, eller 30 prosent. Den sterkaste nedgangen skjedde hausten 2004, og det var særleg talet på langtidsventande som blei kraftig redusert. Den største nedgangen finn vi i Helse Bergen HF.

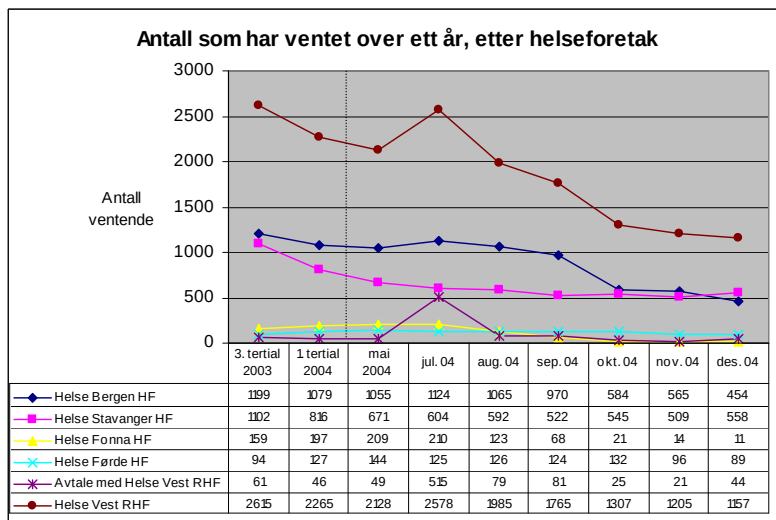


Den kraftige reduksjonen i ventetida er eit resultat av ei rekkje tiltak som blei sette i verk. Det blei retta sterkt fokus mot utviklinga i ventetider gjennom månadlege rapporteringar, og resultata blei presenterte i leiarforum på ulike nivå.

Eit regionalt prosjekt utarbeidde ein tiltaksplan for å redusere ventetider, rydde i ventelister og halde ved like rett registrering av ventelister. Fleire av tiltaka er sette i verk i helseføretaka.

Det blei vidare sett i verk ei særskild ordning der Helse Vest gjekk inn med økonomisk tilskot for å stimulere til at ledig kapasitet i regionen blei utnytta, og til at helseføretaka tok unna dei pasientane som hadde venta lenge. Ordninga gjaldt pasientar med rett til nødvendig helsehjelp som hadde venta i minst seks månader på behandling i eit av helseføretaka i regionen.

Helseføretaka avvika så å seie alle pasientane som hadde venta i over fire år, og reduserte kraftig talet på pasientar som hadde venta mellom eitt og fire år. Med dette fekk både pasientar som hadde venta lenge, eit tilbod, og ventelistene blei rydda. Kvaliteten på ventelisteregistreringa har blitt betra. Til dømes har Helse Bergen HF gjort eit grundig arbeid med å systematisere ventelisteføringa som ein del av arbeidet med å gjennomgå og spesifisere prioriteringsreglane.



Det er framleis fagområde med lange ventetider, og arbeidet med å korte ned ventetidene held fram i 2005.

1.4 Opptappingsplanen for psykisk helse

”Helse Vest skal realisere opptappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Vest.”

Det blei i 2004 vedteke ein samla regional opptappingsplan for psykisk helse. Å styrkje barne- og ungdomspsykiatrien har hovudprioritet i den regionale planen. Det er følgt opp av helseføretaka.

Omstrukturering og omstilling av tenestetilbodet har òg hatt stort fokus i helseføretaka i 2004. Krav om ikkje å leggja ned fleire sjukeheims plassar har innverka på dette arbeidet.

For Helse Førde HF og Helse Fonna HF har rekrutteringsproblem vore eit hinder i arbeidet med å byggje opp og omstrukturere tenestene.

Styrking og produktivetsauke innanfor barne- og ungdomspsykiatrien

I helseføretaka hadde barne- og ungdomspsykiatrien hovudprioritet i 2004, og han vil framleis ha det i åra som kjem.

Helseføretaka rapporterer om ein auke i produktiviteten innanfor barne- og ungdomspsykiatri.

Helse Bergen HF rapporterer til dømes at det var 33 085 polikliniske konsultasjonar i 2002 og 46 378 i 2003 – og at talet er venta å bli 50 300 i 2004. Det er ein produksjonsauke på 23,3 prosent frå 2003 til 2004 og på 52 prosent frå 2002 til 2004.

Tilsvarende auke blir det rapportert om frå enkelte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar i Helse Fonna HF.

Helse Stavanger HF rapporterer om ein auke på 10 prosent i polikliniske konsultasjonar og 41 prosent i dagopphald. Dekningsgraden innanfor barne- og ungdomspsykiatrien er framleis under målet på 5 prosent, og å auke dette talet har førsteprioritet også dei neste åra.

I Helse Førde HF blei ny ungdomspsykiatrisk avdeling starta opp i 2004. Nye lokale for BUP Sogndal vart også teke i bruk i 2004.

Vi viser elles til eige rapporteringsskjema for aktiviteten i 2004.

Omstilling og omstrukturering av tenestetilbodet, etablering av ein DPS-struktur

Helseføretaka har i 2004 lagt vekt på omstillings- og omstruktureringsarbeid i samsvar med regional opptappingsplan for psykisk helse for Helse Vest. Målet er å utvikle sterke distriktspsykiatriske senter (DPS) og spesialisere sjukehusavdelingane. Statusen ved utgangen av 2004 er skissert nedanfor.

Helse Førde HF

Nye lokale for Indre Sogn psykiatrisenter (ISP). Funksjonsplan og romprogram for psykosepost i Førde er utarbeidd, og prosjekteringa er i gang. Når psykepost og -team er etablerte i Førde, er DPS-strukturen fullt utbygd i Helse Førde HF.

Helse Bergen HF

Strukturen innanfor psykiatrisk divisjon blei endra frå september 2003. Psykiatrisk divisjonen består no av seks sjukehusavdelingar, tre DPS-avdelingar og ei barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Dei barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkane er administrativt ein del av dei distriktspsykiatriske sentra, mens barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling omfattar sengetilbodet i helseføretaket.

Helse Bergen HF har også i 2004 slitt med stort overbelegg i dei psykiatriske korttidspostane på sjukehuset. Helse Vest RHF har fått varsel om påbod frå Helsetilsynet i samband med dette. Det er utarbeidd ein handlingsplan som tek sikte på å rette opp desse tilhøva i 2005. Ei vidare styrking av dei distriktspsykiatriske sentra er ein vesentleg del av denne planen. Det gjeld etablering av

korttidseiningar, styrking av akuttilbodet og utvikling av ambulante tenester. Tiltaka er lagde til dei distriktpsikiatriske sentra.

Helse Fonna HF

Psykiatrisk klinikk er i 2004 organisert i fire fullverdige DPS og to sjukehus. Karmøy DPS skal i gang med å byggje nye lokale medan Stord DPS snart skal flytte inn i nye lokale. Haugaland DPS blir no samla i to tidlegare psykiatriske senter. Alle dei distriktpsikiatriske sentra har eit allmennpsykiatrisk dag-, døgn- og poliklinisk tilbod.

Haugesund sjukehus og Valen sjukehus har kvar si akutteining som har ansvar for døgnkontinuerleg ØH-funksjon, med kvar sitt opptaksområde. Dei andre einingane på sjukehusnivå har føretaksdekkjande funksjonar, og det har i 2004 vore arbeidd med å spesialisere tenestene gjennom omorganisering og ny oppgåvedeling og auka kompetanse.

Helse Stavanger HF

Den regionale opptrappingsplanen for psykisk helse blei sendt departementet til vurdering. Departementet hadde merknader til særleg DPS-strukturen i Helse Stavanger. Det er på den bakgrunn sett i verk eit arbeid i Helse Stavanger kor ein ser på nytt på DPS-strukturen og arbeidsdelinga mellom sjukehuset og dei distriktpsikiatriske sentra. Helse Vest RHF skal melde tilbake til departementet innan 01.03.05. Arbeidet blei sett i gang medio desember 2004.

Fokus på spiseforstyrningar, dobbeltdiagnosar, vald/traume/overgrep og sjølvmondsproblematikk

Helseføretaka har hatt fokus på desse pasientgruppene i 2004:

I Helse Førde HF blir det arbeidd aktivt med tilbodet både til barn/unge og vaksne når det gjeld spiseforstyrningar. Arbeidet har vekt på kompetanseutvikling. Ved Indre Sogn psykiatrisenter og Nordfjord psykiatrisenter er ein i ferd med å utvikle kompetanse på vald/traume/overgrep. Pasientar med dobbeltdiagnosar får i dag eit tilbod i poliklinikkane og sengepostane i føretaket, men det er behov for vidareutvikling både med tanke på kompetanse og kapasitet, og det blir prioritert.

Helse Stavanger har kartlagt tilbodet til dobbeltdiagnosepasientar med fokus på tilbodet ved DPS-a og funne behov for å vidareutvikle rutinar og styrkje kompetansen. Det blir arbeidd med ein samarbeidsavtale med Stavanger kommune for å sikre god samhandling for denne pasientgruppa.

Helse Fonna HF har utarbeidd retningslinjer for samarbeid med somatikk for pasientar som er innlagde i somatiske avdelingar etter sjølvmondsforsøk.

I Helse Bergen HF ved Avdeling for psykosomatisk medisin er det etablert ein regional post for spiseforstyrningar. Denne posten gir eit godt tilbod, men kapasiteten kunne ha vore større. I samband med avdelinga er det etablert eit regionalt kompetansenettverk som har ei utoverretta verksemd.

Helse Bergen har gått gjennom tilbodet til ”doppeltdiagnosepasientar”, og det er eit stort behov for kompetanseutvikling knytt til rusproblematikk og spesielt rus-/psykiatriproblematikk. Auka kunnskap og kompetanse er ein føresetnad for å møte desse pasientgruppene på ein fagleg god måte. Sjukehuset bør ha ei eining for langtidsbehandling med særleg kompetanse på gruppa dobbeltdiagnose.

Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen HF har hatt driftsansvar for prosjektet for sjølvmondsførebygging med medarbeidarar i dei andre helseføretaka. Prosjektet har samarbeidd med den somatiske verksemda i Helse Bergen HF, kommunane og brukarorganisasjonen LEVE. I 2004 har prosjektet hatt fokus på førebyggjande tiltak knytte til psykisk helsevern. Prosjektet er òg knytt opp mot eit forskingsprosjekt innanfor ramma av akuttpsikiatrinettverket som Helse- og omsorgsdepartementet har starta opp i samarbeid med Sintef.

Prosjektet er planlagt å inngå i det nye regionale senteret for traume, vald og stress som Sosial- og helsedirektoratet og Helse Vest RHF har tilrådd blir lagt til Helse Bergen HF. I dette prosjektet kjem òg flyktningteamet til å høyre heime. Nødvendig infrastruktur til senteret er på plass.

Kompetanseutvikling innanfor vaksenpsykiatri

Som eit ledd i oppfølginga av den regionale opptrappingsplanen i psykisk helse tok Helse Vest RHF initiativ til eit prosjekt som vurderer kva fagområde innanfor vaksenpsykiatrien som har særleg behov for kompetanseutvikling, og som det er nyttig å etablere regionale kompetansesenter for.

Kompetanseutviklingstiltak innanfor barne- og ungdomspsykiatrien skjer i samarbeid med Regionsenteret for barn og unges psykiske helse.

Mindre bruk av tvang

Helseføretaka i Helse Vest har sidan 2002 rapportert om bruk av tvang i psykisk helsevern. Det er eit mål at prosentdelen tvangsinnleggingar ikkje skal overstige 20 i helseføretaka i regionen. Resultata for 2004 viser at prosenten har vore relativt konstant: Helse Førde HF har innfridd målet, og Helse Stavanger HF er nær målet, mens Helse Bergen HF ligg ein del over. Helse Fonna HF har hatt datatekniske problem, men rapporterer om ein reduksjon i bruken av tvang det siste året.

	Første tertial 2004	Andre tertial 2004	Tredje tertial 2004
Stavanger	25	24	22
Bergen	36	36	36
Førde	9	14	13
Fonna	25		

Forholdet til rusreform og barnevernsreform

I forbindelse med rusreforma har Helse Vest lagt stor vekt på å få til ei god samordning mellom dei nye rusfaglige tenestene og dei psykiatriske og somatiske tenestene i helseføretaka.

For å styrkje tilbodet til barn og unge satsar Helse Førde HF sterkt på å vidareutvikle og styrkje samarbeidet med andre instansar/etatar, som den statlege barne- og familieverntenesta, vidaregåande skular og deira rådgivings- og helsetenester og privatpraktiserande psykologar.

Helse Bergen HF har starta opp eit strategisk samarbeid med det statlege barnevernet knytt til barn og unge som har særleg stor trong for hjelpetiltak. Det er starta opp eit felles arbeid som har med kompetanseutvikling å gjere, og ein rettleiingsavtale mellom barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og det statlege barnevernet er under utarbeiding. Desse to instansane er òg med i eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen HF og Bergen kommune.

Rapportering på bruk av opptrappingsmidlane for 2004

Rapportering på bruk av opptrappingsmidlane og aktiviteten i 2004 går fram av eige rapporteringsskjema.

1.5 Kreftbehandling og kreftomsorg

”Helse Vest skal prioritere utviklingen av tilbudet innen kreftbehandling og -omsorg. Intensjonene i kreftplanen skal videreføres innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.”

Det er utarbeidd utkast til regional kreftplan som vil bli behandla i styret i mars 2005.

Helseføretaka rapporterer at utviklinga innanfor kreftbehandling og -omsorg er i samsvar med den nasjonale og regionale kreftplanen.

Det har vore ein auke i aktiviteten. I Helse Stavanger har det vore ein kraftig auke frå 2003 til 2004. I Stavanger har det òg blitt arbeidd med å utvide og omorganisere palliativt mobilt team, og det blir arbeidd for å samle all ”ikkje-kirurgisk” palliativ kreftbehandling for å unngå at pasientane må til fleire klinikkar i sjukdomsfasen.

I Helse Bergen HF er ny strålemaskin operativ frå hausten 2004.

Helse Førde HF har vedteke ein eigen kreftplan som omfattar faglege retningslinjer, oppgåvefordeling og samarbeidsrelasjonar. Førde Sentralsjukehus er begynt å byggje ny kreftpoliklinikk. Helseføretaket har komme langt i å samordne kreftkirurgien i samsvar med den regionale og nasjonale kreftplanen.

1.6 Rehabilitering og habilitering

”Helse Vest skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering.”

I alle helseføretaka i regionen har det i 2004 komme i gang tilbod om intensiv motorisk trening til barn med funksjonshemming. Desse tilboda har komme i stand etter eit regionalt samarbeid der alle helseføretaka har delteke saman med Barnas Fysioterapisenter / Høgskolen/Universitetet i Bergen. Prosjekta har ein felles overbygning og skal utvikle modellar for intensiv habilitering / motorisk trening, utvikle eit felles fagleg fundament i Helse Vest, heve kompetansen og evaluere effekten. Prosjekta har til saman fått tilskot på 2,1 millionar kroner frå Sosial- og helsedirektoratet i 2004. Representantar frå prosjekta deltek i det nasjonale utviklingsarbeidet på området.

Helse Vest RHF har gitt økonomisk støtte til familiar som har valt å trene etter alternative metodar som petø og doman. Støtta til familiar som vel petømetoden, blir gitt ved at Helse Vest dekkjer kursavgifta på 35 000 kroner per kurs for barn frå regionen ved PTØ-senteret på Hamar. I 2004 har 37 barn frå regionen delteke, og Helse Vest har utbetalt til saman 1,3 millionar kroner.

Helse Vest har i 2004 gitt støtte til ni familiar som trener etter domanmetoden; fem gjennom heile året og fire familiar i delar av året. Det blir gitt inntil 250 000 kroner til støtte til treningshjelp i heimen. I tillegg blir det gitt inntil 20 000 kroner til utstyr/rekvisita. Til saman er det utbetalt ca. 1,5 millionar kroner i støtte til desse familiane. Helse Vest har samarbeidd med dei andre regionale helseføretaka for å samordne støttebeløpet og kriterium for å tildele støtte.

Helse Vest har starta opp eit arbeid med å kartlegge behovet i regionen for rehabilitering/opptrening som kan ystast i opptreningsinstitusjonar. På grunnlag av dette arbeidet vil ein vurdere endringar i avtalane med dei aktuelle institusjonane.

Helse Vest har delteke i RHF Kontaktforum for rehabilitering og habilitering saman med dei andre regionane for å samarbeide om felles utfordringar innanfor feltet.

Helseføretaka har fokus på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet:

Helse Førde HF har i 2004 samarbeidd nært med kommunane, og det er utarbeidd felles utskrivingsrutinar og felles mal for individuell plan. Gjennom etableringa av eit lærings- og meistringssenter i Helse Førde HF ser ein fram til å kunne setje brukarmedverknad og pasientopplæring endå meir i fokus.

Funksjonshemma og kronisk sjuke barn og deira familiar er ei prioritert gruppe i Helse Førde HF. Helse Førde HF har auka driftsbudsjettet til barnehabilitering i tråd med behovet, og det har vore ein høg drifts- og utviklingsaktivitet i 2004.

Helse Bergen HF har i 2004 gått gjennom rehabiliteringstilbodet i føretaket, og det har munna ut i vedtekne tiltak for å styrkje dette tilbodet og samhandlinga med kommunane i Helse Bergen HF's område. Individuell plan er eit sentralt verktøy i arbeidet med å styrkje tilbodet. Det skal vere tett samhandling med lærings- og meistringssenteret som no blir etablert. Tilbodet til funksjonshemma barn og familiane deira har kontinuerleg fokus. Individuell plan har eit særskilt fokus i habiliteringstenesta, men òg for andre kronisk sjuke barn.

Helse Fonna HF arbeider aktivt i forhold til kommunane om individuell plan. Føretaket har god kompetanse på dette området og arbeider elles med fleire kompetanseutviklingstiltak.

I Helse Stavanger blir det lagt vekt på at rehabiliteringstilbodet blir gitt tverrfagleg og i tett samarbeid med primærhelsetenesta. Det blir arbeidd aktivt for å spreie bruken av individuell plan. Det er søkt Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (Aker LMS) om midlar til ein prosjektleiar for å koordinere tilbodet til familiar med kronisk sjuke barn. Aker LMS disponerer og tildeler prosjektmidlar til formålet.

1.7 Tilbodet til rusmisbrukarar

”Helse Vest skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Et særlig fokus må rettes mot implementering av rusreformen.”

Helse Vest har implementert rusreforma i samsvar med føringane.

Behandlingstilbodet i Helseregion Vest består av

- 14 poliklinikkar som òg fungerer som vurderingseiningar
- 39 behandlingsplassar for avrusing/abstinensbehandling
- 90 behandlingsplassar korttid døgn
- 82 behandlingsplassar langtid døgn
- ca. 50 pasientar på gjesteplassar ut av regionen, helst på langtidsbehandling
- 2 LAR-senter og 6 tvangsplassar, jf. § 6–2, 6–2a, 6–3 i sosialtenestelova

I 2004 er det oppretta tolv nye langtids behandlingsplassar for ungdom i alderen 18–23 år (Ungdomsenheten på Tuestad). Einingar innanfor psykisk helsevern er peikte ut til å ta imot pasientar etter tvangsparagrafane § 6–2, § 6–2a og § 6–3 i sosialtenestelova. Det er etablert eit heilskapleg vurderingstilbod til pasientar som blir søkte til LAR. Det skal sikre at dei pasientane som får avslag, men som har rett på eit tilbod innanfor spesialisthelsetenesta, får eit medikamentfritt tilbod som alternativ.

Helse Vest RHF har arrangert ei seminarrekke for vurderingseiningane med fokus på pasientrettar, vurderingar av rett til nødvendig helsehjelp og operasjonaliseringar etter prioriteringsforskrifta.

Helse Vest RHF er i ein forhandlingsprosess med dei private leverandørane med tanke på revidering av avtalane.

Helse Vest RHF har starta eit arbeid med regional plan for rusverntenestene. Prosjektet skal sjå på det nye ”sørge for” ansvaret for spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar. Prosjektet skal vurdere og komme med forslag til korleis tenestene skal utviklast i samsvar med det nye ansvaret. Viktige fokusområde er samordning mellom psykisk helsevern, somatikk og dei nye rusfaglege tenestene og samhandling med kommunane.

Beleggsprosenten ved døgninstitusjonane

Helse Vest har fokus på ei betre utnytting av døgnkapasiteten ved institusjonane. Fleire av institusjonane rapporterer ved utgangen av 2004 om ein auke i belegget. Med nokre unntak ligg beleggsprosenten for 2004 ved døgninstitusjonane mellom 85 og 90.

Gjennomsnittleg ventetid ved behandlingstiltaka ved utgangen av 2004

Nivå 1: Polikliniske funksjonar inkl. dagbehandling (basert på tal frå 9 av 14 tiltak)	10 veker
Nivå 2: Avrusing/avgifting/abstinensbehandling (basert på tal frå 2 av 2 tiltak)	5,5 veker
Nivå 3: Døgnbehandling korttid (inntil 6 mnd.) (basert på tal frå 4 av 4 tiltak)	23,5 veker
Nivå 4: Døgnbehandling langtid (basert på tal frå 5 av 7 tiltak)	32 veker

Den ventetida som er oppgitt, er forventa ventetid for dei lågast prioriterte pasientane med rett til nødvendig helsehjelp, eller for pasientar utan rett til nødvendig helsehjelp, som skal ha eit tilbod.

Ytterlegare informasjon om aktiviteten for 2004 blir ettersendt når tertialrapportert frå institusjonane ligg føre.

Tiltak i helseføretaka

Helse Førde HF har i 2004 sett i gang eit arbeid med ein ny plan for rusverntenestene. Kompetanse, kapasitet, organisering, samordning, samarbeid, institusjonstilbod o.a. blir vurdert. Ein vesentleg del av arbeidet er òg å kartleggje og utarbeide styringsdata, som er mangelfulle i rusverntenestene. Planen skal innehalde prioriterte tiltak med økonomiske konsekvensar innanfor ein tidshorisont på 8–10 år.

I Helse Bergen HF er det i 2004 etablert eit dialogmøte mellom Psykiatrisk divisjon og dei private tverrfagleg spesialiserte rustenestene (Stiftelsen Bergensklinikkene, Askøy Blå Kors Klinikk og Kalfaret Behandlingssenter). Dette er eit organ for informasjonsutveksling der ein mellom anna ønskjer å setje fokus på utvikling av kompetanse og samarbeid om pasientstraumane. Eit dialogmøte blir halde om lag annankvar månad.

Stiftelsen Bergensklinikkene har etablert ei avdeling for inntak og koordinering (AIK). Det er eit tiltak som skal koordinere tilvisingane til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i opptaksområda til Helse Bergen HF.

I Helse Bergen HF er det tilsett ein ruskoordinator (psykiater) som skal utvikle samarbeidet mellom psykiatri, somatikk og rusfeltet. Planen er å etablere eit fast samarbeidsorgan (fagråd) med fagfolk frå desse felta. Målsetjinga er å utvikle innsikt (haldningar) til og kompetanse på kva for samla spesialisthelsetenester rusmiddelmissbrukarar har behov for, og sikre god pasientflyt.

Helse Fonna HF har starta opp eit samarbeid med Haugaland A-senter for å betre samordninga mellom dei ulike tenestene. Det har vore halde jamlege møte, og det er tilsett ein ruskoordinator.

Helse Stavanger HF har inngått ein samarbeidsavtale med dei private institusjonane i Sør-Rogaland for å sikre god samordning av psykisk helsevern og somatiske og rusfaglege tenester. Tiltak som blir prioriterte i 2004/2005, er pasientflyt, felles plan for kompetanseoppbygging, styrking av avrusingskapasiteten i forhold til vidare behandling på spesialisthelsetenenivå og tidlege intervensjonstiltak i samarbeid med kommunane.

1.8 Desentralisering av spesialisthelsetenesta og samarbeid med primærhelsetenesta

”Helse Vest skal utvikle desentrale tjenester og forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten.”

I alle helseføretaka i regionen blir det arbeidd målretta for å betre samarbeidet og etablere gode samarbeidsrutinar, både gjennom formelle avtalar og den daglege drifta.

Det er gjennomført omstillingsprosessar i Helse Førde HF både ved Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus. Omstillingane er forankra i krav om kvalitet i tenestene, prioritering av oppgåver og økonomisk balanse. Helse Vest RHF rapporterte 01.11.03 til Helsedepartementet om omstillingsarbeidet i Helse Førde HF i 2002 og 2003.

Praksiskonsulentordninga blir vidareført i Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF. I Helse Førde HF har ordninga vore utgreidd i 2004, og ho blir starta opp i 2005.

I Helse Førde HF er det etablert eit koordineringsråd for samhandling mellom helseføretaket og kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane, som har hatt ei positiv utvikling også i 2004. Arbeidet i rådet skal bidra til å utvikle og sikre kvaliteten på samarbeid om og samhandling når det gjeld tenester til pasientar/brukarar med somatiske/psykiske lidingar, som treng eit samansett heilskapleg tenestetilbod. Det er utvikla ein samhandlingsmodell som består av mellom anna utskrivingsrutinar, varsel om utskrivingsklare pasientar, mal for individuell plan, avvikshandtering og oversikt over behandlingshjelpemiddel.

Nærssjukehuset i Florø er etablert i eit samarbeid med Flora kommune og Bremanger kommune.

Helse Bergen HF har inngått eit formalisert samarbeid med Bergen kommune og arbeider med å formalisere det overfor dei andre kommunane i opptaksområdet. Voss sjukehus har eit samarbeid med sine opptakskommunar som fungerer godt. Innanfor psykisk helsevern er det oppretta eit prosjekt mellom føretaket og kommunar i opptaksområdet for å betre pasientstrøm. Helse Bergen HF planlegg òg å etablere eit såkalla halvannanlinetenestetilbod i samarbeid med Bergen kommune.

I Helse Fonna HF er det etablert eit forpliktande tverrfagleg samarbeid mellom dei somatiske sjukehusa i føretaket og alle kommunane i nedslagsfeltet. Samarbeidet er i særleg grad knytt til pasientar med kroniske sjukdommar og pasientar med behov for avanserte helsetenester. Samarbeidet femnar om ei gjensidig hospiteringsordning med fokus på heile pasientforløpet, rutinar for inn- og utskrivingsplanlegging og rutinar for opplæring i kommunehelsetenesta. Rutinane blir følgde opp med eit eige system for avviksmelding. Vidare er det etablert eit samarbeidsutval knytt til samarbeidet rundt det enkelte sjukehus. Samarbeidsutvalet har som oppgåve å sikre kontinuerleg oppfølging og vidareutvikling av samarbeidet og å evaluere og revidere avtalane årleg.

Helse Fonna starta våren 2004 eit samarbeidsprosjekt med Haugesund kommune og Karmøy kommune for å etablere eit samarbeid om psykisk helsevern à la det som no tek form innanfor somatikken. Det er etablert eit e-meldingsprosjekt mellom Helse Fonna HF og Karmøy kommune for å sikre heilskapleg pasientforløp gjennom utveksling av elektroniske meldingar mellom dei ulike pasientsystema.

I Helse Stavanger HF blir det arbeidd med å auke den ambulante verksemda. Tilbodet innanfor vaksenhabilitering, autismeomsorg, kognitiv svikt og fysikalsk medisin blir gitt ambulant. Det blir arbeidd med å auke den ambulante verksemda innanfor geriatri (ambulant geriatrisk team / områdegeriatri). Også innanfor fagfelt som til dømes nyfødmedisin og psykisk helsevern blir tilbodet gitt ambulant.

Eit samarbeidsforum / faglig forum mellom Helse Stavanger HF og rehabiliteringskontaktane i kommunane er etablert etter intensjonen i St.meld. nr. 21 og har regelmessige møte.

1.9 Førebyggjande arbeid

”Helse Vest skal sørge for opprustning av den forebyggende innsatsen i helseforetakene.”

Individretta førebyggjande helsearbeid blir integrert i dei individuelle planane til pasientane, i oppfølginga av pasienten etter utskriving og i pasientopplæringsprogramma i avdelingane og ved lærings- og meistringssentra.

To særskilde tiltak skal nemnast: Helse Fonna HF har bygd opp kompetanse og lagt til rette for at barn av psykiatriske pasientar skal takast vare på. Helse Førde HF deltek i Forum for folkehelse i Sogn og Fjordane i samarbeid med mellom anna fylkeskommunen og fylkesmannen.

Vi viser elles til tiltaka som er nemnde i avsnittet nedanfor.

1.10 Smittevern og beredskap

”Helse Vest skal arbeide med forebygging av sykehusinfeksjoner og iverksette den nye handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner i Norge i 2003–2005.”

Det er utarbeidd regional smittevernplan, beredskapsplan og tuberkulosekontrollprogram.

Smittevernplanen inneheld tiltak som skal setjast i verk for å effektivisere og styrkje smittevernet i regionen. Det blir arbeidd med å følgje opp planen i helseføretaka, og mange av tiltaka er sette i verk. Til dømes er det

- teke i bruk felles registreringsprogram for insidensregistrering av postoperative sårinfeksjonar
- utarbeidd ein felles regional rettleiar for antibiotikabruk
- gjennomført smittevernøving med vaksinerings av tilsette mot influensaepidemi

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.

Alle helseføretaka arbeider med å implementere tiltaka i beredskapsplanen i eigen organisasjon og i eigne planverk. Eit av tiltaka dreier seg om å utarbeide ein eigen delplan for beredskap mot smittsame sjukdommar etter ein felles regional mal. Helse Bergen HF, Helse Førde HF og Helse Fonna HF har utarbeidd slike delplanar, mens Helse Stavanger HF har tiltaket under oppfølging. Helse Bergen HF og Helse Fonna HF har i tillegg utarbeidd beredskapsplan for heile føretaket, der delplan for smittevernberedskap inngår.

Helseføretaka rapporterer om god oppfølging av tuberkulosekontrollprogrammet.

1.11 Landsfunksjonar og nasjonale og regionale kompetansesenter

”Helse Vest skal etablere referansegrupper med representanter fra alle regionale helseforetak for godkjente landsfunksjoner og nasjonale kompetansesenter som Helse Vest er tillagt ansvar for.”

Det blir arbeidd med å etablere referansegrupper for landsfunksjonar og nasjonale kompetansesenter som Helse Vest har ansvar for. Framleis står det igjen ein del arbeidd med det, og temaet blir sentralt i 2005 òg.

Hausten 2004 starta Helse Vest RHF opp eit arbeid i samarbeid med helseføretaka for å gå gjennom dei høgspecialiserte funksjonane i regionen. Prosjektet skal sjå nærmare på dagens funksjonar og fremje forslag til korleis nye funksjonar og godkjenningssprosedyrar kan utviklast.

Rapporteringa frå landsfunksjonar og nasjonale kompetansesenter inngår i "Fagleg rapportering" for 2004, med mellom anna oversikt over artiklar, publikasjonar og doktorgradar i 2004. Denne rapporten blir sendt i eiga sending.

Hovudresultata er tatt inn her under punkt 3 om forskning.

I Helse Førde er det etablert ein ny regional funksjon innanfor kirurgisk behandling av sjukleg overvekt. I tillegg har Helse Vest RHF i 2004 etablert eit medisinsk tilbod til dei som er sjukleg overvektige. Tilbodet er etablert i tilknytning til fagmiljøet i Førde og blir lagt til Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter i Fjaler kommune. Helse Vest RHF har i denne samanhengen gjort ein avtale med Ebeltoft kurcenter i Danmark om eit tilbod om livsstilsendringar til sjukleg overvektige i regionen.

Elektiv barnehjartekirurgi som fleirregional funksjon i Helse Bergen HF blei avvikla i 2004. Desse pasientane får no eit tilbod ved Rikshospitalet, og formelle avtalar blir for tida gjorde mellom Haukeland Universitetssjukehus og Rikshospitalet.

Helse Fonna HF har regionfunksjon som fertilitetslaboratorium, og saman med Rikshospitalet har Helse Fonna HF sædbankfunksjon (landsfunksjon) frå 01.01.05. Helse Fonna har nasjonalt register for sædgivarar.

Eit nytt nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrningar i Helse Stavanger HF blei opna i september 2004. Nasjonal referansegruppe er etablert. Senteret er i ferd med å opprette eit nasjonalt register for pasientar med Parkinsons sjukdom som blir opererte med hjernestimulator. Det er òg starta eit arbeid med å lage ein nasjonal behandlingsplan for pasientar med Parkinsons sjukdom.

2 UTDANNING

”De regionale helseforetakene skal stille et antall praksisplasser til disposisjon for helsefagutdanningene i grunnutdanningen i høgskolene som følger av årskullstørrelsen fastsatt av UFD.”

Helse Vest og høgskolane var einige om at det først og fremst var viktig med avtalar mellom helseføretaka og høgskolane. I tråd med endringa i instruks for samarbeidet med universitet og høgskolar blei det tatt initiativ overfor høgskolane til også å utarbeide avtalar mellom Helse Vest og høgskolane i regionen. Desse avtalane vil vere på plass tidleg i 2005.

Alle helseføretaka har hatt samarbeid med dei aktuelle høgskolane om avtalar og regulering av praksisundervisninga. Det er no også under utarbeiding nye avtalar mellom helseføretaka og høgskolane etter ein felles mal.

Samarbeidet med Universitetet i Bergen er godt teken i vare av samarbeidsorganet. Helse Vest har gjennomført ei ekstern evaluering av samarbeidsorganet som viser at organet har utvikla seg til eit effektivt verkemiddel.

Medisinarutdanninga er følgt opp i tråd med planane, og alle helseføretaka deltek i den kliniske undervisninga. I 2004 har helseføretaka hatt følgjande tal på medisinarstudentar som har fått klinisk undervisning:

Helse Bergen HF: 335*

Helse Førde HF: 30

Helse Fonna HF: 70

Helse Stavanger HF: 154

(*I samarbeid med Haraldsplass Diakonale sjukehus)

Helseføretaka har stilt praksisplassar i tråd med dei behova høgskolane har, både når det gjeld studentar i grunnutdanninga og i dei ulike vidare- og etterutdanningane. Problem med å finne praksisplassar blir stort sett løyst i samarbeid med høgskolane. Det er likevel frå helseføretaka reist spørsmål ved sider ved denne ordninga. Det går mellom anna på at ein ønskjer innflytelse på dimensjonering og kapasitet på praksisutdanninga og at innhaldet i praksisutdanninga må tilpassast dei endringane som skjer i sjukehusa.

Helseføretaka og høgskolane (og universiteta) har ein gåande dialog om behovet for ulike etter- og vidareutdanningar. Det har mellom anna ført til at eit studie i helsepedagogikk er satt i gang i Helse Stavanger HF.

I Helse Bergen HF er det lagt til rette for læring i klinisk praksis for meir enn 500 helsefagstudentar i grunn-, vidare- og etterutdanning. Fordi talet på sjukepleiarstudentar har auka, blir i tillegg ulike modellar for kliniske studiar prøvde ut for desse studentane i Helse Bergen HF. Det er oppretta eit nytt utdanningsråd for å betre samarbeidet og kommunikasjonen mellom utdanningsinstitusjonane og føretaket, der det mellom anna blir sett fokus på studenttrivnad og evaluering av føretaket som arena for læring. Helse Bergen HF har òg finansierte vidareutdanningar innanfor sjukepleie for 63 spesialsjukepleiarar. Ved å gå frå lønn til stipendordningar har føretaket spart midlar utan at kvaliteten på utdanninga er redusert. I 2005 skal alle vidareutdanningar innanfor sjukepleie finansierast med stipend.

3 FORSKING

”Helse Vest skal dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles mal utarbeidet av de regionale helseforetak (Helse Sør er ansvarlig for koordinering av tiltaket). Helse Vest forutsettes å følge opp nasjonalt system for måling av forskningsresultater og bidra til etablering av fellesretningslinjer for registreringspraksis og kvalitetssikring av grunndata.”

I 2004 tildelte Helse Vest RHF forskningsmidlar til 136 prosjekt. Av desse prosjekta blei 16 tildelte gjennom dei strategiske forskningsmidlane, som blir fordelt av samarbeidsorganet på bakgrunn av forskningsstrategien. Dei andre prosjekta blei tildelt midlar på bakgrunn av søknader frå miljøa. Til saman blei det delt ut rundt 70 millionar kroner til desse prosjekta. Eit satsingsområde i 2004 var forskarutdanning, og til saman blei det delt ut 24 nye doktorgradsstipend.

Til samanlikning blei det i 2003 delt ut seks nye doktorgradsstipend og samla 41 millionar kroner til 105 forskningsprosjekt. Frå 2002/2002 – 2003 hadde Helse Vest ein auke på 42 prosent i såkalla publikasjonspoeng.

Oversikta over talet på artiklar, publikasjonar og doktorgradar i 2004 inngår i ”Fagleg rapporteringar” for 2004, som blir sendt i eiga sending:

	Vitskapelege artiklar		Doktorgradar	
	2003	2004	2003	2004
Lands- og fleirregionale funksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter	95	107	7	12
Forskningsprosjekt finansiert av forskningsmidlar frå Helse Vest	101	215	10	28
Totalt*	172	267	15	32

* 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.

Det har vore ein stor auke i forskningsproduksjon frå 2003 til 2004. Dette gjeld særleg for forskningsprosjekt finansiert av forskningsmidlar frå Helse Vest: Her er talet på vitskapelege artiklar meir enn fordobla, og talet på doktorgradar er nesten tredobla.

Det har vore sett i gang eit nasjonalt arbeid for å utvikle eit system for dokumentasjon av ressursbruk til forskning. Det er eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka og Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Bergen HF deltek i arbeidet for Helse Vest RHF. Arbeidsgruppa tek sikte på å leggje fram eit forslag til dokumentasjonssystem før mai 2005.

Helse Bergen HF har auka fokus på forskning, og det har vore ein sikker og jamn auke i forskningsaktiviteten dei siste åra. Formidling av forskning som legg til rette for kunnskapsbasert praksis, er eit høgt prioritert område for føretaket. Det blir arbeidd for å få stipendiatane integrerte i dei kliniske avdelingane, slik at forskning blir ein meir naturleg del av den daglege drifta.

I ei stor internasjonal evaluering av norsk medisins- og helsefagleg forskning initiert av Noregs forskingsråd i 2004 blei Helse Bergen HF, og særleg Haukeland Universitetssjukehus, trekt fram som den viktigaste samarbeidspartnaren for klinisk forskning knytt opp mot Universitetet i Bergen. Evalueringa omtalte samarbeidsorganet mellom Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen som ein svært god mal for samarbeid om og utvikling av forskning.

Forskinga i Helse Bergen HF er i stor grad knytt opp mot nasjonale og regionale kompetansesenter. Fleire kliniske miljø blei i evalueringa vurderte som svært gode: pediatri, nevrologi, lungemedisin, kreft- og blodsjukdommar og endokrinologi.

Helse Førde HF har sju pågåande prosjekt innanfor læringsforskning, utarbeiding av retningslinjer, ergonomi og kreftforskning. Helse Førde HF ønskjer å auke forskningsaktiviteten ytterlegare, og å auke den eksterne finansieringa.

Helse Stavanger HF rapporterer om høg aktivitet innanfor klinisk forskning også i 2004. Helseføretaket vil opprette faste forskingsstillingar, roterande stipendiatstillingar og eit administrativt støtteapparat for å oppnå kontinuitet i forskingsaktiviteten. Denne prosessen har så vidt starta opp ved at satsingsområde – kreft og psykiatri – er tildelte ei halv forskningssjefstilling kvar. Det er tilsett to statistikarar (20 %-stilling) og ein epidemiolog (20 %-stilling) som støtte til forskarar og ein laboratorieleiar i det nye forskingslaboratoriet. Kontor for klinisk forskning har ei 40 %-stilling.

For å stimulere til auka klinisk forskning i Helse Fonna HF blei det i 2004 tilsett ein forskningssjef med doktorgradskompetanse og oppretta ei psykolog-/koordinatorstilling på psykiatrisk klinikk. Det er planar om ei postdok./koordinatorstilling for å stimulere til forskning ved alle avdelingane. Helse Fonna HF samarbeider tett med Høgskolen Stord/Haugesund.

4 PASIENTOPPLÆRING OG BRUKARPERSPEKTIVET

”Helse Vest skal sørge for at det gis et helhetlig opplæringstilbud til pasienter med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak, og plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser skal ivaretas.”

Heilskapleg opplæringstilbod / lærings- og meistringssenter

Lærings- og meistringssenteret (LMS) i Helse Stavanger HF og i Helse Fonna HF har vore i drift i lengre tid. Aktivitetane ved lærings- og meistringstilboda blir planlagde, gjennomførte og evaluerte i samarbeid med brukarane og tverrfagleg helsepersonell. I 2004 har det vore stor aktivitet med til dømes kurstilbod til diagnosegruppene KOLS, diabetes, tinnitus, morbus ménière, myalgisk encefalopati, cøliaki og osteoporose. Det har blitt gitt tilbod til foreldre med barn som har kronisk sjukdom / nedsett funksjonsevne, og til personar med thyroideasjukdommar.

Helse Fonna HF planlegg å greie ut om lærings- og meistringssentermodellen er den beste løysinga for opplæring av pasientar og pårørande også innanfor psykisk helsevern.

I Helse Førde blei lærings- og meistringssenteret etablert i 2004. Senteret er i oppstartsfasen knytt opp mot nokre aktuelle klinikkar og tek utgangspunkt i allereie etablerte aktivitetar. Aktivitetane skal vere bygde på eit likeverdig samspel mellom brukarar og fagfolk. Tilbodet skal etter kvart utvidast til å gjelde både somatikk og psykiatri.

I Helse Bergen HF er lærings- og meistringssenteret under etablering. Etableringa byggjer på ein rapport om innhald og organisering av LMS. I denne samanhengen blei eksisterande opplæringstilbod ved avdelingar/klinikkar i Helse Bergen HF og i lokale brukarorganisasjonar kartlagde. Udekte behov og ønske/forventingar til senteret blei òg kartlagde.

Helse Vest RHF har ikkje noka dekkjande oversikt over opplæringstilbodet i helseføretaka og kor mange pasientar som tek imot tilbod om opplæring. Vi tek sikte på å skaffe ei slik oversikt i 2005.

Brukarmedverknad i utviklinga av tenestetilbodet

I september 2004 fekk det regionale brukarutvalet ny samansetjing. Rådet er no samansett av seks medlemmer frå FFO, to frå SAFO og éin frå fylkeseldreråda. Det regionale brukarutvalet hadde seks

møte i 2004 og uttalte seg om til dømes regional opptrappingsplan for psykisk helse, nasjonalt strategiarbeid innanfor psykisk helsevern og status og planar for rehabilitering/habilitering.

Det regionale brukarutvalet har blitt bedt om å utnemne representantar til fleire regionale prosjektgrupper i 2004, til dømes gruppa som vurderer behovet i regionen for tilbod i opptreningsinstitusjonar, kompetanseutvikling i vaksenpsykiatrien, høgspesialiserte tenester og opptrappingsplan for psykisk helse (påbegynt i 2003, avslutta i 2004).

I 2004 blei det regionale brukarutvalet evaluert. Evalueringa viste at utvalet har opna for meir brukarmedverknad, men at denne medverknaden er for lite synleg, og at det bør setjast i verk tiltak som lèt brukarane få vere med å forme tenestene i større grad. Eit slikt tiltak er å etablere rutinar for å melde frå om nye prosjekt til brukarutvalet, og at utvalet sjølv kan avgjere kva prosjekt det vil delta i.

Alle helseføretaka i regionen har etablert brukarutval med medlemmer frå FFO, SAFO og fylkeseldreråda. Brukarutvala har representantar i ulike organ og prosjekt på helseføretaksnivå.

Individuell plan

Alle helseføretaka har fokus på å gjere si plikt og utarbeide individuell plan.

Det blir rapportert på den nasjonale kvalitetsindikatoren individuell plan innanfor barnehabilitering.

Andre tertial 2004 viste resultat store variasjonar innanfor regionen. Det blir arbeidd både med datakvaliteten og med å implementere individuell plan i helseføretaka.

Helse Fonna HF	91 %
Helse Bergen HF	14 %
Helse Stavanger HF	100 %
Helse Førde HF	31 %

Helse Førde HF har lagt mykje arbeid i å ta i bruk individuell plan for pasientar med kroniske lidningar, også i samarbeid med kommunehelsetenesta. Alle kommunane i fylket og spesialisthelsetenesta bruker no den same malen for individuell plan. Individuell plan er teken i bruk både innanfor BUP og i vaksenpsykiatrien. Det er behov for å etablere betre rutinar for kvalitetssikring og statistikk.

Helse Bergen HF har framleis eit stykke igjen før krava om å utarbeide individuelle planar er oppfylte. Det blir arbeidd med å opprette eit system for å kunne rapportere på kor mange av pasientane med kroniske lidningar som får utarbeidd individuell plan. Ein vesentleg del av arbeidet med å implementere individuell plan er å kunne følgje statusen i arbeidet.

I Helse Fonna HF, psykiatrisk klinikk, blir det gjennomført fleire tiltak for å leggje til rette slik at pasientane får innfridd retten til individuell plan. Tilsette får opplæring, og i samarbeid med kommunane blir det arbeidd med praktisk tilrettelegging og ansvarsdeling. Det blir målt kor mange pasientar som får individuell plan. Det varierer noko frå eining til eining, frå om lag 60–70 prosent til 100 prosent.

I Helse Stavanger HF er bruk av individuell plan godt etablert innanfor den komplekse rehabiliteringa. I resten av verksemda er arbeidet med implementering i gang, og det får auka fokus i 2005.

5 ØKONOMISKE PRESTASJONSKRAV

Resultatkrav og venta effektivisering i 2004

Alle tall i 1000 og registrert med positivt fortegn

Regionalt Helseforetak	Akkumulert pr DESEMBER 2004			
	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme eksl midler til å dekke avskrivninger	6 867 658	6 941 897	(74 239)	-1,1 %
Inntekter til å dekke avskrivninger	577 000	577 000	-	0,0 %
ISF egne pasienter	2 437 921	2 423 686	14 235	0,6 %
Gjestepasienter	129 200	80 000	49 200	61,5 %
Polikliniske inntekter	845 740	808 476	37 264	4,6 %
Øremerkede tilskudd (inkl forsknings og undervisningsmidler)	495 620	370 885	124 735	33,6 %
Øremerkede tilskudd psykiatri	266 242	263 396	2 846	1,1 %
Andre driftsinntekter	623 704	540 541	83 163	15,4 %
Sum driftsinntekter	12 243 085	12 005 882	237 204	2 %
Kjøp av helsetjenester	1 693 890	1 616 884	77 006	5 %
Varekostnader	1 210 304	1 142 798	67 506	6 %
Lønn og sosiale kostnader eksl pensjon	6 850 327	6 860 278	(9 951)	0 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	626 967	588 474	38 493	7 %
Andre driftskostnader	1 763 105	1 724 938	38 167	2 %
Tap på fordring HD	6 876	74	6 802	9190 %
Avskrivninger	932 417	939 976	(7 559)	-1 %
Sum driftskostnader	13 083 886	12 873 422	210 463	2 %
Driftsresultat	-840 800	-867 541	26 740	-3 %
Finansinntekter	27 431	8 900	18 531	208 %
Finanskostnader	33 061	17 938	15 123	84 %
Finansresultat	-5 630	-9 038	3 408	-38 %
Ordinært resultat	-846 430	-876 579	30 148	-3 %
Ekstraord inntekter	0	0	-	#DIV/0!
Ekstraord kostnader	0	0	-	#DIV/0!
Resultat av ekstraord poster	0	0	-	#DIV/0!
Resultat etter ekstraord poster	-846 430	-876 579	30 148	-3 %
Skattekostnad			-	#DIV/0!
Resultat	-846 430	-876 579	30 148	-3 %
Korreksjon for meravskrivning	364 029	364 029	-	0 %
Resultat til måling	-482 401	-512 550	30 148	-6 %

Særskilte kostnader

Behandlingshjelpemidler	79 133	65 259	13 874	21,3 %
Rus	254 000	254 000	-	0,0 %
Syke transport- utbetalinger til trygdeetaten	137 693	132 929	4 764	3,6 %

Likviditet

Bankinnskudd (pos)	247 000			
Bruk av driftskreditt (neg)	-383 000			
Limit driftskredittkonto	1 100 000			

Regionalt Helseforetak	Akkumulert pr DESEMBER 2004			
	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Somatikk				
DRG poeng egne pasienter - egen region	173120	176574	-3454	-2,0 %
DRG poeng egne pasienter - andre regioner/ private *)	12537	12773	-236	-1,8 %
Sum DRG poeng	185657	189347	-3690	-1,9 %
herav DRG dagbehandling	26144	26537	-393	-1,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	635154	602815	32339	5,4 %

Psykiatri				
Voksenpsykiatri				
Ant. utskreve pasienter - døgnbeh	37492	33444	4048	12,1 %
Ant. liggende døgnbehandling	305978	330678	-24700	-7,5 %
Ant. oppholdsdager - dagbehandling	59676	54947	4729	8,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	92366	103541	-11175	-10,8 %
Barne- og ungdomspsykiatri				
Ant. utskreve pasienter - døgnbeh	527	144	383	266,0 %
Ant. liggende døgnbehandling	13341	13684	-343	-2,5 %
Ant. oppholdsdager - dagbehandling	2585	2714	-129	-4,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	56144	63634	-7490	-11,8 %

*) Talet gjeld DRG poeng hos dei private ideelle. Det føreligg enno ikkje DRG tal for Helse Vest sine pasientar behandla ved andre regionar.

Resultat:

Rekneskapen for 2004 er ikkje revidert enno og må derfor sjåast på som ein førebels rekneskap. Ved konsolidering av tala er det gjort eliminering for kjende interne poster. I samband med utarbeiding av endeleg konsernrekneskap vil det kunne skje endringar som skyldast avstemming av interne inntekter/kostnader samt klassifisering av inntekts og kostnadsposter.

Rapporteringa viser eit resultat korrigert for meiravskrivingar som er minus kr 482,4 mill som er kr 30,1 mill betre enn budsjettet. Dei negative avvika finn vi i Helse Førde (- 10,9 mill), Helse Fonna (- 8,6 mill), Apoteka Vest (-1,9 mill) og Helse Bergen (-1,8 mill). Dei positive avvika finn vi innan Helse Vest kjøp av helse tenester (27,8 mill), Helse Vest administrasjon (18,1 mill) og i Helse Stavanger (7,5 mill).

Ser ein budsjettavvika til helseføretaka samla sett viser desse eit avvik på minus kr 15,7 mill. Med eit samla budsjett for helseføretaka på kr 10,6 mrd må dette betraktast som eit tilfredsstillande resultat. Dette syner og at føretaka i stor grad har klart å gjennomføre dei innsparingstiltaka som er innarbeidd i budsjetta.

For å fange opp den generelle usikkerheit som ligg i det totale budsjettopplegget har Helse Vest lagt inn ein budsjettreserve under Helse Vest kjøp av helsetenester. Erfaringa har vist at denne reserven har vore naudsynt, mellom anna for å dekke budsjettavvik knytt til gjestepasientoppgjær. Ved berekning av ISF inntekta for 2003 er det i rekneskapen gjort eit for lågt anslag. Dette gir eit positivt avvik på resultatet i 2004. Samla sett er det eit positivt avvik innan kjøp av helsetenester på kr 27,8 mill.

Det positive avviket på Helse Vest administrasjon er i stor grad knytt til ulike prosjekt som var budsjetttert gjennomført i 2004. I tillegg har ein hatt netto renteinntekt på kr 8 mill som ikkje var budsjetttert.

Likviditet:

Ved utgangen av 2004 har føretaksgruppa eit samla bruk av driftskreditt på kr 383 mill. Helse Vest har fått løyva ei samla driftskredittramme på kr 1,1 mrd. Det er utarbeid eit førebels likviditetsbudsjett for 2005 som syner eit likviditetsbehov på om lag kr 1,1 mrd. Denne vil bli nærare kvalitetssikra og i samband med behandling av justert konsernbudsjett 2005 vil det og bli utarbeidd likviditetsbudsjett. Helse Vest vil med basis i dette ta stilling til om det er behov for å auke driftskredittramma.

Aktivitet:

Budsjettet for 2004 la til grunn ein vekst i DRG produksjon på 3,6 % jamført med produksjonsnivået i 2003. I denne veksten låg det inne ein føresetnad om 2 % kodeforbetring. Den faktiske DRG produksjon i 2004 ligg 1,9 % lågare enn budsjettet men 2 % høgare enn 2003. Veksten inneheld kodeforbetring slik at den reelle vekst er lågare.

Innan psykisk helsevern har helseføretaka lågare aktivitet på døgnbehandling vaksenpsykiatri enn føresett i budsjettet samt ein nedgang jamført mot fjoråret. Opphaldsdagar dagbehandling har vore høgare enn budsjett men noko lågare enn fjoråret. Tal polikliniske konsultasjonar er lågare enn budsjett men viser ein vekst jamført mot i fjor.

Innan barne og ungdomspsykiatri er aktiviteten på døgnbehandling om lag som budsjettet. Dagbehandlingar ligg under budsjett og det same gjeld polikliniske konsultasjonar. Til tross for det negative avviket mot budsjett er det likevel ein vesentleg vekst i polikliniske konsultasjonar jamført mot i fjor. Veksten her er på vel 15 %.

Investeringar

Tabellen under viser eit samandrag av investeringar gjennomført i 2004. I tillegg har helseføretaka meldt inn oppdatert oversikt over investeringsplanane frå 2005 til 2007.

Rapporteringsskjema investeringskostnader inkl. videre investeringsbehov

	Kostnadsdata			Planlagt investeringsbehov inkl. finansieringsmetode						
HelseVest RHF (Oversikten nedenfor er ikke utfyllende)	Forbruk tom 2003	Regnskap 2004		2005		2006		2007		Gjenstående etter 2007
Alle prosjekter umtatt prosjekter på psykiatriplanen		- Bygg	- Utstyr	Egenfinansiering	Lånebehov	Egenfinansiering	Lånebehov	Egenfinansiering	Lånebehov	
MOBA (Stavanger)	-	10	-	70	20	-	90	-	90	-
To senter (Stavanger)	-	-	-	-	10	-	10	-	10	800
Etappe 3 Haugesund (Fonna)	32	41	10	1	-	-	-	-	-	-
Laboratoriebygg Bergen (Bergen)	2	1	-	-	45	-	200	-	260	203
Ombygg av frigjorte lab.arealer (Bergen)	-	-	-	-	-	-	-	10	-	190
Barne og ungdomssenter (Bergen)	-	-	-	-	4	-	43	-	250	500
Kreftbygg - under utredning (Bergen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500
Voksenpsyk. Sandviken (ikke opptrappingsplan) (Bergen)	-	-	-	-	65	-	110	-	100	-
Påbygg 2000 i Førde	-	22	-	-	88	-	59	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum investeringsprosjekter under kr 50 mill.	-	283	-	126	89	174	105	166	184	85
Utstyr										
Medisinsk teknisk utstyr	-	-	212	171	-	175	-	175	-	-
IKT- utstyr	-	-	45	74	-	94	-	93	-	-
Annet	-	38	46	123	-	126	-	131	-	-
Investeringer ekskl. prosjekter på psykiatriplanen		395	313	565	321	569	617	575	894	2278
Sum investeringer ekskl. prosjekter på psykiatriplanene		708								
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03		- Bygg	- Utstyr	Egenfinansiering	Lånebehov	Egenfinansiering	Lånebehov	Egenfinansiering	Lånebehov	
DSP Stavanger	-	3	-	-	36	-	71	-	-	-
BUPA Stavanger	-	-	-	-	-	65	5	65	5	-
DPS Karmøy, nybygg	2	3	-	42	-	-	-	-	-	-
Voksenpsyk polikl. Haugesund, påbygg	-	1	-	-	51	5	18	-	-	-
Kvinnherad DPS, ombygg Valen	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stord DPS, nybygg	6	46	-	11	-	-	-	-	-	-
Familiebehandl. BUP Haugesund	-	3	-	20	-	-	-	-	-	-
BUP Stord, nybygg polikl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Åstveit DPS, nybygg døgnavd.	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Fjell og Årstad DPS, nybygg polikl.	-	-	-	-	9	-	15	-	5	-
Fana DPS, nybygg	-	-	-	-	-	-	104	-	-	-
BUP Åsane, ombygg	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
BUP Betanien, nybygg	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-
BUP Årstad, nybygg	-	-	-	-	-	-	10	-	40	30
BUP Fana, nybygg Solli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUP, ny døgnavd Fana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DPS Indre Sogn, inkl. BUP nybygg	57	15	-	2	-	-	-	-	-	-
Ungdomspsyk. Avd SSSF, nybygg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum prosjekter på psykiatriplanen	70	71	0	75	106	70	246	65	50	30
Sum totale investeringskostnader		779		640	427	639	863	640	944	2308

Låneramme

Helse Vest har for 2004 fått løyva kr 200 mill i lån til investeringsformål. Lånet har vært nytta til gjennomføring av vedlikehaldsinvesteringar på kr 40,7 mill samt fleire byggjeprojekt på samla kr 159,3 mill. Desse prosjekta er ikkje ferdige ved inngangen til 2005 og blir vidareført som byggjelån. Så snart prosjekta er ferdige vil lånet bli konvertert til langsiktig lån.

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporteringskjema for lån under opptrekk - HELSE VEST RHF				
Ettårig låneopptak		Låneopptak 2004		Antatt/ Gjennom- snittlig levetid.
- Investeringer nybygg - Vedlikeholdsinvesteringer - Medisinak teknisk utstyr - IKT-investeringer - Annet		40 677 000		20
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2004		40 677 000		
Byggelån videreført fra 2003 som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.04	Lånesaldo pr 31.12.03 (inkl. renter)	Låneopptak 2004	Tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.04 (eksl. renter 2004)	Antatt levetid
prosjekt x Haugesund østblokk etappe 3	45 206 879		45 206 879 0 0	40
Sum tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.04	45 206 879	0	45 206 879	
Byggelån for videreføring	Lånesaldo pr 31.12.03 (inkl. renter)	Låneopptak 2004	Sum byggelån for videreføring pr 31.12.2004 (eksl. renter 2004)	
Prosjekt x			0	
Nye ventilasjonsanlegg i vestbygget		9 526 889	9 526 889	
Utbedring av fasadeelementer på syd- og vestbygget		7 464 688	7 464 688	
Div. utskifting av teknisk utstyr på klinikkene		2 367 665	2 367 665	
Dalane Psyk Senter		1 340 258	1 340 258	
Dokumentsenter og service senter		437 500	437 500	
Haugesund østblokk etappe 3		35 550 000	35 550 000	
DPS Stord	2 388 773		2 388 773	
Miljøhall		15 954 000	15 954 000	
Boliger Haukelandsbakken		7 194 240	7 194 240	
Bjørgvin DPS - byggetrinn 1		20 398 646	20 398 646	
Varmeanlegg		18 655 114	18 655 114	
Hjertekat.lab og el fys lab - HUS		15 000 000	15 000 000	
Påbygg 2000		25 434 000	25 434 000	
			0	
Sum byggelån for videreføring	2 388 773	159 323 000	161 711 773	
Total lånesaldo 31.12.03 Byggelån	47 595 652			
Sum låneopptak 2004		200 000 000		
Sum låneopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.04 (eks. påløpne renter 2004)			85 883 879	
Frist for innlevering er 15. januar 2005				

6 TILTAK SOM ER KNYTT TIL ORGANISASJONSUTVIKLING

Leiing

”Det forventes at Helse Vest deltar i utforming og gjennomføring av program for ledelsesutvikling og at dette har forankring på høyeste ledelsesnivå.”

Helse Vest RHF har teke del i utforminga av det nasjonale leiarutviklingsprogrammet. Leiarar frå det regionale helseføretaket har saman med den øvste leiinga og andre leiarar i helseføretaka vore med i heile programmet.

Helseføretaka har i 2004 utvikla, og i stor grad sett i gang, program for leiarutvikling. Desse programma er laga ut frå ei kartlegging av behova. I dei ulike programma er det lagt inn ein felles regional bolk. Denne bolken er utvikla på regionalt nivå, og leiarar frå det høgaste regionale nivået kjem til å delta. I denne bolken blir det fokusert på dei nasjonale leiarverdiane og sentrale leiarkrav.

I tillegg til fokus på leiarutviklingsprogram, har helseføretaka i 2004 gjennomført ulike tiltak innanfor leiing/organisasjonsutvikling. Til dømes har Helse Stavanger HF gjennomført ei stor omstilling/nedbemanning og etablert ein eigen omstillingsorganisasjon for å meiste omstillingsprosessane. Det er òg sett i gang eit arbeid for å optimalisere drifta av sengepostane. Sjukefråværet i Helse Stavanger HF var i november 2004 1,1 prosent lågare enn på same tid i 2003. Det er utvikla verktøy som gir betre styring av lønsmassen. Helse Fonna HF har sett i gang eit prosjekt for å rekruttere legar. Det har vore arbeidd for å organisere dei tillitsvalde på ein måte som samsvarer med omorganiseringa i føretaket. Sjukefråværet er redusert. Føretaket rapporterer om kontroll over lønsmassen. I Helse Førde HF blir det arbeidd med å implementere eit ressurs- og arbeidstidsplanleggingssystem som skal omfatte alle tilsette.

Sjukehusstruktur og funksjonsfordeling

Alle helseføretaka har arbeidd med endringar i sjukehusstrukturen og funksjonsfordeling. Dette har hatt eit særskilt fokus i Helse Førde HF, mellom anna på bakgrunn av at Helse Førde har hatt eit langt høgare sengetal og eit høgare forbruk av sjukehusenester enn resten av Helse Vest og landet.

På bakgrunn av tilrådinga frå Helsetilsynet om nivådeling av fødselsomsorgen, og gjennomgang av akuttfunksjonane i Helse Vest, blei det etablert forsterka fødestove i Lærdal frå mars 2004.

Gjennom ei omstilling og gradvis omlegging frå lokalsjukehus til nærsjukehus blei Nærsjukehuset i Florø etablert i samarbeid med Flora kommune og Bremanger kommune frå 01.01.05. Med utgangspunkt i lokale tenestebehov skal nærsjukehuset styrkje samhandlinga og dei desentrale medisinske tenestene.

Helse Førde har vidare gjennomført ei funksjonsfordeling som inneber at all blautdelskirurgi blir samla i Førde, og ortopedisk aktivitet retta mot innbyggjarane i Sogn og Fjordane blir samla i Førde og Nordfjordeid, mens Lærdal har ortopedisk aktivitet retta mot pasientar med rett til nødvendig helsehjelp som står på venteliste i andre helseføretak. Endringane gjeld frå 01.01.05.

Helse Førde har òg etablert ein klinikkstruktur med 6 gjennomgåande klinikkar og 1 divisjon for intern service. Endringa gjeld frå 01.01.05.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

”Helse Vest skal bidra til organiseringen av Nasjonalt Helsenett i 2004.”

Norsk Helsenett a/s er etablert frå og med 1. oktober 2004. Administrerande direktør i Helse Vest RHF var leiar av styringsgruppe for prosjektet som førte fram til etablering av selskapet. Han er no styreleiar i det nyetablerte selskapet. Administrerande direktør i Helse Vest RHF er dessutan leiar i styringsgruppa for Nasjonal IKT.

I 2004 blei Helse Vest IKT AS etablert. Det er eit heileigd dotterselskap av Helse Vest RHF. Helse Vest IKT AS skal levere produkt, system og tenester til helseføretaka på IKT-området som er kritiske for verksemda til helseføretaka.

Openheit og kommunikasjon

”Styremøter i regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne.”

Frå 2004 har Helse Vest RHF og alle helseføretaka i Helse Vest hatt opne styremøte. Kun i svært få enkeltsaker har ein nytta høve til å lukke møtet – i tråd med lova. Møteinnkalling og alle opne styresaker blir gjort tilgjengelege på internett før styremøta, likeeins protokoll i etterkant. Føretaka sende jamleg ut pressemeldingar for å informere om styrevedtak eller meddele andre nyheiter. Fleire av føretaka la også postlistene, som viser kva for dokument som blir sendt til og frå føretaket, ut på internett.

Helse Vest RHF sitt informasjons- og kommunikasjonsarbeid byggjer på den vedtekne overordna føretaksplanen for Helse Vest og den regionale kommunikasjonsstrategien. I løpet av året har føretaket hatt direkte møte med ei rekkje målgrupper, som til dømes politisk og administrativ leiing i dei tre vestlandsfylka. Hausten 2004 gjennomførte Helse Vest RHF ei omdømmemåling blant utvalde målgrupper. Målinga viste blant anna at målgruppene hentar mesteparten av informasjonen om Helse Vest frå media. Halvparten av dei spurde viste også til at Helse Vest sin eigen publisasjon, Helse i vest, er ei viktig informasjonskjelde. Føretaket planlegg å gjennomføre ei tilsvarende omdømmemåling kvart år.

Også helseføretaka har hatt fokus på kommunikasjon og informasjon i samband med omorganiserings- og omstillingsprosessar. Helse Førde HF har til dømes utarbeidd ein informasjonsstrategi i samband med omstillingsprosessane i føretaket. I strategiplanen til Helse Bergen HF er betre kommunikasjon med innbyggjarane eit delmål.

Enkelte saker i fleire av føretaka har likevel gitt eit inntrykk i media av at det er liten kommunikasjon og openheit. Det vil derfor blir arbeidd vidare med informasjon og kommunikasjon i 2005, både når det gjeld strategi og organisering.

Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll

”Helse Vest skal etablere et system som sikrer at lover og forskrifter, herunder journalforskriften og retningslinjer for koding, følges i virksomhetene.”

Helse Vest RHF har sidan hausten 2004 arbeidd med å førebu etablering av eit internkontrollsystem som tek i vare lovkrav og andre myndigheitskrav. Ein har så langt kartlagt slike krav innanfor både ”sørgje for” ansvaret og eigarrolla, og arbeider no med risikovurdering og aktuelle tiltak på prioriterte område. Det er utarbeidd ein matrise som ligg til grunn for systemet, og som inneheld oversikt over

lov- og myndigheitskrav og aktuelle tiltak. Internkontrollsystemet vil vidare framover bli bygd ut til å omfatte verksemdstyringa generelt og integrasjon mot helseføretaka sine internkontrollsystem.

Styret i Helse Vest RHF blir førelagt sak om status i arbeidet med internkontrollsystem i møte i mars.

Helseføretaka arbeider med å sikre at verksemda blir driven innanfor gjeldande lovverk, og det blir arbeidd med forbetring av kodepraksis. I Helse Førde er det til dømes utført internrevisjonar på systemnivå og innanfor HMS-feltet i 2004, og i Helse Fonna HF er det sett ned ei gruppe som arbeider med internkontroll. Riksrevisjonens tilsyn ved Førde Sentralsjukehus viste at det var ein akseptabel standard på kodinga av pasientbehandlinga.

Grøn stat

”Helse Vest skal innføre miljøledelse som en integrert del av sitt styringssystem.”

Helse Vest RHF har nylig utarbeidd og vedtatt Strategiplan for innkjøp. Planen ligg til grunn som eit styrande dokument for alt innkjøpsarbeid i helseføretaksgruppa. Planen har eit eige punkt som omtalar ”Miljøriktige innkjøp”. I planen er det lagt vekt på og gjort greie for korleis ein kan og bør ta omsyn til miljøet i alle fasar av innkjøpsprosessen frå planlegging og behovskartlegging og fram til levering av varen eller tenesta.

Helse Bergen HF rapporterer at implementeringa skjer etter planen. Helse Førde HF har arbeidd med tiltak innanfor pasienttransport, bygningsmasse/energibruk og avfallshandtering. Helse Stavanger HF utarbeidde i 2004 ein eigen miljøhandlingsplan som no skal setjast i verk.

7 PRIVATE AKTØRAR

Private kommersielle sjukehus

Helse Vest RHF har i 2004 gjort avtalar om å kjøpe sjukehusenester med fire private aktørar – tre sjukehus i regionen og eitt i Oslo.

Ordninga med fritt sjukehusval er regulert i avtalen, slik at også pasientar frå andre regionar kan nytte avtalane som Helse Vest RHF har gjort.

Prioritering av pasientar er òg regulert i avtalen.

Private rusinstitusjonar

Helse Vest RHF trådde ved årsskiftet inn i dei avtalane som fylkeskommunane hadde med dei private rusverntiltaka. Det er utvikla eit nært samarbeid med dei private tiltaka med regelmessige dialogmøte og samarbeid om utvikling og planlegging. Helse Vest RHF tok initiativ til å utarbeida nye avtalar hausten 2004 med sikte på at dette vil vere på plass våren 2005.

Private ideelle institusjonar

Samarbeidet med dei private ideelle institusjonane er styrka i 2004. Det er regelmessige samarbeidsmøte og representantar for dei private blir trekt med i planarbeid. Ein representant for dei private deltek også i fagdirektørmøte i Helse Vest som blei oppretta i 2004.

Frivillige organisasjonar

Helse Vest gav i 2004 5 674 300 kroner til frivillige organisasjonar. 1 195 000 kroner gjekk til organisasjonar innanfor psykisk helse og 2 229 300 kroner til organisasjonar innanfor somatiske fagområde. Det blei gitt 2 250 000 kroner til fellessamanslutningar (FFO) som inkluderer både psykiatri og somatikk.

Desse retningslinjene blei følgde i samband med tildelinga av økonomisk støtte til brukarorganisasjonane:

- Støtte kan ystast til brukarorganisasjonar med verksemd som er knytt opp mot spesialisthelsetenesta.
- Regionale og fylkesvise samarbeidsorgan og fylkeslag skal prioriterast.
- Lokalforeiningar i eit fylke der det ikkje er grunnlag for fylkeslag (berre éin organisasjon), blir behandla som eit fylkeslag.
- Støtte blir gitt til drift og konkrete helsefremjande tiltak/prosjekt.
- Tilskot kan berre ystast til organisasjonar innanfor det geografiske området til Helse Vest.
- Det blir ikkje gitt tilskot til reine sosiale tiltak.

Det regionale brukarutvalet har vore aktivt med på å forme ut retningslinjene, og utvalet gir tilbakemelding på tildelinga i etterkant. Utvalet ønskjer ikkje å vere med og behandle søknadene.