



Vedtatt av styret i Helse Vest RHF 4.3.09

ÅRLEG MELDING FOR 2008

HELSE VEST RHF

TIL HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET

1. INNLEIING	3
1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2008.....	4
2. RAPPORTERING – STYRET SIN RAPPORT FOR 2008	5
2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2008	5
2.1.1 ”Sørgje for”-ansvaret – overordna vurdering av måloppnåing	5
2.1.2 Aktivitet.....	9
2.1.3 Kvalitet	12
2.1.4 Prioritering	21
2.1.5 Nøkkeldata	23
2.1.6 Område med særskilt fokus.....	24
2.1.7 Forsking.....	43
2.1.8 Utdanning av helsepersonell	46
2.1.9 Pasientopplæring	48
2.2. Rapportering på krav i føretaksprotokoll	49
2.2.1 Resultatkrav 2008.....	49
2.2.2 Endring av resultatkrav 2008	50
2.2.3 Auka kontroll med utviklinga i bemanninga.....	51
2.2.4 Investeringar og kapitalforvaltning	52
2.2.5 Samordning av stabs- og støttefunksjonar	53
2.2.6 Oppfølging av sjukefråvær og tiltak for inkluderande arbeidsliv	54
2.2.7 Reduksjon av uønska deltidsstillingar.....	54
2.2.8 Rekruttering av personar med innvandrarakgrunn og språkkrav til utanlandsk helsepersonell.....	55
2.2.9 Overføring av enkeltoppdrag for pasienttransport til regionale helseføretak i løpet av 2009	56
2.2.10 Pasienttransport – betre tilgjenge og utnytting av ressursar.....	56
2.2.11 Bruk av frivillige mannskap i ambulansetenesta.....	58
2.2.12 IKT	58
2.2.13 Fengselshelsetenesta.....	59
2.2.14 Oppfølging av klimapolitikken	59
2.2.15 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigendomar	59
3. STYRET SITT PLANDOKUMENT	60
3.1 Utviklingstrendar og rammeføresetnadar	60
3.1.1 Utviklinga innanfor opptaksområdet.....	60
3.1.2 Økonomiske rammeføresetnadar.....	65
3.1.3 Personell og kompetanse	66
3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar	67
3.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar	70
3.2.1 Overordna mål og strategiar – Helse 2020.....	70
3.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde.....	71
3.2.3 Medisinske støttefunksjonar.....	76
3.2.4 Forsking.....	76
3.2.5 Servicefunksjonar.....	76

1. INNLEIING

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

Styret skal innan 1. mars kvart år sende ei melding til departementet som omfattar

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

Rapporten om verksemda frå førre kalenderåret skal vise korleis pålegg og avgjerder som er gitt i føretaksmøte eller er sette som vilkår for løyvingar, er følgde opp. Rapporten skal òg vise korleis verksemda har utvikla seg i forhold til plandokumentet til det regionale føretaket.

Plandokumentet skal vere av strategisk og overordna karakter og skal vise hovudtrekka i den framtidige drifta til verksemda innanfor dei rammevilkåra som er gitt av staten som eigar og helsestyresmakt.

Plandokumentet skal vidare, med utgangspunkt i vurderingar av eksisterande drift, beskrive venta endringar i behovet for helsetenester og i den helsefaglege utviklinga på fagområda, vise behovet for å utvikle og endre tenestene og måten verksemda blir driven på – og fortelje korleis styret vurderer ressursbruken for dei nærmaste åra, med forslag til finansiering.

1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag

Helse Vest ferdigstilte i 2007 ny overordna mål- og strategiplan; Helse 2020. Den vedtekne planen skal gi retning for utviklinga fram mot 2020, leggje grunnlaget for prioriterte tiltak dei neste fire åra og vere styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektportefølje.

Helse 2020 er ein strategiplan for heile Helseregion Vest. Dokumentet operasjonaliserer nasjonal helsepolitikk og legg føringar for utvikling av pasienttilbodet innan spesialisthelsetenesta i regionen. I plandelen til årleg melding viser ein korleis ein ser for seg å følgje opp måla i Helse 2020. Arbeidet med å nå måla blir overfor helseføretaka konkretiserte i styringsdokumenta.

Helse 2020 gir uttrykk for følgjande felles visjon, felles verdiar og felles målsettingar for heile føretaksgruppa:

Vår visjon er:

Fremme helse og livskvalitet

Våre verdiar er:

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Våre mål er:

Trygge og nære sjukehusenester

Pasientane våre skal bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira. Pasientane våre skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet. Pasientane våre skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling.

Pasientane våre skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar.

Pasientane våre skal erfare at vi styrker arbeidet med førebygging og rehabilitering.

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk

Vi systematiserer behandlingsskjema og utviklar betre prosessar.

Vi samlar det sjeldne og komplekse på færre stader.

Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk.

Vi er opne om prioriteringane og resultatane våre.

Ein framtidretta kompetanseorganisasjon

Medarbeidarane og leiarane våre tek ansvar og skaper gode resultat.

Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass.

Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på den beste kunnskapen.

Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling.

Vi styrker omdømmet vårt gjennom kloke val.

1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2008

Under punkt 2.2 "Sørgje-for-ansvaret" – overordna vurdering av måloppnåing" blir det gitt ei oppsummering av områder frå oppdragsdokumentet som Helse Vest opplever å ha lukkast med og av områder der det er behov for ytterlegare innsats. Både når det gjeld aktivitet på tenestene, prioritering, kvalitet, samhandling og forskning kan Helse Vest vise til gode resultat i 2008. Eksempel på område Helse Vest ikkje kan seie seg nøgd med resultatane på er fristbrot, dekningsgraden innan psykisk helsevern for barn og unge, korridorpasientar og epikrisetid. Dette er område som vil bli følgt særskilt nøye opp i 2009.

Når det gjeld dei økonomiske og organisatoriske krava stilt i oppdragsdokumentet, er situasjonen slik at Helse Vest ved utgangen av året framleis har ei betydeleg økonomisk omstillingsutfordring. Helse Vest ser svært alvorleg på at helseføretaksgruppa heller ikkje i 2008 vil nå det økonomiske resultatkravet frå eigar.

Helse Vest vil i 2009 oppretthalde dialogen som er etablert med helseføretaka i forhold til økonomistyring, og vi vil halde fram med oppfølgingsmøta mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest og helseføretaka kvar månad. I tillegg vil Helse Vest oppretthalde ein tett dialog for utvalde helsefaglege område og for utvikling i bemanninga.

Eigar har i føretaksmøtet til Helse Vest RHF presisert at budsjettet aktivitet ikkje må overstige krava som er sett i oppdragsdokumentet. Helse Vest legg til grunn at helseføretaka innrettar verksemda, irekna aktivitetsfinansiert pasientbehandling og investeringar, slik at resultatkrava blir nådd, og at nødvendige omstillingstiltak blir vurdert i samsvar med gjeldande rammer for helseføretaka og føringar gitt i oppdragsdokumentet i 2009.

Føretaksgruppa har dei siste månadane av 2008 pådratt seg betydelege resultatavvik, og helseføretaka tar med seg ei omstillingsutfordring inn i 2009 som er større enn forventa. God kvalitet i budsjetteringa er ein føresetnad for nødvendig styring og kontroll med verksemda.

For å sikre realistisk budsjettering og sikre at budsjetta innehar nødvendige omstillingstiltak, har Helse Vest oppretta ei regional budsjettgruppe som skal vurdere og kvalitetssikre budsjetta for med det å bidra til at helseføretaka i 2009 faktisk leverer resultat som med størst mogleg sikkerheit er i tråd med resultatkrava.

I tillegg skal helseføretaka opprette ei rådgivande balansegruppe som skal bidra til at helseføretaka i 2009 styrer drifta av verksemdene innafor dei budsjetttrammene som er sette og på denne måte bidra til at ein oppnår ei sunn og berekraftig styring av ressursane i åra som kjem.

Prognosane for 2008 tilseier at vedtekne omstillingstiltak i for liten grad blir gjennomført og realisert. Helse Vest vil i 2009 ha ein meir bevisst haldning til og ei meir aktiv oppfølging av helseføretaka sine omstillingstiltak enn i 2008, og styra i underliggjande helseføretak skal ha direkte kontroll med at omstillingstiltaka er realistiske og konkretiserte.

Det er viktig at det ved periodeavslutningar blir utarbeidd gode og realistiske prognosar for forventa resultat for året. Helse Vest ser svært alvorleg på at det berekna avviket mot resultatkravet for 2008 auka mot slutten av året.

2. RAPPORTERING – STYRET SIN RAPPORT FOR 2008

I styret sin rapport skal det rapporterast på oppfølging av dei krava som blei stilt i oppdragsdokumentet for 2008 og i føretaksmøtet i Helse Vest RHF 25.01.2008. Dei krava som er relevante for helseføretaka, blei tekne inn i styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til helseføretaka for 2008.

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

Kulepunkta gjengir styringskrava i oppdragsdokument og protokoll.

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2008

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

Helse Vest RHF har ”sørgje for”-ansvaret for spesialisthelsetenester i regionen, dvs. eit samla ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lov, forskrifter og andre vedtak. Oppfølging av krava i oppdragsdokumentet er ein viktig del av ivaretakinga av dette ansvaret. I dette avsnittet blir rapporteringa på krava i oppdragsdokumentet for 2008 oppsummert.

Helse Vest RHF skal rapportere både på tiltak til oppfølging og på styringsvariablar.

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

Når det gjeld tiltak til oppfølging, har alle helseføretaka i regionen fått eit oppfølgingsansvar for ei rekkje av tiltaka gjennom styringsdokumentet frå Helse Vest RHF for 2008. For nokre av tiltaka er ansvaret lagt til eit eller to av helseføretaka. Korleis tiltaka er følgt opp i helseføretaka er omtalt under dei ulike punkta. Vi registrer at detaljeringsgraden på rapporteringa varierar mellom tiltaka og mellom helseføretaka. Det avspeglar eit forbettringspotensial når det gjeld standardisering av rapporteringa. Helse Vest vil i 2009 arbeide med å betre standardiseringa av rapporteringa frå helseføretak.

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

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

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

- Aktivitet på tenestene: Aktiviteten på tenestene er oppretthaldt på om lag same høge nivå også i 2008. Det er auka vekt på dagbehandling og meir ambulerande arbeidsformer, og i tråd med føringar er det ei auke i den polikliniske aktiviteten, særleg innanfor psykisk helsevern.
- Prioritering: Det er lagt stor vekt på å få til eit meir likeverdig tenestetilbod med meir lik prioritering av pasientar. Det blir her vist til utvikling av prioriteringsrettleiarar i regionen og utvikling av felles nasjonale rettleiarar. Den prosentvise delen som får rett til nødvendig helsehjelp innanfor somatikk har gått ned, og det er mindre forskjell mellom føretaka. Det er større skilnad i ventetid mellom gruppene med ulik prioritet. Denne tendensen er tydelegare for dei som står på venteliste (ventande) enn for dei som er behandla (avvikla).
- Kvalitet: Det er laga eit omfattande program for å betre kvaliteten på tenestene, med fokus på kvaliteten i kjerneverksemda, dvs. den pasientnære verksemda. Det er sett av egne midlar for å stimulere fagleg utvikling og gode løysingar, og det blir arbeidd med:
 - kunnskap som grunnlag for verksemda, med t.d. fagleg retningslinjer og systematiske kunnskapsoppssummeringar, jf. MedNytt og mini-HTA
 - å sette pasienten i fokus med t.d. verktøy for gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkingar og utvikling av gode pasientforløp
 - tryggleik for pasientane med t.d. innføring av felles system for handtering av avvik og gjennomføring av prosjekt for å betre legemiddelhandteringa
 - måling av resultat med t.d. systematisk bruk av kvalitetsregister.
- Samhandling: Det er i alle helseføretaka lagt stor vekt på å få gode rutinar for samhandling på tvers av nivåa og utvikling av gode modellar for samhandling, jf. arbeid med å etablere intermediærplassar og distriktsmedisinsk senter. Det er arbeidd med vidareutvikling av avtalestruktur og utviding av praksiskonsulentordninga.
- Forsking: Forskingsproduksjonen i Helse Vest har auka kraftig dei siste åra. I 2008 er det igjen ei kraftig auke sett i forhold til det gode resultatet for fjoråret. Talet på doktorgradar aukar med over 50 prosent. Fokuset på forskarutdanning har gitt resultat. Alle dei

regionale helseføretaka brukar no eRapport, utvikla i Helse Vest, for forskingsrapportering for 2008.

Eksempel på område der det er behov for ytterlegare innsats:

- **Fristbrot:** Det er framleis utfordringar knytt til å måle talet på fristbrot – rapporteringa har vore usikker og mangelfull. Det er likevel eit omfang av fristbrot som ikkje er akseptabelt og som må rettast. Styret i Helse Vest har handsama ein sak om desse utfordringane, og arbeidet vil ha fokus i 2009.
- **Dekningsgraden innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP):** Målet om 5 prosent dekningsgrad ligg fast og skal realiserast, sjølv om det har vore ei svak utvikling dei siste åra. Styret i Helse Vest har behandla saka. Helseføretaka må aktivt arbeide for å betre tilbodet og redusere ventetida ved m.a. intern omfordeling av ressursar, auka produktivitet og betre arbeidsformar. På grunn av den låge dekningsgraden og lange ventetider innanfor BUP har helseføretaka ei utfordring i å oppfylle krava i den nye ventetidsgarantien. Saka blir følgt opp tett.
- **Korridorpasientar:** Det er gjort ein stor innsats for å redusere bruk av korridor plassar særleg innanfor akuttpsykiatrien i Helse Bergen og somatikk i Helse Stavanger. Dette er likevel framleis ei stor utfordring, spesielt innanfor somatikk i Helse Stavanger, som vil bli følgt tett.
- **Epikrisetid:** Det er framleis vanskeleg å auke prosentdelen epikrisar som blir sende ut innan 7 dagar. Resultata ligg på i overkant av 60 prosent, mens målet er 80 prosent. Det må derfor vurderast nye tiltak.

Internkontroll

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

Helse Vest har i 2008 arbeidd med å styrkje internkontrollen i føretaket, og tilsette i januar ein internrevisor. I 2008 er det utført revisjon innanfor områda barne- og ungdomspsykiatri, økonomistyring, bistillingar og brannvern.

I tillegg utarbeidde Helse Vest våren 2008 dokumentet ”Konsept for internkontroll,” som styret i Helse Vest slutta seg til i styremøtet den 7. mai 2008. Dokumentet byggjer på den strategiske retninga i Helse 2020, og gjer greie for korleis Helse Vest RHF organiserer og gjennomfører internkontroll.

Som eit ledd i operasjonaliseringa av internkontrollkonseptet, og for å oppfylle krava stilt i føretaksmøtet for Helse Vest RHF om rapportering av eit samla risikobilete for føretaksgruppa til Helse- og omsorgsdepartementet, gjennomførte Helse Vest RHF ei overordna risikovurdering knytt til nokre utvalde mål hausten 2008. Tilsvarande risikovurdering blei gjort i alle helseføretaka og i Helse Vest IKT. Resultata av desse risikovurderingane er rapporterte til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 15. desember 2008.

I tillegg til å gjennomføre risikovurdering av sentrale mål i føretaksgruppa, har Helse Vest gjennom eit regionalt prosjekt kalla "Risikostyring i Helse Vest" utarbeidd retningslinjer for risikostyring og rapportering for føretaksgruppa i Helse Vest. Styret i Helse Vest slutta seg til retningslinjene i styremøtet den 4. februar 2009. For å få til ei god integrering av risikostyring i mål- og resultatstyringa, skal risikovurderingar knytast opp til alle planleggingsprosessar, og retningslinjene skal brukast som ein aktiv styringsreiskap i forhold til alle styrande dokument i Helse Vest. Retningslinjene skal også brukast i forhold til operativ risiko knytt til verksemdene sin daglege produksjon. Den overordna risikostyringa skal gå i årssyklusar. Krav om risikostyring og rapportering av risiko vil bli følgt opp ovanfor helseføretaka og Helse Vest IKT i styringsdokumenta for 2009. Retningslinjene skal evaluerast ved utgangen av 2009.

Kollektiv læring av feil og systemsvikt

Styret i Helse Vest vedtok i 2008 hovudlinjer for vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013 (sak 124/08), jf. også omtale i punkt 2.1.3 om kvalitet. Eit av dei overordna måla i kvalitetssatsinga er at det skal vere ein kultur for læring og forbetring, der organisasjonen kollektivt lærer av feil og systemsvikt.

Eit hovudtema i kvalitetssatsinga er pasienttryggleik. Innanfor dette hovudtema er det under implementering og vidareutvikling eit felles elektronisk system for registrering av uønska hendingar i Helse Vest (Synergi) som vil vere ei viktig kjelde til kvalitetsforbetring. I implementeringsarbeidet jobbar helseføretaka med informasjon og opplæring, og det har vore arrangert workshops og kvalitetsdagar.

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

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

- Dei siste to åra har det vore arrangert regionale kvalitetskonferanse med tema "utviklinga av gode pasientforløp" (2007) og pasienttryggleik (2008). Begge konferansane trekte 100-120 deltakarar med ulik fagbakgrunn frå heile regionen.
- Det har vore delt ut kvalitetspris dei siste to åra for å synleggjere og vere eit insitament til arbeid med kvalitet.
- Det har dei siste to åra vore delt ut kvalitetsutviklingsmidlar (såkornmidlar) for å stimulere lokalt kvalitetsutviklingsarbeid i helseføretaka og i private, ideelle institusjonar i regionen. I 2007 blei det delt ut 2 mill. kr til 17 ulike prosjekt, og i 2008 3 mill. kr til 28 prosjekt.

Vidare er det i 2009 sett av midlar for å arbeide med følgjande tiltak for bidra til kulturbygging og læring:

- Etablering av ein "informasjonsbank" der erfaringar og resultat blir gjort tilgjengelege for alle for å sikre gjenbruk og informasjonsoverføring. Det skal etablerast ei nettside e.l. med lett tilgjengeleg oversikt over aktuelle metodar/verktøy/ hjelpemiddel/instrument mm. for det lokale kvalitetsarbeidet.
- Etablering av ei rådgivings- og rettleiingsteneste for å understøtte det lokale kvalitetsarbeidet. Dette kan dreie seg om t.d. bistand ved gjennomføring av kliniske fagrevisjonar, i utarbeiding av pasientforløp, ved gjennomføring av kjerneårsaksanalysar eller innsamling og analyse av data i samband med forbetringsprosjekt.

- Ein vil vurdere behovet for felles, regionale, tverrfaglege opplegg for opplæring i forbedringskunnskap, det vil seie t.d. prosessforbetring og enkle metodar for resultat- og prosessmåling. Det kan òg vere aktuelt med opplæring i metode for fagrevisjon og i kjerneårsaksanalysar. Etablering av ulike læringsnettverk vil vere aktuelt.

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

2.1.2 Aktivitet

Styringsvariablar

- Talet på produserte DRG-poeng

Tal henta frå Helsedirektoratet sin aktivitetsskibe med ISF-data syner at pasientar som høyrer heime i Helse Vest hadde generert 67 124 DRG-poeng per 2. tertial 2008. Det tilsvarande talet for 2. tertial 2007 var 67 236 DRG-poeng. Dette gir ein nedgong i talet produserte DRG-poeng på om lag 0,2 prosent.

Basert på manuell rapportering av rekneskapstal frå HF-a ser vi vidare at berre Helse Bergen har produsert fleire DRG-poeng per 2. tertial 2008, enn i same periode året før. Veksten i DRG-poeng skuldast både ein aktivitetsvekst og endring i samla indeks.

Førebels rapportering på DRG poeng viser at føretaka samla sett ligg under budsjettet for 2008:

DRG-aktivitet 2007	Akkumulert per Desember			
	Resultat	Budsjett	Avvik i poeng	Avvik i %
Antall DRG poeng egne pasienter	205 454	207 514	-2 060	-1 %
Antall DRG-poeng kjøpt fra andre regioner	15 613	15 035	578	4 %
Sum DRG-poeng "sørge for"	221 068	222 550	-1 482	-1 %
Polikliniske inntekter	147 964	117 257	30 708	26 %
Laboratorie- og radiologiinntekter	203 822	189 267	14 555	8 %

- Inntekter for somatisk poliklinisk aktivitet/ talet på refusjonspoeng

Når det gjeld offentlege somatiske poliklinikkar gjenstår det framleis eit arbeid med å talfeste aktivitet i tråd med ny "grupper" frå Helsedirektoratet. Inntekta og DRG poeng knytt til denne aktiviteten er derfor førebels unøyaktig. Dette er eit forhold som må avklarast i samband med rapportering av endeleg rekneskap for 2008.

- Polikliniske inntekter refunderte av NAV

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

- Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og rusbehandling skal i 2008 vere sterkare enn innanfor somatikk.

Tiltak for oppfølging

- Det øyremerkte tilskotet innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.

I tabellen nedanfor er det vist ei oppstilling over førebelse kostnader for 2008 fordelt på dei ulike tenesteområda tverrfagleg spesialisert behandling for rusmissbrukarar, psykisk helsevern, somatiske tenester og rehabilitering. Tala for 2008 er basert på førebels anslag og det vil derfor kome endringar i den endelege årsrekneskapen. Det er og usikkerheit knytt til fordeling av kostnadene på dei ulike tenesteområda. Dette er eit forhold som Helse Vest må komme tilbake til når rekneskapen er ferdig.

Kostnader fordelt på tenesteområder	Regnskap for 2007	Førebels reknskap 2008	Prosentvis vekst
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	411 046	445 508	8,4 %
Psykisk helsevern	2 823 340	3 037 868	7,6 %
Somatiske tenester	12 252 454	13 445 726	9,7 %
Rehabilitering	349 827	383 856	9,7 %
Annet	385 268	401 835	4,3 %
Sum	16 221 934	17 714 793	9,2 %

Den høge veksten innan somatikk skuldast delvis høgare pensjonskostnad i 2008 enn 2007. Det er usikkert i kva grad denne posten har blitt fordelt på dei ulike tenesteområda. Dette er eit forhold som må avklarast nærare når rekneskapen for 2008 er ferdig.

I tabellen under er det vist korleis kostnadsutviklinga har vore de siste åra fordelt på ulike tenesteområde:

Kostnader fordelt på tjenesteområder	2004	2005	2006	2007	Estimat 2008
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	282 144	319 271	382 525	411 046	445 508
Psykisk helsevern	2 064 472	2 204 874	2 555 592	2 823 340	3 037 868
Somatiske tjenester/Rehabilitering/annet	10 662 723	11 337 243	12 156 382	12 987 549	14 231 417
Sum	13 009 339	13 861 388	15 094 499	16 221 935	17 714 793

Vekst i %	2005	2006	2007	Estimat 2008	SUM 2005-2008
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	13,2 %	19,8 %	7,5 %	8,4 %	57,9 %
Psykisk helsevern	6,8 %	15,9 %	10,5 %	7,6 %	47,1 %
Somatiske tjenester/annet	6,3 %	7,2 %	6,8 %	9,6 %	33,5 %
SUM	6,5 %	8,9 %	7,5 %	9,2 %	36,2 %

Når ein ser utviklinga over dei siste 4 åra har det vore ein vesentleg høgare vekst innafør tverrfagleg spesialisert behandling for rusmissbrukarar (57,9%) og psykisk helsevern (47,1%) enn for somatikken (33,5%)

- Det øyremerkte tilskotet til helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde innanfor prosjektet "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for, dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.

Helse Vest har etablert tilbod i eigne helseføretak og institusjonar som Helse Vest har avtale med under ordninga "Raskare tilbake" for at sjukemelde skal kome raskare tilbake i arbeid. Ein føresetnad har vore at tilboda blir etablerte som tilleggsverksemd, dvs. tydleg avskilt frå den ordinære aktiviteten. Det er etablert regionalt samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten i alle dei tre fylka i regionen. I kvart helseføretak er det oppnemnt kontaktpersonar og eigen adresse der tilvisingar skal sendast. Det er inngått avtale med private kommersielle sjukehus og rehabiliteringsinstitusjonar om å yte tenester innafør ordninga. Tilbodet blir gradvis tilpassa meldte behov.

Totalramme Raskare tilbake Helse Vest RHF	Beløp	Andel %
Prosjektmidlar 2008 etter RNB	91 292 000,00	64 %
Overført frå 2007	51 065 465,00	36 %
Sum totalramme	142 357 465,00	100 %
Bruk av løyvinga i Helse Vest RHF 31.12.2008	Forbruk ramme	Andel %
Ortopedi	40 174 155,98	41,1 %
Indremedisin	2 475 636,36	2,5 %
Kirurgi utanom ortopedi	16 046 281,53	16,4 %
Rehabilitering i sjukehus	10 428 890,90	10,7 %

Samansett liding	95 441,60	0,1 %
Lærings- og meistringssenter	182 412,32	0,2 %
Psykisk helse	2 993 516,00	3,1 %
Rus	941 542,50	1,0 %
Rehabiliteringsinstitusjon	21 956 364,20	22,5 %
Prosjektkoordinatormidlar	2 484 000,00	2,5 %
Samla bruk av løyvinga	97 778 241,39	100,0 %
Bruk i % av årets løyving	107,10 %	
Bruk i % av totalramme	68,69 %	

2.1.3 Kvalitet

Helse Vest har i 2008 vidareført det langsiktige arbeidet med kvalitet i kjerneverksemda, som er ei sentral satsing i Helse 2020. Det er lagt planar for styrking av kvalitetssatsinga for perioden 2009-2013 (styresak 124/08). Satsinga byggjer m.a. på Nasjonal helseplan og måla i den nasjonale kvalitetsstrategien.

Kvalitetssatsinga i Helse Vest er lokalt forankra og sentralt koordinert. Helse Vest har i 2008 arbeidd saman med helseføretaka og private ideelle institusjonar om ulike prosjekt innanfor temaområda kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik og måling av resultat. I tillegg blir det arbeidd med internkontroll og risikostyring som legg nødvendige rammer rundt arbeidet og har fokus på styring, risiko og kontroll og etterleving av lov- og myndigheitskrav.

Tenestene skal verke

Kvalitetsregister

- Helse Vest skal drive nasjonale medisinske kvalitetsregister føretaket har fått ansvar for, og sørge for at helseføretaka rapporterer data til nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i eige og andre regionale helseføretak.

Dei nasjonale kvalitetsregistra som er lagt til Helse Vest, har Helse Bergen fått ansvar for å utvikle, drifte og nytte på den mest tenlege måten i tråd med retningslinjene i Nasjonal helseplan. Helse Bergen har gode rutinar for dette. Det gjeld Norsk intensivregister, Norsk diabetesregister for vaksne, Nasjonalt KOLS-register og Nasjonalt register for leppe-/kjeve-/ganespalte.

I ein felles rapport frå RHF-a til HOD våren 2008 føreslår dei administrerande direktørane at RHF-a tek ansvar for å etablere ein felles overordna samarbeidsstruktur ansvarsplassert i Helse Nord RHF ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og å etablere ein felles IKT-plattform ansvarsplassert i Helse Midt-Noreg RHF.

I tråd med det felles RHF-arbeidet har Helse Vest starta eit regionalt prosjekt for utprøving og implementering av den felles tekniske infrastrukturen for medisinske kvalitetsregister. Ein felles infrastruktur skal gjere det enklare å etablere kvalitetsregister, og å bruke informasjonen i eksisterande nasjonale helseregister. Prosjektet skal baserast på og gjerast i samarbeid med det felles RHF-arbeidet.

For å ivareta koordinering mot det nasjonale arbeidet og for å sikre regional koordinering, spesielt mot Helse Vest IKT, og for å sikre etableringa av regionale medisinske

kvalitetsregister, er det oppretta eit Fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forskning i Helse Bergen.

Retningslinjer

- Helse Vest skal bidra til å identifisere område der det er behov for at Sosial- og helsedirektoratet utarbeider nasjonale retningslinjer, bidra i det nasjonale arbeidet med å utvikle retningslinjer, og følgje opp og implementere retningslinjer som blir utarbeidde. Nasjonale handlingsprogram innanfor kreftområdet kjem i denne kategorien.

Helse Vest deltek i nasjonale arbeidsgrupper som arbeider med å utvikle retningslinjer, og i styringsgruppa for arbeidet med nasjonale handlingsprogram for kreft.

Helse Vest legg til grunn at eksisterande, kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer skal følgjast, og helseføretaka har gjennom styringsdokumentet frå Helse Vest fått i oppdrag å nytte eksisterande og nye nasjonale retningslinjer. Helseføretaka rapporterar at det blir arbeidd med dette.

Som ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest er det peikt på behov for eit felles regionalt arbeid for implementering av eksisterande faglege retningslinjer og rettleiarar, og på oppfølging av bruken i praksis. Dette vil det arbeidast vidare med i 2009.

Kunnskap

- Der det finst klar dokumentasjon på samanhengen mellom volum og kvalitet, skal Helse Vest sikre at det blir lagt vekt på dette i organiseringa av tenestene.

Det kan vere vanskeleg å påvise ei direkte samanheng mellom volum og kvalitet og fleire forhold kan verke inn i slike vurderingar. Det er likevel viktig å ha eit særskilt fokus på område med små volum. Generelt har det vore ei utvikling i retning av ei viss sentralisering av behandlingar/inngrep med små volum innan kreftområdet.

Funksjonsfordelinga på kreftområde går fram av den regional kreftplanen (styresak 30/05).

I tillegg er det, i tråd med den regional kreftplanen, gjort ein gjennomgang av funksjonsfordelinga for tre område; kirurgi i små volum i mage- og tarmområdet og Hodgins lymfom og radikale inngrep med kurativt formål i prostata og urinblære. Styret i Helse Vest vedtok i 2008 ei funksjonsfordeling i regionen på desse områda (sak 47/08).

- Helse Vest skal setje i gang prosessar for å betre tilbodet til slaggramma i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling.

Alle helseføretaka har ein slagpost.

Helse Fonna har i 2008 starta planlegginga av omstilling ved eksisterande slagpost til ein akutt slagpost for å betre tilbodet til slaggramma i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling, nasjonale retningslinjer og organisering av tenestetilbodet.

Helse Førde fekk i 2008 regionale prosjektmidlar for å utvikle behandlinglinja ved hjerneslag. Prosjektet skal m.a. kartlegge og identifisere flaskehalser og forbetningsområde i dei ulike fasane i behandlinglinja til pasientar med hjerneslag, og foreslå nødvendige forbetringstiltak for å sikre god akuttbehandling og rehabilitering.

Som eit ledd i kvalitetssatsinga skal det arbeidast systematisk med utvikling av standardiserte pasientforløp eller behandlinglinjer for enkelte diagnosegrupper/ pasientforløp. Arbeid med pasientforløp må omfatte heile forløpet til pasienten. Alle helseføretaka i regionen arbeider med ulike pasientforløp, og det blir ei viktig oppgåve å samle alle behandlinglinjene/ pasientforløpa på ei nettside for å sikre gjenbruk. Vidare er det behov for å gjere verktøy/metodar for dette arbeidet tilgjengelege.

Det er i Helse Bergen utvikla eit teleslagnettverk mellom Haukeland universitetssjukehus og Voss sjukehus (lokalsjukehusmidlar 2007). Teleslag nettverket blir no vurdert utvida til Helse Fonna og Helse Førde. Det blir samtidig generelt lagt til rette for overføring bilete mellom alle sjukehusa i regionen, også dei private, i eit eige teleradiologiprojekt som er under implementering.

- Helse Vest skal etablere system for at kunnskap frå bruksforskning og kunnskapsoppsummeringar blir overførte til og implementerte i helsetenesta

Vi viser her til den regionale kvalitetssatsinga der temaet "kunnskap" er eit bærande element. Kunnskap skapt m.a. gjennom forskning er grunnlaget for den faglege verksemda, og i kvalitetssatsinga i Helse Vest er det lagt planar om systematisk arbeid med faglege retningslinjer, klinisk fagrevisjon, tidleg vurdering av ny diagnostikk og behandling, og system for støtte i avgjerdsprosessen ved innføring av nye metodar. Når det gjeld dei siste to punkta viser vi til nærmare omtale i punkt 2.1.4 av m.a. databasen MedNytt implementeringa i helseføretaka.

Helsebiblioteket

- Helse Vest skal som ledd i arbeidet med kvalitetsforbetring i spesialisthelsetenesta i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til at innhaldet i Helsebiblioteket blir utvikla vidare, og bidra til at retningslinjer og prosedyrar som er utvikla i helseføretaka, blir gjorde tilgjengelege gjennom Helsebiblioteket.[...] Helse- og omsorgsdepartementet legg til grunn at Helse Vest og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten innan utgangen av fyrste tertial er blitt samde om resten av finansieringa for 2008. Vi forventar at Helse Vest målbevisst arbeider for å ta ut effektane av det som ligg i bruken av Helsebiblioteket.

Helse Vest har saman med dei andre regionale helseføretaka hatt god samhandling med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helse Vest ønskjer å understøtte arbeidet med å utvikle Helsebiblioteket og stimulere til bruk av Helsebiblioteket. Helse Vest har dekt sin del av kostnadane i 2008.

Helseføretaka har fått i oppdrag å bruke Helsebiblioteket, og hente ut fordelane av tilgangen til nettsida, og bidra i vidareutviklinga ved å gjere eigne retningslinjer tilgjengelege gjennom nettsida.

Tenestene skal vere trygge og sikre

Styringsvariabel

- Talet på tvangsinnlagde i psykisk helsevern

I 2. tertial 2007 rapporterte Helse Vest om ein samla del tvangsinnlagde innan psykisk helsevern på 21,4 prosent, medan delen tvangsinnlagde per 2. tertial 2008 var 17, 7 prosent.

Delen tvangsinnleggingar har lege rundt 20 prosent dei to seinaste åra. Helse Førde er det helseføretaket som historisk har hatt den lågaste delen tvangsinnleggingar med frå 5 til 8 prosent.

Uønska hendingar

- Helse Vest skal sørge for at helseføretaka rapporterer uønska hendingar til Nasjonal eining for pasienttryggleik, og samarbeider med senteret for å sikre læring og forbetring som følgje av hendingane.

Helseføretaka følgjer lovpålagde meldeplikter for helsetenesta. Nasjonal eining for pasienttryggleik (NAPS) analyserar data i eksisterande nasjonale meldesystem for å lære kvifor uønska hendingar oppstår og for å foreslå konkrete tiltak for å hindre gjentakning av hendingar.

Helse Vest deltar i referansegruppa til NAPS, og i samarbeidsgruppa for konferanse om pasienttryggleik.

Alle helseføretaka i Helse Vest bruker eit felles elektronisk system for rapportering av uønskte hendingar – Synergi. Systemet sett fokus på systemfeil, ikkje personfeil, og er ei viktig kjelde til kvalitetsforbetring ved å gi leiinga oversikt over risiko og viktigaste risikoreducerande tiltak i verksemda. Systemet er under utvikling, og særleg blir det fokusert på statistikkbearbeiding og tilbakerapportering frå systemet for å utnytte meldingane som kunnskapsbase i forbetningsarbeidet. Rapportane skal understøtte behov på ulike nivå. Implementeringa av rapporteringssystemet vil følgjast opp og bruken vidareutviklast.

Helse Bergen, som har prosjektleiarrolla i det regionale Synergiprosjektet, har etablert eit samarbeid med NAPS.

Tvangsbruk

- Helse Vest skal implementere handlingsplan for kvalitetssikra bruk av tvang.

For å belyse situasjonen rundt bruk av tvang i det psykiske helsevernet i regionen, og for å starte opp faglege diskusjonar, blei det i juni 2008 arrangert ein regional dialogkonferanse om tvang i psykisk helsevern. Konferansen var eit samarbeid mellom Rådet for psykisk helse og Helse Vest. Konferansen hadde deltaking frå alle helseføretaka i regionen, frå private ideelle institusjonar og frå brukarorganisasjonar.

Helseføretaka er informert om handlingsplanen og den blir brukt i forbetningsarbeidet. Bruken av tvang ligg for høgt i nokre av helseføretaka, og i arbeidet med å redusere bruken blir det peika på at det viktig å ha fokus på samarbeid i overgangen mellom sjukehus og DPS, ha eit godt samspel med primærhelsetenesta og ein god dialog med fastlegane.

Jæren DPS reduserte samla tid for tvangsinnlegging til det halve i samband med innføring av ei ordning med brukarstyrte kriseplassar. Ved ein sengepost for rehabilitering av schizofrene fekk pasientar som var kjente for avdelinga, rett til plass utan ny tilvising. Ei evaluering viste at lettare tilgang til sengeplass reduserte det totale behovet og ga mindre bruk av tvang.

Kliniske etikk-komitear

- Helse Vest skal sørge for at det er etablert leiingsforankra, kliniske etikk-komitear i heile helseføretaksgruppa, og at desse blir sikra nødvendige rammer og ressursar.

- Helse Vest skal inkludere tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) i ansvarsområdet til kliniske etiske komitear.

Helseføretaka melder om at dei har kliniske etikk-komitear. Dei kliniske etikk-komiteane dekkjer alle fagområde som høyrer inn under helseføretaka. Det betyr at komiteane vurderer saker som blir meldt inn frå rusfeltet, så lenge dette høyrer inn under føretaka sine ansvarsområde. Det blir no også arbeidd for at nye medlemmar i komiteane blir rekruttert frå rusfeltet.

NPE

- Helse Vest skal bruke data frå Norsk Pasientskadeerstatning aktivt for å fremme kvalitet og redusere skader.

Som ein del av kvalitetssatsinga planlegg Helse Vest å vidareutvikle verksemdrappinga med meir informasjon m.a. innanfor temaet pasienttryggleik. Ein vil vidareutvikle avvikssystemet Synergi til å gi oversikt over m.a. klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning og klagesaker til Pasientombodet. Formålet er å fortløpande kunne følgje med på utviklinga i tenestene og for å kunne nytte data til forbetringar. Ein vil starte arbeidet med dette i 2009.

Talet på sakar som er sendt inn til NPE og som omhandlar Helse Vest har gått ned frå 2006 til 2008. I 2008 vart det rapportert inn 363 sakar, noko som er 29 prosent færre sakar enn i 2006. Av desse sakane var det 128 sakar der pasienten fekk medhald i erstatningskravet. Delen pasientar som fekk medhald i kravet utgjorde 35 prosent av sakane. Dette er tilnærma den same delen sakar med medhald for pasienten som i 2007 og 2006, då høvesvis 37 prosent og 36 prosent av pasientane fekk medhald i sine NPR-sakar.

Tenestene skal involvere brukarane og gi dei innverknad

Styringsvariabel

- Del av ventetider på sykehusvalg.no som er oppdatert dei siste fire vekene.

Ved utgongen av 2. tertial 2008 var om lag 69 prosent av ventetidene på sykehusvalg.no oppdaterte i løpet av dei fire føregåande vekene. Dette talet er 10 prosent lågare enn tilsvarende tal for 2. tertial 2007, som var eit historisk høgt tal. Helse Vest har tilsett ein pasienthjelpar som er i kontinuerleg dialog med dei einingane ute på sjukehusa som er ansvarlege for å oppdatere den pasientinformasjonen som ligg ute på sykehusvalg.no.

Brukarmedverknad

- Helse Vest skal etablere rutinar slik at tenesta kan nytte seg av erfaringane til brukarane.
- Helse Vest skal sørgje for at det er brukarutval i alle helseføretak, inkludert i det regionale helseføretaket, og at desse er med på å forme tenestetilbodet.

Rutinar for brukarmedverknad på systemnivå er etablerte i helseføretaka og i det regionale helseføretaket, med m.a. brukarutval både på regionalt og lokalt nivå. Det regionale brukarutvalet er aktivt, og gir på eige initiativ Helse Vest innspel til forbetring av tenestene. Representantar frå brukarutvala/brukarorganisasjonar deltek i mange ulike prosjekt for vidareutvikling av tenestene. Til dømes deltar brukarrepresentant i både styringsgruppe og samarbeidsforum i samband med den regionale kvalitetssatsinga.

På helseføretaksnivå deltek brukarrepresentantar m.a. i kvalitetsutval og i kvalitetsråd, i tillegg til brukarutval. Brukardeltakinga i lærings- og meistringssentera er viktige bidrag.

Tolketenester og hjelpemiddel

- Helse Vest skal leggje til rette hjelpemiddel for døve og sterkt høyrselshemma pasientar når tenesta krev det, eller når desse pasientane har behov for det.
- Helse Vest skal sørge for og finansiere tolketenester til pasientar som har behov for det.

Helseføretaka melder om at det er lagt til rette for bruk av tolketenester. Helse Vest deltek i det samiske samarbeidsorganet der tilrettelegging av tolketenester for den samiske befolkninga er eit hovudtema.

Helse Vest hadde i 2008 eit møte med Hørselshemmedes landsforbund saman med det regionale brukarutvalet. Hørselshemmedes landsforbund peika på at tilrettelegginga av tolketenester og hjelpemiddel for hørselshemma ikkje fungerer tilfredsstillende i helseføretaka. Helse Vest understreka derfor styringskravet overfor helseføretaka i brev av 27.06.08.

Brukartilfredsheitsundersøkingar og kvalitetsmålingar.

- Helse Vest skal samarbeide med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta om brukartilfredsheitsundersøkingar og kvalitetsmålingar.

Alle helseføretaka i regionen deltek i dei nasjonale PasOpp-undersøkingane, og Helse Vest er representert i referansegruppa til Kunnskapssenteret.

Tenestene skal vere heilskaplege og samanhengande

Styringsvariablar

- Minst åtti prosent av epikrisane skal sendast ut innan sju dagar.

I Helse Vest har delen epikrisar sendt innan 7 dagar halde seg stabil innan somatikken når ein samanliknar 2. tertial 2007 og 2. tertial 2008, og delen låg på 62 prosent ved begge desse tidspunkta. Ingen av dei fire helseføretaka har klart å nå målet om at 80 prosent av epikrisane skal vere sendt innan 7 dagar, men Helse Førde hadde den høgaste delen med 72 prosent i 2. tertial 2008.

Innan psykisk helsevern gjekk delen epikrisar sendt innan 7 dagar opp frå om lag 65 prosent i 2. tertial 2007 til 70 prosent i 2. tertial 2008. Målet om 80 prosent er heller ikkje nådd innan psykisk helsevern. Helse Førde er det einaste helseføretaket som har klart denne målsettinga per 2. tertial 2008, men føretaket har ennå ikkje vist at dei klarar å halde dette nivået over tid.

Helse Vest har hatt og har framleis fokus på utviklinga på epikrisetidsvariablane, mellom anna med månadleg rapportering til styremøta og leiarfora på ulike nivå. Med bakgrunn i at måla ikkje er nådd må det vurderast nye tiltak for å få dette på plass.

- Det skal normalt ikkje vere korridorpatientar.

Den samla delen korridorpatientar i Helse Vest var 2,6 prosent i 2. tertial 2008, noko som er likt med 2. tertial 2007. I heile 2007 jobba Helse Vest aktivt med å få ned talet på korridorpatientar innan psykisk helsevern. Eit varsel om tvangsmulkt frå Helsetilsynet gjorde at det blei gjort særskilde grep i Helse Bergen, men delen korridorpatientar blei og redusert i Helse Stavanger. Sidan 2007 og fram til 2. tertial 2008 har ein klart å halde delen korridorpatientar på eit lågt nivå (0,6 prosent i 2. tertial 2008) innan psykisk helsevern.

Dei største utfordringane når det gjeld korridorpasientar finn vi innan somatikken i Helse Stavanger. Sjølv om det blei gjort grep i sommar hadde Helse Stavanger framleis 5 prosent korridorpasientar per 2. tertial 2008. No i januar 2009 blei det derfor halde eit ekstraordinært styremøte i Helse Stavanger der utfordringane omkring overbelegg og korridorpasientar blei behandla. Eit av vedtakspunkta var at det skal etablerast 30 nye senger innan medisinsk divisjon for å løyse problema med overbelegg og korridorpasientar ved SUS.

- Pasientar som er tildelte individuell plan.

I samband med den tertialvise rapporteringa til departementet blir det rapportert på tre indikatorar som omhandlar delen pasientar som er tildelt individuell plan. Dei tre områda er barnehabilitering, hyperkinetiske forstyrningar og schizofreni. For alle dei tre indikatorane er delen pasientar med individuell plan tilnærma uendra frå 2. tertial 2006 til 2. tertial 2008. Rapporteringa har heller ikkje vore 100 prosent komplett i perioden, så tala er noko usikre. Grovt kan ein seie at delen pasientar med individuell plan ligg kring 30 til 35 prosent innan desse områda.

- Tal på reinnleggingar innan 30 dagar i akuttavdeling, psykisk helsevern.

Det blei rapportert om 5 prosent reinnleggingar innan 30 dagar i 2. tertial 2008, noko som er rundt 2 prosent lågare enn til same tid i 2007. Delen reinnleggingar varierte frå 1,9 prosent i Helse Fonna til 8,8 prosent i Helse Bergen i 2. tertial 2008.

- Frekvens av keisarsnitt i forhold til totalt fødselstal.

Delen keisarsnitt i forhold til det totale fødselstalet har lege rundt 9-10 prosent i 2007 og 2008 for Helse Vest samla. Delen var 9 prosent i 2. tertial 2008, mot 8,7 prosent i 2. tertial 2007. Både i 2007 og 2008 har Helse Bergen hatt den lågaste prosentdelen keisarsnitt i regionen med rundt 6,5 prosent. I 2. tertial 2008 rapporterer Helse Bergen 5,4 prosent, medan dei tre andre helseføretaka har ein del som varierar mellom 13,5 prosent og 15 prosent.

Samarbeid med kommunane

- Helse Vest skal vidareføre arbeidet med lokale samarbeidsavtalar mellom helseføretak og kommunar i eige område i tråd med føringane i Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og tilhøyrande rettleiar. Helse Vest skal følgje opp og vidareutvikle samarbeidet mellom helseføretak og kommunar om pasientretta samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.
- Helse Vest skal hjelpe kommunane for å sikre pasientar med psykiske lidingar og rusmiddelmissbruk, og med store og samansette behov, god oppfølging på riktig omsorgsnivå.

Helse Vest følgde opp nasjonal samarbeidsavtale og rettleiaren overfor helseføretaka i 2007, og alle helseføretaka har lagt vekt på å vidareutvikle, evaluere og revidere samarbeidsavtaler med kommunane og samhandlingstiltak særleg for prioriterte pasientgrupper.

Alle helseføretaka har enten etablert eller er i ferd med å signere avtaler med kommunane innafor både somatikk og psykisk helsevern. Innafor rusfeltet har to av helseføretaka avtaler på plass.

Det er i gang ei rekkje samhandlingstiltak. Til dømes har DPS-ane og BUP i Helse Stavanger lagt retningslinjer for samarbeid med t.d. Sandnes kommune om pasientar med psykiske lidingar, rus og samansette behov. Prosjektet JobbResept i lag med NAV har hatt over 60 pasientar inne i eit jobbtreningsprosjekt. Prosjekt Samsone mellom Spesialavdeling for vaksne og fleire kommunar vil etablere tiltak retta mot pasientar med høgt omsorgsnivå. Det er sett i gang eit samarbeidsprosjekt med BUF-etat og Rogaland A-senter. Helse Fonna har m.a. lagt vekt på tett dialog og gode relasjonar mellom fastlegar og sjukehuslegar for å sikre heilskapen i helsetenestene som blir tilbydd pasientane. Praksiskonsulentordninga også er eit sentralt element i denne samanheng. Helse Førde er iferd med å inngå delavtale for tilvising og utskriving, elektronisk samhandling, samhandling mellom psykisk helsevern og kommunane og delavtale om nettverk av ressursjukepleiarar i kreftomsorg og lindrande behandling.

Viser òg til omtale av samhandlingstiltak under punkt 2.1.6.

Samarbeid med Bufetat

- Helse Vest skal følgje opp samarbeidsavtalen som er inngått med statleg regionalt barnevern slik at barn og unge som har behov for tenester både frå psykisk helsevern for barn og unge, tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og barnevern, får samhengande og heilskapelege tilbod, og slik at gjensidig informasjonsutveksling, mellom anna bekymringsmeldingar, skjer på ein formålstenleg måte.

Helse Vest og Bufetat Vest inngjekk ein samarbeidsavtale i 2005. Helseføretaka følgjer opp samarbeidsavtalen og vidareutviklar det lokale samarbeidet med avtaler og samhandlingstiltak.

Det blir halde årlege samhandlingsmøter mellom Helse Vest og leiinga i Bufetat region Vest der samarbeidet blir evaluert og felles problemstillingar drøfta.

Tenestene skal utnytte ressursane på ein god måte

Styringsvariablar

- Det skal vere færre enn fem prosent strykingar av planlagde operasjonar.

Strykingar av planlagde operasjonar er òg ein styringsvariabel som har halde seg relativt stabil dei to seinaste åra for Helse Vest sin del. Det nasjonale målet er at denne delen ikkje skal overstiga 5 prosent, medan den var 7,3 prosent i Helse Vest i 2. tertial 2008. Internt i regionen varierar delen strykingar frå 3,3 prosent i Helse Førde til 10 prosent i Helse Stavanger i 2. tertial 2008.

- Talet på konsultasjonar per årsverk ved vaksenpsykiatriske poliklinikkar per vyrkedag skal aukast.

I 2. tertial 2008 var talet på konsultasjonar per årsverk per vyrkedag 1,9 ved dei vaksenpsykiatriske poliklinikkane. Helse Stavanger rapporterte flest konsultasjonar per dag med 2,2. Dette talet er 0,3 konsultasjonar meir per dag enn i 2. tertial 2007, og nesten heilt på målsettinga i Helse Vest om 2 konsultasjonar per dag.

- Talet på tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar per vyrkedag skal aukast.

På dei barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkane var talet på konsultasjonar per vyrkedag 1,1 i 2. tertial 2008. Det er liten variasjon mellom dei fire HF-a med omsyn til talet på konsultasjonar. Dette er eit lågare tal konsultasjonar per dag enn i 2. tertial 2007. Det er knytt usikkerheit til om helseføretaka har rapportert årsverk knytt til poliklinikk eller for BUP samla. Dette vil følgjast opp i 2009.

Tenestene skal vere tilgjengelege

Styringsvariablar

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar fordelt på somatikk, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), vaksenpsykiatri (VOP) og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar (TSB).

Den gjennomsnittlege ventetida for ordinært avvikla pasientar gjekk opp med 3 dagar frå 2. tertial 2007 til 2. tertial 2008 innan somatikk og psykisk helsevern for vaksne. Innan psykisk helsevern for barn og unge gjekk den gjennomsnittlege ventetida ned 4 dagar i den same perioden. I sum er dette små endringar. Helseføretaka har meldt at arbeidet med å nå balansekravet i 2008, har gjort det vanskeligare å skulle redusere ventetidene innan psykisk helsevern, og ikkje auke dei innan somatikken.

Dei gjennomsnittlege ventetidene for ordinært avvikla pasientar var i 2. tertial 2008 54 dagar innan psykisk helsevern for vaksne, 68 dagar innan somatikk, 78 dagar innan TSB og 102 dagar innan BUP.

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar med rett innanfor somatikk skal ikkje auke, mens ventetida skal reduserast innanfor BUP, VOP og TSB.

For pasientar med rett er dei gjennomsnittlege ventetidene også tilnærma uendra frå 2. tertial 2007 til 2. tertial 2008. Innan somatikk og BUP gjekk ventetidene ned med 2 dagar, medan dei gjekk opp med 1 dag innan psykisk helsevern for vaksne. Målet om å nå balansekravet har påverka ventetidene for pasientane med rett på same måte som dei samla ventetidene for alle pasientar.

Dei gjennomsnittlege ventetidene for ordinært avvikla rettspasientar var i 2. tertial 2008 53 dagar innan psykisk helsevern for vaksne, 60 dagar innan somatikk, 74 dagar innan TSB og 100 dagar innan BUP.

Dersom vi ser på ventetidene for pasientane som framleis står på venteliste (ventande), er det større forskjell mellom pasientar med rett og andre, enn om vi ser på ventetider for pasientar som er behandla (avvikla).

Tilbakemeldingar frå helseføretaka gjennom året har gitt signal om at balansekravet i 2008 har fått konsekvensar for aktivitetsnivået og dermed også for ventelisteutviklinga for pasientane med rett. Når dei nye rapportane frå datavarehuset blir tekne i bruk etter pilotfasen, vil fleire kunne følgje utviklinga i ventetidene på eit meir detaljert nivå. Ventetidsutviklinga vil òg bli rapportert til styra i helseregionen i 2009.

- Ventetid til vurdering innanfor BUP skal vere mindre enn ti dagar.

Samla ble 77 prosent av tilvisingane innan BUP vurdert innan 10 dagar i 2. tertial 2008. Delen tilvisingar vurdert innan 10 dagar varierar frå 75 prosent i Helse Stavanger til 86 prosent i Helse Førde. Helse Vest har ikkje tilgang til tilsvarande tal for 2. tertial 2007.

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar på planlagd avrusing skal reduserast.

Den forventa ventetida for ordinært avvikla pasientar var 53 dagar i 2. tertial 2008. Sjølv om den forventa ventetida er låg, så har den gått opp frå 42 dagar i 2. tertial 2007.

Lysbehandling av psoriasispatientar

- Helse Vest skal sette av 0,5 mill. kroner til arbeid med å etablere fleire tilbod om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med primærhelsetenesta. I dette arbeidet skal innsparingar ved lågare kostnader til transport vert teke med når avgjerd fattast.

Helse Vest inviterte helseføretaka til å søkje på midlane for å ivareta dette oppdraget. Midlane blei sett av til oppbygging av lysbehandlingstilbod i Ytre Sogn etter søknad frå Helse Førde. Det skulle kjøpast inn lyskabinar og videostudio knytt til to helsesenter, eitt i Hyllestad kommune og eitt i Gulen kommune. Vurderinga av søknadane blei gjort i samarbeid med det regionale brukarutvalet. Arbeidet i Helse Førde har foreløpig ikkje kome i gang, og Helse Vest vil følgje det opp i 2009.

2.1.4 Prioritering

Styringsvariablar

- Talet på pasientar med rett.

Talet på pasientar med rett er høgast innan psykisk helsevern for vaksne og psykisk helsevern for barn og unge der rundt 85 prosent av pasientane er tildelt prioritet. Innan psykisk helsevern held delen pasientar med rett seg relativt stabilt samanlikna med somatikken. Innan somatikken er delen pasientar med rett ein god del lågare, og den har gått gradvis nedover dei seinaste åra. Samla var talet på pasientar med rett 60 prosent i 2. tertial 2008, noko som er 3 prosent lågare enn i 2. tertial 2007.

Internt i regionen varierar delen pasientar med rett frå 54 prosent til 67 prosent i 2. tertial 2008. Eit viktig reiskap i arbeidet med meir einsarta vurderingspraksis er implementering av dei nye prioriteringsretteleiarane som Helsedirektoratet har utarbeidd i samarbeid med RHF-a. I Helse Vest har ein starta denne innføringa og gjennomfører i denne samanheng ein lokal lansering i kvart helseføretak, jf. også nedanfor.

- Talet på fristbrot.

Helse Vest har tidlegare rapportert tal på fristbrot til HOD i samband med den tertialsvisе rapporteringa. Fordi rapporteringa så langt har vore usikker og mangelfull, har styret i Helse Vest handsama ei sak om utfordringane ein har i forhold til dette. Helseføretaka har hatt problem med å selektere ut rett populasjonar når dette målet skulle bereknast. I tillegg har ein utfordringar knytt til sjølvе registreringa av når helsehjelpa faktisk startar.

I heile 2008 har Helse Vest arbeidd med prosjektet heilskapeleg styringsinformasjon. Den første leveransen frå prosjektet vil vere eit datavarehus med tilhøyrande rapporteringsportal der ein vil finne samanliknbare tal på ventetider, tal over brot på vurderingstider, brot på behandlingsfrist, og tal for den nye "ungdomsgarantien". Rapportportalen vil bli satt i pilot hos HF-a og RHF-et i februar 2009. Seinare i 2009 skal datavarehuset utvidast med aktivitetstal og kvalitetsindikatorar. Datakjelda for dette datavarehuset vil vere den same NPR-meldinga som NPR nyttar. Dette datavarehuset vil gjere det mogleg for Helse Vest å rapportere på ein einskapeleg måte, basert på det same datagrunnlaget og ved å nytte dei same nasjonale definisjonane

Tiltak for oppfølging

- Helse Vest skal samarbeide med dei andre regionale helseføretaka og Sosial- og helsedirektoratet om utarbeiding av rettleiar for praktiseringa av prioriteringsforskrifta innanfor ulike fagområde.
- Helse Vest skal setje i verk tiltak for å jamne ut skilnader mellom helseføretaka når det gjeld kor mange som blir tildelte rett til nødvendig helsehjelp i dei ulike pasientgruppene.

Helse Vest er representert i det nasjonale arbeidet med å utforme og innføre rettleiarar innanfor dei ulike fagområde, gjennom deltaking frå både Helse Bergen og Helse Stavanger. Helse Fonna har teke del som pilotsjukehus.

Helse Vest har utarbeidd regionale retningslinjer for prioritering for mange fagområde. Helseføretaka nyttar desse retningslinjene fram til dei blir avløyste av nasjonale rettleiarar for prioritering. Nokre er avløyste i 2008 og fleire vil kome til utover i 2009.

Implementering av rettleiarane, inkludert informasjonsarbeid og intern opplæring er planlagt i 2008 og vil arbeidast vidare med i 2009. Dette har fokus i alle helseføretaka.

- Helse Vest skal i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet gå gjennom avgjerdsprosessar for investeringar i kostbart utstyr og kostbare medikament med sikte på å etablere felles rutinar i dei regionale helseføretaka.

Helse Vest deltar i det nasjonale arbeidet om avgjerdsprosessar for investeringar i kostbart utstyr og kostbare medikament.

Helse Vest initierte utviklinga av ein database i regi av Kunnskapssenteret, for varsling av nye medisinske metodar (early warning, horizon scanning). Databasen blei lansert i september 2007 (MedNytt). Helseføretaka fekk i 2008 i oppdrag å ta databasen i bruk som grunnlag før innføring av nye medisinske metodar. Implementeringa av dette har starta opp, men må framleis arbeidast med.

I tillegg til MedNytt som hjelpemiddel før innføring av nye metodar, er det behov for å utvikle eit system eller ein metode for å understøtte fagmiljøa og HF-a i å gjere prioritering/gode val ved vurdering av om nye medisinske metodar og teknologi skal innførast. Mini HTA (Health Technology Assessment) er døme på ein slik metode. HTA er ei systematisk vurdering av føresetnader for og konsekvensar av innføring av nye metodar, dvs teknologi, metodar og utstyr som blir brukt i diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering og førebygging. Helse Vest har bedt Kunnskapssenteret bidra for å tilpasse internasjonalt utvikla metodar til norske forhold.

2.1.5 Nøkkeldata

Styringsvariablar

- Talet på institusjonar som har avtale med det regionale helseføretaket, og som er godkjende for rapportering på NPR-melding.

I 2008 er det berre berekningane av ISF-poliklinikk som nyttar den nye NPR-meldinga, medan for dag- og døgnopphald blir det gamle flate filformatet nytta. Bergen Legevakt starta å rapportere polikliniske data mot slutten av 2008 og dei er framleis ikkje godkjende for rapportering på nytt format. Haraldsplass diakonale sjukehus og Haugesund sanitetsforenings revmatismesjukehus er godkjende.

- Talet på private avtalespesialistar som er godkjende for rapportering på NPR-melding.

På førespurnad frå Helse Vest svarar Helsedirektoratet, avdeling NPR, at psykologar og psykiatrar med avtale rapporterte per 2. tertial 2008. Då rapporterte 25 psykiatrar og 88 psykologar på godkjent NPR-melding.

NPR svarar vidare at spesialistar med driftsavtale innan somatiske fagområde rapporterer berre årsdata for 2008. Dei skal rapportere på NPR-melding første gang no i januar 2009. NPR har derfor ikkje oversikt over kor mange av disse avtalespesialistane som kan rapportere på korrekt format enno.

Tiltak for oppfølging

- Helse Vest skal sikre at rapporterte verksemdsdata er komplette og har god kvalitet.

Helse Vest er i god dialog med Helsedirektoratet, avdeling NPR, og samarbeider godt med dei når det gjeld å få komplette innrapporterte verksemdsdata av god kvalitet. Helse Vest ser og ein stor eigennytte i at data som blir rapportert er av best mogleg kvalitet, då RHF-et sjølv nyttar data frå det same datakjelda i eiga verksemdstyring.

Helse Vest har teke del i prosjektet "helhetlig informasjonsforvaltning i spesialisthelse-tjenesten" og har delteke i samarbeidsprosjekta med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidet med nasjonale helseregister vil vidareførast i 2009, og mykje av arbeidet vil bli koordinert av SKDE i Helse Nord som er gjeve ei sekretariatsrolle i dette arbeidet, jf. punkt 2.1.3.

Helse Vest har i 2007-2008 arbeidd med utvikling av eit regionalt styringsinformasjonssystem der målet er at både aktivitetsdata, ventelistedata, og nasjonale kvalitetsindikatorar skal vere tilgjengeleg i eit eige datavarehus. I februar 2009 gjekk dei første rapportane basert på talgrunnlaget ut som ein pilot til brukarar i helseføretaka, og rapportportalen skal etter planen vere i produksjon medio mars 2009. Deretter skal prosjektet starte opp arbeidet med å få på plass regionale rapporter som omhandlar aktivitet (somatikk, PH og TSB) og kvalitetsindikatorar.

2.1.6 Område med særskilt fokus

Lokalsjukehus

- Arbeidet med ei betre funksjonsdeling mellom sjukehus, som fremmar kvalitet i pasientbehandlinga, skal vidareførast. Helse Vest skal passe på at kreftkirurgi som primærbehandling skjer ved sjukehus med tilfredsstillande pasientvolum og kompetanse.

Vi viser til omtale av arbeid med funksjonsfordeling på kreftområdet under punkt 2.1.3, ”Tenestene skal verke”.

- Helse Vest skal sikre gode og breitt involverande lokale prosessar ved utviklings- og omstillingsprosessar, jf. rapport om ”Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede”.
- Helse Vest skal sjå til at lokalsjukehusfunksjonane, også ved dei store sjukehusa, blir lagde opp og organiserte ut frå behova i dei store sjukdomsgruppene, og dei pasientgruppene som treng tett oppfølging (som sjuke eldre og kronisk sjuke).

Helse Vest har hatt fokus på lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen ved dei større sjukehusa. Lokalsjukehusmidlane har vore målretta mot tiltak for å styrkje lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen mellom anna gjennom utvikling av den akuttmedisinske kjeda (Helse Førde), utvikling av teleslagnettverk (Helse Bergen) og telemedisinske løysingar og elektroniske meldingsutveksling (Helse Fonna). Teleradiologiske løysingar vil vere viktige for at lokalsjukehusa kan ta vare på sine oppgåver i den akuttmedisinske kjeda. Helse Vest har over tid arbeidd med å knytte sjukehusa saman i eit teleradiologisk nettverk. Det blir arbeidd vidare med desse tiltaka, jf. også omtale under punkt 2.1.3.

Helse Bergen har arbeidd med eit forslag om etablering av mottaksklinikk for å ivareta lokalsjukehusfunksjonen på ein meir hensiktsmessig måte. Forsøket med forsterka sjukeheim på Storetveit er nettopp evaluert. Tilbodet rettar seg mot eldre og sjuke. Helse Bergen har saman med Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) sluttført arbeidet med funksjonsfordeling i lokalsjukehusområdet. Funksjonsfordelinga inneberer m.a. at nokre kirurgiske kreftoperasjonar som hittil er utført på HDS nå blir overført til HUS. Tiltaket inneberer også at all akutt bløtdelskirurgi skal leggjast til HUS. Motsatt vei blir ein del elektiv kirurgi med eit høgt volum overført frå HUS til HDS. Det er brei konsensus om funksjonsfordelinga både fagleg og administrativt.

Helse Stavanger etablerte september 2008 ei intermediæravdeling ved Stokka sykehjem i samarbeid med Stavanger kommune. Avdelinga er eit tilbod om behandling, pleie og rehabilitering til pasientar over 60 år i overgangen mellom sjukehus og kommune. Målet er at pasientane skal liggje to-tre dagar i sjukehus før overflytting, og at pasienten skal tilbake til heimen etter opphaldet.

Helse Stavanger har i 2008 også etablert eit distriktsmedisinsk senter ved Eigersund sjukehus, i første omgang som eit toårig prosjekt. Spesialisthelsetenestene ved senteret omfattar rehabilitering, dagbehandling, poliklinikk og lærings- og meistringstilbod. Det kommunale tilbodet som ligg til senteret er sjukeheimspost, legevakt og allmennleger. Etableringa er eit ledd i arbeidet med å utvikle gode samhandlingsløysingar mellom Dalanekommunane og sjukehuset som bidrar til å redusere behovet for innleggingar ved sjukehuset og sikre mottak av utskrivingsklare pasientar.

Helse Førde har lokalsjukehusfunksjonar ved alle sjukehusa. Organisering av ortopedi- verksemda har halde fram i tråd med planen og med eit større fokus på funksjonsfordelinga mellom sjukehusa. Traumeortopedi er i større grad samla ved Førde sentralsjukehus. Medisinsk avdeling ved Lærdal sjukehus er styrka gjennom rekruttering av to nye overlegar. Oppretting av ein eigen kreftsengepost ved Førde sentralsjukehus er i tråd med regional kreftplan. Det har òg kome på plass prosedyrar for akuttmedisinske team internt i føretaket. Dette sikrar at helsepersonell kan rykke ut av sjukehuset ved akutte situasjonar. Problematikken omkring meir formalisering av rehabiliteringsfunksjonen ved lokalsjukehusa i Eid og Lærdal er komen på agendaen på slutten av året. Det er truleg at potensialet for auka samhandling med kommunehelsetenesta med tanke på rehabilitering av spesielt eldre, kan bli stort i framtida.

Helse Fonna vedtok i 2008 ein lokal plan for habilitering og rehabilitering i tråd med lokalsjukehusprosjektet frå 2005. I tillegg vil føretaket i 2009 ein handlingsplan for somatikk i tråd med strategiplan og føringar.

Traumesystem i Helse Vest og akuttfunksjonar ved lokalsjukehusa

Helse Vest har etablert eit traumesystem med gode og samanhengande tiltakskjeder for alvorleg skadde pasientar, bygd på prinsippa i rapporten Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem.

Haukeland universitetssjukehus er definert som traumesenteret i Helse Vest med systemansvar. Det er etablert stilling som traumekoordinator i Helse Bergen.

Det blir etablert eit nettverk som supplement til traumesenteret. Nettverket skal systematisere eit forpliktande samarbeidet på traumefeltet og ivareta ”følgje med” funksjonen. Stavanger universitetssjukehus skal leie nettverket.

Ved sida av dei faglege føringane i traumerapporten, er det også etterfølgjande helsepolitiske føringar i oppdragsdokument og revidert nasjonalbudsjett 2008 St.prp.nr.59 som må takast omsyn til:

- Arbeide med betre funksjonsfordeling mellom sjukehus
- Sikkerheit for at tilbodet ved akuttmottak er fagleg forsvarleg (jf. tilsynsrapport akuttmottak)
- Det akuttmedisinske tilbodet ved lokalsjukehusa må sjåast i samheng med og tilpassast lokale tilhøve:
 - lokalt tilpassa behandlingsskjeder
 - tilrettelagt kompetanse
- Etablere heilskapelege, samanhengande og lokalt tilpassa akutt tilbod
- Forpliktande nettverk mellom sjukehus (viser til rapporten Lokalsjukehusenes akuttfunksjonar i en samlet behandlingsskjede).

I den situasjonen vi er i no, der det er under utvikling nasjonale standardar for akuttfunksjonar både innan det indremedisinske og det kirurgiske området jf. framlegg frå Regjeringa i RNB, har Helse Vest funne det rett å vera tilbakehaldne med å pålegge helseføretaka å gjennomføre endringsprosessar som det enno ikkje er fagleg og politisk semje for. Særleg i områder med lange avstandar og transporttider mellom sjukehusa er det behov for lokal forankring.

Spesialisthelseteneste for eldre

- Helse Vest skal passe på at den regionale handlingsplanen fell saman med den nasjonale strategien, slik at dei nasjonale måla blir nådde når den regionale handlingsplanen blir følgd opp.

Helse Vest arbeider med eit regionalt prosjekt om spesialisthelsetenester til eldre. Prosjektet byggjer på den nasjonale strategien for spesialisthelsetenester for eldre 2008–2012, og har i mandat å lage ein regional plan for styrking av tenestene til eldre, basert på ei vurdering av behovet i regionen og kva for utforming, tiltak og løysingar som er mest tenelege.

Helse Stavanger har arbeidd med omorganisering innanfor geriatrien og har no meir akutt geriatri. Tilbodet blir styrkt med auka legekompentanse ved den nyoppretta intermediær-avdelinga ved Stokka sykehjem. Aldersmedisinsk senter er under planlegging i eit eige prosjekt.

Helse Fonna har utarbeidd ein plan for spesialisthelseteneste til eldre som legg opp til eit heilskapleg behandlingstilbod til geriatrike pasientar. Klinikk for psykisk helsevern har hatt fokus retta mot utgreiing og behandling av eldre med psykiske lidingar. Det er teke initiativ til å få på plass eit “demensnettverk” med fagpersonar frå kommunane og føretaket.

Helse Førde etablerte i mars 2008 eit eige geriatrieteam med utgangspunkt i medisinsk seksjon ved Førde sentralsjukehus. Den regional plan som er under utarbeiding blir førande for den vidare satsinga innan fagområdet.

Psykisk helsevern

Styringsvariablar

- Talet på årsverk for psykologar og psykiatrar per 10 000 innbyggjar.

Basert på tal for årsverk tilgjengeleg hos Statistisk sentralbyrå har vi berekna at talet psykologar per 10 000 innbyggjar i Helse Vest var 4,5 i 2006 og at talet steig til 5,0 i 2007. For psykiatrar syner den same kjelda at det var 1,5 psykiatrar per 10 000 innbyggjar i 2006 og at dette talet auka til 1,64 i 2007.

- Prosentvis fordeling av årsverk for psykologar og psykiatrar fordelt på sjukehus og DPS

Helse Vest har ikkje klart å innhente desse opplysningane og må kome tilbake til fordelinga seinare.

- Talet på DPS og BUP som har etablert ambulant verksemd

Dei aller fleste DPS-a og BUP-ane i Helse Vest har etablert ambulant verksemd.

- Talet på DPS og BUP som har etablert eigne ambulante team

Ein god del av DPS-a og BUP-ane med ambulant verksemd har òg etablert eigne ambulante team. Av rapport frå Muusmann/Agenda ”Kartlegging av de distrikstpsykiatriske sentrene i Norge 2008” går det fram at 9 av 16 DPS i Helse Vest har etablert minst eitt ambulant team.

Når det gjeld BUP-ane har vi diverre ikkje klart å stadfeste det eksakte talet, og må kome tilbake til dette.

Distriktpsikiatriske senter

- Distriktpsikiatriske senter (DPS) skal vere fagleg og bemanningsmessig i stand til å ta seg av dei individuelle og samansette behandlingsbehova hos pasientar som får tilvising til psykisk helsevern. Sjukehusavdelingane skal sørge for spissfunksjonar. Ressursfordelinga mellom sjukehusavdelingar og DPS må tilpassast oppgåvefordelinga. Sjå DPS-rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet.

Det har også i 2008 blitt arbeidd med å sikre tilstrekkelege ressursar og kompetanse til DPS-a slik at desse kan fungere i tråd med DPS-rettleiaren.

I Helse Bergen er det utarbeidd ny DPS-struktur som blir sett i verk frå 01.01.09. Den nye strukturen vil trekke opp grensesnittet mellom sjukehus og DPS i tråd med sentrale styringssignal. Solli sykehus er frå 01.01.09 omdanna til Fana og Os DPS. Sjukehusfunksjonane ligg til Haukeland universitetssjukehus.

Helse Stavanger sette i desember i gang nye prosedyrar for organisering av pasienttilstrøyming og avvikling. Det er framleis behov for å styrkje nokre av DPS-a for å vere i samsvar med rettleiaren og vedtak i Helse Vest. Det er behov fleire spesialistar. Bemanninga i sjukehuspostane hadde for lav miljøfaktor, og beleggsprosenten blei derfor redusert. Det er arbeidd vidare med desentralisert tenestetilbod, obs-team og ambulante tenester, TIPS og andre lavterskeltilbod. Ein 40 prosent stilling for brukarrepresentant skal opprettast frå 2009. Sola DPS auka talet på plassar til 30 i løpet av 2008, og utflytting av pasientar til kommunal bustad har gitt fleire tilgjengelege plassar.

Helse Førde har tre velfungerande DPS. I Nordfjord og indre Sogn er det "reine" DPS, medan Psykiatrisk klinikk i Førde har DPS og sentralsjukehusfunksjonane integrert i ein felles organisasjon. DPS for ytre Sogn og Sunnfjord er i dag oppsplitta på fleire lokalitetar, medan DPS for Nordfjord og indre Sogn er lokalisert på ein stad. Det er tilstrekkeleg med tilsette i DPS-a, men det er til dels vanskeleg å rekruttere fagfolk, særleg med spesialistkompetanse. DPS for ytre Sogn og Sunnfjord har enno ikkje fått etablert psykosepost, og dette er eit hinder for pasientflyten mellom avdelingane. Ei avdeling er i gang med eit prosjekt der ressursar blir teke frå sengeposten for å styrke ambulant verksemd. Blir prosjektet vellukka vil dei andre avdelingane følge etter. Målet er best mogeleg pasientbehandling utanfor institusjon, og slik redusere behovet for institusjonsplass.

I Helse Fonna har det pågåande omstillingsarbeidet i Psykiatrisk klinikk ført til ei ressursfordeling mellom sjukehus og DPS tilnærma 50/50 i 2008.

Overbelegg

- Helse Vest skal overvake overbelegg og tidleg utskriving ved akuttavdelingane. Helse Vest må setje i verk ytterlegare tiltak, mellom anna vurdere å auke akuttplassar dersom det er risiko for overbelegg utover det som kan definerast som ekstraordinære situasjonar.

Helse Vest har også i 2008 hatt stor merksemd på belegget i akuttpostane /korttidspostane i psykisk helsevern. I Helse Stavanger er talet på korridorplassar under kontroll. Dette krev at sjukehuspostane held belegget lågt og at DPS-a er bemanna for å ta imot, jf. omtale over. I

Helse Bergen blir det arbeidd systematisk med å unngå bruk av korridor og utviklinga blir følgt tett.

I Helse Førde og Helse Fonna er ikkje overbelegg eller korridorpasientar innanfor psykisk helsevern eit problem.

Internkontrollsystem

- Helse Vest skal ha etablerte system som sørgjer for forsvarlege helsetenester. Systema skal vere dokumenterte, og systema skal sikrast i eit internkontrollperspektiv.

Vi viser til omtale av arbeidet med risikostyring og internkontroll under punkt 2.1.1.

Koordinerte tenester

- Helse Vest skal sørgje for at det er rutinar/system som inneber at tilvisingar til spesialisthelsetenester innanfor psykisk helsevern blir koordinerte, slik at pasientar slepp å kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp.

Helse Vest arbeider med denne problemstillingen m.a. i eit regionalt planarbeid om avtalepraksis i Helse Vest som er i gang. Legeforeininga og psykologforeininga deltek i arbeidet. Vidare er problemstillinga drøfta med Helse Sør-Aust og i den nasjonale strategigruppa for psykisk helse.

Det er drøfta etablering av ein sentral eining for vurdering av tilvisingar og fordeling av pasientar til avtalespesialistane, t.d. organisert ut frå DPS-område. Så langt har ein ikkje funne ei løysing som alle partar sluttar seg til.

Helse Vest har no innført ei ordning der nye avtaleheimlar med psykologar og psykiatrar blir knytt opp til eit DPS. Foreløpig gjeld dette for to psykiatrar og to psykologar i opptaksområdet til Helse Bergen, og tre psykologar i opptaksområdet til Helse Stavanger. Det blir inngått ei samarbeidsavtale mellom avtalespesialisten og DPS-et som m.a. inneber at hovuddelen av pasientane blir tilvist via DPS-et. På denne måten blir tilgangen til tenestene betra, og ein sikrar ei likearta prioritering av pasientane i samsvar med prioriteringsforskrifta.

Helse Vest vil også vurdere nærmare "cluster-modellen" utvikla i Helse Sør-Aust, der fastlegar, psykologar, psykiatrar og DPS-a forpliktar seg til eit konkret samarbeid innanfor eit avgrensa geografisk område.

Barn med foreldre med psykisk lidning eller rusmisbruk

- Helse Vest skal sørgje for at barn som har foreldre med psykiske lidningar eller rusmiddelmissbruk, skal identifiserast og bli vurderte i forhold til eventuelle hjelpebehov, og få tilpassa oppfølging.

Helse Stavanger har sett i verk eit omfattande program for barn av psykisk sjuke med felles opplæring for psykisk helsevern og rusinstitusjonar. Alle postar/poliklinikkar i alle institusjonar/ avdelingar har peikt ut ein barneansvarleg.

Helse Bergen har sett inn ressursar som skal sikre arbeidet med målsettinga. Det er utarbeidd retningslinjer for ivaretaking av barn av psykisk sjuke

Helse Førde rapporterer om eit godt samarbeid mellom BUP og VOP for å ivareta barn av psykisk sjuke eller rusavhengige foreldre. Dette samarbeidet skal formaliserast. Det blir arbeid for å utvikle og betre samarbeidet med barnevernstenesta for å sikre oppfølginga av barna. Tilbodet kan likevel forbetrast.

Helse Fonna har tilsett ein prosjektleiar for å arbeide for barn av rusmiddelavhengige og/eller psykisk sjuke foreldre. Det er peikt ut barneansvarlege i alle einingar, og rutinar for oppfølging er implementerte i alle einingar i Psykiatrisk klinikk.

Rogaland A-senter gjennomførte i 2008 ei kartlegging av tilboda i regionen innan Tverrfagleg spesialisert rusbehandling for familiar og barn av rusmiddelavhengige foreldre. Dei fant følgjande:

- Det er ei aukande merksemd hos behandlingseiningane om å ivareta barn av pasientar, m.a. gjennom registrering av pasientars barn og deira situasjon.
- Mange av behandlingseiningane gjennomførte informasjons- og rådgivingsamtalar til barn/pårørande/familiar i 2007
- Nærare halvparten av behandlingseiningane hadde gjennomført parterapi i 2007
- Nærare ein tredjedel av behandlingseiningane hadde gjennomført familierapi i 2007
- Nokre av behandlingseiningane hadde gjennomført gruppetilbod eller kurs/undervisning som inkluderte påørande
- Over halvparten av behandlingseiningane hadde tilsett minst ein familierapeut, primært gjaldt dette i poliklinikkane.

Både Helse Stavanger og Helse Fonna har etter søknad fått midlar til tiltak for barn av psykisk sjuke og rusmiddelavhengige foreldre frå Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i Handlingsplanen mot fattigdom. Helse Stavanger fekk midlar i 2007 og Helse Fonna både i 2007 og 2008.

Ventetidsgaranti

- Helse Vest skal leggje til rette for at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidningar eller rusmiddelmissbruk må vente meir enn ti vorkedagar på vurdering (lengre frist ved vurderingssamtale) av rett til nødvendig helsehjelp, eller meir enn maksimalt 90 dagar (65 vorkedagar) før behandling seinast blir iverksett, der det ligg føre rett til nødvendig helsehjelp, jf. ny ventetidsgaranti som trer i kraft i 2008.

1. september 2008 blei det sett i verk ny ventetidsgaranti, med 10 dagar vurderingsfrist og 65 vorkedagar behandlingsfrist, som tilsvarar 90 kalenderdagar.

Helse Vest har hatt tett oppfølging av helseføretaka rundt iverksettinga, og innser at det er ei stor utfordring for helseføretaka å oppfylle krava i den nye ventetidsgarantien. Dette har bakgrunn i den låge dekningsgraden og lange ventetider innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i regionen.

Styret i Helse Vest behandla i oktober 2008 ei sak om utviklinga av tilbodet til barn og unge innan psykisk helsevern (sak 88/08). Det blei peikt på at det er grunn til uro når ein ser at Helse Vest si utvikling innan BUP avviker i forhold til dei andre RHF-a. Målet om 5 prosent dekningsgrad innan BUP ligg fast og skal realiserast, sjølv om det har vore ei svak utvikling dei siste åra. Styret bad helseføretaka om at nødvendige tiltak for å styrkje tilbodet i helseføretaka blir vurdert i samband med budsjett for 2009.

Helseføretaka må aktivt arbeide for å betre tilbodet og redusere ventetida for barn og unge med psykiske lidingar. Dette må gjerast ved intern omfordeling av ressursar, og gjennom å auke produktiviteten og betre arbeidsformene.

Saka blir m.a. følgt opp av fagdirektørkollegiet i regionen med månadleg rapportering på ventetidsgarantien.

Innan TSB vil ventetida til poliklinisk behandling ved de psykiatriske ungdomsteama (PUT) vere spesielt kritisk, fordi det som regel er her dei yngste pasientane kjem. For pasientar med rett til nødvendig helsehjelp er forventa ventetida ved PUT på mellom 42 – 84 dagar.

Innan døgnbehandling i TSB er det fire institusjonar i regionen som har eit tilbod spesielt retta mot ei yngre pasientgruppe. Forventa ventetid ved desse institusjonane for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp ligg ofte på over 200 dagar. Helse Vest gjennomfører derfor no ein konkurranse blant private ideelle leverandørar om kjøp av døgnplassar innan TSB, der behovet for kjøp av døgnplassar til unge under 23 år blir løfta fram spesielt.

Studenthelseteneste

- Helse Vest skal auke tilskotet til psykisk helsevernformål i regi av Studentsamskipnaden i Bergen med 1 mill. kroner samanlikna med 2007.

Helse Vest har lagt inn auken i tilskotet i avtalene med Studentsamskipnaden i Bergen.

Spiseforstyrningar

- Helse Vest skal vidareutvikle tilbodet til personar med spiseforstyrningar.

Det blei i 2008 arrangert ein kursserie "kropp og selvfølelse" i regionen i regi av Regional eining for spiseforstyrningar i Helse Bergen.

Helse Bergen har arbeidd med å sikre at kompetanse blir overført frå den regionale eininga for spiseforstyrningar til andre delar av spesialisthelsetenesta/primærhelsetenesta.

Helse Stavanger utsette planane om etablering av ein sengepost til 2009.

Helse Førde har delteke i Helse Vest si kunnskapsoppgradering innanfor dette feltet, og fleire vil få delta neste år. Både for vaksne og born/ungdom har føretaket kompetanse på området.

Helse Fonna arbeider med omstilling av tilbodet til personar med spiseforstyrningar og vil "spesialisere" tidleg intervensjon overfor denne gruppa.

Rehabilitering og habilitering

Styrkt kapasitet

- Rehabiliterings- og habiliteringsområdet skal prioriterast og styrkast.
- I forhold til 2007-nivå skal kapasiteten styrkjast når det gjeld årsverk og plassar i sjukehus og andre institusjonar som yter tenester innanfor spesialisert habilitering og rehabilitering, mellom anna poliklinikk og rehabiliterings- og habiliteringsteam.

Helse Vest har i 2008 lagt til rette for ei langsiktig satsing på å vidareutvikle habiliterings- og rehabiliteringstenestene i regionen i tråd med regional plan for habilitering og rehabilitering som styret i Helse Vest vedtok i 2006 (sak 124/06).

I mai 2008 vedtok styret i Helse Vest at ”dersom regionen blir tilført ressursar i ein ny inntektsfordelingsmodell, vil det ved etablering av eventuelle nye rehabiliteringstilbod i første rekkje rettast merksemd mot utvikling av tilbod i helseføretaka. Kjøp av tenester hos private aktørar skal supplere tilbodet i helseføretaka” (sak 46/08).

På bakgrunn av St.prp. nr 1 2008-2009 vedtok styret i Helse Vest i desember 2008 å setje av 35 mill. kr for å styrkje habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i regionen i 2009. Styrkinga blir fordelt mellom ulike formål: regional eining for rehabilitering ved alvorleg hovudskade, styrking av regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, kjøp av rehabiliteringstenester frå private rehabiliteringsinstitusjonar, styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka i tråd med den regionale planen. Størstedelen av styrkinga er sett av til det sistnemnte formålet.

I 2008 har det i liten grad vore rom for å auke kapasiteten i tenestene i helseføretaka, men helseføretaka har på ulikt vis arbeidd med vidareutvikling av tenestene innanfor eksisterande rammer.

Helse Fonna har t.d. vedteke ein lokal plan for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og vil starte eit systematisk arbeid med oppfølging av planen. I november 2008 starta drifta av ein tverrfagleg spesialisert rehabiliteringspost på Stord sjukehus. Posten har åtte senger og det føreligg plan for utviding. Helse Fonna vil arbeide vidare med å sjå på korleis ein kan styrkje rehabilitering i akutfase, vidareutvikle eigen sengepost for spesialisert rehabilitering, ambulant og poliklinisk verksemd, lærings- og meistringstilbod, samarbeidstiltak med kommunane og styrking av habiliteringsfeltet.

Alvorleg hovudskade

- Helse Vest skal vidareføre arbeidet med etablering/styrking av rehabiliteringstilbodet til personar med alvorleg hovudskade.

Helse Bergen starta i oktober drifta av ei regional eining for traumatisk hovudskade med 4 sengeplassar ved Rehabiliteringsklinikken på Nordås. Dette var eit av tiltaka i regional plan for habilitering og rehabilitering, og Helse Bergen fekk i 2007 i oppdrag å planleggje etableringa av tilbodet. Helse Vest har sett av 11 mill. kr til den regionale eininga i 2009.

Barnehabilitering

- Helse Vest skal vidareutvikle og styrkje barnehabiliteringstenestene.

Helseføretaka rapporterer at det ikkje har vore økonomiske rammer for å styrkje innsatsen i barnehabiliteringstenestene. Det blir i denne samanheng vist til styrkinga av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i føretaka i regionen i 2009, jf. ovanfor.

I Helse Bergen har det vore arbeidd systematisk med effektivisering av utgreiing og behandling. I samband med at Vestlund blir flytta til Haukelandsområdet i 2009, er det starta ein gjennomgang av tenesta og tenesta si framtidige tilknytning og samhandling i føretaket.

I Helse Stavanger har det ved barnehabiliteringa Østerlide vore ei auke i talet på konsultasjonar vedr. diagnostikk og behandling på bakgrunn av auke i talet barn med behov for habilitering, nye metodar og sentrale oppfølgingsprogram.

I Helse Førde har barnehabiliteringa lagt opp til ei endring av tenestetilbodet med kombinasjon av ambulante verksemd og meir poliklinisk verksemd. Det er tilsett ny psykolog i utdanning og ny ergoterapeut frå årsskiftet 2008/2009. Barneavdelinga arbeider m.a. med pasientforløp og tidleg intervensjon hos pasientar med medfødde eller tidleg erverva funksjonshemmingar og skadar, og forbetring av samarbeid med 1. linje.

I Helse Fonna vil barnehabilitering vere eit prioritert område i 2009 i tråd med eigen lokal plan.

Ambulante rehabiliteringstenester

- Ambulante rehabiliteringstenester skal ivareta som ein del av lokalsjukehusfunksjonen.

Det er etablert ambulante rehabiliteringstenester i alle helseføretaka.

Personar med utviklingshemming

- Helse Vest skal sørge for at personar med utviklingshemming får relevant oppfølging innanfor spesialisthelsetenesta.

Alle helseføretaka har vaksenhabiliteringstenester. Tenestene er i hovudsak ambulante eller polikliniske. Helse Bergen har også sengepost for døgnbasert utredning. Mellom 75 og 100 prosent av pasientane ved vaksenhabiliteringstenestene har utviklingshemming med ulike følgjetilstandar/helseproblem som epilepsi, somatiske tilleggsvanskar, utfordrande åtferd, tilpassingsvanskar og psykiatriske tilleggssdiagnosar.

Den regionale planen viste behov for klarere ansvarsforhold i forhold til tilbodet ved overgangen frå barn til vaksen. Dette har helseføretaka arbeidd med.

Det blei også peikt på at ungdom med utviklingshemming kombinert med psykiatriske problemstillingar og utageringsproblematikk ikkje hadde eit fullt ut tilstrekkelig tilrettelagt tilbod. Eit av tiltaka det i 2009 er sett av midlar for å følgje opp i helseføretaka, er å sikre at utviklingshemma personar med psykiatriske problemstillingar og utageringsproblematikk får eit tilbod innanfor psykisk helsevern (styresak 124/06, vedlegg 1).

Opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonar

- Helse Vest skal inngå avtalar med private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonar som sikrar føreseieleg drift. Det skal leggast vekt på behov og kvalitet, i tillegg til pris. Dette krev mellom anna langsiktige avtalar.
- Helse Vest skal i 2008 minst ha same ressursinnsats til private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonar. Aktivitet gjennom prosjektet "Raskare tilbake" kjem i tillegg til dette.
- Ordninga med at pasientar kan bruke plassar i private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonar i andre regionar, utan at slike opphald blir gjenstand for gjestepasientoppger mellom regionar, blir vidareført i 2008.

Helse Vest har i 2008 forlenga dei eksisterande avtalene med dei fem private rehabiliteringsinstitusjonane fram til august 2010.

I tillegg til 70,2 mill. kr som blei sett av til formålet i statsbudsjettet for 2008, sette Helse Vest av 14,4 mill. kr.

I tillegg er avtalene som Helse Vest har med tre av institusjonane om levering av tenester innanfor ordninga *Raskare tilbake*, vidareført ut 2009.

I desember 2008 vedtok styret i Helse Vest å utvide kjøp av rehabiliteringstenester frå private rehabiliteringsinstitusjonar med 5 mill. kr i 2009.

Tinnitus

- Helse Vest skal vidareføre arbeidet med behandlings- og rehabiliteringstilbodet til tinnitusramma.

Rehabiliteringstilbodet til dei som er ramma av tinnitus er i hovudsak organisert innanfor lærings- og meistringssentra ved helseføretaka. Helse Stavanger rapporterer om fem tinnituskurs med 81 deltakarar, og Helse Bergen om eit førstegangskurs med 38 deltakarar for dei som har blitt ramma av tinnitus, og eit oppfølgingskurs med 21 deltakarar for spesielt plaga personar.

I tillegg har Krokeidesenteret, avdeling Nærland, gitt eit rehabiliteringstilbod til personar med tinnitus innanfor ordninga *Raskare tilbake*.

Nasjonale strategiar på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innanfor smertebehandling o.l.

Kreft

- Helse Vest skal i oppfølging av Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 hjelpe Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide dei nasjonale handlingsprogramma for kreftsjukdommar. Helse Vest skal arbeide for å sikre ein kvalitetsmessig standard innanfor kreftbehandling, jf. punkt 3.2.1.

Helse Bergen og Helse Stavanger har delteke på vegne av Helse Vest i utarbeidinga av nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdom.

Den regionale kreftplanen har i stor grad teke opp i seg føringane frå den nasjonale kreftstrategien, og helseføretaka arbeider kontinuerleg med oppfølging av den regionale kreftplanen og implementering av nasjonale handlingsprogram som er ferdigstilt.

Til dømes er kapasiteten for ambulant utreing ved Lungeavdelinga i Helse Bergen gradvis auka for å kunne møte forventa auke av insidens. Diagnostiske metodar er blitt vidareutvikla m.a. ved ultralydrettleia bronkoskopi og samarbeid med PET-senteret. Operasjonsraten er auka gjennom tett samarbeid mellom involverte avdelingar.

Eit anna eksempel er Helse Førde som i 2008 har styrkt kreftomsorga både med etablering av eigen kreftsengepost med 13 senger og med styrking av fagleg kompetanse. Føretaket har vedteke eigen rapport om organisering av kreftbehandling og kreftomsorg i Helse Førde.

Diabetes

- Helse Vest skal sikre at regionens arbeid med Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010 medfører at måla blir nådde på området til spesialisthelsetenesta. Helse Vest skal sørge for at det blir etablert tverrfaglege diabetesteam ved alle helseføretak. Det skal etablerast tiltak for å redusere seinkomplikasjonar, mellom anna fotamputasjonar.

Det er etablert tverrfaglege diabetesteam ved alle føretaka, og det blir arbeidd for å redusere seinkomplikasjonar gjennom t.d. god blodsukkerkontroll og samarbeid mellom avdelingar i sjukehuset. I Helse Bergen er det t.d. endokrinologisk seksjon som har hovudansvar og samarbeider nært med m.a. augeavdeling, nevrologisk seksjon, hjerteavdeling og ortopedisk poliklinikk. Tilsvarande samarbeid er etablert i dei andre helseføretaka.

- Helse Vest skal sette av 0,5 mill. kroner til arbeidet med rettleiing av personar med eller som står i fare for å utvikle type-2 diabetes. Prosjektet ”Diabetesverkstedet” kan vere ei referanse i dette arbeidet.

Helse Vest inviterte helseføretaka til å søke på midlane og oppgåva. I prioriteringa mellom søknader la Helse Vest vekt på at prosjektet skulle ha som formål å utvikle modeller for å ivareta arbeidet med rettleiing av type-2 diabetespasientar, og at modellane kunne brukast av andre føretak/einingar i etterkant. I vurderinga av søknadene samarbeidde Helse Vest med det regionale brukarutvalet.

Helse Fonna blei tildelt kr 200 000 til eit prosjekt med formål å optimalisere arbeidet innanfor førebygging og behandling av ”risikoføtter” og fotsår hos diabetikarar for å unngå amputasjonar.

Haraldsplass Diakonale Sykehus fekk tildelt kr 300 000 til eit prosjekt for utvikling og gjennomføring av spesielt tilrettelagd opplæringstilbod til pasientar med minoritetsbakgrunn som har diabetes type 2.

KOLS

- Helse Vest skal sikre at regionens arbeid med ”Nasjonal strategi for KOLS-området 2006–2011” medfører at måla blir nådde på området til spesialisthelsetenesta.

Helseføretaka har arbeidd vidare med oppfølging av den nasjonale strategien og vidareutvikling av tilbodet. Det kan nemnast at Helse Bergen m.a. arbeider med KOLS-register, deltaking i nasjonalt KOLS-råd, KOLS-rehabiliteringsprogram. Helse Stavanger har tilsett ein ny lungespesialist. Og fleire av helseføretaka driv KOLS-skule i samarbeid med LMS.

Kroniske smerter

- Helse Vest skal i samhandling med primærhelsetenesta styrkje tilbodet til pasientar med kroniske smerter. Det skal setjast i verk tiltak som skal leggje til rette for tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet for å møte utfordringane på dette området, m.a. ved smerteklinikkane.

I Helse Bergen mottok smerteklinikken polikliniske pasientar med langvarige smertetilstandar, og bidreg til god smertebehandling for pasientar med kreft og anna alvorleg sjukdom og pasientar med akutt smerte ved sjukehuset. Smerteklinikken sitt personale driv undervisning i forhold til aktuelle grunnutdanningar (medisin, sjukepleie, fysioterapi og psykologi), vidareutdanningar og ovanfor anna helsepersonell. Klinikken mottok tilvisingar

frå heile regionen, og også frå andre stader i landet. Klinikken har utfordringar med kapasiteten, og klarer ikkje ta imot fleire pasientar per i dag. Ein prioriterer strengt, og pasientar utanfor helseregionen blir i hovudsak avvist. Kapasiteten har ikkje auka i dei siste par åra.

Helse Stavanger har arbeidd med å utvide smertepoliklinikken, og tilbodet er betydeleg styrkt, men framleis er det utfordringar med kapasiteten. Omfanget av tilvisingar av pasientar med kroniske smerteproblem har auka betydeleg dei siste åra, også frå andre regionar. Det er eit mål om gradvis utbygging og styrking av eit tverrfagleg tilbod ved poliklinikken, og styrking av samarbeidet med lærings- og meistringssenteret. Smertemeistringskurs for menneske med kroniske smerter blir gjennomført kontinuerleg ved LMS, og med god evaluering. Systematisk opplæring av legar under spesialisering, og eventuelt andre aktuelle faggrupper, er også eit område med fokus. Det er vidare behov for å setje av meir ressursar til klinisk forskning og fagutvikling.

Helse Førde peiker på eit behov for å styrkje tilbodet til pasientar med kroniske smerter i samhandling med primærhelsetenesta. Dette er ei stor og ofte fagleg utfordrande pasientgruppe med sterkt samansett problematikk. I høve palliativ behandling som er knytt til særleg kreftpasientar med kort forventa levetid, er det eit tverrfagleg team som arbeider aktivt også ut mot lokalsjukehusa og kommunane. Når det gjeld andre pasientar med kroniske smerter er det hausten 2008 teke initiativ til planlegging av eit tverrfagleg tilbod ved medisinsk klinikk. Føretaket tek sikte på at eit tverrfagleg poliklinisk tilbod vil vere på plass i løpet av 2009.

I Helse Fonna er tilbodet til kroniske smertepasientar lagt til nevrologisk avdeling som identifiserer og kan tilby noko behandling. Det blir arbeidd med å auke det tverrfaglege samarbeidet.

Høyrselekscreening

- Høyrselekscreening av nyfødde skal innførast ved fødeinstitusjonane i landet i tråd med ”Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn” frå Sosial- og helsedirektoratet (IS-1235).

Hørselscreening av nyfødde er sett i verk i helseføretaka.

Myalgisk encefalopati (ME)

- Helse Vest skal i samarbeid med kompetansenettverket sikre adekvat behandlingstilbod til barn og vaksne pasientar med myalgisk encefalopati (CFS/ME), mellom anna vurdere å bruke det nasjonale behandlingstilbodet som blir bygd opp i Helse Sør-Øst RHF, til dei aller sjukaste pasientane. Det blir lagt til grunn at Helse Vest bruker det nasjonale tilbodet gjennom kjøp av behandlingssopphald.

Helse Vest er representert i det nasjonale kompetansenettverket for CFS/ME med nevrologisk kompetanse frå Helse Bergen.

Helse Bergen arbeider for å sikre behandlingstilbodet til barn og vaksne pasientar med ME. Pasientar blir grundig utreda for eventuell underliggende nevrologisk, metabolsk eller infeksjonsmedisinsk tilstand.

I Helse Stavanger er det i 2008 etablert ei faggruppe som skal kome med forslag til ei samla satsing for pasientar med CFS/ME og sikre behandlingstilbodet til pasientgruppa. Barn til og med 13 år får utgreiing ved barneavdelinga etter retningslinjer frå Norske barnelegers forening. Avdelinga har ikkje hatt dei sjukaste pasientane. Medisinsk klinikk ivaretek utgreiinga av barn frå og med 14 år og vaksne.

I Helse Førde har barneavdelinga arbeidd med å auke kompetansen om ME gjennom kurs og internundervisning. Våren 2009 vil det bli utarbeidd egne retningslinjer for arbeidet. Tilbodet til vaksne er avgrensa til utgreiing/diagnostikk. Utgreiinga skjer i samråd mellom medisinsk avdeling og psykiatrisk klinikk. Haukeland universitetssjukehus blir brukt både for diagnostisering og i forhold til "second opinion".

I Helse Fonna blir pasientane teke inn til tilrådd somatisk utgreiing dersom mistanke om ME, og dei blir eventuelt følgt opp ambulant av m.a. nevrolog, eventuelt også frå smerteteam, i samarbeid med kommunen. Samarbeid med psykiater er under planlegging. Pasientar blir tilvist vidare til nevrologisk poliklinikk ved Haukeland universitetssjukehus.

Alle helseføretaka gjer utgreiingar av pasientgruppa, men behandlingstilbodet for ME er lite utvikla, og det er usikkerheit knytt til kva type behandling sjukehusa kan gi. Helse Stavanger og Helse Bergen tilbyr lærings- og meistringskurs ved LMS-a.

Helse Vest har inngått avtale med spesialist i klinisk psykologi, knytt til Frihamnsentret i Skånevik, som eit ledd i utviklinga av eit tilbod innanfor psykologisk medisin med evidensbasert behandling for lidningar innanfor det psykosomatiske spekteret (med CFS/ME som eit av dei sentrale) kombinert med klinikknær forskning.

Arbeidsmedisin (jf. brev frå HOD datert 04.07.08)

Stortinget bestemte i samband med behandlinga av St.prp. 59 (2007-2008), jf. Innst.S.nr 270 (2007-2008) å styrkje utdanningskapasiteten ved dei arbeidsmedisinske avdelingane. Helse Vest fekk 5,6 mill. kr til formålet. Midlane blei overført Helse Bergen og det blei oppretta 4 nye legestillingar i arbeidsmedisin, 2 overlegestillingar og 2 stillingar for legar i spesialisering (LIS).

Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta

- Helse Vest skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka utarbeide eit heilskapleg forslag til kva for nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse bør lokaliserast. Dette omfattar både nasjonale medisinske kompetansesenter og kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar. Forslaget skal utarbeidast med utgangspunkt i fastsette kriterium, og sentrale aktørar skal involverast i arbeidet i tråd med nasjonale føringar. Oppdraget vil bli spesifisert i eige brev. Helse Vest blir bedd om å leie arbeidet.
- Helse Vest skal vidareutvikle dei nasjonale kompetansesentra for personar med sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar. Dette skal skje innanfor ein heilskapleg og dynamisk prosess som omfattar alle kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar i spesialisthelsetenesta i Helse Vest, der omfanget av eksisterande tilbod, vurdering av etablering av tilbod til nye grupper, styrking av eksisterande tilbod og avvikling og samanslåing av tilbod inngår. Helse Vest skal søkje råd hos Sosial- og helsedirektoratet i dette arbeidet.

Helse Vest har i samarbeid med dei andre RHF-a etablert eit prosjekt for å vurdere kva for nasjonale kompetansesentra og lands- og fleirregionale og overnasjonale funksjonar spesialisthelsetenesta har behov for i eit femårsperspektiv. Helse- og omsorgsdepartementet blei orientert om status for arbeidet både i møte og brev hausten 2008.

Prosjektet har utarbeid kriterium for etablering, lokalisering og evaluering av tenestene. Nokre av desse forholda har mellom anna vore drøfta med Kunnskapssenteret, Helsedirektoratet og i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

Vidare har ein utarbeidd mandat for referansegrupper og vurdert resultatmål. Prosjektet har vurdert det slik at ulike prosessar må leggjast til grunn for vurderinga av dei enkelte tenestene. Nokon relativt enkle med mindre justeringar, andre med ei brei utgreiing som inneber involvering av aktuelle aktørar (mellom anna peika på i oppdragsbrev frå HOD i brev av 17.03.08). Ved arbeidet med nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar blir det lagt vekt på eit samarbeid med Helsedirektoratet. Det blir sendt eigen statusrapport til HOD i januar 2009 for dette prosjektet.

Lands- og fleirregionale og overnasjonale funksjonar

- Helse Vest skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka utarbeide eit heilskapleg forslag til kva landsfunksjonar, fleirregionale og eventuelt overnasjonale funksjonar det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse bør lokaliserast. Forslaget skal utarbeidast med utgangspunkt i fastsette kriterium, og sentrale aktørar skal involverast i arbeidet i tråd med nasjonale føringar. Oppdraget vil bli spesifisert i eige brev. Helse Vest blir bedd om å leie arbeidet.

Jf. omtale ovanfor - ”Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta”.

- Helse Vest skal auke talet på Cochlea implantat-operasjonar på vaksne til 60 operasjonar.

Helse Bergen har dette i oppdrag, og føretaket auka talet på Cochlea implantatoperasjonar frå 36 i 2007 til 53 i 2008. Det blir meldt om at tilgangen på pasientar er begrensa og at ein del pasientar vil vente til neste år.

- Helse Vest skal styrkje behandlingstilbodet til pasientar med leppe-kjeve-ganespalte og barn med velocardiofacialt syndrom i tråd med føringar gitt i brev av 02.10.2007, mellom anna etablere eit nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helse Sør-Øst.

Oppdraget er gitt til Helse Bergen som har etablert ei prosjektgruppe og tilsett leiar i 50 prosent stilling. Det er etablert styringsgruppe med deltaking frå Rikshospitalet, Haukeland universitetssjukehus, Medisinsk fødselsregister og interesseorganisasjonane, og det er halde ”stormøte” mellom fagekspertar og styringsgruppe. Det er også invitert fagfolk frå Sverige og Danmark. Dette arbeidet er integrert i det regionale prosjektet for utprøving og implementering av den felles, nasjonale tekniske infrastrukturen for medisinske kvalitetsregister, jf. omtale under punkt 2.1.3. Ein tek sikte på at registeret er i funksjon medio 2009.

Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

- Helse Vest skal auke kapasiteten innanfor TSB med særleg vekt på auka kapasitet innanfor akuttbehandling, avrusing og ambulante team, og dessutan lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Helse Vest har i samarbeid med helseføretaka og Haraldsplass Diakonale Sjukehus peikt ut dei somatiske akuttmottaka i regionen til å ta imot pasientar for akutt rusbehandling. Helse Bergen har etablert eit særskilt pasientforløp for intox-pasientar. Helse Fonna har etablert to nye avrusingsplassar ved Haugesund sjukehus. Helse Stavanger og Helse Førde har etablert ambulante team knytt til pasientar med rusdiagnosar.

Helse Vest styrkte LAR med 1,4 mill. kr utover det som kom som øyremerkte midlar til LAR gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet i 2008.

- Helse Vest skal styrkje den helsefaglege kompetansen innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Den delen av fagårsverka som er helsefaglege årsverk har auka betydeleg i regionen dei siste åra, både i poliklinikk og i døgnbehandling. Helse Vest var i 2007 den regionen i landet med høgast prosentdel årsverk med helse- og sosialfagleg kompetanse innan TSB.

Stiftelsen Bergensklinikkene, Helse Fonna og Helse Stavanger blei alle styrkt i 2008 med ei psykologstilling i poliklinikk med øyremerkte midlar frå Helse Vest.

I Helse Bergen har rusmedisinsk team starta arbeidet med eit langsiktig opplæringsprogram for alt personale som har kliniske stillingar i Helse Bergen, m.a. gjennom utvikling av eit grunnkurs i rusmedisin i læringsportalen. Rusmedisinsk team skal vere eit kompetanseteam for heile føretaket.

I Helse Stavanger er den helsefaglege kompetansen auka med ei overlegestilling i Oppsøkande behandlingsteam. Legen deltar òg i vurderingsarbeidet. Gjennom eit rusmedisinsk forum gir Helse Stavanger tilbod til alle legar/overlegar i spesialisthelsetenesta om å delta på kurs og rettleiing i rusmedisinske spørsmål og utfordringar. Ein gang i året har dei òg kurs om rusmedisin for fastlegar.

I Helse Førde har den helsefaglege kompetansen auka i 2008 som følgje av fagleg opptrapping på Tronvik.

I Helse Fonna tek åtte fagpersonar vidareutdanning innan rusfeltet ved Høgskulen Stord. Men mange spesialiststillingar innan TSB står vakante. Rekruttering av spesialistar er ei prioritert oppgåve i føretaket.

- Helse Vest skal vidareutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetenesta, kommunale tenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og anna tverrfagleg spesialisert behandling.

Helseføretaka har koordinerings- og samordningsansvar for alle deler av TSB i føretaksområda og har sett i verk og vidareutvikla ei rekkje samarbeidstiltak.

Til dømes har Helse Stavanger formalisert sitt samarbeid med Bufetat og har starta opp samarbeidsprosjekt med fleire kommunar med fokus på barn og unge.

I Helse Bergen har Kvinneklinikken sett i verk samarbeidstiltak for å betre tilbodet til gravide rusmiddelavhengige i LAR i samarbeid med private ideelle rusinstitusjonar og kommunane.

Dei arbeider òg med å utvikle rutinar ved utskriving etter behandling, rutinar som skal inngå i samarbeidsavtalar med kommunane.

I Helse Førde er spesialkonsulentar med rusbehandling som sitt fagområdet frå DPSa med i ansvarsgrupper saman med representantar for kommunane kring dei pasientane som er lagt inn i institusjon.

Helse Fonna har utvikla kartleggingsverktøyet ”BrukarPlan” som er eit samhandlingsverktøy mellom spesialisthelsetenesta og kommunane innan rusfeltet. Helse Fonna har motteke midlar både frå Helse Vest og frå Helsedirektoratet for å utvikle kartleggingsverktøyet og gjere det nasjonalt tilgjengeleg.

- Helse Vest skal sikre at alle pasientar som blir viste til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, også skal vurderast for behova dei har for andre tenester innanfor spesialisthelseteneste.

Alle vurderingseiningane i regionen har enten ei tverrfagleg bemanning eller kan trekkje på ulike spesialistar ved behov. Helse Fonna og Helse Stavanger organiserar felles regelmessige møter for vurderingseiningane i føretaksområdet. På desse møta kvalitetssikrar ein felles praksis i tråd med nasjonale føringar. Her blir òg behov vurdert og moglegheiter diskutert for å tilvise pasientar til andre delar av spesialisthelsetenesta.

I Helse Førde er vurderingseiningane ein integrert del av vaksenpsykiatrien og inngår i alle DPS. Dette sikrar at pasientane får hjelp både for rusproblem og eventuelle psykiske problem.

I Helse Førde er det etablert ei koordineringseining i helseføretaket som går inn i pasientsaker som gjeld institusjonsinnleggingar, spesielt ved vurdering av innleggingar på plassar utanfor regionen eller plassar som ikkje inngår i det offentlege tilbodet. Ei tilsvarande koordineringseining er under etablering i Helse Bergen. Det er knytt overlege til begge koordineringseiningane.

- Helse Vest skal sikre gode rutinar ved utskriving etter avslutta behandling eller ved behandlingsavbrot for å leggje forholda til rette for god oppfølging for kommunale tenesteytarar.

Talet på pasientar som reisar ut av regionen for å få behandling innan TSB er høgt. Helse Vest har fokus på at så mange pasientar som mogleg skal kunne få eit tilbod om rusbehandling i eige helseføretaksområde. Fleire lokale tilbod vil gjere det lettare for samhandling og god oppfølging av pasientane på tvers av ulike tenesteytarar. Helseføretaka er i gang med dette omstillingsarbeidet. Til dømes har Helse Stavanger gjennom heile året arbeidd systematisk med å styrkje lokale tiltak for å unngå at pasientar blir sende langt bort. Poliklinikkane er styrkt med ei stilling kvar, og kapasiteten ved døgninstitusjonen Gauselskogen er auka med fem plassar. I tillegg er det inngått avtale med Blå Kors Vest AS om leige av sju leilegheiter for å kunne ”hente heim” pasientar frå andre stader tidlegare enn før.

- Helse Vest skal årleg registrere kor mange gravide rusmiddelavhengige som er i lækjemiddelassistert rehabilitering, og kva slags tilbod desse pasientane får.

I 2008 har det vore 9 gravide pasientar i LAR, 4 i Rogaland og 5 i Hordaland. Ved begge LAR-sentra, både i Bergen og i Stavanger, blir dei gravide følgde tett opp i ansvarsgruppa. Pasientar får god informasjon om substitusjonsbehandling/graviditet og trygging på det å vere gravid og samtidig pasient i LAR. Gravide som ønskjer å trappe ned medisinen til eit lågare nivå får støtte og oppfølging for å unngå abstinens.

Det er tidleg tilvising til sjukehus og tett oppfølging og samarbeid. Det er òg eit tettare samarbeid med fastlege og sosialkontor. Pasientar i Bergen kommune blir følgde opp i spesialisert helsestasjon, LAR konsulent og lege deltar i samarbeidet.

- Helse Vest skal i samarbeid med Kriminalomsorga leggje forholda til rette for at innsette som får høve til det, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringslova i institusjonar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Helse Vest har i 2008 hatt eit samarbeidsmøte med både Kriminalomsorg sørvest og Kriminalomsorg region Vest.

Alle institusjonar innan TSB i regionen, både private avtaleinstitusjonar og dei offentlege skal ta imot pasientar for soning etter § 12 i straffegjennomføringslova når det er aktuelt. I Helse Førde har det vore få aktuelle saker, men ein har sett ei auke i behovet. I dei aktuelle sakene legg ruskoordinator til rette for soning i høve til § 12.

Helse Stavanger har i 2008 vore med å etablere ein rusmeistringseining i Stavanger fengsel.

Kvinnehelse

- Helse Vest skal arbeide med ei heilskapleg fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta.
- Helse Vest skal utvikle lågrisikotilbod til kvinner med normale svangerskap og fødsjar.
- Helse Vest skal bidra til å sikre at mammografiprogrammet blir gjennomført i tråd med nasjonale føringar, mellom anna sikre gode tekniske kommunikasjonsmoglegheiter mellom dei ulike aktørane som er med i den praktiske gjennomføringa av programmet.

Helseføretaka arbeider med problemstillingane, og rapporterer om følgjande:

Helse Bergen har laga ei avtale med Bergen kommune om ein meir heilskapleg fødsels- og svangerskapsomsorg, og det blir arbeidd med lågrisikotilbod for kvinner med normale svangerskap. Når det gjeld mammografi, rapporterar Helse Bergen at den tekniske utrustninga på mammografisenteret er god, men bemanninga er lågare enn samanliknbare sentra. Dette skaper ein sårbar situasjon bl.a. med problem med kapasitet og rekruttering. Senteret makter ikkje å oppretthalde tidsfristar for oppfølging som er sett i kvalitetskontrollprogrammet.

I Helse Stavanger har samarbeidsmøte med helsesøstre i kommunane, og i 2008 blei det starta eit samarbeid med kommunane om oppfølging av mor og barn etter fødsel. Bakgrunnen er kort liggetid på barsel. Mammografiprogrammet blir gjennomført i tråd med nasjonale føringar.

Helse Førde rapporterer om at det kontinuerleg blir arbeidd med ei heilskapleg fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta. Det blir òg arbeidd med å utvikle lågrisikotilbod til kvinner med normale svangerskap og fødsjar. Mammografiscreening blir gjennomført med gode resultat og høgaste oppslutnad i landet.

Kvinneklinikken i Helse Fonna har starta førebuingsarbeidet for ein heilskapeleg fødselsomsorg og tema er synleggjort i strategiarbeidet. Det er teke initiativ til samhandlingsmøte med 1. linetenesta. I Odda er fødselsomsorga integrert med kommunen. I Haugesund har fleire jordmødrer delt arbeidsstad mellom sjukehuset og kringliggande kommunar.

Organdonasjon og transplantasjonar

- Helse Vest skal leggje til rette for at potensielle donorar blir identifiserte, og at helsepersonell tek opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene som er beskrivne i rundskriv I-9/2003.
- Helse Vest skal arbeide for å auke talet på tilgjengelege organ i samarbeid med Nasjonal koordinator for organdonasjon.
- Fagleg opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon skal styrkjast, spesielt i forhold til kompetanse i kommunikasjon med dei pårørande.
- Talet på levande givarar av nyre (familiemedlemmer) skal haldast på 40 prosent av det totale talet på nyretransplantasjonar.
- Donoransvarlege legar ved universitetssjukehusa i landet skal frigjerast i deltid for å kunne ta seg av oppgåvene med organdonasjon.

Det er donoransvarleg lege ved alle helseføretaka i regionen.

Både Helse Stavanger og Helse Bergen har eit godt system for identifisering av potensielle donorar, kommunikasjon med dei pårørande, gjennomføring av donasjonsprosessen og oppfølging av pårørande etterpå. Også i Helse Fonna og i Helse Førde er det i 2008 arbeidd med å følgje opp styringskrava, og Helse Fonna har òg utarbeidd ei funksjonsbeskriving for donoransvarleg lege.

I 2008 har 7 pasientar i Helse Bergen og 8 i Helse Stavanger blitt organdonorar. Helse Bergen rapporterer om ein avslagsprosent på 43, som er dårlegare enn i 2007 da avslagsprosenten var på 22. Det er små tal, og ein forventar variasjon frå år til år. Helse Stavanger rapporterer om ei positiv haldning til organdonasjon blant publikum, og har ingen avslag i 2008. Det er eit tett samarbeid med transplantasjonskoordinator ved Rikshospitalet.

Begge helseføretaka har gjennomført internundervisning for ulike personellgrupper, og deltar i NOROD (nasjonal rådgjevingsgruppe for organdonasjon). Donoransvarleg lege i Helse Bergen har delteke for Helse Vest i eit utval, nedsett av Helse- og omsorgsdepartementet, som leverte ein rapport i april 2008 om "tiltak for å auke talet organdonasjonar".

Det er òg lagd ein prosedyre for organisering av organdonasjon på Voss sjukehuset i tett samarbeid med HUS

I Helse Stavanger føreligg det mandat for funksjonen som donoransvarlig lege utarbeidet etter tilråding frå Norod i 2001. Prosedyrar for verksemda er samla i Protokoll for organdonasjon redigert av Norod gruppen.

Smittevern og beredskap

- Helse Vest skal sørge for at helseføretaksgruppa oppdaterer, vidareutviklar og følgjer beredskapsplanane sine, mellom anna planar mot atomhendingar, biologiske hendingar (smittsame sjukdommar / pandemisk influensa) og kjemiske hendingar.

Den regionale beredskapsplanen frå 2007 legg rammer for helseføretakas egne beredskaps- og smittevernplanar. Føretaka har ein fortløpande revisjon og oppdatering av egne planar m.a. på bakgrunn av erfaringar med øvingar og reelle hendingar.

- Helse Vest skal etablere samarbeid med kommunane, og andre samarbeidspartar i eigen og andre helseregionar, m.a. landsfunksjonen for behandling av pasientar som er utsette for atomhendingar, biologiske og kjemiske hendingar, om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser.

Helseføretakas beredskapsplanar omfattar samarbeidsformer med kommunane, andre samarbeidspartar i helseregionen og andre helseregionar.

I Helse Bergen er det t.d. utarbeidd eigen plan for beredskapssamarbeidet med Bergen kommune. Helse Fonna samarbeider med kommunane om øvingar/temadagar. Helse Førde har revidert prosedyre for samhandling med kommunane ved pandemi, og gjennomført pandemiøving i regi av fylkesmannen i Sogn og Fjordane.

- Helse Vest skal starte ein prosess med sikte på å akkreditere alle mikrobiologiske laboratorium innanfor helseføretaksgruppa.

Arbeidet for akkreditering er påbegynt i helseføretaka, men det blir rapportert om eit omfattande arbeid som ein ikkje har hatt kapasitet til å fullføre så langt. Arbeidet vil måtte strekkje seg over fleire år.

Helse Bergen utfører både prosedyreskriving, avvikshandtering og opplæring på ein slik måte at ein kan nærme seg ein akkreditering på sikt. I Helse Stavanger er det sett av ½ stilling for bioingeniør som kvalitetsansvarleg. Helse Førde vil tilsette kvalitetsbioingeniør i 2009.

- Helse Vest skal førebyggje antibiotikaresistens og sjukehusinfeksjonar og setje i verk tiltak i tråd med ny handlingsplan som er venta våren 2008.

Det er gjennomført eit regionalt arbeid for utforming av standardrapportering av antibiotikaresistens frå dei mikrobiologiske avdelingane til brukarane. Dette er følgt opp i Helse Bergen og i Helse Stavanger, og i Helse Førde er det planlagt gjennomført i 2009.

- Helse Vest skal utarbeide konkrete mål for smittevernarbeidet sitt.

Helse Vest har arbeidd ut frå måla for smittevernarbeidet som går fram av regional smittevernplan 2007-2009. Sentrale mål som er nådd i så langt i planperioden er etablering av felles IT-basert infeksjonskontrollprogram, revidering av turberkuloseplanen, oppdatering av beredskapsplanen på smittevern, styrking av bemanninga på forskning.

- Helse Vest skal sikre at det blir gjennomført risiko- og sårbarheitsanalysar ved kvart enkelt sjukehus knytt til kritisk infrastruktur, mellom anna vass- og straumforsyning, og sørge for at det blir sett i verk tiltak som sikrar nødvendige leveransar og system for distribusjon.

Helse Vest har fulgt opp dette i samarbeid med helseføretaka.

- Helse Vest skal innarbeide beredskapsomsyn i logistikkssystema og leveranseavtalane til tenesta slik at dei regionale helseføretaka og helseføretaka saman kan ta eit samla nasjonalt ansvar for forsyning av lækjemiddel, materiell og andre kritiske innsatsfaktorar til spesialisthelsetenesta i landet.
- Helse Vest skal hjelpe Sosial- og helsedirektoratet med ein gjennomgang av den nasjonale forsyningsikkerheita og vurdere behov for tiltak.

Det er utarbeidd ein rapport om forsyningsberedskap i regionen, og i tråd med rapporten er det i 2007 tilsett ein forsyningsberedskapskoordinator ved Apoteka Vest, og ein kontaktperson for forsyningsberedskap i alle helseføretaka.

Det er gjennomført eit interregionalt arbeid om forsyningsberedskap, leidd av Helse Vest ved Apoteka Vest. Gruppa har m.a. vurdert og anbefalt system/metodar for kartlegging av behov innanfor helsemateriell- og legemiddelforsyning, utarbeidd ei felles liste over kritisk og viktig utstyr og legemiddel med sikte på standardisering og samarbeid mellom regionane og utarbeidd forslag til ei avtale for samarbeid og bistand på tvers av RHF/HF.

Helseføretaka har innarbeidd omsyn til beredskap i logistikkssystema sine. Det er arbeid med risiko- og sårbarheitsanalysar (ROS). Helse Bergen har starta eit større prosjekt i høve ROS-analyse av kritisk infrastruktur og IKT. Helse Stavanger har utarbeidd forslag til ROS-analyse for vassforsyning i 2008, og for straum er tilsvarande arbeid påbegynt. Helse Fonna har gjennomført ROS-analyse på kritisk infrastruktur i heile føretaket, og det er utarbeidd beredskapsplan for straum, vareforsyning og vassforsyning.

- Helse Vest skal sikre at oversikt over antidotbeholdning i føretaka blir rapportert inn til Apotekforeningens databedrift for å få samla oversikt over beholdning av antidot o.a. ved sjukehusa, i regionen og nasjonalt.

Apoteka Vest HF fører oversikt over antidotbehandling i føretaka, men desse er ikkje meldte inn til Apotekforeningens databedrift. Apoteka Vest HF er i styringsdokumentet for 2009 bedne om at oversikt over antidotbeholdning i føretaka blir rapportert inn til Apotekforeningens databedrift.

- Helse Vest skal hjelpe Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrar for etablering og utsending av helseteam til innsats ved kriser i utlandet.

Helse Vest har gitt Helse Bergen i oppdrag å etablere eit regionalt helseteam til innsats ved ulykker og kriser i inn- og utland, og etableringsarbeidet har starta opp i Helse Bergen. Helse Bergen har delteke i det nasjonale arbeidet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrar for etablering og utsending av helseteam.

2.1.7 Forsking

Nasjonale forskningssamarbeid

- Helse Vest skal i samarbeid med andre regionale helseføretak sikre at forskningssamarbeid blir gjennomført innanfor utvalde tematiske område gjennom etablering av formelle

forskarnettverk og/eller andre tiltak, jf. oppdrag gitt i 2006 og 2007. Arbeidet skal forankrast i strategigruppe for forskning mellom dei regionale helseføretaka og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG)

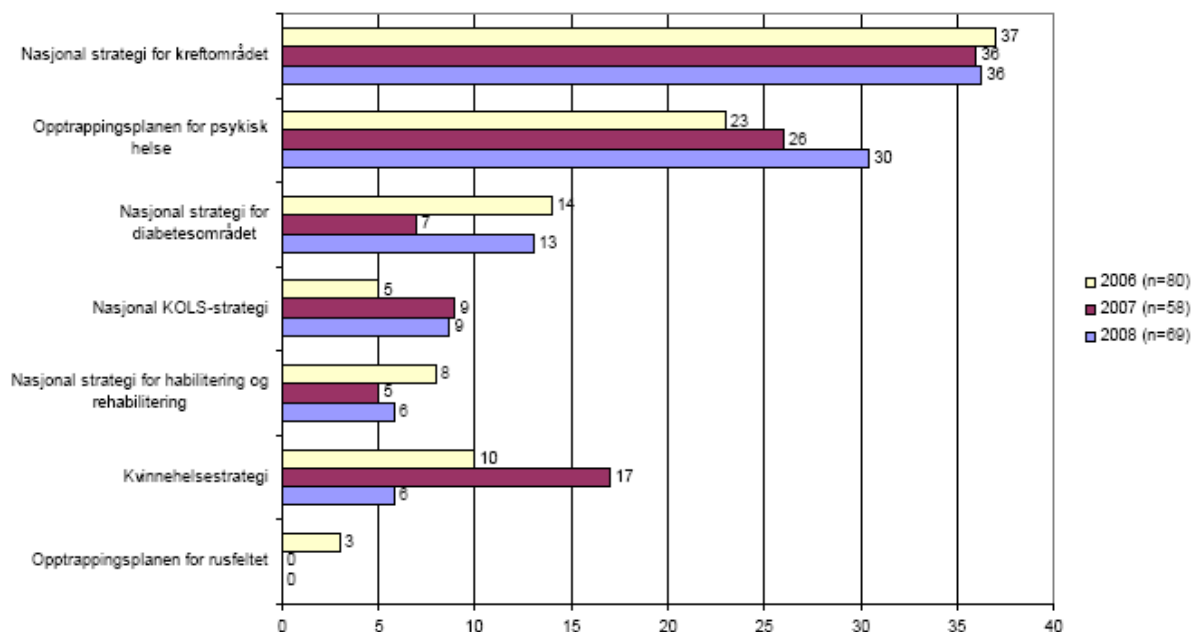
Strategigruppa for forskning og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG) har arbeidd for å etablere nasjonale forskingssamarbeid. Leiings- og koordineringsansvaret for den nasjonale forskingssatsinga innanfor muskel- og skjelettlidingar er lagt til det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering i Helse Vest. Senteret arbeider med programnotat med strategisk plan for satsinga. Satsinga er eit av dei tematiske områda som Helse Vest og det regionale samarbeidsorganet ønskjer å utvikle til eit strategisk satsingsområde i regionen.

Forskingssvake fagområde

- Helse Vest skal prioritere forskning og oppbygging av forskingskompetanse innanfor forskingssvake fagområde, mellom anna tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helse, rehabilitering/habilitering og kvinnehelse.

Regionale forskingsmidlar i Helse Vest blir fordelte av det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest og universiteta. I 2008 blei det tildelt 39,6 mill. kr til prosjekt som er knytt til strategiområda i Nasjonal helseplan. Dette utgjer 37 prosent av dei regionale forskingsmidlane og er ein auke på 10,3 prosent i forhold til 2007.

Av dei totalt 208 prosjekta er 69 knytt til strategiområda. Dette er ein auke frå 2007, men eit stykke bak toppnoteringa frå 2006 da 80 prosjekt (av 209) hadde slik tilknytning. Figuren nedanfor viser prosentvis fordeling av prosjekt på dei ulike strategiområda i perioden 2006 – 2008.



Prosentdelen prosjekt knytt til opptreppingsplanen for psykisk helse har auka jamt i perioden. Talet på prosjekt i strategiområdet kvinnehelse har gått ned frå 17 prosjekt i 2007 til 6 prosjekt i 2008. Det er framleis utfordringar innanfor rusfeltet.

Gjennom det regionale kompetansesentera for rusmiddelforskning (KORFOR) blir det satsa på styrking av forskning på rusfeltet. Styret i Helse Vest har vedteke ei satsing på 5 mill. kr til eit

forskningsprogram innanfor feltet, og rusfeltet blir eit av dei strategiske satsingsområda for forskning i Helse Vest, vedteke av det regionale samarbeidsorganet. Utvikling og etablering av eit regionalt kvalitetsregister for rusbehandling er ein integrert del av satsinga.

Det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering er i gang med å utarbeide eit forskningsprogram for habiliteringsfeltet i regionen. Arbeidet involverer ei lang rekkje samarbeidspartnarar, og eit programnotat er planlagt ferdigstilt innan juni 2009.

Helse Bergen held også i 2008 stillinga som nest størst i Noreg etter Rikshospitalet/Radiumhospitalet når det gjeld forskningsverksemd. Helse Bergen viser ein svak auke i talet på årsverk til forskning.

I Helse Stavanger er dei forskningssvake fagområda i ferd med å bli gradvis bygd opp. 17 personar er i gang med doktorgradsprosjekt, og ein disputerte innanfor eit av dei forskningssvake fagområda i 2008, og det er planlagt fire disputasar i 2009.

Helse Fonna har prioritert oppbygging av forskningskompetanse innanfor psykisk helsevern. Tematisk representerer studiane eit breitt spekter av problemstillingar i psykisk helsevern og rusomsorg.

Helse Førde har samarbeidd med Høgskulen i Sogn og Fjordane om å opprette ei felles FoU-avdeling som har fått namnet Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane. Hovudfokuset for senteret er samarbeid, auka aktivitet og kvalitet på forskinga. Senteret blei offisielt opna i september 2008.

Måling av ressursbruk til forskning

- Helse Vest skal rapportere både på resultat og ressursbruk til forskning til NIFU STEP i samsvar med etablerte system og tidspunkt, og bidra med kompetanse og ressursar i nasjonalt utviklingsarbeid av begge målesystema.

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

Innovasjon

- Helse Vest skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007–2011) med særskild vektlegging av IKT og medisinsk-teknisk utstyr i samarbeid med InnoMed, Noregs forskingsråd og Innovasjon Noreg. Dei regionale helseføretaka skal medverke til å auke talet på forskings- og utviklingskontraktar mellom norske leverandørbedrifter og helseføretak (OFU-kontraktar) innanfor helse gjennom å stille til disposisjon nødvendige ressursar i form av kompetanse.

Helse Vest deltar i koordineringsrådet saman med dei andre aktørane, leia av Helsedirektoratet.

Dei regionale helseføretaka har laga ein felles handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, og Helse Vest har bidrege i arbeidet. Planen peiker på verkemiddel som skal sikre tilstrekkeleg fokus på innovasjon. Det er m.a. å ta innovasjon inn i leiararbeidet, gjere det til ein del av forskingsstrategien, legge krav og mål inn i styrande dokument, peike ut innovasjonsansvarlege i helseføretaka samt etablere gode

innovasjonsnettverk både nasjonalt og regionalt. Vidare er TTO-kontora (Technology Transfer Offices) og dei store helseføretaka sine einingar for tidleg fase kommersialisering av forskingsresultat peika på som medaktørar i satsinga. Her i vest gjeld dette Bergen Teknologioverføring AS og Prekubator AS. Helse Bergen og Helse Stavanger er medeigarar i desse.

I 2008 blei det inngått avtale om samarbeid om behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren mellom Helsedirektoratet, dei regionale helseføretaka, Forskingsrådet og Innovasjon Norge. Hovudmålet med samarbeidet er å konkretisere og operasjonalisere den femårige satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling. Samarbeidsavtalen skal bidra til å auke innovasjonstakten betydeleg og utnytte dei offentlege ressursane knytt til innovasjon og næringsutvikling best mogleg.

2.1.8 Utdanning av helsepersonell

- Helse Vest skal sørge for system, struktur og leiarforankring i alle ledd av helseføretaksgruppa slik at helseføretaka er attraktive læringsarenaer.
- Helse Vest skal gjennom etablerte samarbeidsorgan, samarbeidsavtalar som er inngått og god dialog sikre eit godt samarbeid med utdanningsinstitusjonane i helseregionen.

Alle helseføretaka har lang erfaring med å leggje til rette for praksisopplæring for elevar og studentar i grunn- og vidareutdanning, og det blir arbeidd kontinuerleg med å vere attraktive læringsarenaer.

Samarbeidsorgana mellom Helse Vest og universiteta, og mellom Helse Vest og høgskolane er etablerte strukturar som skal sikre eit godt samarbeid med utdanningsinstitusjonane i helseregionen. Samarbeidsorganet med universiteta skal ha eit særleg fokus på undervisninga for medisinstudentane.

Helseføretaka har etablerte avtaler og samarbeid med høgskular og universitet i sine geografiske område, i forhold til ulike studentgrupper. Til dømes arbeider Helse Stavanger med å vidareutvikle avtaler med alle høgskolane som det er studentar i praksis frå, med sikte på å forbetre praksisstudiane ytterlegare.

Helse Bergen har i samarbeid med universitet og høgskular utvikla fleire nye utdanningstilbod i tråd med føretaket sine behov. Eksempel på desse er master i klinisk ernæring, master i kunnskapsbasert praksis og utdanning innan paramedic.

- Helse Vest skal etablere ei riktig mengd praksisplassar og kvalitativt gode praksisplassar for elevar/lærlingar/studentar i grunnutdanning og turnusplassar for turnuskandidatar i turnusteneste.
- Helse Vest skal gjennom samarbeid med fylkeskommunane medverke til at det blir etablert tilstrekkeleg mange læreplassar – med særleg vekt på ambulansarbeidarutdanninga og den nye helsefagarbeidarutdanninga.
- Helse Vest skal sikre at dei som har helseføretaka som læringsarena, opplever at praksis/turnus er strukturert, og at det blir gitt god rettleiing.

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

Alle helseføretaka arbeider kontinuerleg og godt med å ha riktig mengd praksisplassar og kvalitativt gode praksisplassar, og for at helseføretaka skal vere gode læringsarenaer.

I 2008 har det vore eit spesielt fokus på å etablere ordningar for lærlingar til helsearbeidarfaget, og helseføretaka fekk dei første lærlingane i helsearbeidarfaget hausten 2008. Som eit døme kan det trekkjast fram at Helse Stavanger tilsette 22 lærlingar i faget i august 2008, og desse skal ha 2 års læretid i føretaket. Helse Fonna og Helse Stavanger melder vidare om m.a. 10 og 6 lærlingar innanfor ambulanséfaget. Helse Stavanger etablerte i 2008 eit opplæringskontor for alle lærlingar i føretaket for å ta imot lærlingane på ei god måte. Den nye lærlingordninga blir vurdert som god både for lærlingane og sjukehusa: lærlingane får ein betre læresituasjon med lengre praksisperiode, samtidig som sjukehuset får god nytte av fleire ekstra hender.

Helse Førde har i høve til storleiken på føretaket svært mange elevar og studentgrupper inne i praksisperiodar (ca 500).

I 2008 tok Helse Bergen i bruk eit målesystemet for studenttilfredsheit for studentar ved dei ulike høgskulane, og resultatet viser jamt over at studentane er svært tilfreds med det praksistilbodet dei får i Helse Bergen. Tilsvarende gode evalueringar kan Helse Førde melde om.

- Helse Vest skal medverke til at forsøk med tre månaders psykiatriteneste i turnustenesta for legar kan gjennomførast.

Helse Vest har samarbeidd med Sosial- og helsedirektoratet i samband med oppstart av forsøksprosjekt for psykiatri i turnustenesta for legar. Helse Stavanger har medverka i forsøket. Helse Bergen har vurdert turnusordning for legar og fysioterapeutar i psykiatri, men ordninga for leger blei pt. vurdert som ikkje aktuell.

- Helse Vest skal planleggje og bidra til vidareutdanning og etterutdanning av helsepersonellet for å møte noverande og framtidige krav til og utfordringar i tenesta.

I 2008 har det vore eit særskilt fokus på leiaropplæring i dei nye systema i MOT-prosjektet. Som ein del av MOT-prosjektet er arbeidet med å implementere ein kompetanseportal starta opp. Portalen vil bli eit godt styringsreiskap og legg til rette for betre oppfølging av kvar einskild medarbeidar. Arbeidet vil halde fram også i 2009.

Det er utvikla eit verktøy for kompetansekartlegging for å kunne følgje opp den einskilde medarbeidaren betre. Verktøyet skal implementerast i helseføretaka i regionen i 2009 (kompetansekartleggingsmodul i MOT-prosjektet).

- Helse Vest skal sørge for tilstrekkeleg mange stillingar for tannlegar under spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin.

I Helseregion Vest er det Helse Bergen som har desse utdanningane, og som vil følgje dette opp i 2009. Ein registrerar eit behov for å utvide utdanningskapasiteten, men dette har ikkje latt seg gjere innanfor rammene i 2008.

- Helse Vest skal bidra til at det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane (mellom anna effektive utdanningsløp) og til god nasjonal, regional og lokal fordeling av legar og mellom spesialitetar.
- Helse Vest skal sørge for at stillingsstrukturen til legane er i tråd med opplysningane i Nasjonalt Råds database <http://www.nr.dep.no/> og systematisk og jamleg melde inn avviksendingar.

Helse Vest har følgd opp føringane i oppdragsdokumentet med fordeling av legestillingar i regionen. Ei særleg utfordring har vore at det i samband med ei førespurnad frå Riksrevisjonen i 2007 blei avdekkja at det var oppretta eit stort tal legestillingar i Helse Stavanger utanom den ordinære årlege tildelinga av nye legestillingar.

Styra i Helse Vest og i Helse Stavanger har hatt saka til handsaming fleire gonger. Det har vore arbeid både med strakstiltak og tiltak på noko lengre sikt for å rydde opp i forholda. Som eit ledd i dette har Helse Vest gjort ei brei ekstern vurdering av legefordinga mellom helseføretaka i regionen. Resultatet av gjennomgangen blei lagt fram for styret i Helse Vest. Fordeling av legestillingar i 2008 blei sett i samanheng med avviket mellom tildelte stillingar og stillingar i bruk i Helse Stavanger, slik at dette no er rydda opp i (jf. styresak 64/08).

2.1.9 Pasientopplæring

- Helse Vest skal sørge for at det er kvalitativt gode Lærings- og meistringssenter (LMS) ved alle helseføretak.
- Helse Vest skal tilby opplæring og bidra til innsikt i pasientars eigen sjukdom for pasientar med kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar.

Det er lærings- og meistringssenter i alle helseføretaka i Helse Vest. I fleire av helseføretaka er det også etablert desentraliserte lærings- og meistringstilbod for at tilboda skal vere lettare tilgjengeleg. Lærings- og meistringstilboda blir utvikla med utgangspunkt i brukarane sine erfaringar, og i eit tett samarbeid med fagmiljøa og brukarorganisasjonane. Målet er at fagkunnskap og brukarerfaring blir sidestilt i planlegging, gjennomføring og evaluering. I 2009 vil det m.a. arbeidast med å integrere/tydeliggjere lærings- og meistringskursa i pasientforløpa.

I Helse Fonna er det lærings- og meistringssenter for psykisk helse, lokalisert til Valen sjukehus, med ambulerande verksemd i heile føretaksområdet. Og i tillegg til lærings- og meistringssenteret ved sjukehuset i Haugesund, er det desentraliserte tilbod ved sjukehusa på Stord og i Odda.

Lærings- og meistringssenteret i Helse Bergen har også i 2008 koordinert utvikling av ei rekkje nye læringstilbod for pasientar og pårørande. Det er utvikla ein kursdatabase for å synleggjere føretaket sitt totale opplæringstilbod. Denne blir brukt til å gjere alle kurs kjent for fagfolk i og utanfor spesialisthelsetenesta, og for pasientar og pårørande. Det er også sett i gang eit strategiarbeid innanfor pasient- og pårørandeopplæring. Senteret blir drive i samarbeid med Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det er òg eit senter ved Voss sjukehus.

Lærings- og meistringssenteret i Helse Stavanger har gjennomført ei lang rekkje kurs. Det har vore mange aktivitetar i regi av familieprosjektet. Evalueringa av prosjektet er under ferdigstilling, og vil sannsynlegvis vidareførast i 2009. Det blir òg gitt lærings- og meistringstilbod i Eigersund.

Helse Førde har eitt breitt tilbod av lærings- og meistringssenter ved Førde sentralsjukehus. Det blir arbeidd med å etablere desentraliserte tilbod, m.a. KOLS-skole.

Helse Vest deltek i referansegruppa til det nasjonale kompetansesenteret for læring og meistring som i 2008 har ferdigstilt den strategiske planen sin. Helseføretaka bidreg gjennom nasjonalt og regionalt nettverk for lærings- og meistringssenter.

- Helse Vest skal sørge for at spesialisthelsetenesta i sin region driv aktiv informasjon overfor foreldre om helsemessige konsekvensar ved kjønnslemlesting, og forbodet mot slike inngrep, og prøve å hindre at jenter blir utsette for kjønnslemlesting.

Lærings- og meistringssentra har ikkje sett i verk særskilte tiltak i denne samanheng, men er eit tema som må følgjast opp i informasjonen som blir gitt til foreldre i samtaler i klinikkane.

- Helse Vest skal gi råd til foreldre med funksjonshemma barn om tilbod i Noreg, og råd om bruk av utanlandske metodar.

Det regionale helseføretaket yter støtte til foreldre med barn med funksjonshemming i form av økonomisk støtte til å tilsetje hjelp i heimen til trening etter alternative, utanlandske metodar (t.d. Doman-metoden). Talet på familiar som søker om denne type støtte, er stabilt på i underkant av 10. Helseføretaka er bedne om å gi råd til foreldre med funksjonshemma barn i denne samanheng. Helseføretaka har kompetanse til å gi råd om dette, særleg ved barnehabiliteringseiningane, men det blir rapportert om at det sjeldan kjem spørsmål om dette.

- Regjeringa har vedteke ein handlingsplan for betre kosthald i befolkninga – ”Oppskrift for eit sunnare kosthald”. Planperioden strekkjer seg frå 2007 til 2011. Helse Vest skal setje seg inn i handlingsplanen og vurdere han opp mot korleis dei oppgåvene det regionale helseføretaket er pålagde på området, blir utførte.

Lærings- og meistringssenteret i Helse Bergen har i tråd med ”Oppskrift for eit sunnare kosthald” innslag om kosthald og ernæring i dei fleste opplæringstilboda. Det er dessutan under planlegging eigne kurs om temaet.

Det blir vidare vist til omtale av den regionale kvalitetssatsinga i Helse Vest der dårleg ernæring / underernæring som risikofaktor i den medisinske behandlinga er eit av dei prioritert faglege tema som ein tek sikte på å arbeide vidare med i 2009.

2.2. Rapportering på krav i føretaksprotokoll

2.2.1 Resultatkrav 2008

I føretaksprotokoll frå møtet den 25.01.2008 blei resultatkravet til Helse Vest sett til eit resultat i balanse. Ved målinga av resultatkravet blei det bestemt at meirkostnad til pensjon på kr 697,169 mill ikkje inngår i resultatkravet. Helse Vest hadde ved inngangen til 2008 ei betydeleg omstillingsutfordring. Helseføretaka har i sitt budsjettopplegg innarbeida omstillingstiltak på til saman kr 541 mill. I rapporteringa pr. november ligg føretaka an til ein realiseringsgrad på om lag 58 % av omstillingstiltaka. Det er framleis stor variasjon mellom føretaka med omsyn til gjennomføringsgrad på tiltakspakka. Det er Helse Bergen som hadde høgast realiseringsgrad på om lag 70%, medan Helse Førde har den lågaste realiseringsgrad på 48 %.

2.2.2 Endring av resultatkrav 2008

I St.prp.nr. 59 (revidert nasjonalbudsjett) blei det tildelt kr 567,7 mill til dekning av auka pensjonspremie for 2008. Dette er om lag kr 112 mill lågare enn berekna meirkostnad til pensjon. I føretaksprotokoll frå møte den 6/6-2008 blei nytt resultatkrav for Helse Vest sett til eit underskot på kr 112 mill.

I møte den 4/2-2009 under sak 007/09 B har styret i Helse Vest fastsett nytt resultatkrav på helseføretaka for 2008. Endringa i resultatkravet blei gjort med bakgrunn i at tilleggsøyvinga på 93,6 mill som blei tildelt i St.prp.nr. 13 blei haldt tilbake i Helse Vest RHF for å dekke dei store underskota i helseføretaka. I tillegg blei resultatkravet til helseføretaka letta som følgje av oppløysing av reserveposten på kr 84 mill i Helse Vest RHF. Nytt resultatkrav blei fastsett som følgjer:

	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	SUM
Justert resultatkrav 2008	-79 574	-45 446	-121 804	-74 369	5 070	-54	204 177	-112 000

Førebels resultatprognose for 2008 viser eit underskot på om lag kr 238 mill som er eit avvik i forhold til resultatkravet på om lag kr 126 mill. Førebels resultatprognose pr. føretak er som følgjer:

	Estimat hele året		
	Prognose	Budsjett	Budsjett avvik
Apoteka Vest	9 000	5 070	3 930
Helse Bergen	-232 422	-121 804	-110 618
Helse Fonna	-64 118	-45 446	-18 672
Helse Førde	-146 599	-74 369	-72 230
Helse Stavanger	-152 502	-79 574	-72 928
Helse Vest RHF	346 315	204 177	142 138
Helse Vest IKT	2 500	-54	2 554
Sum	-237 826	-112 000	-125 826

Rekneskapa for 2008 er framleis ikkje ferdig og er ikkje gjennomgått av revisor. Det kan derfor bli endringar i resultatet.

Det er særleg resultatutviklinga etter sommaren som har vore svært bekymringsfull. Ein stor del av omstillingstiltaka skulle gi full effekt etter sommaren og hausten. Helseføretaka har ikkje i stor nok grad evna å gjennomføre tiltaka. I tillegg har det oppstått avvik på andre

områder, som gjestepasientar, innleige av personell, lønnskostnader og andre driftskostnader. Dei største avvika har oppstått dei siste månadene, og i særleg grad blei desember ein dårleg månad. Det er særleg Helse Stavanger som har eit betydeleg avvik i desemberrapporteringa, men det har også oppstått negative avvik i Helse Førde og Helse Fonna.

Avviket dei siste månedane viser at det er behov for ytterlegare å stramma inn på det økonomiske styringsopplegget. Tiltaka frå 2008 vil bli vidareført, og i tillegg blir mellom anna følgjande tiltak sette i verk:

- Budsjetgruppe som skal gjennomgå og kvalitetssikre alle budsjetta og avdekke risiko og behov for eventuelle ytterlegare tiltak.
- Balansegrupper på kvart helseføretak som skal arbeide kontinuerleg gjennom året og hjelpe leiinga i HF-a med å avdekke risiko og bidra til implementering av ytterlegare tiltak for å lukke avvik.

2.2.3 Auka kontroll med utviklinga i bemanninga

I protokoll frå føretaksmøtet den 25.01.08 blei det stilt følgjande krav til Helse Vest om auke kontroll med utviklinga i bemanninga:

- Helse Vest RHF skal sikre at fullmaktsstrukturen i føretaksgruppa er utforma slik at fullmakter til å tilsette eller opprette stillingar skal liggje på høgare eller same nivå som tildelt budsjettansvar. Tilsvarande skal gjelde for bruk av innleidd arbeidskraft og godkjenning av overtid.
- Helse Vest RHF skal sørge for at det innan 1. mai 2008 er etablert eit utval for kvart av dei helseføretaka som ligg til Helse Vest RHF, som skal godkjenne alle nyoppreta stillingar og tilsettingar i vakante stillingar i helseføretaket.
- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka etablerer rutinar for at eigne tilsette blir omdisponerte på tvers av divisjonar, avdelingar og postar slik at bruken av innleidd personell kan bli redusert.
- Helse Vest RHF må sikre at helseføretaka som ligg til Helse Vest RHF følgjer etablerte rutinar ved tilsetting, oppretting eller omdisponering av stillingar som er omfatta av systemet for fordeling av legar.
- Helse Vest RHF må sikre at bemanninga i det enkelte helseføretak er sett saman på ein måte som er teneleg i forhold til oppgåvene til føretaket.
- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka som ligg til Helse Vest RHF planlegg og gjennomfører avvikling av ferie på ein mest mogleg kostnadseffektiv måte.

Det er for 2008 sett eit øvre grense for talet på netto månadsverk, tal tilsette og samla ressursbruk til bemanning for kvart av føretaka. Vidare er det berre gitt høve til å opprette nye legestillingar innan dei høgst prioriterte områda. Fullmakt til å tilsetje er etablert på høgare eller same nivå som tildelt budsjettansvar. Tilsvarande godkjenning er etablert for innleidd arbeidskraft og godkjenning av meirarbeid og overtid. I tillegg er fullmaktsstruktur og godkjenningsrutinar etablert i nytt arbeidsplansystem. Helseføretaka etablerte innan 1. april 2008 utval som skal godkjenne alle nyoppreta stillingar og tilsetjingar i vakante stillingar. Vidare er det etablert rutinar for at eigne tilsette/vikarar blir omdisponerte på tvers av klinikkar, avdelingar og postar, slik at bruken av innleidd personell blir redusert til eit minimum.

Aktivitetsstyrtd arbeidsplanleging har vore ei viktig tilnærming for å endre kulturen på korleis ein planlegg og på ein god måte utnyttar dei samla ressursane. Det er laga ein årskalender med ulike aktivitetar for å sikre betre arbeidsplanlegging i alle føretaka, og erfaringsutvikling mellom føretaka er også sentralt i høve til dette.

Dei langsiktige måla for betre og meir optimal ressursutnytting vil halde fram i 2009. Samla sett har føretaka redusert bruken av variabel løn for 2008, men ein ser likevel at ressursutnyttinga må bli betre. Det er stilt krav til at føretaka skal sikre at bemanninga er sett saman på ein måte som er tenleg i forhold til oppgåvene i føretaket.

Føretaka er pålagd å planlegge og gjennomføre ferieavviklinga på ein mest mogleg kostnadseffektiv måte. Som ein del av MOT-prosjektet og innføring av ordninga med bemanningskoordinatorar, er det utarbeidd rettleingar for leiarar når det gjeld ferieavvikling.

2.2.4 Investeringar og kapitalforvaltning

I tabellen under er det gjort ei samanstilling på rapportering av investeringar i helseføretaka pr. 31.12.2008. Det er usikkerheit i tala då rekneskapen ikkje er ferdig avstemt og gjennomgått av revisor.

	Utbetalingdata		
	Utbetalt tom 2007	Utbetalt hittil pr .../.... 2008	
Helse vest RHF			
Prosjekter og bygningsmessige investeringar		Bygg	Utstyr
MOBA	188043	91432	0
BUPA	8219	1280	0
Stavanger DPS	415	14470	0
MOBA ny etasje	26541	9317	0
Parkbygget	139881	76394	0
Laboratoriebygget	345440	288669	0
Ombygging frigjorte arealer	0	0	0
Barne og ungdomssenter	14000	0	0
Krohnsnmnde Fjell og Årstad	40000	0	0
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03	0	0	0
Øvrige bygningsmessige investeringar		431 866	0
Utstyr. mv			
Medisinsk teknisk utstyr			227 073
IKT- utstyr			125 378
Annet			46 951
Sum totale investeringar		913 428	399 402

Samla investeringsbeløp er på kr 1,3 mrd. I dette beløpet ligg det eit relativt stort etterslep på investeringar frå 2007 som er blitt aktivert i 2008. Beløpet utgjer om lag kr 200 mill og ligg hovudsakeleg i Helse Bergen.

Styret i Helse Vest har i møte den 12.12.2008 under sak 121/08 B vedtatt nytt investeringsregime. Investeringane må styrast og prioriterast innafor tilgjengeleg likviditetsramme. Eventuelle avvik i resultatet får direkte innverknad på investeringsramma

og helseføretaka må planlegge investeringane på ein slik måte at det er mulig å styre investeringane innafør tilgjengeleg likviditet.

Helse Vest har i 2008 fått tildelt lån på kr. 165 mill til Haukeland sjukehus. Lånet er gitt til Helse Bergen for finansiering av det nye laboratoriebygget. Helse Vest har pr. 1. juli 2008 konvertert byggjelån på kr 298,8 mill vedrørende MOBA ved Helse Stavanger til eit langsiktig lån. Pr. utgangen av 2008 er det konvertert ytterlegare byggjelån kr 141,9 mill til langsiktig lån. Dette gjelder følgjande prosjekt:

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporterings skjema for lån under opptrekk pr. 31.12.2008				
Helse Vest RHF				
Ettårig låneopptak		Låneopptak 2008		Antatt/ Gjennomsnittlig levetid.
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2008		0		
Byggjelån videreført fra 2007 som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.08	Lånesaldo pr 31.12.07 (inkl. renter)	Låneopptak 2008	Tidligere byggjelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.08 (eksl. renter 2008)	Antatt levetid
Parkbygg Helse Bergen	112 601 971		112 601 971	
Ombygging Sandviken Helse Bergen	29 288 877		29 288 877	
			0	
Sum tidligere byggjelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.08	141 890 848	0	141 890 848	
Byggjelån for videreføring	Lånesaldo pr 31.12.07 (inkl. renter)	Låneopptak 2008	Sum byggjelån for videreføring pr 31.12.2008 (eksl. renter 2008)	
Sandviken trinn 2 Helse Bergen	40 436 003		40 436 003	
Hudbygget Helse Bergen	10 109 001		10 109 001	
Krohnsmidne (Fjell og Årstad) Helse Bergen	23 250 702		23 250 702	
Laboratoriebygget	402 069 242	165 000 000	567 069 242	
Omførdes fra Helse Førde til annet HF	1 054 430		1 054 430	
BUPA Helse Stavanger	101 090 008		101 090 008	
			0	
Sum byggjelån for videreføring	578 009 386	165 000 000	743 009 386	
Sum låneopptak 2008		165 000 000		
Sum lånopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.08			141 890 848	
Frist for innlevering er 15. januar 2009				

Pr. 31.12.2008 har Helse Vest følgjande status på lån:

Byggjelån	0,780 mrd
Langsiktig lån	1,442 mrd
Driftskreditt	1,514 mrd

2.2.5 Samordning av stabs- og støttefunksjonar

Det blei stilt følgjande krav til Helse Vest om samordning av stab og støttefunksjonar i protokollen frå føretaksmøtet den 25.01.08:

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å arbeide vidare med saka i tråd med anbefalingane i fellesutredninga dagsett 15. november 2007. Dette inneber at det skal etablerast nasjonale fellesløysingar innanfor områda HR/lønn, økonomi/rekneskap og innkjøp.

Helse Vest deltar i Nasjonalt Prosjekt for Stab- og Støttefunksjonar under leiing av Helse Sør-Aust RHF. I 2008 har det vore fokus på anskaffing av HR-system, samt oppstart på anskaffingsprosess for økonomi- og logistikksystem. I 2009 vil fokus vere på anskaffing av økonomi- og logistikksystem, samt standardisering mellom regionane.

2.2.6 Oppfølging av sjukefråvær og tiltak for inkluderande arbeidsliv

Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF set interne mål for det planlagde IA-arbeidet til verksemda for 2008. Det skal setjast mål for følgjande område:

- Redusert sjukefråvær
- Behalde og rekruttere personell med redusert funksjonsevne
- Auke den reelle pensjoneringsalder.

Helse Vest blei bedne om å halde fram med rapportering av sjukefråvær etter gjeldande rutinar for rapportering om gjennomførte tiltak og resultatutvikling i forhold til dei interne måltala for verksemda.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å vere merksam på prosjektet "Aktive Sykehus" som allereie er sett i gong ved fleire sjukehus, og som mellom anna har som mål å redusere sjukefråværet.

Det er stilt krav overfor helseføretaka om at dei aktivt skal medverke til eit sterkare strategisk HR-fokus og bidra til felles løft innanfor HR-området. I tillegg til ein generell høg medverknad kring heile HR-området og dei forhold som mellom anna er nemnd om personell, rekruttering, aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging, leiing og leiingsutvikling andre stader i styringsdokumentet, har helseføretaka i 2008 særleg prioritert arbeidet med sjukefråvær.

Det er eit overordna mål ikkje å ha sjukefråvær på over 4,5 %. Dette målet er ikkje nådd, men utviklinga er god i mange einingar. Over 500 einingar har hatt eit lågare sjukefråvær enn 4,5%, samstundes som andre einingar har hatt eit svært høgt sjukefråvær. Det har difor vore viktig å sikre at føretaka nyttar seg av analysar som føreligg for å initiere og setje i verk målretta tiltak og bidra til erfaringsutveksling mellom føretaka. Det føreligg om lag 60 ulike prosjektbeskrivingar av tiltak som leiarar kan gjere seg nytte av. Det er sett i verk konkrete tiltak for å redusere uttaket av uføre og AFP, og arbeidd aktivt med utviklinga av seniorpolitikken slik det er synleggjort i MOT prosjektet. Det er retta fokus på den langsiktige utviklinga på HMT-området, (helse – miljø og tryggleik), og nytta HMT-systemet for å få til reelle forbetringar. Eit mål har vore å levandegjera HMT arbeidet, sikre betre medverknad og samarbeid og sikre leiarar sin kompetanse i omstillingsprosessar.

2.2.7 Reduksjon av uønska deltidstillingar

Føretaksmøtet den 25.1.08 viste til deltidsundersøkinga som blei gjennomført i Helse Vest RHF 2007. Med utgangspunkt i datamaterialet frå denne, bad føretaksmøtet Helse Vest RHF om å:

- gå gjennom bruk av og årsaka til uønska deltid i helseføretaka,
- konkretisere og sette i verk tiltak for å leggje til rette for at arbeidstakarar som ønskjer å auke sine stillingsbrøkar skal få dette, og
- måle effekt av tiltak som er sette i verk (reduksjon i uønska deltid).

Med bakgrunn i resultatata frå undersøkinga, er det er stilt krav til helseføretaka om at det ikkje skal tilsettast nye medarbeidarar før ein har tatt ut potensialet som ligg i å auke opp stillingsbrøkane for dei som har deltidsstillingar og som ønskjer større stilling. Helseføretaka hadde per 1. juni 2008 etablert tiltak og prosessar for å redusere bruk av deltid. Det er sett i gang ulike lokale prosjekt i føretaka.

2.2.8 Rekruttering av personar med innvandrabakgrunn og språkkrav til utanlandsk helsepersonell

Føretaksmøtet la til grunn følgjande krav til Helse Vest om rekruttering av personar med innvandrabakgrunn og utanlandsk helsepersonell:

- Det skal rapporterast på kor mange og kor stor del av dei tilsette som har innvandrabakgrunn i verksemda per 1. januar 2008, kva mål verksemda sette for rekruttering av personar med innvandrabakgrunn i 2008, samt kor mange og kor stor del av dei tilsette som har innvandrabakgrunn per 1. januar 2009.
- Helse Vest RHF skal sende ein samlerapport for området til departementet innan 15. april 2008.
- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF ser til at helseføretaka legg opp rutinar for vurdering av språkkrav.

Rapport om kor mange og kor stor del av dei tilsette som har innvandrabakgrunn i verksemda per 1. januar 2008, kva mål verksemda sette for rekruttering av personar med innvandrabakgrunn i 2008, samt kor mange og kor stor del av dei tilsette som har innvandrabakgrunn per 1. januar 2009 er send til Helse og omsorgsdepartementet i tråd med kravet.

Det er etablert mål for føretaksgruppa om at 6-10% av alle medarbeidarane skal ha innvandrabakgrunn, fordelt om lag likeverdig mellom gruppa vestlege/ikkje vestlege innvandrarakar. I tillegg er det etablert planar for å auke rekrutteringa av personar med innvandrabakgrunn.

Det blir årleg henta ut statistikk frå Statistisk Sentralbyrå for å dokumentere utviklinga i føretaksgruppa. Ved inngangen til 2008 var tala:

Tal	Herav:	
	Vestlege	Ikke-vestlege
Innvandrarakar	7,2	3,9

Vidare er det er etablert ulike delprosjekt i helseføretaka for å sikre ein god balanse. Det er etablert felles prosjekt mellom føretaka, NAV og fylkeskommunane for å betre rekrutteringa

av innvandrarkvinner til helsefagarbeidarfaget. Dette er eit pilotprosjekt som ein har stor tru på skal gi effektar både for føretaka og ikkje minst innvandrarkvinnene.

Krav til språk blir stilt først etter at kvalifikasjonane som er knytt til yrket er vurderte og godkjende. Det er tatt i bruk felles rekrutteringssystem og støtte til leiarar for å sikra god kvalitet i rekrutteringsarbeidet.

2.2.9 Overføring av enkeltoppgjer for pasienttransport til regionale helseføretak i løpet av 2009

Helseregionane skal frå 1. januar 2010 ta over ansvaret for enkeltoppgjer frå NAV. Helse Vest deltek i det nasjonale prosjektet for denne overtakinga og har etablert eit eige regionalt prosjekt for innføringa i Helse Vest. Overtakinga av desse tenestene vil gje store projektkostnader og pukkelkostnader i tida ny organisasjon blir bygd opp samstundes som NAV ivaretar tenesta. Regionane vil samla ta kontakt med departementet med tanke på å få dekkja desse kostnadene.

2.2.10 Pasienttransport – betre tilgjenge og utnytting av ressursar

- Føretaksmøtet la til grunn at tenesta ved kjørekontora må bli vurderte med omsyn til kapasitet, tilgjenge og service. Det må arbeidast vidare med å utvikle og forbetre systema for elektronisk bestilling, koordinering og kontroll. Vidare må transportørane følgjast opp slik at tenestene blir leverte etter kontrakt.
- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF legg vekt på å etablere kostnadseffektive og tilpassa transportløyningar med god tilgjenge. Det er utarbeida ein felles rapport frå Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet om pasienttransport og transporttilbodet i distrikta. Føretaksmøtet bad om at rapporten blir distribuert og lagt til grunn for vidare utvikling av transporttilbodet i helseføretaka.

Fagfeltet pasientreiser har vore i utvikling i perioden. Dei viktigaste forholda regionalt er gjennomføring av prosjekt pasientreiser (tidligere prosjekt enkeltoppgjør), overføring av oppgjerskontor frå Helse Bergen til de enkelte føretak, og vidare arbeid med å etablere elektronisk samhandling mellom rekvirentar, pasientreiseiningar og transportørar.

Prosjekt pasientreiser

Prosjektet blei etablert nasjonalt for å sikre overføringa av enkeltoppgjør frå NAV til helseføretaka. Det er seinare blitt utvida til å sikre overføring av elektronisk eigenandelsinformasjon av pasientreiser til NAV innan gjeldande tidsfristar. I Helse Vest har ein utvida mandatet til den regionale prosjektgruppa for å sikre ei heilskapleg tilnærming til pasientreiser. Dette inkluderer arbeid med soneinnkalling, som er ei tilpassing av innkallingstidspunkt mot gunstige transportløyningar. Det vil medføre mindre venting for pasienten og reduserte kostnader for føretaka. Etableringa av det regionale prosjektet har vidare fungert som eit forum for ressurspersonar innan fagfeltet, noko som i stor grad har vore etterspurt. I dette forumet ivaretar ein kunnskapsoverføring mellom føretaka, og sikrar at hensiktsmessige løyningar bli implementert i heile regionen.

Overføring av oppgjerskontor

Helse Bergen har etter overføringa av direkteoppgjersreiser frå NAV ivaretatt saksbehandling av direkteoppgjær for alle føretak i regionen. Denne avtalen er oppsagt, og blir terminert 1. april 2009. Dette er gjort for at det enkelte føretak i framtida skal ha ansvar for alle forhold rundt pasientreiser, og dermed kunne organisere seg hensiktsmessig i forhold til det. Lokalkunnskap om geografi og transportørar blir vurdert som viktige for å gjennomføre tilfredsstillande kontroll med gjennomførte oppdrag innmeldt av transportørar.

Elektronisk samhandling

Elektronisk samhandling i alle ledd knytt til pasientreiser er viktig for å redusere ressursbehovet i tenesta, og for å gjere gode styringsdata tilgjengelige. Det er også avgjerande for å sikre elektronisk eigendelsinformasjon for overføring til NAV sine nye elektroniske frikort. Det har vore jobba målretta for å sikre elektronisk rekvirering i eigne føretak gjennom 2008. Hovudfokus i 2009 vil vere å leggje til rette for elektronisk rekvirering i primærhelsetenesta, samt elektronisk samhandling med transportørar.

Lokale tiltak knytt til pasientreiser

Under er dei viktigaste tiltaka som er gjennomførte ved dei enkelte pasientreiseeiningane lista opp:

Helse Bergen HF

- Innføring av menystyrt telefonteneste har ført til kortare ventetid, og løyst mange utfordringar knytt til vikarbruk
- Etablert pasient venteareal bemanna med 2 personar i tidsrommet 08-17
- Det er sett i verk samordning av *lokale* pasientreiser ut frå HUS og DSH. Ca 150 pasientar reiser daglig lokalt via pasientventearealet
- Gjennomført brukarundersøking i samarbeid med brukarutvalet i Helse Bergen HF. Resultat er ikkje framlagt enno
- Etablert venteplassar for pasientar i det enkelte bygg ved HUS for å betre pasientlogistikken
- Auka fokus på å utnytte returbilar på oppdrag lokalt i Bergen, samt benytte helsebussar lokalt i periodar med lite anna aktivitet
- Vektlagt opplæring og oppfølging av rekvirentar og transportørar

Helse Fonna HF

- Vidareutvikla Helseekspressen. Helseekspressen går daglig måndag til fredag på strekninga Haugesund sjukehus – Bergen – Haugesund sjukehus. Helseekspressen har helsepersonell om bord, noko som gir tryggleik for brukarane. Ein registrerer at pasientar i større grad bruker Helseekspressen framfor drosje, og dermed får eit betre og billigare tilbod.
- Helse Fonna har omorganisert tenesta, og pasientreiseeiningar er no direkte underlagt samhandlingssjefen i føretaket. Dette gjenspeglar auka fokus på området, og ei vurdering av at pasientreisar er ein integrert del av helsetenesta.
- Vektlagt opplæring og oppfølging av rekvirentar og transportørar

Helse Førde HF

- Pasientreisar Helse Førde har i 2008 hatt fokus på bruk av rett transporttype i forhold til transportbehov. I samband med dette er samhandling med transportør og rekvirent viktig.
- Overtatt organisering av alle interkommunale turar i Sogn og Fjordane
- Vektlagt opplæring og oppfølging av rekvirentar og transportørar
- Helse Førde har konkurranseutsett all kjøring med drosje og turvogn. Kontraktane er meir balanserte og forpliktande enn tidlegare, og transportørar blir trekt inn som strategiske samarbeidspartnarar for pasientreiseeininga. Det er kontraktfesta eigne kurs for sjåførar med blant anna førstehjelp, og utvikla retningslinjer for sjåførane. Takstameter er programmert med Helse Førde HF sine takstar. På denne måten blir det skapt tryggleik for sjåførane, og sikrar at desse fungerer som gode representantar for tenesta.

Helse Stavanger HF

- Oppretta ventesone med tilsette frå pasientreiseeininga. Ope mellom 08-16. Det blir vurdert å utvide dette til kl 20
- Oppretta arbeidsstasjon for NAV i ventesonene for å betene pasientar
- Vektlagt opplæring og oppfølging av rekvirentar og transportørar

2.2.11 Bruk av frivillige mannskap i ambulansetenesta

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sjå til at avtalar med frivillige organisasjonar om suppleringssteneste med vidare, blir vidareførte innanfor ramma av overgangsbestemminga i "Forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utenfor sykehus", inntil det ligg føre ein avklaring av rolla til dei frivillige organisasjonane som beredskapsressurs.

Alle helseføretaka med unntak av Helse Førde rapporterer at avtalane med frivillige organisasjonar er vidareførte i 2008 i høve til dette kravet.

2.2.12 IKT

- Helse Vest har i løpet av 2008 gjennomført konsolidering av teknisk plattform for meldingsutveksling av aktuelle meldingar mellom helseføretaka og primærhelsetenesta. Det er starta opp regionalt program for Meldingsløftet for leveransar i høve til nasjonalt direktiv og i samsvar med utrulling av Fells EPJ i eigen region.
- Arbeidet med eResept og utskrivings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) er følgd opp blant anna gjennom aktiv deltaking i den felles innsatsen og etablerte prosjekt i Nasjonal IKT.
- Helse Vest legg til rette for kommunikasjon mellom eigne helseføretak, og med dei andre regionale helseføretaka gjennom samarbeidet med Helse Sør-Aust i prosjektet Felles Publiseringsløysing. Prosjektet leverer felles løysingar og plattform for Internett og Intranett og byggjer på HOD sitt rammeverk som sentralt fundament.

- Helseføretaka sine tilbakemeldingar om oppgradering av mammografiutstyr til digital teknologi koordinert med Kreftregisteret sitt sentrale IT-utstyr er av varierende i detaljnivå, og Helse Vest RHF vil følge opp denne problemstillinga i 2009.
- Helse Vest har innført systemet for elektroniske meldingar til Medisinsk Fødselsregister i heile føretaksgruppa i løpet av 2008.

2.2.13 Fengselshelsetenesta

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å sørge for at det blir etablert avtalar mellom spesialisthelsetenesta (DPS/sjukehusavdeling/HF) og kommunar som har eit ansvar for helsetenesta i fengsel/primærhelsetenesta i fengsel, innan utgangen av første tertial 2008.

Alle helseføretaka har rapportert til Helse Vest at det er inngått eller utarbeida utkast til avtalar mellom spesialisthelsetenesta og kommunar som har eit ansvar for helsetenesta i fengsel/primærhelsetenesta i fengsel.

2.2.14 Oppfølging av klimapolitikken

I første kulepunkt i føretaksprotokollen under avsnittet om klimapolitikk, blir Helse Vest bedt om å følge opp regjeringa sin handlingsplan i samband med innkjøpa til helseføretaka.

Den regionale innkjøpsgruppa i Helse Vest består av innkjøpsleiarane i kvart av helseføretaka og blir leia av logistikk- og innkjøpssjef i Helse Vest RHF. Innkjøpsgruppa har i løpet av året hatt fokus på regjeringa sin handlingsplan i samband med innkjøp og sørgd for at miljøaspektet blir vurdert særskilt ved alle førespurnadar og konkurransar som blir retta ut mot marknaden. Dessutan har alle med innkjøpsfagleg ansvar og bakgrunn, som også er dei som opptretr som leiarar av dei forskjellige innkjøpsgruppene for varer og tenester, gjennomgått 2-dagars opplæring i miljøkrav knytt til den statlege handlingsplanen. I malverket for kontraktar er det lagt inn fast punkt som stiller krav til miljøeigenskapar på produkta.

Dei andre punkta under punkt 6.7. i føretaksprotokollen er retta mot det nasjonale miljø- og klimaprojektet som Helse Vest RHF har leia. Helse Vest RHF har rapportert på desse punkta i samband med rapporten som vart oversend Helse- og omsorgsdepartementet pr. 1. oktober 2008.

2.2.15 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigendomar

Når det gjeld kravet om å utarbeide forvaltingsplanar, er dette kravet vidareformidla til helseføretaka i styringsdokumentet for 2008. Dessutan har Helse Fonna vore engasjert i eit samarbeid med Statens Kulturhistoriske Eiendommer for å utarbeide ein pilot for forvaltingsplan i helsesektoren. Helse Fonna har for eigen del utarbeidd ein forvaltingsplan for Stord Sjukehus som nå inngår i arbeidet med å utvikle ein nasjonal pilot for forvaltingsplanar.

Helse Vest RHF har deltatt i utgreiingsarbeidet leia av Helse Midt-Norge RHF for å vurdere om det er behov for særskilt kompetanse på kulturminnevern i sektoren og korleis denne i så fall bør organiserast. Det er rapportert særskilt på dette punktet i samsvar med punkt 6.8. i føretaksprotokollen for 2008. Spørsmålet om utvikling av og organisering av særskilt kompetanse på kulturminnevernet har blitt førelagt for og forankra i styret i Helse Vest RHF i møte i desember 2008.

3. STYRET SITT PLANDOKUMENT

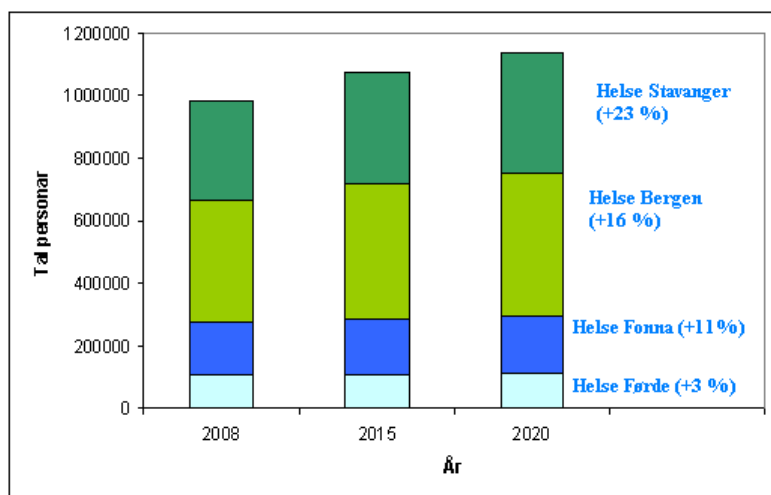
3.1 Utviklingstrendar og rammeføresetnadar

3.1.1 Utviklinga innanfor opptaksområdet

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

Befolkningsutvikling

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



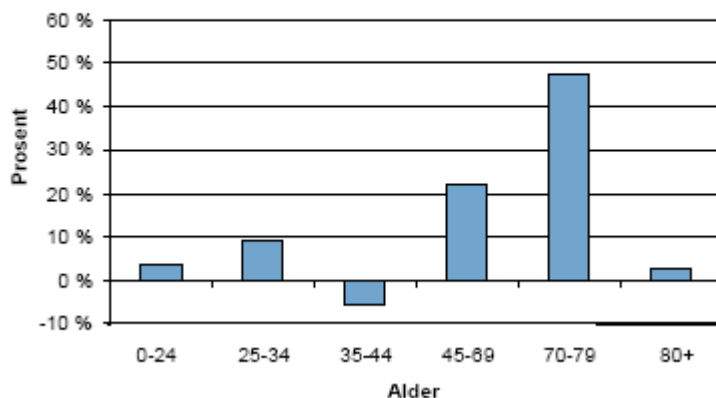
Helse Vest vil møte ei stadig eldre befolkning. Den største auken vil kome i aldersgruppa 70–79 år, som vil auke med 50 % frå 2008 til 2020. Talet på eldre vil auke mest i den sørlegaste

¹ Statistisk Sentralbyrå (SSB) Framskrivning av folkemengda 2005–2025.2008–2060. Nasjonale og regionale tal (20052008), mellomalternativet (MMMM).

delen av regionen. Den nordlegaste delen kjem likevel til å ha prosentvis flest innbyggjarar over 65 år. Talet på eldre vil og auke sterkt etter 2020.

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

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



Busetjingsmønsteret har i mange tiår vore prega av at unge menneske flyttar til byane, mens dei eldre blir igjen i distrikta. Denne trenden blir sannsynlegvis forsterka fram mot 2020.

I framtida får dei eldre jamt over betre helse, og levealderen vil auke. Auken i talet på eldre er like fullt ein viktig faktor for spesialisthelsetenesta. Mange sjukdommar er sterkt relaterte til alder, og eldre har ofte meir samansette sjukdomsbilete. Ressursbehovet i tilknytning til helsetenester for den aldrande befolkninga vil auke i kommunehelsetenesta. Denne trenden vil halde fram, mellom anna med større etterspørsel etter sjukeheimsplassar og heimetenester. Helse Vest vil arbeide for å betre samspel mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta for å dekkje behova til dei eldre. Helse Vest vil gjennom eit eige prosjekt sjå nærare på både utforming og organisering av tenestene til dei eldre, særleg for dei som har samansette lidningar.

Eldre pasientar har eit større relativt forbruk av sjukehusenester, men det er ikkje venta større endringar i behovet for sengekapasitet ved sjukehusa eller dramatisk auka helsekostnader på grunn av den aldrande befolkninga. Andre krefter, til dømes nye medisinske metodar og ny teknologi, vil ha større innverknad på kostnadsutviklinga. Auken i talet på eldre vil først og fremst påverke måten spesialisthelsetenesta blir organisert og driven på, og utforminga av tenestetilbodet.

Planlagde utbetringar i samferdsel, transport og infrastruktur kan påverke både etterspørselen etter helsetenester og korleis vi kan organisere tilbodet.

Sjukdomsutvikling

Det er venta ein auke i kroniske sjukdommar og livsstilsrelaterte sjukdommar. Hjarte-sjukdommar, lungesjukdommar, slag, kreft, diabetes og muskel- og skjelettplager vil auke i alle aldersgrupper. Desse pasientgruppene har kort liggjetid på sjukehus og har mange desentraliserte tilbod eller dagbehandlingstilbod. Dette blir ei stor utfordring for primærhelsetenesta, og etterspørselen etter rehabilitering og lærings- og meistringstilbod kjem til å auke. Sjukleg overvekt gir seg utslag i sjukdommar som er nemnd ovanfor og det har vore ei kraftig auke i talet på pasientar til operasjon for sjukleg overvekt. Det vil fortsett vere behov for eit høgt tal på slike operasjonar.

I åra framover vil nasjonale helsestyresmakter framleis fokusere sterkt på førebyggjande arbeid. Det er i hovudsak kommunehelsetenesta som driv dette arbeidet (primærførebygging). Spesialisthelsetenesta må likevel ta del i dette arbeidet, først og fremst som ein viktig kunnskapsbase for førebyggjande og helsefremmande arbeid, men også ved å delta med kompetanse i målretta tiltak i samfunnet elles. Spesialisthelsetenesta si rolle innanfor førebyggjande verksemd vil elles først og fremst vere knytt til forskning, utvikling av kunnskap om årsakene og verknadene som endra levevanar kan ha, og rådgiving relatert til det. Ansvar for såkalla sekundær- og tertiærførebygging er samtidig ein del av ansvaret til Helse Vest. Målet med denne typen arbeid er todelt. For det første kan det bidra til ein betre livssituasjon for pasientar som er eller har vore på sjukehus. Dernest kan vellykka førebygging bidra til å hindre uønskte reinnleggingar, og dermed gi redusert press på tenestene.

Det meste av auken i ressursbehov vil vere knytt til den auka utbreiinga av kreft, utvikling av behandlingmetodar for kreft og større omfang av kroniske og vanlege sjukdommar i ei aldrande befolkning.

Helse Vest har laga ein regional kreftplan. Styret behandla planen i mars 2005. Planen syner kva utfordringar ein står overfor og korleis Helse Vest vil møte desse. Det er òg rekna ut korleis auken i talet på kreftsjuke påverkar kostnadene. Ein reknar med at utgiftene kjem til å fordoble seg frå 2004 til 2020.

Ein ventar at det også vil bli fleire personar med psykiske lidningar i åra framover, spesielt psykososiale lidningar hos barn og unge og rusrelaterte psykiske lidningar. Det er viktig at tenestene blir utvikla på brukarane sine premisser, og at dei blir prega av heilskap og samhandling med andre sektorar. Ei anna gruppe som truleg vil ha behov for større merksemd og spesielt tilrettelagde tilbod i framtida, er barn av psykisk sjuke foreldre og barn av rusmiddelavhengige foreldre. Denne gruppa vil stille store krav til samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

Det var i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 sett som mål at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkninga skal få eit spesialisthelsetenestetilbod. Med ein dekningsgrad på 3,5 prosent i regionen i 2007 er det behov for ein fortsett aktivitetsvekst også etter at opptrappingsplanen vart avslutta i 2008.

Ei meir usikker, men potensielt krevjande utfordring er knytt til epidemiar og utvikling av multiresistente bakteriar. Stor reiseaktivitet og rask transport av personar frå kontinent til kontinent kan føre til sjukdomspreiing av så stort omfang at det er snakk om verdsomspennande utbrot (pandemiar). I tillegg kan vi sjå oppblomstring av smittsame

sjukdommar som i dag ikkje lenger blir oppfatta som store helseproblem i Noreg, og multiresistente bakteriar kan bli importerte frå utanlandske sjukehus gjennom utveksling av helsetenester på tvers av landegrensene.

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.

Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

Område	I dag	Mogleg utvikling mot 2020
Biletforming og biletdannande utstyr	Ulike metodar blir brukte til å kartleggje anatomi for å diagnostisere sjukdom.	Omfattande utvikling av nye metodar for større detaljering av struktur og funksjon (PET) og i kombinasjon med behandling.
Miniinvasiv kirurgi	Blir brukt i relativt stort omfang Robotkirurgi er under utvikling.	Laparoskopiske og endoskopiske prosedyrar vil vere hovudoperasjonsmetodar.
Kardiologisk miniinvasiv intervensjon	Brukt til diagnostikk og behandling hos store pasientgrupper.	Fleire og meir komplekse former er venta. Mindre invasive metodar fører til at fleire eldre kan behandlast.
Vaksinar	Blir i hovudsak brukte til førebygging av akutte infeksjons- sjukdommar og mot nokre kreftformer.	Blir viktigare i behandlinga av ei rekkje sjukdomsgrupper.
Vevs- og organdyking (Tissue engineering)	Forskning med sikte på å dyrke vev frå pasienten. Behandling med stamceller som blir utvikla til ønskt vev.	Nydyrka vev frå pasienten sjølv blir viktigare, spesielt innanfor rekonstruktiv kirurgi og som delar av organ. Biomateriale kan forbetre ledd osv.
Gentesting	Under innføring. Identifiserer gen som er ansvarleg for sjukdom.	Meir "personleg" medisin med tilpassa behandling. Aukande bruk for å identifisere risiko for sjukdom.
Farmako-genomikk	"Skreddarsaum" av behandling hos enkeltindivid/grupper er teke i bruk.	Har venteleg nådd eit betydeleg omfang som gir grunnlag for tilpassa behandling.
Genterapi	Førebels brukt med lite hell.	Defekte gen som gir opphav til sjukdom, kan korrigjerast.
Nanoteknologi og nanomedisin	Brukt til å nå cellulære element ("mål") med behandlande medikament.	Gjer det mogleg å gi medisinar direkte til området som treng dei. Dermed kan dosen reduserast.
Stamcelle-behandling	Eksperimentelle dyreforsøk med godt resultat, ikkje nådd same resultat med pasientar.	Usikkert kor mykje det har å seie.

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

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

Utviklinga innanfor medisinsk kunnskap og teknologi fører til auka etterspurnad og ressursbruk. Nye 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.

Det er etablert ein database for varsling av nye medisinske metodar. Kunnskapscenteret står for utviklinga, initiert av Helse Vest. Databasen er eit hjelpemiddel for å styre innføringa av nye metodar i tråd med dokumentert kunnskap, noko som er viktig for at ressursane skal kome store pasientgrupper til gode. Det er nå vesentleg at databasen blir teke aktivt i bruk.

Forventningar til helsetenesta

Pasientrolla har gjennomgått store endringar dei siste tiåra. Pasienten blir ein meir aktiv, velinformert og medbestemmande person. Pasientane er likevel ikkje ei homogen gruppe. På den eine ytterkanten finn vi ressurssterke pasientar som utnyttar dei tilboda som finst. På den andre sida finn vi til dømes pasientar som er ramma av kroniske sjukdommar, og som har vedvarande pleiebehov og få alternativ å velje mellom. I mange høve er ressurssterke pårørande viktige pådrivarar og samarbeidspartnarar for helsepersonellet.

Hovudtrekk ved forventningane som folk har til helsetenesta:

Område	I dag	Utviklingstrekk mot 2020
Eiga forståing og eigen kunnskap	Aukande medvit og kunnskap hos pasientane	Aktiv pasientrolle, krevjande konsument
Valfridom og brukarinformasjon	Ventetid på nett, men timebestilling på papir. Lite informasjon om resultatane ved sjukehusa	Større reell valfridom, timebestilling på nett og betre informasjon Større skilnad mellom ressurssterke og ressursvake pasientar
Bevisstheit om kostnadene ved helsetenesta	Eigendel til fastlege med portvaksfunksjon	Spesialisthelsetenesta skaper kostnadsmedvitne pasientar Førebygging blir premiert
Forventning om kvalitativt god behandling og god oppleving av behandlinga	Manglande koordinering mellom fagområde og behandlingsnivå	”Saumlause” behandlingsskjeder All pasientinformasjon blir delt digitalt
Tillit til helsetenesta	Tillit fordi pasientane ”ikkje veit betre”	Større openheit om kvaliteten i sjukehusa
Alternative behandlingsformer	Lite integrert i den offentlege helsetenesta	Auka valfridom og openheit

Behovet for aktivitetsvekst

Endringa i folkesetnaden er ulik i ulike delar av regionen, og det tilseier at behovet for aktivitetsvekst blir ulikt fordelt. Ein reknar med at det blir behov for ein dobbelt så stor auke i talet på innleggingar i den sørlegaste delen av regionen som i den nordlegaste.

Det må gjerast rekning med ein tilleggsvekst som følgje av andre faktorar som medisinteknisk utvikling, endring i helsetilstand og forventningar. I andre samanhengar har ein vurdert at denne effekten er på om lag 15 prosent fram til 2020.

Dette er høgst usikre storleikar og det er vanskeleg å vere presis. Det er særleg vanskeleg å sjå for seg kva konsekvensar den medisintekniske utviklinga får. Det er likevel klart at behovet for helsetenester kjem til å auke i åra framover, og det vil krevje auke i aktiviteten.

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2010 (datert 12.12.08) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, reknar ein med at ein aktivitetsvekst på 3 % i perioden 2007-2010 både kan gje rom for nye tilbod og gjere det mogleg å halde akseptable ventetider for prioriterte pasientgrupper innan somatikk. Det er tilrådd at aktivitetsveksten innan psykisk helsevern blir vidareført i same takt, det vil seie med om lag 3 % pr år. Innan tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd at opptrappingsplanen på rusfeltet blir følgt opp med ein målretta ressursvekst både til drift og investeringar. For 2010 blir det anbefalt at feltet blir styrka med 180-200 mill. kr og ei vidareføring av satsinga ut over 2010.

3.1.2 Økonomiske rammeføresetnadar

Drift

Helse Vest RHF har eit førebels resultat for 2008 som viser eit underskot på kr 125,8 mill i forhold til resultatkravet frå HOD.

Endeleg inntektsramme 2009 for helseføretaka er fastsett i møte den 04.03.09 under sak 026/09 B Konsernbudsjett 2009. Det blei i denne saka fatta vedtak om følgjande resultatkrav:

Tal i heile mill.	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Apoteka	Helse Vest IKT	Kjøp av helsetenester	Helse Vest administrasjon	Konsern
Resultat 2009	20,0	0,0	25,0	-40,0	7,8	0,1	40,0	0,0	52,9

Det er i statsbudsjettet for 2009 lagt inn ein vekst på 1,5% samanlikna mot prognose pr. 1. tertial 2008 og prognose pr. 1. juni 2008. Helse Vest har vidareført denne veksten på helseføretaka. Bestillinga for 2009 blir derfor fastsett med utgangspunkt i rapportert produksjon for 2008 med tillegg for 1,5 % aktivitetsvekst og kodevekst på 0,5%.

Føretaka må styrkje arbeidet med å følgje prioriteringsforskrifta, jf Styringsdokument.

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

Behovet for auka leveranse av spesialiserte tenester som følgje av endringar i demografi og medisinsk teknologisk utvikling, vil medføre at den økonomiske og finansielle utfordringa i dei komande åra vil forsterke seg. Dette inneber framleis ein risiko for auka aktivitet som må finansierast med bruk av basisramme. Dette er ei utfordring som Helse Vest RHF må løyse i tråd med dei føringane som er gitt i oppdragsdokumentet frå eigar. For Helse Vest RHF er det avgjerande at ein har det same økonomiske fundamentet som dei andre regionale helseføretaka. Det er òg avgjerande at endringar i behovet for tenester og eventuelle nye oppgåver blir fanga opp i basisfinansieringa.

Helse Vest RHF har ved inngangen til 2009 framleis ein betydeleg omstillingsutfordring. I statsbudsjettet for 2009 har Helse Vest gjennom nytt inntektssystem fått auka basisramma med kr 246 mill. Det vil bli gitt ei tilsvarande auke i basisramma for 2010. Det er likevel viktig å understreke at det framleis er behov for omfattande omstillingstiltak i helseføretaka for å nå resultatkravet og samtidig kunne utvikle verksemda og løyse dei store investeringsprosjekta i kommande åra.

For å styre resultatet i tråd med kravet frå eigar, har Helse Vest RHF i styringsdokumenta for 2009 pålagt helseføretaka å rapportere kvar månad om den økonomiske utviklinga og status på dei tiltak som skal setje helseføretaket i stand til å nå resultatkravet. Det er utarbeidd ein eigen mal for rapportering på tiltak, der kvart tiltak skal spesifiserast med namn, tidspunkt for iverksetjing, økonomisk effekt fordelt på kvar månad, samt ansvarleg klinikk og avdeling. Tiltaka skal vere realistiske, ha ein god kvalitet og vere tilskrekkelege for å nå resultatkravet. Det vil gjennom året bli månadleg oppfølging på gjennomføringsgrad av kvart tiltak og avvik knytt til omstillingsplanen.

3.1.3 Personell og kompetanse

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

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

Dialog og samhandling med representantar for brukarane er særst viktig for utvikling av tenestene. Det er etablert eit velfungerande regionalt brukarutval som gir gode innspel til betring av tenestene, og som deltar og medverkar i utgreiing og planlegging av desse. Helse Vest vil vidareutvikle det gode samarbeidet med brukarane sine representantar.

Medarbeidar- og kompetanseutvikling vil vere sentralt for både å tiltrekke seg arbeidskraft, halde på henne, og å kunne utvikle arbeidskrafta i tråd med dei behova tenesteytinga krev. Føretaksgruppa vil dei neste 10 åra måtte erstatte nærare 10.000 medarbeidarar som sluttar på grunn av alder. I tillegg kjem normal utskifting i arbeidsstokken. Den enkelte si utdanning og sosialisering inn i yrkesroller som helsearbeidarar må også ha fokus på haldningsskapande arbeid der også etiske og moralske aspekt kjem inn.

For å møte utfordringane vil Helse Vest mellom anna satse på regionalt leiarprogram, intern kompetanseutvikling i føretaksgruppa og etablering av program for vidare-/etterutdanning innanfor kvalitetsfeltet. Helse Vest vil og leggje vekt på nær dialog med universitet, høgskular og vidaregåande skular om undervisningsplanar og fagleg innhald i dei ulike studia. Målet er å sikre at ein kan tilby utdanning som møter behova i framtida, både når det gjeld innhald og kapasitet.

3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar

Utbyggingsprosjekt

Dei siste større utbyggingane innanfor somatikk ved dei fire hovudsjukehusa i Helse Vest blei gjennomført på sytti- og byrjinga av åttitalet. Det er eit klart behov for å oppgradere og fornye store delar av denne bygningsmassen, både på grunn av den sterke aktivitetsauken som har vore (og som er venta framover), og for å få ein meir funksjonell bygningsmasse.

Helse Fonna

Ved Haugesund sjukehus, Helse Fonna, starta ei trinnvis utbygging og ombygging i 1998 som var kostnadsrekna til om lag 500 millionar kroner. Utbyggings-/ombyggingsprogrammet er i stor grad gjennomført samtidig som det er planlagt nye men mindre utbyggingar.

Helse Førde

Ved Førde Sentralsjukehus, Helse Førde, blei det i 2003 godkjent eit utbyggingsprosjekt (påbygg 2000) kostnadsberekna til 170 millionar kroner. Bygget er tatt i bruk. Det er planlagt fleire mindre utbyggingsprosjekt mellom anna innan psykisk helsevern og rusbehandling.

Helse Bergen

I Helse Bergen er det gjort ei vurdering av noverande bygningsmasse og tomteområde. Denne har konkludert med at noverande bygningsmasse og tomteområde kan rustast opp og byggjast ut for å møte framtidige behov for tenester. Sentralblokka vil, sjølv om den er over 20 år, framleis kunne vere hovudbygg for den somatiske verksemda. Det er laga ein utbyggingsplan med bygging av einskilde senter kring sentralblokka. Det gjer det også mogleg å flytta ut aktivitet frå sentralblokka og oppgradera frigjort areal til kliniske kjernefunksjonar.

Det er under bygging eit eige laboratoriebygg i tilknytning til Bygg for biologiske basalfag (BBB-bygget) og eit parkbygg for PET-scannar og nukleærmedisin og sengepost for kreftavdelinga samt at det gamle lungebygget blir renovert til lokale for hudavdelinga. Det er vidare under planlegging eit barne- og ungdomssenter som omfattar alle barn med somatisk sjukdom, barne- og ungdomspsykiatrien og psykosomatisk medisin. Det medfører riving av den gamle barneavdelinga, og dagens psykiatribygg på Haukelandsområdet.

Sjukehusdelen av det psykiske helsevernet for vaksne skal vidareutviklast i Sandviken, mens barne- og ungdomspsykiatrien skal utviklast på Haukelandsområdet. Nytt psykiatrisk akuttmottak er no ferdigstilt samt at plan for nytt bygg for avdeling for stemningslidningar er til handsaming i styret i Helse Vest.

Det var tidligare berekna eit investeringsbehov på 2,8 mrd kr over ein periode på 7 år. Etter ein fornya vurdering av barne- og ungdomssenter ligg det an til ein kraftig kostnadsauke for dette prosjektet som Helse Vest vil gjere ei nærmare vurdering av før det blir gitt utfyllande informasjon til departementet.

Helse Stavanger

I Helse Stavanger er det nødvendig med ei omfattande fornying av bygningsmassen ved Stavanger Universitetssjukehus. Det er laga ein framtidig utbyggingsstrategi for sjukehuset som inneber at ein i dei neste 15 til 20 åra vil bygge ut og utvikle sjukehuset på noverande tomteområde. På lengre sikt bør det finnast ei ny tomt for ei trinnvis utbygging.

Eit nytt pasienthotell, som er eit OPS-prosjekt med privat eigar og drivar, er tatt i bruk. Bygging av eit nytt akuttmottak med observasjonspostar (MOBA), kostnadsberekna til ca 280 millionar kroner er i ferd med å bli fullført. Det er fremma forslag om å innreia ein 3. etasje på dette bygget berekna til 212 mill. kr.

Innan psykisk helsevern er Sola DPS ferdig og tatt i bruk. Bygging av nytt bygg for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling skal starte og eit nytt Stavanger DPS er under planlegging.

Utbyggingsprosjekt i opptrappingsplanen for psykisk helse

Innanfor psykisk helsevern er det planlagt ei rekkje utbyggingsprosjekt som ledd i å realisere måla i opptrappingsplanen. Helse Vest har ansvar for å realisere 18 utbyggingsprosjekt. I tillegg kjem nytt DPS i Stavanger, jf . bestillardokument til Helse Vest for 2006. Av desse er 11 prosjekt ferdige. Eit er under bygging. Forprosjekt er godkjent for eit prosjekt. Fire er under planlegging mens leieløysing er valt for 2 prosjekt..

Utbyggingsprosjekt i dei private ideelle institusjonane som Helse Vest har avtale med

Helse Vest har også fått fleire førespurnadar frå dei private ideelle institusjonane om å medverke i utbyggingsprosjekt. Det ligg føre planar som kan summerast til ca 1 mrd i dei private ideelle institusjonane som Helse Vest har avtale med. Helse Vest vil ta nærare stilling til korleis Helse Vest eventuelt skal medverke i realisering av utbyggingsprosjekt i dei private ideelle institusjonane.

Investeringar

Styret i Helse Vest har under sak 121/08 B vedtatt nytt investeringsregime frå og med 2009. Dette stiller krav om at helseføretaka må styre og prioritere sine investeringsprosjekt innfor tilgjengelig likviditetsramme. Dette gjer helseføretaka ei særskild utfordring spesielt i 2009 då dei skal tilpassa seg det nye regimet. Helse Vest har i 2009 fått tildelt lån på kr 40 mill. Lånet blir tildelt Helse Bergen for ferdigstilling av laboratoriebygget. Dersom Helse Vest ikkje får tildelt lån dei næraste åra må føretaksgruppa til passe seg ei investeringsramme som er basert på følgjande kontantstrøm:

tal i heile mill. kroner	2009	2010	2011	2012	2013
Årsresultat	53	64	113	164	163
+ Avskrivning	898	944	962	955	992
+ Nedskrivning anleggsmidlar	0	0	0	0	0
= Kontantstrøm fra driften	951	1 008	1 075	1 118	1 156
- Resultatavvik 2008	-126				
+ Opptak av nye lån	40	0	0	0	0
- Avdrag lån	-84	-117	-117	-117	-117
= Finansieringsgrunnlag investeringar	781	891	959	1 002	1 039

Denne kontantstrømmen gjer grunnlag for gjennomføring av følgjande investeringsnivå fordelt på dei ulike kategoriane:

tal i heile mill. kroner	2009	2010	2011	2012	2013
Bygg - tilgjengelig ramme	214	311	379	422	459
Medisinteknisk utstyr	225	225	225	225	225
Andel IKT investeringar	222	235	235	235	235
Annet	120	120	120	120	120
Sum investeringar	781	891	959	1 002	1 039

Helseføretaka har investeringsplanar som vesentleg overstig denne ramma. Eit samla investeringsnivå på opp mot kr 1 mrd er vurdert å vere for lågt med tanke på at særleg Helse Bergen og Helse Stavanger har naudsynte prosjekt som må gjennomførast dei næraste åra. Det vil derfor vere behov for å ta opp lån til utbyggingsprosjekt både ved Helse Bergen og Helse Stavanger for å kunne sikre ein nødvendig utvikling av bygningsmassane. Dette er forhold som må drøftast nærare med føretaka for å sikre at planen kan gjennomførast innfor den driftsramma som føretaket er sett opp med.

Helse Vest vil fram mot sommaren utarbeide eit langtidsbudsjett. Her vil langtidsbudsjett for investeringar inngå som ein viktig del kor det innfor tilgjengeleg likviditetsramme må utarbeidast eit investeringsbudsjett med nødvendige prioriteringar.

Helse Vest har som innspel til Statsbudsjettet for 2010 meldt inn behov for lån til finansiering av nytt barne og ungdomssenter ved Helse Bergen og MOBA 3. etasje ved Helse Stavanger. Helse Vest vil be om at det blir etablert styringsdialog med HOD vendkommande den samla

investeringsplanen samt nytt barne og ungdomssenter i Helse Bergen og MOBA i Helse Stavanger.

Styret i Helse Vest har i møtet den 4. mars 2009 vedtatt investeringsramma for 2009. Investeringsramma er som følger:

Beregning Investeringsramme 2009	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	IKT	Apoteka	RHF	SUM
Budsjettert resultatkrav HF	20		25			8		53
Resultatavvik November (i forhold til nytt resultatkrav)	-33	-5	-124	-46	4	4	91	-109
Avskrivningar	189	116	416	97	74	3	3	898
Nye lån			40					40
Avdrag lån (førebels estimat)	-36	-11	-29	-8				-84
Førebels IKT investeringar 2009	-45	-19	-142	-16	222			0
Korreksjon for avskrivning IKT	21	12	31	9	-74			0
Finansieringsgrunnlag - NOV	116	93	217	36	226	15	94	798
Resultatavvik desember	-40	-14	14	-26	-2	0	51	-17
Finansieringsgrunnlag - DES	76	79	231	10	224	15	145	781
Omfordeling likviditet til EPJ			42				-42	0
Omfordeling likviditet til Stavanger	57						-57	0
Omfordeling likviditet til Førde				24			-24	0
Foreløpig Investeringsramme 2009 (HF investeringer)	133	79	273	34	224	15	22	781

3.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar

3.2.1 Overordna mål og strategiar – Helse 2020

Å utvikle og omstille tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnytting.

Gjennom Helse 2020 er det slått fast at Helse Vest vil møte sjukdomsutviklinga i befolkninga og endringane i den faglege utviklinga med å sikre trygge og nære sjukehusenester, heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk, og arbeide kontinuerleg for å utvikle ein framtidretta kompetanseorganisasjon.

For at pasientane skal oppleve sjukehusenestene som trygge og nære, må dei mellom anna ha tilgang på diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet, og bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira. Det er vesentleg at pasientane er aktive deltakarar i eiga behandling, og at dei får god informasjon og opplæring. Helseføretaka skal arbeide for at tenestene er koordinerte på tvers av behandlingsnivå og avdelingar internt på sjukehusa, slik at pasientane opplever ei samanhengande helseteneste. Førebygging og rehabilitering er område som må styrkjast.

For å oppnå heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk, vil Helse Vest arbeide for å systematisere behandlingsskjedene og utvikle betre prosessar. Vidare bør tenester som er sjeldne og komplekse samlast på færre stader, og ein må vere opne om prioriteringane som blir gjort og om resultatane i verksemda. Samordning av støttetjenester og effektivisering av arealbruk er også område Helse Vest vil arbeide med.

For å skape ein framtidretta kompetanseorganisasjon er det viktig at medarbeidarane og leiarane tek ansvar og skaper gode resultat, samtidig som sjukehusa og institusjonane i regionen skal vere attraktive, lærande og utviklande arbeidsplassar.

For å sikre god pasientbehandling satsar Helse Vest på forskning, utdanning og fagutvikling. Ved vurdering av om nye metodar og teknologi skal takast i bruk, er det vesentleg å basere seg på den beste kunnskapen.

Hovudfokuset er framleis på den kliniske kjerneverksemda, og det blir lagt særleg vekt på:

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

3.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde

Sentrale faglege utviklingsområde

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

Regional kvalitetssatsing

Styret i Helse Vest vedtok i desember 2008 hovudlinjer for vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013 (sak 124/08). Utgangspunktet for kvalitetssatsinga er at ei god helseteneste kan bli enda betre. For å oppnå det vil kvalitetssatsinga understøtte dei pasientnære tenestene, dvs. kjerneverksemda, slik at kvalitetsarbeidet kan vere ein integrert del av den daglege verksemda. Kvalitetssatsinga er eit langsiktig arbeid og er forankra i Helse2020 og i styresak 117/05. Satsinga byggjer på Nasjonal helseplan og definisjonen av kvalitet der

Helse Vest arbeider saman med helseføretaka om prosjekt innanfor temaområda:

- kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd
- pasientfokus for å møte pasientane og pasientane sine behov på ein god måte
- pasienttryggleik – redusere risiko for utilsikta hendingar
- måling av resultat som grunnlag for forbetring og for å vise fram at spesialisthelsetenesta leverer det samfunnet ønskjer

I tillegg føreset satsinga vidareutvikling av arbeidet med risikostyring og internkontroll, jf. eige arbeid om dette i Helse Vest, omtalt i punkt 2.1.1

Prioritering

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

Helse Vest vil ta initiativ til:

- *Innføring av nye rettleiarar for prioritering:* For å oppnå ei meir einskapeleg praktisering av prioriteringsforskrifta har Helse Vest tidligare utarbeidd felles regionale retningslinjer for prioritering innanfor ulike fagområde. Det er no utarbeidd felles nasjonale rettleiarar for praktisering av prioriteringsforskrifta på ulike fagområde i eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet. Dei nye rettleiarane skal nyttast frå 2009.
- *Opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå:* For å skape eit einskapeleg system med ei felles forståing for kriteria for prioritering, må dei som skal prioritere, få opplæring. Det må skapast ei felles forståing for hovudprinsippa i prioriteringsforskrifta som grunnlag for prioritering og utarbeiding av kliniske retningslinjer. Opplæring og trening bør skje på tvers av spesialitetar, avdelingar og helseføretak, slik at ein får innsikt i utfordringane til den enkelte og fellesskapet og utviklar ein felles kultur.
- *Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering:* Helse Vest erkjenner den sentrale rolla forholdet til primærhelsetenesta spelar for prioritering i sjukehus generelt og for å kunne skape handlingsrom spesielt. Primærhelsetenesta har òg ei heilt sentral rolle som portvakt.
- *Overvaking av forbruksratar i regionen:* Helse Vest har som mål å få på plass praktiske løysingar for å kunne overvake fordelinga av ratane for tenesteforbruket i regionen.

Innføring av nye metodar og teknologi

Helse Vest prioriterer fem ulike tiltak på området:

- Utvikling av konsistente prosedyrar for innføring av ny teknologi/metode.
- Ta i bruk system for tidleg varsling av nye medisinske metodar.
- Systematisere differensiering av utstys- og teknologiorganisering.
- Forsering av arbeidet med å sikre felles pasientrelaterte IKT-løysingar i regionen, mellom anna elektronisk journalsystem.
- Heilskapeleg plan for organisering og bruk av telemedisin og IKT.

Kunnskapssenteret har i samarbeid med mellom anna Helse Vest utvikla ei database, MedNytt, som gir oversikt over nye metodar og vurderingar av metodane. Helse Vest har også innleia eit samarbeid med Kunnskapssenteret om utvikling av eit system for mini-HTA (health technology assessment), eit støtteverktøy knytt til avgjerd om innføring av nye medisinske metodar.

Helsebiblioteket gir elles helsepersonell enkel tilgang til kunnskapsbasert helsefagleg informasjon. Det må leggest til rette for aktiv bruk av desse verktøya i helseføretaka.

Pasientlogistikk og prosessbetring

Det er grunn til å forvente at betre organisering med heilskaplege pasientforløp internt i dei einsskilte sjukehusa kan gi betydelege gevinstar både kvalitativt og effektivitetsmessig. Helse Vest vil vidareføre arbeidet i helseføretaka innanfor dette området. Prosjekt som er starta opp er lokalt eigd og forankra. Kunnskap, metode og erfaringar bør bli akkumulert og gjort tilgjengeleg for heile regionen. Regional koordinering skal understøtte dette. Dette arbeidet er integrert i den regionale kvalitetssatsinga.

Samhandling med primærhelsetenesta

Primærhelsetenesta spelar ei sentral rolle som premissleverandør for spesialisthelsetenesta. Helse Vest vil bidra til planmessig, forpliktande og veldefinert samhandling med primærhelsetenesta. I dette arbeidet vil og bruk av praksiskonsulentordninga inngå. Helse Vest vil fortsett ha fokus på utvikling av gode modellar for samhandlinga og understøtte samhandlingsreforma. Arbeidet vil byggje vidare på erfaringar frå løysingar utvikla i enkelte helseføretak, og i stor grad trekkje vekslar på både dei enkelte helseføretaka og representantar frå kommunane i det vidare arbeidet.

Helse Vest vil vidare ta initiativ til å organisere regional kunnskapsdeling av erfaringar med vellykka, praktiske løysingar som pr i dag er under utvikling i einsskilte helseføretak.

I forlenginga av dette har Helse Vest og retta særleg merksemd på lokalsjukehus og lokalsjukehusfunksjonen.

Regional kreftplan

Regional kreftplan blei vedteken av styret i mars 2005. Planen inneheld ei mengde tiltak for å møte utfordringane på kreftområdet. Det omfattar både førebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Tilbodet må utviklast i alle helseføretaka basert på felles retningslinjer for diagnostikk og behandling med ei klar funksjonsfordeling innanfor spesielle fagområde og område med lågt volum.

Det er i 2008 vedteke ei nærare fordeling av oppgåver innan tre avgrensa område:

- kirurgi på små volum i det øvre mage- og tarmområdet
- Hodgins lymfom
- radikale inngrep med kurativt formål i prostata og urinblære

Funksjonsfordelinga må følgjast nøye med sikte på å skape god kvalitet på tenestene.

Regional plan for spesialisthelsetenester til eldre

Det er sett i verk eit arbeid for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre, særleg eldre med samansette lidningar og som har behov for tenester frå fleire faggrupper og nivå. Kompetansen innan geriatri må styrkast. Fokuset på slagbehandling og meir akuttgeriatrike einingar må vidareførast. Ein viser her også til eigne prosjekt om teleradiologi og teleslagnettverk.

Regional plan for psykisk helse

Helse Vest har utarbeidd ein regional opptrappingsplan for psykisk helse (vedtatt av styret i mars 2004). Planen viser korleis tenestetilbodet skal utviklast med bakgrunn i måla og føringane som er gitt:

- Å styrkje og utvikle barne- og ungdomspsykiatrien (høgaste prioritet)

- Å utvikle DPS-a til fagleg gode behandlings- og rehabiliteringstilbod med vekt på tidleg hjelp i samarbeid med kommunane og meir spissa funksjonar ved sjukehusa
- Å leggje vekt på kompetanse- og kvalitetsutvikling, samhandling og brukarmedverknad

Det er grunn til å framheve barne- og ungdomspsykiatrien. Ein ser ei positiv utvikling ved at fleire får tilbod. Målet om 5 % dekningsgrad er likevel ikkje nådd og det må gjerast ein særleg innsats på dette området også etter at den nasjonale opptrappingsplanen er avslutta.

Det er fortsett behov for å styrkje DPS-a, også for å redusere presset på akuttfunksjonane i sjukehusa i fleire av føretaka og sikre at ein unngår bruk av korridorsenger.

Den regionale planen er no under revidering og skal gi føringar for utvikling frå 2009 til 2013. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen vil liggje til grunn.

Avtalespesialistane

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytt til avtalespesialistane:

- rapportering av pasientdata
- sikra prioritering i tråd med prioriteringsforskrift og
- tilgjenge til avtalespesialistane

Det er laga opplegg nasjonalt for rapportering, og dei nye prioriteringsretteleiarane vil også bli lagt til grunn for avtalespesialistane.

Det blir utprøvd nye måtar å integrere avtalespesialistane i "sørgje for"-ansvaret m.a. for å betre tilgjenge.

Regional plan for rus

Ein regional plan for utvikling av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar blei vedteken av styret våren 2006.

Det overordna målet er:

- å sikre eit betre og meir heilskapeleg behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar.

Planen tilrår følgjande overordna strategiar:

- Utvikle basistjenester i alle helseføretaksområda.
- Utvikle lokale avtaler om arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private tiltaka som Helse Vest har avtale med.
- Styrkje ansvaret helseføretaka har for tenester til rusmiddelmissbrukarar.

Særlege utviklingsområde er:

- styrkje den helsefaglege kompetansen
- sikre rett og lik prioritering
- styrkje forskning på rusfeltet
- brukarmedverknad
- kvalitet og fagleg utvikling

Med utgangspunkt i den regionale planen er det utarbeidd lokale planar i føretaksområda i samarbeid med dei private institusjonane med unntak av Helse Førde. Tilbodet blir utvikla i tråd med dei overordna føringane. Det blir m.a. utvikla LAR-sentre i kvart føretaksområde.

Tilbodet skal framleis styrkast, m.a. med eigen institusjon i Helse Førde og med fleire plassar i eigen region.

Regional plan for habilitering og rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) som blei lagt fram i 2007 har som overordna mål at habilitering og rehabilitering får den posisjon og prestisje i helsetenesta som dei helsepolitiske måla tilseier.

Regional plan for habilitering og rehabilitering blei vedteken av styret i Helse Vest i desember 2006 (styresak 124/06). Følgjande strategiske satsingsområde ligg til grunn for ei langvarig satsing på å vidareutvikle fagfeltet:

- Samhandling og etablering av samhandlingsarenaer.
- Fagutvikling og forskning.
- Utvikling av samhengande tiltakskjeder for pasienten / gode pasientforløp.
- Vidareutvikling av livsløpsperspektivet i tenestene.
- Auka fokus på læring og meistring.
- Vidare arbeid for å integrere dei private rehabiliterings- /opptreningsinstitusjonane i spesialisthelsetenesta.

For 2009 er det sett av 35 mill. kr for å styrkje habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i regionen. Styrkinga blir fordelt mellom ulike formål. Ein vil i første rekkje styrkje habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka i tråd med den regionale planen. Vidare er ei styrking av det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering eit prioritert område. Det er òg sett av midlar til den regionale eininga for rehabilitering ved alvorleg hovudskade. Ei viss utviding av kjøp av rehabiliteringstenester frå private skal supplere tenestene i helseføretaka.

Nasjonale tenester

Helse Vest utarbeidde i 2006, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, ein heilskapleg plan for framtidig organisering av høgspesialiserte tenester, som blei oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Dei regionale helseføretaka fekk i 2008 eit fornya oppdrag. Helse Vest leiar arbeidet. Dei regionale helseføretaka skal kome fram til eit heilskapleg forslag til kva for nasjonale kompetansesenter og kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar det er behov for. Forslaget skal òg gjelde kva for landsfunksjonar, fleirregionale og eventuelt overnasjonale funksjonar det er behov for. Behova skal vurderast i eit femårsperspektiv. Forslag til lokalisering skal inkluderast.

Prosjektet har vurdert det slik at ulike prosessar må leggjast til grunn for vurderinga av dei enkelte tenestene. Nokon relativt enkle med mindre justeringar, andre med ei brei utgreiing som inneber involvering av aktuelle aktørar (mellom anna peika på i oppdragsbrev frå HOD i brev av 17.03.08). Ved arbeidet med nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar blir det lagt vekt på eit samarbeid med Helsedirektoratet.

Våren 2009 vil prosjektet be om søknader til nye funksjonar og kompetansesentra. Forslag om nye tenester som ein ser behov for, men som ein sjølv ikkje ønskjer å drifte, er også aktuelt. Alle søknader og forslag må sendast via aktuelt RHF.

3.2.3 Medisinske støttefunksjonar

Helse Vest vil halde fram med å gå gjennom dei medisinske støttefunksjonane for å sikre:

- at dei støttar den kliniske kjerneverksemda på ein effektiv måte
- at det er god kvalitet på tenestene
- at dei gir god ressursutnytting i eit regionalt og nasjonalt perspektiv

Patologitenestene blir bygde opp i Helse Fonna og Helse Førde, mellom anna med bakgrunn i regional plan for patologitenester.

Som del av eit radiologiprojekt vil teleradiologiske løysingar under implementering.

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

3.2.4 Forsking

Helse Vest vil framleis prioritere forskning, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Samarbeidsorganet med universiteta har her ei viktig oppgåve, både som pådrivar, fordelar av midlar og utviklar av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen.

Det blir lagt vekt på

- å styrkje forskinga gjennom samarbeidsorganet med universiteta
- å styrkje forskinga særleg innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk, jf eigen strategiplan for forskning innan psykisk helse og utvikling av tilsvarende plan innan rusmisbruk
- å sørgje for at nasjonale og regionale medisinske kompetansesenter og landsfunksjonar forskar og driv fagutvikling innanfor eigne fagområde
- å dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles system

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

I regi av samarbeidsorganet med høgskulane/Universitetet i Stavanger er det lagt opp til eit samarbeid om praksisopplæringa, etter- og vidareutdanning. Det er gjennomført eit eige prosjekt for å styrkje helsefagleg forskning i regionen i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane og helseføretaka.

Helse Vest har i 2007 oppretta to kompetansesenter på forskingssvake område, det vil seie innanfor habilitering og rehabilitering og innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helse Vest har ei tett oppfølging av desse sentra.

3.2.5 Servicefunksjonar

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

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

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

HR – spesielt om MOT-prosjektet: Det er vesentleg med effektiv og fleksibel ressursstyring av medarbeidarstyrken, og at dei transaksjonsbaserte administrative rutiane rundt HR, ressursstyring, lønnsproduksjon o.a. blir mest mogleg effektive. Helse Vest vil sjå til at helseføretaka følgjer opp føresetnadene i MOT-prosjektet (Medarbeidar, Organisasjon, Teknologi) for å møte desse utfordringane. Helseføretaka skal fokusere spesielt på bemanning og ressursstyring på ein slik måte at føresetnadene for aktivitetsstyrt bemanning som er etablert i MOT-prosjektet, og det som ligg føre i Helse 2020, kan realiserast så raskt som mogleg. Det skal fokuserast på bruk av dei styrings- og rapporteringsverktøy som nå er tilgjengelege for leiarar på alle nivå i helseføretaka. I tillegg skal helseføretaka medverke til at styringsinformasjon blir nytta aktivt på alle nivå i føretaka.

IKT

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

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

Eigedomsverksemd og arealeffektivisering

Helse Vest RHF etablert ein regional bygg- og eigedomsfunksjon. Helse Vest RHF har gjennom dette styrkja arbeidet innan eigedomsområdet der viktige moment er heilskapsperspektiv, regional samhandling og erfaringsutveksling. Helse Vest RHF har sett i verk eit eigedomsprosjekt med utgangspunkt i rapporten ”Organisering av eiendomsforvaltning og investeringsprosjekt i Helse Vest” (Rohn-rapporten) og behandlinga av denne i styresak 125/06 B samt i tilsvarande behandlingar i styra i helseføretaka. Prosjektet vil bli vidareført i 2009.

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

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

