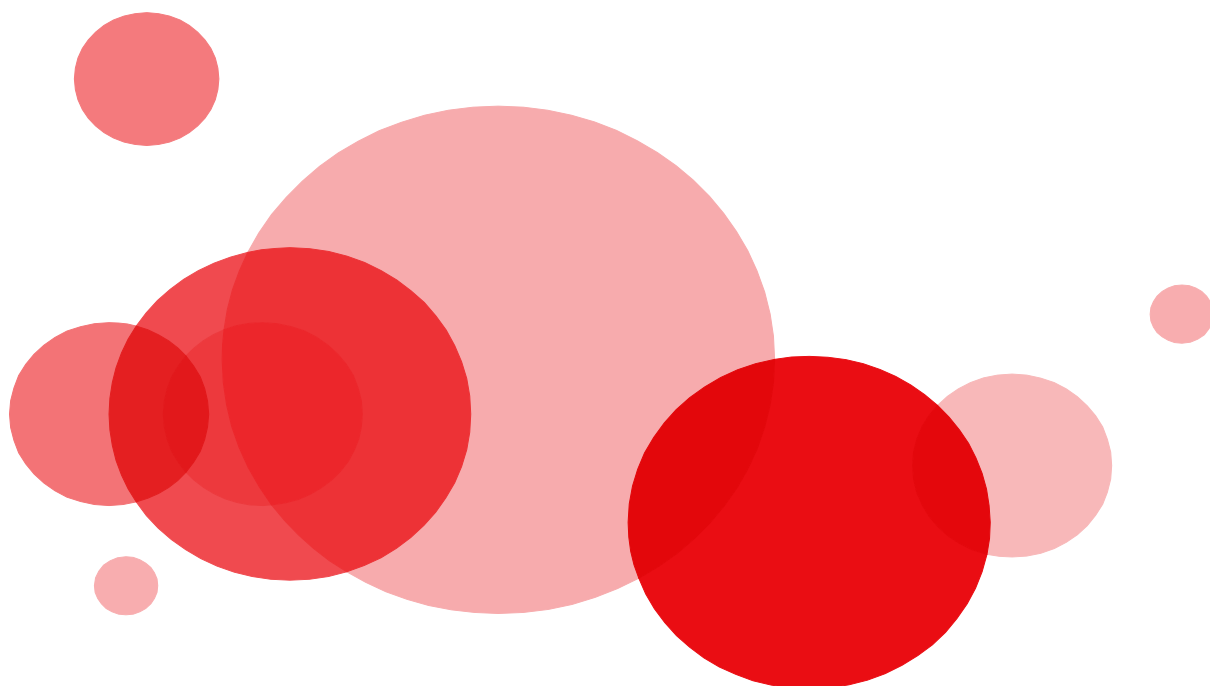


**Årleg melding 2015  
for  
Helse Vest RHF  
til Helse- og omsorgsdepartementet**



## Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Samandrag av positive resultata og uløyste utfordringer i 2015	4
2015: God utvikling av pasientens helseteneste	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	7
2.1 Pasientane si helseteneste	7
2.2 Kvalitet og pasienttryggleik	15
2.3 Personell, utdanning og kompetanse	26
2.4 Forsking og innovasjon	27
3. Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015	29
3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere	29
3.2 Helseføretaka si kommunikasjon om resultat, utfordringar og omstillingsprosessar	30
3.3 Samfunnskontrakt for fleire læreplasser	31
4. Rapportering på krav frå foretaksmøtet	31
4.1 Krav og rammer for 2015	31
4.2 Andre aktuelle saker i 2015	42
5. Styret sitt plandokument	43
5.1 Utviklingstrendar og rammevilkår	43
5.1.1 Utviklinga innafor opptaksområdet	44
5.1.2 Økonomiske rammeføresetnadar	49
5.1.3 Personell og kompetanse	51
5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar	53
5.2 Strategiane og planane til det regionale helseføretaket	55
5.2.1 Overordna mål og strategiar – HELSE 2020/Helse 2030	55
5.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde	56
5.2.3 Medisinske støttefunksjonar	63
5.2.4 Prehospitale tenester	64
5.2.5 Forsking	64
5.2.6 Utvikling av nye IKT-løysingar	65
6. Vedlegg	67
6.1 Tabellrapportering: Styringsparametrar og rapporteringskrav 2015	67

# 1. Innledning

## 1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Vest reviderte i perioden 2010–2011 den overordna mål- og strategiplanen «HELSE2020». Planen gir retning for utviklinga fram mot 2020, legg grunnlaget for prioriterte tiltak for perioden 2011–2015 og er styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektportefølje.

«HELSE2020» er ein strategiplan for heile Helseregion Vest. Dokumentet operasjonaliserar den nasjonale helsepolitikken, og legg føringar for utviklinga av pasienttilbodet innanfor spesialisthelsetenesta i regionen. I plandelen til årleg melding viser ein korleis ein ser for seg at måla i «HELSE2020» skal følgjast opp. Arbeidet med å nå måla blir konkretisert overfor helseføretaka i styringsdokumenta.

«HELSE2020» gir uttrykk for denne felles visjonen, desse felles verdiane og desse felles målsettingane for heile føretaksgruppa:

### **Visjonen vår er:**

Fremme helse og livskvalitet

### **Verdiane våre er:**

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

### **Våre mål:**

Trygge og nære sjukehustenester

Pasientane våre skal bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira.

Pasientane våre skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet.

Pasientane våre skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling.

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

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

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk

Vi systematiserer behandlingsskjeda og utviklar betre prosessar.

Vi samlar sjeldne og komplekse tenester på færre stader.

Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk.

Vi er opne om våre prioriteringar og resultat.

Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon

Medarbeidarane og leiarane våre tek ansvar og skaper gode resultat.

Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass.

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

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

Vi styrker omdømmet vårt gjennom kloke val.

Felles innsats i føretaksgruppa skal føre fram til ein ny verksemdsstrategi – Helse2030. Det innleiande arbeidet vil bli samkøyrd med ferdigstillinga av Nasjonal helse- og sjukehusplan. Første planperiode for Helse2030 bli sett til 2017-2020.

## 1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringer i 2015

### 2015: God utvikling av pasientens helseteneste

2015 var eit år med gode resultat i Helse Vest, både når det gjeld kvalitet og økonomi, to viktige føresetnader for trygge og gode helsetenester. Satsing på god dialog mellom pasient og sjukehus, betre organisering, pasienttryggleik og felles systembygging har prega året, og har for alvor bidrege til å styrke pasientens helseteneste.

Pasientane i Helse Vest skal møte eit heilskapleg og føreseieleg sjukehusstilbod, uavhengig av geografisk tilknytning eller behov. Satsing på kvalitet, systembygging og gode tekniske løysingar gir resultat år for år, i stadig raskare tempo. For pasientane har dette betydd fleire og betre digitale løysingar, som gjer at dei enklare får informasjon om og kan medverke i eige behandlingsforløp. Vi har innført pakkeforløp for kreft, og det er etablert eit nasjonalt nettsted som skal gjere det enklare for pasientar å delta i kliniske studier. Det er lagt til rette for betre dialog med sjukehuset som, til dømes kurs for klinikarar i betre kommunikasjon, ringesentre, varsel om sjukehusstimen på SMS og moglegheit til tovegs kommunikasjon mellom pasient og sjukehus via [vestlandspasienten.no](http://vestlandspasienten.no).

Sjukehusa på Vestlandet behandla i 2015 fleire pasientar enn nokon gong, samtidig som ventetida til behandling er korta ned. I løpet av 2015 ble det gjennomført om lag 1 162 400 behandlingar på sjukehus og institusjonar på Vestlandet. Det er 67 000 fleire enn i 2014. Som eit resultat av «Alle Møter»-prosjektet, som arbeider for å korte ventetidene, kutte fristbrot, betre planlegginga og få fleire til å møte til timane sine, har det vore 176.000 fleire pasientkontaktar for poliklinikk og dagbehandling i 2015, samanlikna med 2014.

Samla var Helse Vest nær ved å nå målet om at den gjennomsnittlege ventetida til utredning/behandling skal vere under 65 dagar. I 2015 var ventetida i snitt 66 dagar, og kravet om ventetid under 65 dagar er godt innanfor rekkevidde i 2016. Fleire pasientar får time ved første gongs tilvising til sjukehuset. Dette gir resultat både for den faktiske ventetida og pasienten si oppleving av ventetida.

Helse Vest innførte i 2015 så kalla differensierte ventetider innan psykiatri og rus. Det betyr at det innanfor desse felte blir stilt skrav om at ventetida skal vere kortare enn det nasjonale kravet på under 65 dagar. Innanfor barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling skal den gjennomsnittlege ventetida i Helse Vest vere under 40 dagar, og for vaksen psykiatri under 45 dagar.

Helseføretaka klarte samla ikkje å innfri desse krava i 2015, men ligg tett opp mot målet innanfor rusbehandling og vaksenpsykiatri. Den gjennomsnittlege ventetida innanfor barne- og ungdomspsykiatri var 50 dagar, rusbehandling 41 dagar og for vaksenpsykiatri 48 dagar.

Helseføretaka i Helse Vest har arbeidd målretta for å oppfylle «den gyldne regel», som seier at det skal vere ein større prosentvis vekst innan rus og psykiatri enn innanfor somatikk. Resultata for 2015 viser at målet er nådd for rusbehandling både når det gjeld kostnader, personell, ventetider og aktivitet. I psykisk helsevern for barn og unge er målet nådd når det gjeld ventetider og aktivitet, men ikkje når det gjeld kostnadar og personell. I psykisk helsevern for vaksne er målet nådd når det gjeld poliklinisk aktivitet, men ikkje når det gjeld dei andre faktorane.

Det er ein større vekst i talet på unike pasientar både i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk. Helse Vest vil følgje dette vidare opp i 2016.

Å kvitte fristbrot er viktig for å sikre kvaliteten på sjukehusstilbodet, og nullvisjonen ligg fast. Sjølv om utviklinga har vore positiv gjennom heile året, og særleg dei siste månadane av året, klarte ikkje sjukehusa å kvitte fristbrot heilt. I snitt fekk 2,5 prosent av dei pasientane som starta behandlinga si i 2015, behandling etter at fristen var gått ut. Helse Vest har gjennom 2015 stilt krav til helseføretaka om å sikre at dei har gode rutinar for vidare tilvising til private aktørar og avtalespesialistar for å redusere ventetida og unngå fristbrot.

Rask utgreiing og oppstart av behandling og reduksjon av unødvendig ventetid var målet når pakkeforløp for kreftbehandling blei satt i gong. I 2015 starta 76 prosent av dei som er registrerte i pakkeforløp behandlinga innan normert tid. Det nasjonale målet om 70 prosent er dermed nådd for regionen. Det er etablert to diagnostiske sentre som skal sikre raskare utgreiing og avklaring for pasientar med mistanke om kreft, eit i Bergen og eit i Stavanger. Helse Vest har som mål å etablere eit tverrfagleg diagnostisk senter i kvart føretak, og planane for dette i Helse Førde og i Helse Fonna har òg tatt form i 2015.

Høg overleving, kort ventetid på behandling, få sjukehusinfeksjonar og god kommunikasjon mellom sjukehusa, fastlegen og helse- og omsorgstenesta i kommunen er nokre av dei elementa som bidreg til den totale kvaliteten på helse- og omsorgstenesta, også utover sjukehusa. På andre område driv ein også rådgjeving og opplysningsarbeid for god folkehelse og førebygging, med utgangspunkt i den kunnskapen ein har i sjukehusa.

Arbeidet med å betre kvaliteten og auke pasienttryggleiken i sjukehusa er eit av dei viktigaste satsingsområda i føretaksgruppa, og arbeidet med innsatsområda i program for pasienttryggleik held fram. Fleire av tiltakspakkane er innførde i alle føretaka, og det blir no rapportert på kvalitetsindikatorar for trygg pleie (fall, trykksår og ernæring) og bruk av sjekkliste for trygg kirurgi og hjerneslag, på lik linje med rapportering på økonomi og andre område.

Det kan visast til gode resultat i alle føretaka. Geriatrisk eining ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna feirde 200 dagar utan trykksår og urinvegsinfeksjonar i desember 2015. Same dag var det 185 dagar sidan førre fall med skade. Risikovurdering er eitt av tiltaka som førebygger skadar i sjukehusa.

Liknande resultat ser vi òg i andre føretak. I Helse Førde og Helse Stavanger ser dei gode resultat når det gjeld å førebygge urinvegsinfeksjonar og fall, Helse Stavanger kan vise til gode resultat når det gjeld å risikovurdere pasientar innanfor psykisk helsevern for sjølvmondsrisiko. I Helse Bergen har dei halvert talet på infeksjonar på Kvinneklinikken etter at dei sette fokus på handhygiene, og innførte nulltoleranse for ringar, smykke og armbandsur.

Helse Vest rapporterer data til alle dei nasjonale kvalitetsregistra. Resultata frå dei nasjonale kvalitetsindikatorane blir publiserte på helsenorge.no. Helse Vest scorar høgt på fleire av desse, til dømes så ligg Helse Vest på landstoppen når det gjeld kor mange som får trombolysbehandling ved hjerneslag, og som kjem til utgreiing og behandling som ein del av pakkeforløp for kreft.

Tal frå andre kvartal 2015 viser at Helse Vest er nest best i landet til å unngå korridorpatientar. Berre 1,2 prosent av pasientane blei plasserte på gangen. Det er det lågaste talet sidan målingane starta i 2010, og Helse Vest har gått frå å vere på desidert siste plass til å vere nest best i landet.

Arbeidet med å inkludere pasientrapporterte data i dei nasjonale registra held fram. Helse Vest har i tillegg etablert eit regionalt nettverk for brukarundersøkingar i Helse Vest. Målet er å i større grad bruke pasienterfaringar i systematisk forbetningsarbeid.

Førebels økonomisk resultat for 2015 ligg an til å bli om lag 683 millionar kroner i pluss. Det er 338 millionar kroner betre enn budsjett. Det positive økonomiske resultatet gir Helse Vest moglegheit til å utvikle verksemda og investere i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og ambulanseskjoretøy m.m. For pasientane betyr eit positivt økonomisk resultat at sjukehusa har handlingsrom til å investere i tiltak som gir betre behandling. Dette er det 7. året på rad at føretaksgruppa Helse Vest leverer positive resultat.

Helse Vest står ovanfor store investeringsbehov i åra som kjem, og det er derfor heilt nødvendig å ha eit positivt resultat. Helse Vest vedtok i 2015 at dei føretaka som planlegg større investeringar må utarbeide eigne langtidsbudsjett med ein tidshorisont på 10 år. Helse Vest investerte for om lag 1,7 milliardar kroner i 2015. Dei største prosjekta som ligg framfor føretaka i vest er nytt sjukehusbygg i Stavanger, vidare arbeid med barne- og ungdomssjukehuset i Bergen, samt større utbyggingsprosjekt i Førde og Fonna.

Helse Vest Innkjøp HF blei stifta i 2015. På Vestlandet er om lag ein femdel av sjukehusa sine kostnader, samla 5,5 milliardar kroner årleg, knytt til innkjøp av varer og tenester. Sidan innkjøp utgjer ein så stor del av dei samla kostnadane med å drive sjukehusa, er det viktig at det blir etablert kommersielt gode avtalar, og at kvaliteten og funksjonen på dei innkjøpte varene og tenestene også er gode. Ikkje minst er dette svært viktig for pasienttryggleiken. Helse Vest Innkjøp skal tilby gode innkjøpstenester til helseføretaka i Helse Vest, og bidra til korrekte og økonomisk fordelaktige innkjøp til helseføretaka.

Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) har vore eit satsingsområde også i 2015. Feltet har hatt ein auke i aktiviteten både når det gjeld liggedøgn og polikliniske konsultasjonar. Ventetida på behandling er redusert med om lag 3 dagar frå desember 2014 til desember 2015. Alle døgneiningar i helseføretaka og private leverandørar med avtale med Helse Vest RHF har fått på plass brukarstyrte tilbod i løpet av 2015.

Innanfor psykisk helsevern går aktiviteten opp og ventetida ned. Aktivitetsnivået innan psykisk helsevern syner høgare poliklinisk aktivitetsnivå innan barne- og ungdomspsykiatri og psykisk helsevern for vaksne samanlikna med same tid i 2014. I psykisk helsevern blir det arbeidd godt også med tidleg intervensjon. Dette er viktig for førebygging av alvorleg sjukdom. Alle helseføretaka har utarbeida planar for å redusere bruken av tvang, og det er satt ned eit utval som utarbeider felles regionale rutinar for registrering av bruk av tvang.

I 2015 inngjekk Helse Vest nye avtalar med private psykologspesialistar innan klinisk psykologi. Avtalane skal sikre befolkninga på Vestlandet god tilgang til psykologtenester og bidra til reduserte ventetider. På rehabiliteringsfeltet blei det i 2015 laga ein oppdatert regional plan for habilitering og rehabilitering. Planen gjeld for perioden 2016-2020, og skal mellom anna bidra til ein meir samanhengande teneste til pasientane. Det er utvikla standardiserte pasientforløp, der pasienten sine eigne mål for meistring, eigenomsorg og deltaking skal prege behandlinga.

Helse Vest gjennomførte også nye konkurransar for radiologiske tenester i 2015. Avtalane skal supplere tilbodet i sjukehusa i dei tre største byane i regionen vår. Avtalane trer i kraft hausten 2016.

Helse Vest ligg heilt i front når det gjeld IKT. Mange av dei viktige systema for styring og støttfunksjonar er godt etablerte og i robust drift, både system for fag – som felles elektronisk pasientjournal, e-resept og system innanfor økonomi og HR. Dette gir god beslutningsstøtte, og gjer at føretaka i Helse Vest er rusta for utviklinga av framtidens spesialisthelseteneste.

I 2015 starta piloteringa av det elektroniske systemet for kurve- og legemiddelhandtering (KULE) ved Lungeavdelinga på Haukeland universitetssjukehus. Løysinga skal erstatte dagens papirkurver, og omfattar også lagerhold for legemiddel på sjukehuspostane og bestilling av legemiddel frå sjukehusapotek.

Eit viktig skritt for å sikre betre pasientbehandling er å kople saman biletedatabasen (røntgen- og lab-resultat) saman med pasientjournalane. I mai starta piloten på Digitalt Mediearkiv (DMA) ved Hudavdelinga i Helse Bergen. Ved å gjere bileta tilgjengelege i ein stor database vil vi skape større tryggleik, og sørge for at den relevante informasjonen er lett tilgjengeleg for dei som treng den.

Innhaldsutvikling av Vestlandspasienten.no i 2015 har vore i tråd med målsettinga.

«Alle møter» skal bidra til eit betre tilbod til pasientane med god og forenkla kommunikasjon med pasientar og pårørande, kortare ventetid og ingen fristbrudd. Pasienten skal møte ei einskapleg og forutsigbar spesialisthelseteneste i heile Helse Vest, uavhengig av geografisk tilknytning eller konsultasjonsbehov. «Alle møter»-programmet er estimert til å vare til 2018.

Innbyggjarane på Vestlandet er godt nøgde med sjukehusa, og har tiltru til at dei får den hjelpa dei skal ha når dei treng det. Kvar haust spør vi 2 000 vestlendingar om tilliten til og inntrykket dei har av sjukehusa. Resultata for omdømmemålinga for 2015 viser at resultata er stabile, eller litt betre enn i 2014. Også i år

viser resultatene at innbyggerne har eit godt inntrykk av sjukehusa på Vestlandet når det gjeld pasientbehandlninga, den etiske standarden og at sjukehusa er gode arbeidsplassar. Saman med resultatene frå dei nasjonale pasienterfaringsundersøkingane, er desse tilbakemeldingane viktige for å legge til rette for ei breiare involvering av pasientar og pårørande.

## 2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

### 2.1 Pasientane si helseteneste

Mål 2015:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.

Den samla gjennomsnittlege ventetida for alle som starta behandling i 2015 (perioden januar t.o.m. desember 2015), fordelt per fagområde og samla for Helse Vest (NPR tal), er som følgjer:

Somatikk: 68 dagar

BUP: 50 dagar

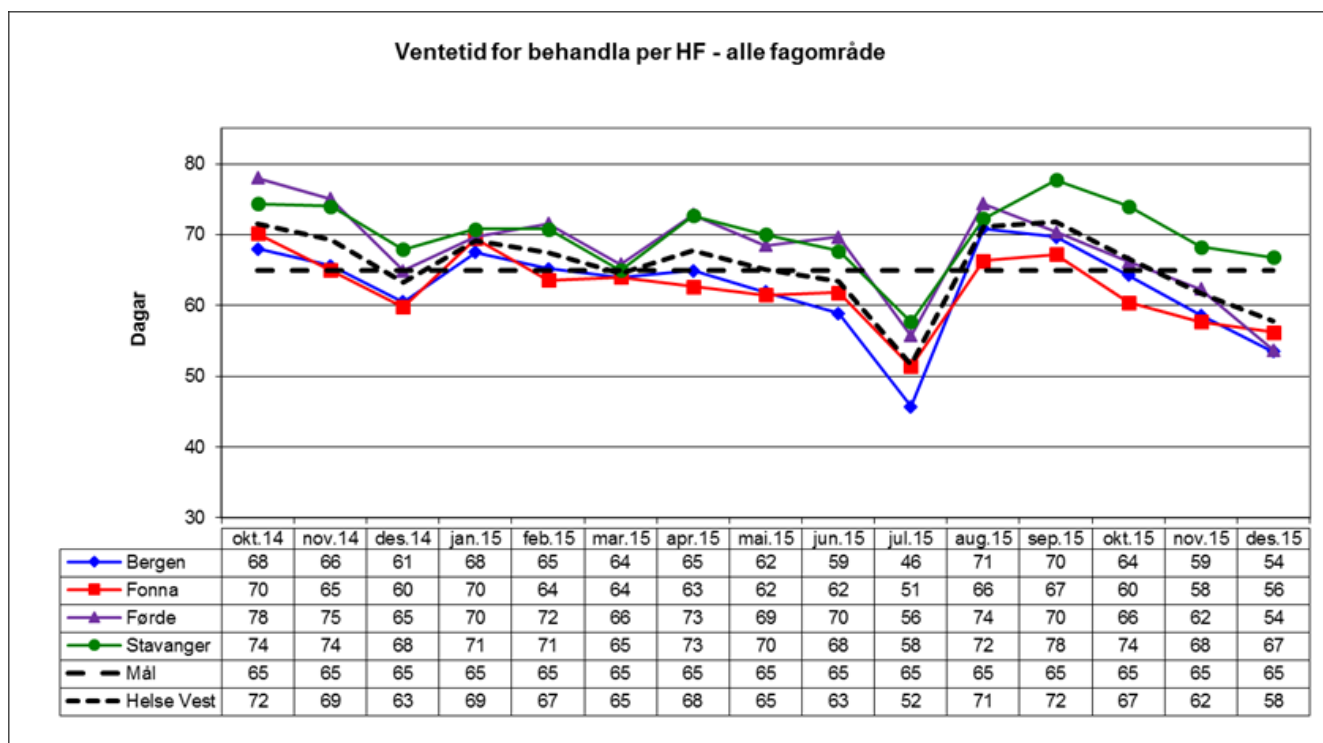
PHV: 48 dagar

TSB: 41 dagar

Alle fagområde: 66 dagar

Helse Vest er samla sett nær ved å nå målet, sjølv om det framleis er variasjon mellom helseføretaka og mellom fagområde. Styret i Helse Vest RHF følger nøye med på ventetidsutviklinga gjennom dei månadlege verksemdsrapporteringane.

Figuren nedanfor viser ventetidsutviklinga per helseføretak for alle fagområde og for alle pasientar som har starta behandling.



Helseføretaka i Helse Vest har over lengre tid jobba målretta med å redusere fristbrot og ventetider.

Vidare arbeid med til dømes programområdet «Alle møter» og «Vestlandspasienten» er sentralt for å få ned ventetidene ytterlegare.

«Alle møter» bidrar til dette ved:

- Felles prosessar og effektiv drift.
- Heilskapleg og tilgjengeleg informasjon.
- Gode kommunikasjonsløysingar for medarbeidarar og innbyggjarar.

Tiltaka i programmet er retta mot å auke talet på pasientar som møter til time ved poliklinikkane, og redusere arbeid knytt til replanlegging av timar på poliklinikk. Tiltaka vil gi betre høve til planlegging av poliklinikkar, betre service til pasientane og tydelegare leiarskap i sjukehusa.

«Vestlandspasienten» blei lansert i alle helseføretak i 2014. Dette er ein nettportal for pasientane der dei kan ha oversikt over og handtere sine timeavtalar. «Vestlandspasienten» er tilgjengeleg på «Min side» på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).

Helse Vest RHF har utarbeida ei visningsløysing («dashbord») med automatisk uttrekk av data frå datavarehuset, som gjer god oversikt over den einskilde eininga. Visninga bidrar til at ein kan vurdere moglege årsaker til lange ventetider og fristbrot i den einskilde eining.

Helse Vest RHF viser også til brev til HOD, datert 15.11.15, som var svar på tilleggsoppdragsdokument for 2015. Det er i brevet skissert korleis dei fire regionale helseføretaka vil arbeide saman om prosessar og tiltak, der eit viktig mål for det felles arbeidet er å få ned talet på ventetider og fristbrot, og redusere variasjon. Det er i same brev skissert korleis det blir arbeida i Helse Vest spesielt med programområdet «Alle møter», korleis Helse Vest RHF nyttar anskaffingar for å sikre tilstrekkeleg kapasitet og korleis samarbeidet med avtalespesialistane er tenkt framover.

Helse Vest RHF har i 2015 stilt krav til helseføretaka om at dei skal ha gode rutinar for vidare tilvising av pasientar til private leverandørar og avtalespesialistar, slik at desse blir nytta godt ut frå avtalt kapasitet og for å redusere ventetidene. Dette inneber mellom anna at helseføretaka skal gå regelmessig og systematisk igjennom ventelistene med tanke på kven som skal tilvisast vidare. Helse Vest vil følge dette vidare opp i 2016.

Sjå også tiltak skissert i kapittel 4.1. Andre tiltak i helseføretaka:

*Helse Stavanger:*

Ventetid for alle behandla pasientar i heile 2015 var i gjennomsnitt 70 dagar (NPR-tal).

I somatikken er målet nådd for dei fleste einingane, men det har vore utfordringar med å halde ventetidsmålet på 65 dagar innan faga nevrofysiologi, urologi, ortopedi (spesielt leddprotese), ØNH<sup>1</sup> og kardiologi. Det er satt i verk ein rekke tiltak for å nå målet, mellom anna:

- Fleire avdelingar/seksjonar har starta opp med oppgøveplanlegging.
- Helse Fonna har ikkje nevrofysiologi og tilvisingar kjem derfor til Helse Stavanger. For å klare denne utfordringa blir det drive kveldspoliklinikk.
- Dersom mogleg tilby utgreiing/operasjon hos andre tenestetilbydarar.
- ØNH har eit aukande tal tilvisingar, og føretaket har bedd Helse Vest RHF vurdere å opprette to heimlar for privatpraktiserande spesialistar.

I psykisk helsevern og TSB<sup>2</sup> er mellom anna følgjande tiltak satt i verk:

- Innanfor BUP har helseføretaket starta ein prosess med å flytte fleire stillingar til den polikliniske drifta.

---

<sup>1</sup> Øre-Nese-Hals

<sup>2</sup> Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelproblem



- Innanfor TSB er det i 2015 arbeida med på sikre at ein har behandlarar i alle oppsette stillingar i den polikliniske drifta. Det har vore stort fokus på tidleg intervensjon.
- I alle DPS blei det etter sommarferien satt i verk tiltak, som mellom anna ekstrapoliklinikk, for å gi tilbod spesielt til dei som hadde venta lengst.
- I budsjettprosessen for 2016 er det arbeidd med å få på plass ein betre balanse mellom sengepostdrifta og den polikliniske drifta.

#### *Helse Fonna:*

Ventetid for alle behandla pasientar i heile 2015 var i gjennomsnitt 62 dagar (NPR-tal).

Helse Fonna har hatt fokus på mellom anna:

- Starte behandling av langtidsventarar (ventetid over eit år).
- Prioritere nye tilviste.
- Systematisk arbeid med dette gjennom å bruke styringsportalen og verksemdsrapportar i føretaksleiinga og i rapporteringsmøter med den enkelte klinikk.
- Kapasitet er nytta hos både private aktørar og andre føretak i Helse Vest.

#### *Helse Bergen:*

Ventetid for alle behandla pasientar i heile 2015 var i gjennomsnitt 64 dagar (NPR-tal).

Administrerande direktør har månadleg merksemd på ventetidstala i styringsdialogen med dei einsskilde einingane. I tillegg blir det arbeidd med områda innanfor det lokale prosjektet i «Alle møter», knytt til både vurderingstid og tildeling av timar. Andre aktuelle tiltak i 2015, som og vil bli vidareført ved behov i 2016, er:

- Effektivisering av arbeidsprosessar, betring av pasientflyt.
- Betre oppgåveplanlegging.
- Auka kapasitet der det er nødvendig.
- Omdisponering av ressursar.
- Ved behov ekstra kveldsarbeid (poliklinikk og operasjonar).
- Ventetider og god ressursutnytting som tema i avdelingsvise/klinikkvise leiarmøte med fokus på kva som må gjerast for å nå vedtekne krav.
- Kontinuerleg fokus på rydding i ventelister.

#### *Helse Førde:*

Ventetid for alle behandla pasientar i heile 2015 var i gjennomsnitt 67 dagar (NPR-tal).

Helse Førde har over tid valt å ha ei intern måloppnåing som har vore under 60 dagar.

Helse Førde har arbeidd særleg med ventetidsproblematikk i 2015, og som del av prosjekt «Alle møter». Som det går fram av desse tala er ventetidene under måla, og spesielt er ventetidene for somatikk betre enn fjoråret.

#### *Private ideelle:*

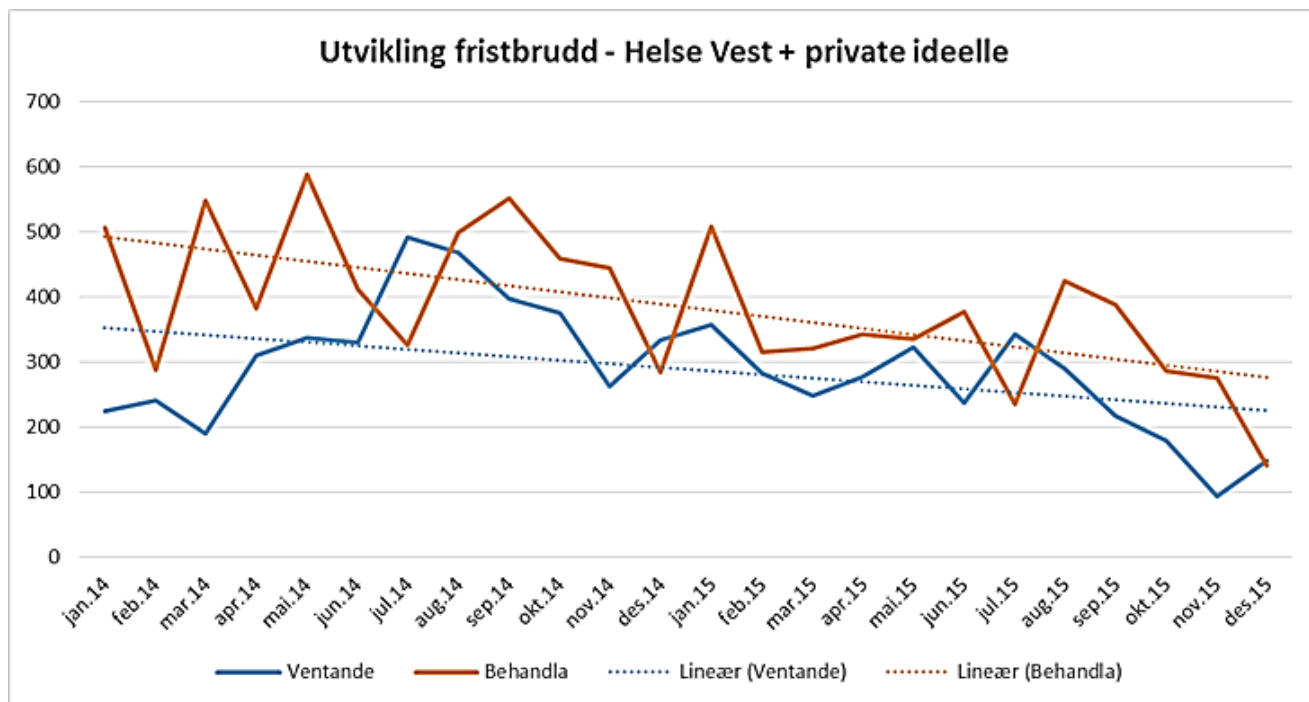
Dei private ideelle institusjonane som har avtale med Helse Vest RHF, oppfyller i hovudsak målkravet. Det er fokus på tiltak for å framleis sikre dette. Helse Vest RHF følger dette opp i bestillingar og oppfølgingsmøter med institusjonane.

- Ingen fristbrot.

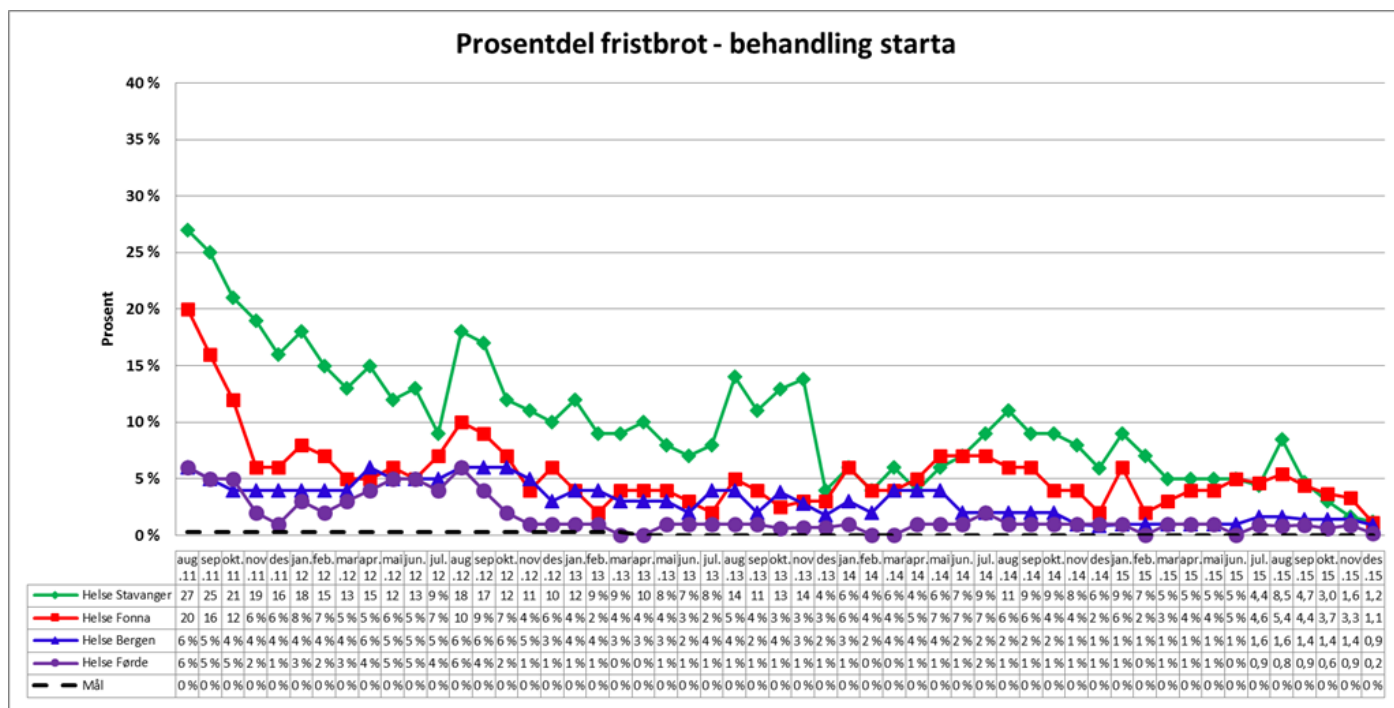
Utviklinga har vore positiv gjennom heile 2015, og særleg i dei siste månadene av året. Dei gjennomsnittlege prosentdelane fristbrot for all behandling som blei starta i 2015 (perioden januar t.o.m. desember 2015), fordelt per fagområde og samla for Helse Vest (NPR tal), er som følger:

Somatikk: 2,4 prosent  
 BUP: 0,5 prosent  
 PHV: 3,6 prosent  
 TSB: 3,7 prosent  
 Alle fagområde: 2,5 prosent

Helseføretaka har arbeidd med å få ned talet på fristbrot heilt sidan sommaren 2010, med målsetting om at fristbrot ikkje skal førekome. Utviklinga for fristbrot over tid, for både ventande og behandla pasientar, for heile Helse Vest inkludert private ideelle er fremstilt i tabell under:



Figuren under viser utviklinga over tid i delen fristbrot for behandla pasientar fordelt per helseføretak.



For tiltak som er sett i gang for å nå målet, sjå over for rapporteringa om ventetider og kapittel 4.1.

Andre tiltak i helseføretaka:

#### *Helse Stavanger:*

Det har vore ein positiv utvikling gjennom 2015. Dette er oppnådd gjennom ein rekke tiltak som til dømes ekstraordinær verksemd, intern kapasitetsauke, intern driftsomlegging, innføring av betre planleggingsverktøy via «Alle møter»-prosjektet og bruk av ekstern avtalepartner.

Det er informert bredt i helseføretaket om endringar i den nye pasientrettighetslova og korleis komande fristbrot skal bli meldt til HELFO. Det er rutinar for at ventelisteansvarlege ved dei einskilde einingane skal sende melding til EPJ-senteret om pasientar dei ikkje klarer å oppfylle rettane for. Før dette skal einingane ha sjekka ut om det er andre moglegheiter for behandling i Helse Vest.

#### *Helse Fonna:*

Mange tiltak har vore sett i verk i dei ulike klinikkane. Føretaksleiinga har hatt sterkt fokus på unngå fristbrot, det har vore arbeidd med å sjå på pasientflyt på tvers av sjukehusa, utnytta kapasitet på tvers av sjukehusa, tiltak for å ha færre kontrollar, meir kapasitet til nye tilviste og tilvise til private aktørar. «Alle møter»-prosjektet har gitt god hjelp til mange fagområde. I nokre fagområde er spesialistdekninga svært sårbar, og det er også liten kapasitet privat, til dømes innan kardiologi. Det er tett dialog mellom sjukehusa for å løyse utfordringar knytt til kapasitet. Det har vore satt i verk tiltak som innleie av vikarar og kveldspoliklinikk ved nokre einingar.

Det har vore ein del feilregistrering på ventelistene, og Helse Fonna har arbeidd med å sikre gode rutinar for dette, til dømes rett registrering av start behandling og vidare tilvisingar. Vidare har det vore fokus på rutinar for å følgje opp tilvisingar og ventelister, og det har vore arrangert fleire møter med fastlegar i opptaksområdet der mellom anna unødvendige tilvisingar har vore tema.

Helse Fonna har sett i gong ei rekke tiltak for å sikre at endringane i lov om pasient og brukarrettigheter er gjort kjent i organisasjonen. Døme på tiltak er undervisning, gjennomføring av e-læringskurset, tiltak for å sikre rask vurdering av tilvisingar og gi time i første brev. Det er gitt opplæring til ventelisteansvarlege om korleis ein skal melde fristbrot til HELFO. Lokalt EPJ-senter har og fått opplæring i og høve til å melde fristbrot, og vil hjelpe klinikkane med dette. Regional prosedyre for korleis ein skal melde fristbrot til HELFO er tatt inn og godkjent i prosedyrehandbok.

#### *Helse Bergen:*

Tiltaka som har vore sett i verk er dei same som gjeld for ventetidene, sjå over. Administrerande direktør har jamleg merksemd på tala på fristbrot i styringsdialogen sin med dei ulike einingane. Det er utarbeidd egne web-rapportar til oppfølging der ein får oversikt over kva pasientar som er i ferd med å få fristbrot, og tidspunktet for dette. I tillegg blir det arbeidd med dette innanfor det lokale «Alle møter»-prosjektet, knytt til praksis for tildeling av timar. Det er mellom anna utvikla ein planleggingsmodell med tanke på beste praksis for tildelingsprinsipp.

Tiltak i tillegg til dei over:

- Jamleg gjennomgang på driftsmøta i avdelingane av pasientar som nærmar seg fristbrot.
- Interne rutinar for melding av moglege fristbrot.

Helse Bergen har i 2015 utarbeida rutinar for vurdering av tilvisingar, oppfølging av ventelister og handtering av fristbrot i samsvar med dei vedtekne endringane i pasient- og brukarrettighetslova. Rutinane er publiserte i Elektronisk kvalitetshandbok. I rutinane er det lenka til HELFO si rutine for registrering av fristbrot.

### *Helse Førde:*

Helse Førde har over tid hatt svært få fristbrot. Helseføretaket har rutinar for å sikre at pasientar, der dei ser det kan bli fristbrot, blir kalla inn til time.

### *Private ideelle*

Det er fokus på ulike tiltak hos dei private ideelle for å unngå fristbrot.

Det er innarbeida rutinar for korleis kommande eller oppståtte fristbrot skal handterast, inkludert vidaretilvising til HELFO.

- Det er etablert fleire standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer.

Regional metodebok og rammeverk er utarbeidd for å støtte arbeidet med standardiserte pasientforløp. Helseføretaka har utarbeidd mange pasientforløp, og er i ferd med å etablere fleire. Det har i 2015 vore spesielt fokus på arbeidet med dei ulike kreftforløpa.

### *Helse Stavanger:*

Helseføretaket har etablert fleire standardiserte pasientforløp i tråd med nasjonale retningslinjer. I 2015 har føretaket prioritert å arbeide med pakkeforløp for kreft.

Læring- og meistringsenteret (LMS) er inkludert mellom anna gjennom brystkreftskole fire gongar årleg, og mange pasientgrupper med kroniske lidingar har regelmessig tilbod om opplæring ved LMS.

Psykiatrisk divisjon har ti serviceerklæringar som er standardiserte pasientforløp. Det er også utarbeida pasientforløp for Asperger syndrom, infantil autisme og ruslidingar, der forløpet frå heim til heim er omtala. Det blir arbeidd med pakkeforløp i psykiatri for tilstandane psykose, ustabil emosjonell personlegdoms-kløyving, depresjon og spiseforstyrning.

Det er utarbeida standardiserte pasientforløp for arbeid med pasientar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i tråd med følgjande nasjonale retningslinjer:

- Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengigheit.
- Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiane til barnet når skulealder.

Brukarrepresentantar er involvert ved utarbeiding av begge pasientforløpa.

### *Helse Fonna:*

Helseføretaket har dei siste åra gjennomført prosessar for ulike pasientforløp, som til dømes hjerneslag, KOLS, kreft, intensivforløp, og forløp for eldre skrøpelige pasientar. Pasientforløpa for pasientar med hjerneslag er gjennomgått og endra i tråd med nasjonale retningslinjer. Det er innført nytt forløp for pasientar med lårhalsbrot etter tilrådingar frå Kunnskapssenteret. Det har vore fokus på arbeidet med standardiserte pasientforløp i tråd med dei nasjonale retningslinjer innan ulike kreftforløp.

I psykisk helsevern er det utarbeidd standardiserte behandlingsforløp for mellom anna ADHD-barn/vaksne, OCD-barn/vaksne, psykosebehandling, akuttbehandling, sikkerheitskjeda, nevropsykologisk utgreiing, alderspsykiatri og LAR. Helseføretaket er i gong med å utarbeide nye standardiserte behandlingsforløp i barne- og ungdomspsykiatrien gjennom prosjektet «Barn og unge sin helsetjeneste». Det er planlagt å utarbeide standardiserte pasientforløp for spiseforstyrningar/ -vanskar, arbeid med barn 0-3 år, depresjon, autisme, traumar og samansette vanskar hos barn/ungdomar i barnevern.

Innan vaksenpsykiatri er det i første halvdel av 2016 planlagt å utarbeide standardiserte pasientforløp for ECT og emosjonelt ustabil personlegdom-forstyrning.

### *Helse Bergen:*

I tillegg til alle kreftforløp blir det kontinuerleg arbeid med etablering av standardiserte pasientforløp på dei fleste einingane. Nokre pasientforløp er revidert, i tillegg til at det er etablert, eller er under etablering, fleire nye. Opplæring av pasientar og pårørande i samarbeid med mellom anna LMS er inkludert i fleire av forløp.

Døme på fagområde der det er utarbeida, revidert, eller er under utarbeiding standardiserte pasientforløp: Aldersrelatert makuladegenerasjon (sjukdom i netthinna), RoP-forløpet (rus og psykiatri, der kommunane i opptaksområdet er inkludert), LAR-behandlingsforløp, akuttforløp-vaksne (psykisk helsevern) og psykoseforløp-vaksne, ADHD-forløp, forløp for elektiv (planlagt) kirurgi, forløpet for heimeabortar (provosert abort < 9 veker), forløp for nokre gynekologiske pasientgrupper, prostatapasientar, leppe- kjeveganepasientar (LKG), akutt hjerneslag, hoftebrotpasientar, pasientar med handleddsbrot, korsbandsoperasjonar, scolioser (ryggsliding) hos barn, leddgikt, spondyloartritt (bekhterev) og psoriasisartritt (dei vanlegaste tilstandane).

### *Helse Førde:*

Det er etablert standardiserte pasientforløp for hjerneslag, hjarteinfarkt, Multippel Sklerose og Parkinson i samsvar med nasjonale retningslinjer. Det er i tillegg starta eit prosjekt som skal etablere standardisert forløp for hofteoperasjonar.

Gruppebasert pasient- og pårørandeopplæring er ein integrert del av det heilskaplege tilbodet til mange diagnosegrupper. For å sikre god kvalitet har dei ulike kliniske fagområda som pasient- /brukargruppa høyrer til, det faglege ansvaret for lærings- og meistringstilboda. Det er etablert gruppebaserte lærings- og meistringstilbod som ein del av dei nemnde heilskaplege pasientforløpa: hjerneslag, hjartesyjukdom, Multippel Sklerose (MS) og Parkinsons sjukdom.

### *Private ideelle*

Det er etablert mange ulike standardiserte pasientforløp også hos dei private ideelle institusjonane.

Til dømes så har Haraldsplass diakonale sykehus utarbeida pasientforløp for akutt hjerneslag og geriatrisk tre dagers vurderingstilbod (blir implementert våren 2016). I begge forløpa er det laga informasjonsbrosjyre/foil som omtaler prosessen for pasienten. Etablering av fleire standardiserte pasientforløp er planlagt. Opplæring av pasient er inkludert i pasientforløpa.

- Prosentdelen av kreftpasientar som blir registrerte i eit definert pakkeforløp, er 70 prosent.

Det er innført tjuetatte pakkeforløp for kreft i 2015: fire frå og med 1. januar, ti frå og med 1. mai og dei fjorten siste frå og med 1. september 2015.

Helse Vest deltek i nasjonalt prosjekt for innføringa, og har etablert eit eige regionalt prosjekt. Det blir arbeid godt med pakkeforløpa i alle helseføretaka for å nå måla. Det er noko ulik utvikling for dei ulike fagområda og mellom føretaka.

Resultat frå 2. tertial viser at i Helse Vest blir 73,5 prosent av alle kreftpasientane registrert inn i pakkeforløp og målet er nådd samla sett. Resultata er best i Helse Førde og Helse Fonna. Delen pasientar registrert i pakkeforløp variere noko mellom dei ulike kreftformene. For brystkreft er 90 prosent av pasientane registrert i pakkeforløp, for tjukk- og endetarmskreft 79 prosent, for lungekreft 78 prosent og for prostata er den 58 prosent. Det er ulike årsaker til lågare del for prostatkreft, til dømes at pasientar registrert før 2013 kan bli inkludert i berekning av nye, og filterfunksjon hos avtalespesialistar gir registreringsutfordringar i helseføretaka.

Tiltak er/blir sett i verk for å sikre god måloppnåing og forbetring der det er behov for det:

- Det er utarbeidd eit regionalt web-basert overvåkingssystem for å lette kontrollen av forløpa.
- Pilotering av DIPS-Arena som vil forenkle kodinga begynner januar 2016
- Prosentdelen av pakkeforløp som er gjennomførte innanfor definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er 70 prosent.

76 prosent av dei som er registrert i pakkeforløp startar behandling innan normert tid. Samla er målet oppnådd i regionen. Dersom ein bryt tala ned på ulike behandlingsformer varierer tala noko:

- Kirurgisk behandling innan norm: 79 %
- Medikamentell behandling innan norm: 77 %
- Strålebehandling innen norm: 54 % (mot 59 % i landet)

Eit av tiltaka som blir sett i verk for å sikre god måloppnåing og forbetring er:

- Etablering av 3-strøms videokonferanserom i alle helseføretak for lokale og regionale MDT-møter (multidisiplinære team<sup>3</sup>) i samarbeid med Digitalt mediaarkiv prosjektet (DMA-prosjektet).

Lågare måloppnåing på strålebehandling enn for annan type behandling har størst utslag for tjukk - og endetarmskreft samt lungekreft. Lungekreft kan være krevjande å diagnostisere med mange biopsiar før endeleg diagnose blir sett, og dette kan være ein del av forklaringa. Helse Vest vil i det regionale prosjektet for pakkeforløp ha særskilt fokus på dette for å sikre betre måloppnåing også for strålebehandling i 2016.

- Sjukehus som utgreier og behandlar kreftpasientar, har forløpskoordinatorar med nødvendige fullmakter.

Dette er på plass i alle helseføretak, og regionalt prosjekt bidreg til å utveksle erfaring og kompetanse på tvers av føretaka. Pasientane vil få informasjon om sin koordinator på Vestlandspasienten i løpet av våren 2016. Forløpskoordinatorar er ansvarlege for informasjon til kvar enkelt pasient på Vestlandspasienten. Her kan ein sende elektronisk melding begge vegar. Det er vedteke regionale retningslinjer for forløpskoordinatorane, og regionen har arrangert regionale konferansar for desse.

- Dei tverrfaglege diagnosesentra er sikra tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse slik at det er eit tilbod til heile befolkninga i regionen.

Dette blei etablert i Helse Bergen ved årsskiftet 2014/2015. I Helse Stavanger blei tverrfagleg diagnosesenter etablert som poliklinikk frå 01.10.2015, og sengepost blir inkludert frå januar 2016. Det er planlagt etablering av tverrfagleg diagnosesenter i Helse Fonna og Helse Førde.

Det vil bli gjort eit felles arbeid for å lage ein felles standard for diagnosesenter i regionen, og konkretisere kva for pasientforløp og tilstandar dette er aktuelt for. Kriterier for utgreiing og kriterier for kva for pasientar dette skal vere eit tilbod for må vere felles i føretaksgruppa.

Første regionale samling blei gjennomført i august 2015 med god representasjon frå føretaka. Erfaringsutveksling og diskusjon rundt etablering var sentrale punkt i møtet. Det er ønskjeleg å etablere eit regionalt fagleg nettverk for sentra.

---

<sup>3</sup> Fleire faggrupper som samlast og avgjer vidare behandling i fellesskap. Det er planlagt for at teama skal kunne samlast via videokonferansar.

- Det er etablert minst eitt prostatasenter som sikrar kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlinga.

Styret i Helse Vest RHF vedtok i mai 2014 at regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakreft skal ligge til grunn for utviklinga av tilbodet i helseføretaket.

Det blei også fatta vedtak om at det vil bli etablert to prostatasentre i regionen – eit i Helse Bergen og eit i Helse Stavanger. Arbeidet med etablering starta i 2014.

I Helse Bergen er prostatasenteret i drift frå sommaren 2015.

Helse Stavanger slit framleis med rekruttering av spesialistar i urologi, og start vil ikkje skje før i 2016.

- Offentleggjere og bruker pasienterfaringar i systematisk forbetningsarbeid.

Det er etablert eit regionalt nettverk for brukarerfaringsundersøkingar i Helse Vest, med representantar frå alle helseføretaka og dei private ideelle institusjonane. Nettverket støttar gjennomføringa av brukarerfaringsundersøkingar i føretaka. Nettverket blir leia frå det regionale fagsenteret for pasientrapporterte data.

Det blir årleg gjennomført ei felles brukarerfaringsundersøking i Helse Vest. Avgjerda om kva fagfelt undersøkinga skal bli gjennomført innanfor, blir tatt saman med Helseføretaka. Den felles regionale undersøkinga i 2015 blei gjennomført i rehabiliteringsinstitusjonar i alle helseføretak. Oppstart var hausten 2015. Resultata av denne undersøkinga er ikkje klar enno, da det har tatt lang tid å få eit stort nok utval. Resultata av dei årlege undersøkingane skal offentleggjerast på føretaka sine nettsider. Resultata skal brukast i forbetningsarbeid i avdelingane. I tillegg gjennomfører føretaka egne lokale pasienterfaringsundersøkingar på avdelingsnivå. Resultata av desse blir brukte til kvalitetsforbetring og tenesteutvikling. Fagsenter for pasientrapporterte data gir bistand til avdelingane i dette arbeidet ved behov. I nettverket blir det tatt opp at representantane i nettverket må støtte alle lokale pasienterfaringsundersøkingar, bidra til offentleggjering av resultat og til at nettsidene blir tilgjengelege for tilsette og pasientar. Helseføretaka og dei private ideelle institusjonane offentleggjer i stor grad dei lokale pasienterfaringsundersøkingane på internettsidene sine.

## 2.2 Kvalitet og pasienttryggleik

### Mål 2015:

- Medisinske kvalitetsregister med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

Arbeidet med å gje dei nasjonale registra, som er forankra i Helse Bergen, nasjonalt tilrådde tekniske løysingar held fram. Det er fem register i utviklingsprosjekt i 2015, i samarbeid med Helse Vest IKT. Tre nye register fekk nasjonal status i juni 2015. Av dei er to i drift - eit av dei på tilrådd løysing.

Ni av atten register har nasjonal dekning. Fleire register har utført analysar av dekningsgrad. Eit dekningsgradprosjekt er starta, der to av dei nasjonale registra i Helse Bergen er inkludert med formål om å auke dekningsgraden.

Arbeidet med å inkludere pasientrapporterte data held fram i dei nasjonale registra som det er relevant for. Elleve av atten register inneheld allereie slike data, og fleire er i planleggingsfasen. Eit prosjekt om pasient- og brukarmedverknad er starta opp, med mål om mellom anna å få alle registra til å inkludere relevante pasientrapporterte data. Prosjekt for å utvikle teknisk løysing for å innhente pasientrapporterte data held fram.

Det har blitt arbeidd for å hente ut data frå Hjerneslagregisteret i Helse Vest til Datavarehuset/Styringsportalen for å vise effekt av tiltaka i regi av Pasienttryggleiksprogrammet. Ein vil bruke data frå registeret til forbetring av tenestene ved at ein framstiller kvalitetsindikatorar for behandling

av hjerneslag. Det blir planlagt å gjere tilsvarende arbeid for andre register i samband med andre tiltak i Pasienttryggleiksprogrammet.

Helseføretaka rapporterer data til alle nasjonale kvalitetsregistre. Det blir arbeidd kontinuerleg med å få denne registreringa komplett. Alle meldingar om manglande innregistreringar frå bestemte sjukehus / føretak blir følgt opp overfor helseføretaka.

Resultat frå alle nasjonale kvalitetsregister blir tilgjengeleggjort årleg for pasientar, klinikarar og leiarar på nettsida til Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre (sjå [www.kvalitetsregistre.no/resultat](http://www.kvalitetsregistre.no/resultat)). Årsrapportar frå registra blir og sendt til ansvarlege for registra og leiarane ved klinikkane.

- Helseføretaka har formidla og kommunisert kvalitetsresultat og uønskte hendingar til pasientar, pårørande og offentlegheita på eigna måte.

Nasjonale kvalitetsindikatorar blir publiserte på <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse>.

Resultat slik dei blir funne i medisinske kvalitetsregistre blir lagt fram offentleg på [www.kvalitetsregistre.no/resultat](http://www.kvalitetsregistre.no/resultat).

Alle helseføretaka har rutinar for å offentleggjere § 3-3 meldingar, eventuelt eit utval av desse, på nettsidene sine. Det er noko meir varierende om andre kvalitetsresultat blir formidla og kommunisert til pasientar, pårørande og offentlegheita på helseføretaka sine nettsider. Helse Vest RHF følger dette vidare opp mellom anna i styringsdokumenta til helseføretaka i 2016.

Resultat frå lokale pasienterfaringsundersøkingar skal i aukande grad bli publisert på heimesidene til føretaka.

#### *Helse Stavanger:*

Helseføretaket har starta eit arbeid med å gjennomgå eksisterande rutine om at alvorlege pasientskadar skal bli publisert på føretaket si internettside, for å sikre at rutinen blir følgt.

Aktuelle data frå innsatsområda i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet og resultatata frå dei nasjonale PasOpp-undersøkingane blir offentleggjort på føretaka sine heimesider.

#### *Helse Fonna:*

Resultat på kvalitetsindikatorane blir presentert for brukarutvalet og styret i Helse Fonna. Eit utval av uønskte hendingar som er meldt Kunnskapssenteret blir publisert på internettsida til Helse Fonna. Uønskte hendingar og kvalitetsresultat blir òg gått gjennom i føretaksleiinga, kvalitetsutvalet og i kliniske fagmiljø.

#### *Helse Bergen:*

Helseføretaket publiserer kvalitetsdata, mellom anna GTT- undersøkingar (Global Trigger Tool), som er ein metode for gjennomgang av journal, og sentralt behandla 3.3-meldingar på nettsida til Helse Bergen. Føretaket har endra rutinane for rapportering av 3.3-meldingar slik at ein no fortløpande publiserer fleire meldingar.

#### *Helse Førde:*

Helseføretaket sender informasjon til alle pasientar/pårørande i saker som er melde til Statens helsetilsyn. Det blir då informert om at saka er meldt til Kunnskapssenteret og Statens helsetilsyn, samt om lovverk og rettar. Dei får òg kopi av svarbrevet frå Statens helsetilsyn der det er skildra kva tiltak som blir gjort vidare frå helsetilsynet si side. Pasient/pårørande får også tilbod om kontakt med føretaket dersom dei ønskjer det.



Pasienttryggingsutvalet vel kvar månad ut om lag to saker om uønskte hendingar som eignar seg til offentleggjering. Det blir utarbeidd ein grundig tekst kring hendingane i samarbeid mellom avdelinga der hendinga har skjedd og sekretariat for pasienttryggingsutvalet. Tekstane blir sende på høyring til klinisk etikk-komité og personvernombodet før tekstane blir offentleggjort – først på intranett, ei veke seinare på internett. Det blir også sendt informasjonsbrev til pasientar/pårørande i saker før offentleggjering. Det er utarbeidd prosedyre for rutinen, og ordninga er evaluert.

- Det er etablert pilotprosjekt til pasientar med uavklarte smerte- og utmattingstilstandar.

Det er etablert eit nasjonalt pilotprosjekt for felles tverrfagleg diagnosesenter/poliklinikkar for pasientar med langvarige smerte- og/eller utmattingstilstander med uklar årsak. Helse Vest sin del av dette pilotprosjektet er retta mot smerte i kjeve – TMD. Helse Vest er tildelt 4 millionar kroner til TMD-prosjektet (i regi av Helse Bergen), som med sine erfaringar skal inngå i det faglege samarbeidet som pilotprosjektet skal etablere.

TMD-prosjektet i Helse Bergen har gitt presentasjonar av sine erfaringar i ulike fagnettverk både nasjonalt og internasjonalt.

Det er etablert kontakt med fagmiljøet ved St. Olav hospital for å dele erfaringar, då også St. Olav har fått midlar til pilotprosjekt for denne pasientgruppa.

- Det er høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innanfor psykisk helsevern skal distriktpspsykiatriske sentre og barn og unge prioriterast. Veksten blir målt mellom anna gjennom endring i kostnader, personell, ventetid og aktivitet.

Utvikling i talet på unike pasientar mellom 2014 og 2015 er som følgjar:

År	Somatikk	Psykisk helsevern barn og unge	Psykisk helsevern vaksne	Psykisk helsevern totalt	TSB
2014	416 236	11 661	26 016	37 209	4 261
2015	428 100	12 021	27 551	39 070	4 643
% vekst	2,9 %	3,1 %	5,9 %	5,0 %	9,0 %

Kilde: Helse Vest datavarehus

Tabellen inneheld tala for helseføretak i Helse Vest inkludert dei private ideelle verksemdar. I tabellen har ein «aggregert» opp talet unike pasientar som har fått behandling i løpet av året innan kvart fagområde. Både innan BUP, PHV og TSB er veksten i unike pasientar frå 2014 til 2015 høgare enn det ein finn innan somatikken. Veksten innan spesielt rusfeltet vil venteleg være større enn det tabellen viser, om andre private verksemdar blir inkludert.

#### Endring i kostnader:

For Helse Vest samla blei endringane i kostnader frå 2014 til 2015 slik:

Kostnader fordelt på tjenesteområder (eks. pensjon)	Regnskap 2015	Regnskap 2014	Endring i %
Somatikk	17 068	16 250	5,0 %
Psykisk helsevern voksne	3 421	3 354	2,0 %
Psykisk helsevern barn og unge	719	699	2,8 %
Tverrfaglig rusbehandling	1 039	846	22,7 %
Somatisk habilitering og rehabilitering	807	639	26,3 %
Annet	642	484	32,7 %
<b>Til sammen</b>	<b>23 695</b>	<b>22 272</b>	<b>6,4 %</b>

Kilde: Helse Vest Finans datavarehus

Kostnadsutviklinga er høgast innan tverrfagleg rusbehandling. Somatikk har større kostnadsvekst enn psykiatri men veksten i talet på pasientar og i poliklinisk behandling er likevel større innan rus og psykiatri enn innan somatikk.

#### Personell:

Oversikt for brutto månadsverk fordelt på tenesteområda viser følgjande endring frå 2014-2015:

Sum brutto månadsverk fordelt på tenesteområdet	2015	2014	Endring i prosent
Somatikk	188 312	182 054	3,4 %
Psykisk helsevern voksne	42 542	42 542	0,0 %
Psykisk helsevern barn og unge	9 891	9 973	- 0,8 %
Tverrfagleg rusbehandling	7 595	6 644	14,3 %

Kilde: Helse Vest HR datavarehus

Tala inneheld berre tilsette i Helse Vest sine egne føretak. I tillegg kjem tilsette i private føretak som leverer tenester til spesialisthelsetenesta i Helse Vest sitt opptaksområde.

#### Ventetider:

Helse Vest RHF hadde differensiert kravet til ventetider i 2015 for behandla pasientar på følgjande måte:

- BUP: 40 dagar
- TSB: 40 dagar
- VOP: 45 dagar
- Somatikk: 65 dagar

Kravet til ventetider er differensiert på same måte i styringsdokumenta til helseføretaka i 2016.

Endring frå 2014 til 2015 når det gjeld gjennomsnittleg ventetid for alle som starta behandling, fordelt per fagområde og samla for Helse Vest (NPR tal), er som følgjer:

Gjennomsnittleg ventetid for alle som starta behandling	2015	2014
Somatikk	68	71
Psykisk helsevern voksne	48	49
Psykisk helsevern barn og unge	50	57
Tverrfaglig rusbehandling	41	50
<b>Samla for Helse Vest – alle fagområder</b>	<b>66</b>	<b>70</b>

Sjå kap. 2.1 og kap. 4.1 for nærare omtale av oppfølging og tiltak når det gjeld ventetider.

### Aktivitet:

Tabell med oversikt for aktivitetsutviklinga viser følgjande:

	2015	2014	Endring 2014-2015	Endring 2014- 2015 %	Kommentarar
<b>Somatikk</b>					
Sjukehusopphald døgn	191 962	189 103	2 859	1,50 %	Lågare vekst enn BUP/TSB, og høgare enn PHV
Sjukehusopphald dag	77 412	73 780	3 632	4,90 %	
Polikliniske konsultasjonar	1 032 726	971 177	61 549	6,30 %	Lågare vekst enn BUP/PHV/TSB
Sum liggedøgn, avslutta i perioden	758 153	768 203	-10 050	-1,30 %	
Sum DRG-poeng	293 630	282 749	10 881	3,80 %	3,2 % korrigerert for vekst i H-resept
DRG-poeng H-resept	11 223	9 427	1 795	19,00 %	Inngår i linja over - mellom anna nye legemiddel
<b>BUP</b>					
Sjukehusopphald døgn	764	668	96	14,40 %	Høgare vekst enn somatikk
Polikliniske konsultasjonar	153 444	143 673	9 771	6,80 %	Høgare vekst enn somatikk
Sum liggedøgn, aktivitet i perioden	12 621	12 679	-58	-0,50 %	
<b>PHV</b>					
Sjukehusopphald døgn	10 959	10 948	11	0,10 %	Lågare vekst enn somatikk
Polikliniske konsultasjonar	277 191	249 850	27 341	10,90 %	Høgare vekst enn somatikk
Sum liggedøgn, aktivitet i perioden	248 444	260 989	-12 545	-4,80 %	
<b>TSB</b>					
Sykehusopphald Døgn	2 641	2 162	479	22,16 %	Høgare vekst enn somatikk
Sjukehusopphald dag (private inst.)	10 332	5 722	4 610	80,57 %	Høgare vekst enn somatikk
Polikliniske konsultasjonar	143 090	77 392	65 698	84,89 %	Høgare vekst enn somatikk
Sum liggedøgn, aktivitet i perioden	114 269	108 697	5 572	5,13 %	

*Kjelder: Helse Vest styringsportal – arkivrapporten og direkte rapportering frå private innan TSB.*

Poliklinisk aktivitet er den indikatoren som det er «enklast» å samanlikne på tvers av dei fire fagområda når det gjeld aktivitetsutvikling. Tabellen over viser at både BUP, PHV og TSB har hatt ein høgare aktivitetsvekst enn somatikk, sjølv om det og har vore ein sterk vekst i somatikken. Den særst høge polikliniske aktivitetsveksten innan TSB skuldast at utdeling av LAR-medisin og oppfølging i Bergensområdet ble overført til Helse Bergen i 2015, noko som har generert ny poliklinisk aktivitet som ein ikkje finn igjen i tala for 2014.

Ser ein på aktiviteten målt i utskrivne døgnpasientar, så finn ein at aktivitetsveksten er markant innan TSB, noko som i all hovudsak skuldast utvida kjøp hos private tilbydarar i 2015. Innan BUP er dei faktiske tala små, da døgnbehandling heller er unntaket enn regelen, sjølv om veksten målt i prosent er høg. Historisk har Helse Vest vore ein døgn tung region innan psykisk helsevern for vaksne. Det har derfor vore ein ønska utvikling å dreie meir av aktiviteten over mot poliklinisk og ambulant behandling innan PHV.

Innan tre av dei fire fagområde har det vore ein nedgang i talet på genererte liggedøgn frå 2014 til 2015. Gitt at talet utskrivne pasientar har auka, betyr dette at den totale gjennomsnittlege liggetida har gått ned, noko som er ønska. Innan TSB har auka kjøp hos private aktørar medverka til den auka aktiviteten målt i liggedøgn. I helseføretaka har det, isolert sett, vore ein svak nedgang i talet liggedøgn innan TSB.

### *Konklusjon*

Resultata over viser dermed at målet er nådd for TSB når det gjeld både kostnader, personell, ventetider og aktivitet.

I psykisk helsevern for barn og unge er målet nådd når det gjeld ventetider og aktivitet, men ikkje når det gjeld kostnader og personell.

I Psykisk helsevern for vaksne er målet nådd når det gjeld poliklinisk aktivitet, men ikkje når det gjeld dei andre faktorane.

Det er ein større vekst i talet på unike pasientar både i psykisk helsevern og TSB enn i somatikken.

Helse Vest RHF vil følge dette vidare opp i 2016.

- Pasientar i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarleg, kunne velje mellom ulike behandlingstiltak, mellom anna behandlingstiltak utan medikament (medikamentfritt). Tilbodet blir utforma i nært samarbeid med brukarorganisasjonane.

Departementet viser til brev til dei regionale helseføretaka av 24. november 2015 om medikamentfrie tilbod i psykisk helsevern. Vi ber det regionale helseføretaket rapportere på dette kravet i samsvar med dei fristane som er oppgitt i brevet.

I Helse Vest skal medisinfri behandling bli tilbode alle pasientar som ønskjer det, så langt det er forsvarleg. Medisinfrie behandlingstilbud er integrert i det generelle behandlingstilbudet. Alle pasientar som får tilbod om behandling i psykisk helsevern kan velje mellom ulike typar behandling, også behandling utan medikament. Pasientens rett til å delta i utforminga av eiga behandlingsforløp veier tungt, sjølv i dei tilfelle der behandlaren meiner at pasienten ikkje vel den behandlings-tilnærminga som er mest anerkjent og effektiv.

Det er utarbeida tiltaksplanar i alle helseføretaka for å sikre dette. Helseføretaka har lagt vekt på ulike former for tiltak, og Helse Vest RHF vil gjennom arbeidet med revidering av regional plan for psykisk helsevern sikre ei betre samordning. Helse Vest RHF vil også følge opp helseføretaka og etterspørje effekt av tiltaka.

Helse Vest RHF, helseføretaka og brukarutvala har blitt enige om nokre felles innsatsområdar for medikamentfri behandling. Helseføretaka har og eigne tiltaksplanar for medikamentfri behandling. Helse Vest RHF skal mellom anna utarbeide informasjonsmateriell til pasientane om kva medisinfri behandling er, og om moglegheita til å velje behandling. Det er i tillegg satt i gang eit arbeid for å opprette ein eining/post i DPS for medisinfri behandling/ nedtrapping av medikamentar.

- Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette tenestetilboda sine slik at personellet jobbar meir ambulant og samarbeider nærmare med kommunar, skular, barnevernet og fengsla. Legespesialistar og psykologar inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.

Dette bli i hovudsak ivareteke i helseføretaka og hos dei private ideelle DPS-a. Alle DPS har ambulant verksemd, men ikkje alle har legar og psykologar i teama.

Det er eit mål for føretaka å halde fram med det ambulante og utadretta arbeidet. Fleire tiltak er både iverksatt og planlagt i samarbeid med kommunar, fengsel, vidaregåande skolar eller NAV kontor. Til dømes fleire ACT<sup>4</sup>/FACT<sup>5</sup> team, akutt-ambulante team, familieambulatorier, Housing first team og arbeidsretta prosjekt som «jobbresept». Dei private ideelle DPS-a har også eit tett samarbeid med eksterne aktørar.

---

<sup>4</sup> Assertive community treatment

Helseføretaka planlegg for ein enda større grad av utadretta verksemd og samarbeid med eksterne aktørar.

#### *Helse Stavanger:*

Helseføretaket planlegg for at pasientbehandlninga i større grad blir flytta frå døgn til dagbehandling. Dette vil innebere større bruk av ambulante tenester. FACT/ACT vil vere føretrekte modellar for pasientar der ein samarbeider tett med dei kommunale tilboda. Føretaket vil arbeide meir målretta med akutt-ambulante team (AAT), og vurdere om ein kan samordne og bruke dei samla ressursane på ein meir målretta måte. Det er tildelt midlar til FACT-team i Stavanger, Sola og Sandnes. Dette har effekt i form av redusert rate på reinnleggingar.

Helseføretaket, ved avdeling unge vaksne, arbeidar i Housing first-team, og samarbeider tett både med fengsla i området og fleire vidaregåande skuler. Ekstern marknadsføring av tenestene ved psykiatrisk ungdomsteam i Sandnes har ført til at fleire tilvisingar er motteke frå barneverntenestene.

#### *Helse Fonna:*

Plan for psykisk helsevern 2012-2020 legg opp til ei omlegging frå døgnstilbod til poliklinisk og ambulant verksemd både innan vaksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og TSB. Vidare vektlegg planen samhandling med førstelinjetenesta og tidleg intervensjon og førebygging av psykisk sjukdom.

I hovudsak skjer den polikliniske og ambulante verksemda ved DPS-a og BUP. Det er oppretta akuttambulante team (AAT) ved Haugaland DPS og Karmøy DPS, som består av legar og psykologar. Ved Stord DPS og BUP Stord har ein etablert eit felles aldersovergripande akutt ambulant team som er tverrfagleg samansett. FACT team er etablert ved Folgefonn DPS og ACT team ved Haugaland DPS. Vidare har ein etablert Jobbresept og Skuleresept ved Haugaland DPS i samarbeid med NAV, for å auke yrkesaktivitet blant menneskje med psykiske lidningar og rusproblematikk. Det er etablert eigne samarbeidsavtaler mellom DPS og fengsla i deira opptaksområde.

Innan BUP-feltet er KIDSA etablert ved begge BUP-a. KIDSA er eit samarbeid med kommunane og andre relevante instansar på systemnivå med formål å auke kompetanse med omsyn til psykisk lidning i det kommunale hjelpetilbodet og sikra god samhandling. Vidare er det starta eit samhandlingsprosjekt «Barn og Unges helseteneste» som skal utarbeide standardiserte behandlingsforløp på tvers av kommune- og spesialisthelseteneste for dei mest vanlege psykiske lidningar hjå barn. Ein arbeider med ei samarbeidsavtale med Bufetat. Denne vil vere ferdigstilt innan utgangen av 2015. Det er formalisert samarbeid med barnevernsinstitusjonar som «Jentespranget» på Stord.

#### *Helse Bergen:*

Helseføretaket har etablert ambulante tiltak på Familieambulatoriumet.

Vidare er det under utvikling ambulante team for særleg vanskelegstilte pasientar med krevjande behov og samtidige alvorlege psykiske lidningar og rusavhengigheit. Denne gruppa har og ofte somatiske lidningar. Det er planlagt å starte opp tilbodet i første kvartal i 2016.

Tilvisingane til helseføretaket kjem ofte frå NAV i kommunane, og alle einingar i verksemda har ei systematisk samhandling med kommunane. Dette blir følgt opp i arbeidet med prosedyrar og behandlingsplanar.

Avdeling rusmedisin (AFR) har i fleire år hatt regelmessige møte med Bergen fengsel. Frå sommaren 2015 er det gjennomført konsultasjonar ved utdeling av LAR-medikament til innsette.

---

<sup>5</sup> Flexible Assertive Community Treatment

Divisjon psykisk helsevern arbeider med å auke det ambulante tilbudet. I Psykisk helsevern for barn og unge er det etablert ei eiga eining for dette. Det er akutt-team /FACT ved dei tre DPSane. Øyane DPS har prosjektorganisert FACT i samarbeid med Fjell kommune.

#### *Helse Førde:*

Indre Sogn psykiatrisenter (ISP) har eige ambulant rehabiliteringsteam for oppfølging av psykosetrua pasientar. I tillegg arbeider heile poliklinikken utprega ambulant med mellom anna eigne utedagar i enkelte kommunar. Helse Førde har òg eit ambulant tilbod frå psykiater og ruskonsulent til fengselet i Vik, samt ambulant team i alderspsykiatri med psykiater og sosionom.

Ved Nordfjord psykiatrisenter (NPS) er det ambulante teamet døgnope frå november 2015 og i eit nært samarbeid med kommunane i Nordfjord.

Ambulant heimebehandlingsteam blei starta i 2015 ved Psykiatrisk klinikk (PSK). Det er førebels eit lite team og under oppstart, men planen er å utvide tilbudet. Helse Førde har fokus på at meir ambulant arbeid er til beste for pasientane og kommunehelsetenesta, og samarbeider med spesialistane for å få til dette arbeidet. Det tradisjonelle og tette samarbeidet med kommunar, skular og barnevern er oppretthalde.

- Innføring av eit nasjonalt kartleggingssystem for sjølv-mord i psykisk helsevern er starta etter modell frå Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for førebygging av sjølv-mord og sjølvskading 2014–2017.

Helse Vest RHF er så langt ikkje invitert inn i dette arbeidet.

- Prosentdel av årsverk i distriktpsikiatriske sentre har auka i forhold til talet på årsverk innanfor psykisk helsevern i sjukehus.

Delen årsverk i psykisk helsevern har for heile regionen samla auka meir i DPS-a enn i sjukehus i 2015, samanlikna med 2014. Målet er slik sett nådd for heile regionen samla. Målet om auke er også nådd i dei fleste helseføretaka, med unntak av Helse Stavanger. Der er det noko større auke av delen årsverk i sjukehus enn i DPS. Helse Førde er det helseføretaket med størst del årsverk i DPS-a samanlikna med sjukehus.

Det er anbefalt ei norm for ressursfordeling på 52 prosent/48 prosent for høvesvis DPS/sjukehus. Fordelinga av årsverk samla for heile Helse Vest var i 2015: DPS 53 prosent og sjukehus 47 prosent (i følge tal innhenta frå SSB). Det har vore jobba systematisk i helseføretaka over tid for å oppnå dette målet. Rapportering frå helseføretaka tyder på at ikkje alle helseføretaka har nådd dette målet enno.

- Prosentdel av tvangsinnleggingar for helseregionen er redusert samanlikna med 2014.

Dei siste offisielle tala er frå 2. tertial 2015. Tala viste at Helse Vest hadde 21,4 prosent tvangsinnleggingar dette tertialet. Dette var høgast i landet.

Alle helseføretaka har tiltaksplanar for reduksjon og rett bruk av tvang. Desse er i tråd med den regionale planen.

Rapport frå Internrevisjon Helse Vest frå 2014 viser at helseføretaka ser ut til å ha gode prosessar som sikrar at bruken av tvang er i samsvar med regelverk og retningslinjer. Det er likevel store skilnadar i talet på tvangsinnleggingar i regionen, og store manglar med registrering og rapportering av omfanget av bruk av tvang.

For i sikre betre datakvalitet har Helse Vest RHF har satt i gang eit arbeid for å sikre felles rutinar for registrering av bruk av tvang. Prosjektet er kommet godt i gang, og skal bli ferdigstilt i løpet av våren 2016. Alle helseføretaka deltek i prosjektet. Prosjektet går gjennom alle aspekt som omhandlar tvangsinnleggingar

(elektronisk protokoll, registreringsrutinar/registreringshandbok, datakvalitet (NPR uttrekk) og samarbeidsrutinar ift kontrollkommisjonane).

Dei private ideelle DPS-a som er godkjent for bruk av tvang ved innleggingar, arbeidar også systematisk for å redusere bruken av tvang.

#### *Helse Stavanger:*

Helseføretaket sine egne tal tyder på ein auke i delen tvangsinnleggingar frå 2013-2015. Helse Stavanger analyserar denne utviklinga nøye med fokus på å finne forklaringar og tiltak som kan motverke utviklinga.

Når det gjeld bruk av tvang så viser helseføretaket sine egne tal at det har vore ein jamn nedgang i total tvangsmiddelbruk frå 2013 til 2015 (prognose).

Basert på prognose for 2015 innan vedtaksområda §§ 4-3 – 4-8 vil det vere ein nedgang i vedtak om tvang i sjukehus på -19 %. Bruk av skjerming (-11 %), vedtak bruk av mekanisk tvang (-34 %) og vedtak bruk av isolasjon (-35 %) blir redusert, jamfør desse tala. Spesialavdeling for vaksne har i 2015 hatt stort fokus på lovforståing og på registreringspraksis ved bruk av tvang.

Tiltak som er satt verk i helseføretaket sin handlingsplan for reduksjon og riktig bruk av tvang er til dømes:

- Prosjekt for å redusere presset på innleggingar og styrkje tilbodet til pasientar utanfor sengepost.
- Fokus på ettervern under prosjektet «Hjelp på hjemmebane».
- Gjennomgang av «målgruppepasientar – pasientar» som har mange innleggingar.
- Kvalitetssjekk av registrering av vedtak månadleg på kvar post på Spesialavdeling for vaksne.
- Arbeidsgruppe for å sjå på behandlingsforløp for pasientar med personlegdomskløyving, som har hatt hyppige innleggingar med nokre gonger bruk av tvang.
- Arbeidsgruppe for å monitorere bruk av tvang i Psykiatrisk divisjon, med tertialvis rapportering til leiargruppa.

#### *Helse Fonna:*

Prosentdelen tvangsinnleggingar viser ein svak nedgang i frå 2014 til 2015. Det er utarbeidd ein eigen handlingsplan for rett og redusert bruk av tvang. Denne har vore verksam sidan 2013. I 2012 var delen av tvangsinnlagte (del av alle innleggingar) på heile 22 prosent mot 16,6 prosent i 2015.

#### *Helse Bergen:*

Den lokale planen for redusert bruk av tvang, «Saman for mindre tvang», har vore revidert i 2015. Planen skal bli lagt fram for styra i Helse Bergen og Helse Vest. Det er arrangert idédugnad for å få fram gode innspel til tiltak.

#### *Helse Førde:*

Helseføretaket har eit stort fokus på dette området. Helse Førde har låge tal for tvangsinnleggingar. Endringar i små tal fører dermed til store prosentvise endringar. Det har likevel vore ein liten auke i bruk av tvangsinnleggingar. Helseføretaket vurderer årsaka til i større grad ha samband med sjukdomsbiletet meir enn feil bruk av tvang.

- I samarbeid med berørte partar gjennomgått avtalane om studenthelsetenesta slik at studentar får eit tilfredsstillande tilbod.

Helse Vest har oppdaterte avtalar med alle dei fire studentsamskipnadane i regionen. I 2015 er tilskotet til studenthelsetenesta auka.

- Det er etablert rutinar som sikrar at pasientar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidningar, og tilsvarande at pasientar som blir behandla for somatiske lidningar, også får tilbod om behandling for psykiske lidningar og/eller rusproblem.

Det er satt i verk mange tiltak i Helseføretaka for å sikre dette.

Helse Vest har framheva dette temaet i 2015, mellom anna med ein felles fagdag om somatisk helse blant personar med ruslidingar og psykiske lidingar.

#### *Helse Stavanger:*

Det er etablert eit tett og godt samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken, barne- og ungdomshabiliteringa og BUPA, gjennom mellom anna faste leiarmøter og faste ordningar med fagleg samarbeid. Det er også under etablering ein felles poliklinikk for psykosomatiske lidingar.

Gjennom ordninga med ruskonsulentane på somatiske avdelingar følger ein opp at pasientar som blir behandla for somatiske lidingar også får tilbod om behandling for psykiske lidingar og/ eller rusproblem. Hausten 2015 har ruskonsulentane hospitert på psykiatrisk akuttmottak for å avklare om det er nødvendig med ytterlegare kompetanse på avhengigheit der.

#### *Helse Fonna:*

Somatisk klinikk Stord har saman med DPS Stord og Valen sjukehus gått gjennom og revidert rutinar som skal sikra at pasientar som treng behandling på tvers av klinikkane/einingane får det. Reviderte rutinar for samhandling mellom Somatisk klinikk Stord og Stord DPS/Valen sjukehus skal implementerast i dei aktuelle einingane.

Klinikk for psykisk helsevern har etablert eit samarbeidsprosjekt med Medisinsk klinikk og Haugaland A-senter for å følge opp pasientar innlagt ved somatiske avdelingar som har ein skadeleg bruk av rusmidlar, eller har utvikla ein avhengigheit. Satsinga er planlagt vidareført i 2016.

Pasientar innan psykisk helsevern og TSB blir kartlagt også for somatisk helsetilstand. Dersom dei treng behandling for somatiske lidingar og det ikkje allereie er satt i verk behandling/tiltak, blir dette formidla til fastlege, eller pasienten får denne helsehjelpa av klinikken sine eigne legar. Ved indikasjon blir dei tilvist for oppfølging ved aktuelle somatiske avdelingar.

#### *Helse Bergen:*

Dette har vore eit sentralt tema både i føretaksleiinga i Helse Bergen og på klinikkar/avdelingar. Nokre døme på dette er:

- Prosjekt om «Synstap og psykisk helse». Prosjektet skal gjennomførast i 2015 og 2016 og er eit samarbeid mellom Augeavdelinga i Helse Bergen og Helse Fonna. Resultatet av prosjektet skal vere betre rutinar og sjølvrapportering av den psykiske helsa til pasientane.
- Avdeling for rusmedisin (AFR) bidreg ved vaktordning på akutt-posten, og det er tilgjengeleg somatisk kompetente legar ved døgneiningane i AFR. Det er tett kontakt med fastlegar.
- Behandlingsrettleiaren *Lommerus* er tilgjengeleg i 3. utgåve.
- I divisjon for psykiske helsevern har det lenge vore konsulentteneste både for barn og vaksne. I klinikkane er det etablert mange mindre kurs/prosjekt knytt til livsstil (kosthald, fysisk aktivitet). Arbeidet er knytt til føretaket sin strategi for ernæring.
- Treningspoliklinikk etablert i Psykiatrisk klinikk.
- Bjørgvin DPS har oppretta stilling for ernæringsterapeut.
- Kronstad DPS har gjennomført prosjektet «Sunne levevanar» som no er under implementering.
- Psykisk helsevern for barn og unge samarbeider med Barneklubben og Kvinneklubben om rusrelaterte problemstillingar.
- Kvinneklubben samarbeider med Bergen Kommune/Solheimsviken helsestasjon om tilrettelegging og oppfølging av rusmisbrukarar i svangerskapet. Det blir utarbeidd plan for fødsel og barselstid. Samarbeidet er tverrfagleg og omfattar alle yrkesgrupper.
- På Akuttposten i mottaksklinikken er det etablert gode rutinar for oppfølging av ruspasientar med tilleggslidingar innan somatikk og psykiatri. Posten er bemanna med indremedisinar og legar frå Avdeling for rusmedisin med bakgrunn både frå rusmedisin og psykiatri. I planlegginga av



utgreiingsmottaket i mottaksklinikken er forholdsvis lagt til rette for å kunne ta i mot pasientar med fleire, samtidige tilstandar.

- Det er god kontakt mellom Kreftavdelinga og psykiatrisk tilsyn, og dei relativt få pasientane avdelinga har med kreft og pågåande rusproblem blir tilfredsstillande tekne vare på.
- Ortopedisk klinikk har over lang tid hatt eit nært samarbeid med Avdeling for rusmedisin, for at denne pasientgruppa skal få ei tett og god oppfølging.

#### *Helse Førde:*

Helseføretaket har fokus på dette. Tiltak er til dømes:

- Indre Sogn Psykiatrisenter (ISP) arbeidar utprega tverrfagleg og det er eit godt og formalisert samarbeid mellom faggruppene for å sikre at heile pasienten sin fysiske og psykiske helse blir ivareteke. Ved mistanke om somatiske lidningar er der eit godt samarbeid med fastlege og medisinske avdelingar som gjer nødvendige undersøkingar. Innlagde pasientar har følge av personale til slike undersøkingar. Somatiske/medisinske avdelingar i Førde har fast avtale om tilsyn frå psykiatrisk klinikk ved mistanke om psykisk lidning hjå deira pasientar.
  - I Nordfjord har det vore møte mellom psykisk helsevern og somatiske avdelingar. Det er avtale om at psykisk helsevern skal støtte opp under somatiske avdelingar under medisinsk avrusing. Medisinsk poliklinikk set av ein fast time for psykisk helsevern kvar veke for å sikre lett tilgang til somatisk konsultasjon. Psykiatrisk tilsyn i somatiske avdelingar held fram som før.
  - Eldremedisinsk poliklinikk er etablert i Nordfjord og Førde og gjev tverrfagleg utgreiing av somatiske og psykiske problem hjå eldre.
- Det er etablert struktur og rutinar i samarbeid med Helsedirektoratet og regionane i Bufetat som sikrar at born i barnevernsinstitusjonar får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidningar og rusavhengigheit.

Rammeavtala mellom Helse Vest RHF og Barne-, ungdoms- og familieetaten region vest (Bufetat region vest) er sist revidert i april 2015. Det er utarbeida felles mal for helseføretaka sine lokale avtalar.

Samarbeidsavtalane helseføretaka har med Bufetat lokalt er praktisk orientert, med faste samarbeidsmøter på leiarnivå, samarbeidsmøter mellom BUP-ane og Bufetat sine institusjonar, og samarbeid i enkeltsakar.

For å sikre at barn og unge i barnevernsinstitusjonar får nødvendig utgreiing og behandling, er det i fleire av helseføretaka etablert kontakt mellom BUP-ane og Bufetat sine institusjonar. Samarbeidet/ kontakten inneber rettleiing til personale i Bufetat sine institusjonar, deltaking på ansvars-gruppemøter, og samarbeid i enkeltsakar.

Det er semje om at dei ungdommane som ikkje sjølv ønsker hjelp frå spesialisthelsetenesta kan vere ein utfordring å nå. Tiltak for å komme i behandlingssposisjon til denne pasientgruppa er derfor viktig. Til dømes så blir det i Helse Stavanger utgreia om det skal bli øyremerkte stillingar for ambulant verksemd for å sikre eit godt tilbod for barn og unge som bor i institusjonar i regi av Bufetat. I Helse Fonna er det inngått eit systematisk samarbeid mellom BUP Stord poliklinikk, døgnpostar Haugesund og barnevernsinstitusjonen «Jentespranget» på Stord for å sikre betre eit heilskapleg behandlingstilbod til ungdomane som bur der.

Helseføretaka og Bufetat har planlagt nye møter for å vurdere behov for revidering av eksisterande samarbeidsavtalar. Samarbeidsrutinar, ansvarsfordeling, pasientforløp og felles opplæring for å sikre at barn i barnevernsinstitusjonar får nødvendige og forsvarlege helsetenester, vil bli drøfta i møta.

- Det er etablert kombinerte stillingar som sosialpediatrar med arbeidsstad både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsett ressursar til sosialpediatrisk verksemd i barneavdelingar som ikkje har Statens barnehus i sitt opptaksområde.

Det er på plass i dei to store helseføretaka. Dei har eit tett samarbeid med Statens barnehus. Det er etablert rutinar for korleis tenesta skal utførast, og innhaldet og oppgåvene tillagt stillinga er under kontinuerleg utvikling. 3-5 kompetente personar inngår i «turnus» for å ivareta tenesta. I Helse Fonna er det så langt ikkje sett av egne ressursar til sosialpediatrisk verksemd, men føretaket arbeider mot klarare prioritering av dette arbeidet. Det er ikkje barnehus i Sogn og Fjordane, men Helse Førde har sett av ressursar til sosialpediatrisk verksemd i barneavdelinga.

Helse Vest RHF vil følge dette vidare opp i 2016, i samsvar med oppdragsdokumentet for 2016.

- Førebudd ansvarsovertaking for tilbod til barn og vaksne som har vore utsette for seksuelle overgrep frå 2016.

Det er rapportert til HOD innan fristen. Helse Vest har ettersendt tidsplan for pågåande arbeidsprosessar til HOD.

Det er planar i alle helseføretak for korleis ansvaret for barn og vaksne som har vore utsatt for seksuelle overgrep skal bli ivareta frå 01.01.16. Det er i hovudsak planlagt ein vidareføring av dagens ordning med eit mottak i kvart føretaksområde, men med litt ulike løysingar. Dette gjeld om det er eit felles mottak for alle typar overgrep, og om det er egne ordningar for barn utsatt for seksuelle overgrep. Der det er planlagt felles mottak med kommunane er det i hovudsak avklart med dei aktuelle kommunane korleis dette skal løysast.

- Tilbodet i gynekologiske avdelingar til abortsøkjande kvinner som vender seg direkte til sjukehus, er styrkt.

Tilboda er styrkt. Alle helseføretaka har betra informasjon på sine nettsider. Alle har informasjon om at kvinner kan ta direkte kontakt, og korleis dei skal gjere dette.

## **2.3 Personell, utdanning og kompetanse**

### Mål 2015

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseføretak og universitet/høgskular er brukt aktivt til planlegging av aktuelle utdanningar og saker knytte til utdanningsområdet.

Det er to samarbeidsorgan, eit mellom Helse Vest og dei to universiteta og eit mellom Helse Vest og høgskulane og Universitetet i Stavanger, som sitt i begge organa.

Det er regelmessig møter i samarbeidsorganana. Forsking har hatt mest merksemd i samarbeidsorganet med universiteta, men også framtidig organisering av spesialistutdanninga har hatt merksemd. Utdanning har vore mest sentralt i samarbeidsorganet med høgskulane. Det gjeld særleg praksisopplæringa, vidareutdanning for sjukepleiarar og type innhald i utdanningane. Når det gjeld vidareutdanning har det vore spørsmål om type utdanningar, men særleg om all vidareutdanning skal vere på masternivå. Det er frå Helse Vest understreka at vidareutdanningane kan inngå i ein mastergrad og påbyggast til ein master, men dei må også kunne vere sjølvstendige utdanningar. Høgskulane/Universitetet i Stavanger legg i ulik grad til rette for dette.

Helse Vest gjer ein ny vurdering av strukturen på samarbeidsorganana med bakgrunn i den siste instruksen om samarbeidet med universitet og høgskular.

- Det er tilstrekkeleg mange utdanningsstillingar for legespesialistar, mellom anna i den nye spesialiteten i rus- og avhengigheitsmedisin som skal gjennomførast i samsvar med rammeverket til Helsedirektoratet.

Helseføretaka vurderer tal utdanningsstillingar i tråd med behovet for framtidige spesialistar, og tal utdanningsstillingar er tilpassa behov og budsjettmessige rammer. Helseføretaka har oppretta fleire LiS-stillingar i 2015 for å sikre tilstrekkeleg dimensjonering.

- Det er utvikla strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstenester i regionen.

Helse Stavanger har etablert system for bilateral hospitering mellom helseføretaket og kommunane. I tillegg tilbyr dei hospitering i akuttmottak ved etablering av kommunale ø-hjelps tilbod. Sjukepleiefagleg rådgivingstelefon er eit heildøgnsstilbod til sjukepleiarar i kommunen. Det blir og gitt tilbod om opplæring ved behov. Det er etablert eget fagråd etter same representasjon som samhandlingsutvalet. Fagrådet gir innspel til korleis kompetansedeling best kan skje.

Helse Bergen har etablert eit femårig program for felles kompetanseløft med kommunane. I tillegg er det mange samarbeidstiltak mellom ulike avdelingar og kommunar. Dette omfattar mellom anna opplæring, rettleiing og hospitering.

Helse Fonna har inngått to tenesteavtalar mellom føretaket, kommunane og Høgskulen Stord Haugesund. Dette er ein del av strategien for å møte utfordringane i samhandlingsreforma, og gjere det mogleg å samla kompetanse, ressursar og erfaringar. Ved Klinikkk for Psykisk helsevern er det etablert rettleiingsteneste for fengsla i føretaket sitt opptaksområde. Vidare er det etablert fleire samhandlingsprosjekt mellom DPS og kommunehelsetenesta.

Helse Førde har etablert fylkesdekkande fagnettverk på rehabilitering, kreftomsorg og lindrande behandling, eldremedisin og eldreomsorg. Det blir arrangert konferansar etter behov i samarbeid med KS/kommunane, i tillegg til årleg samhandlingskonferanse. Praksiskonsulentane i Helse Førde har stor aktivitet knytt til formidling av ny kunnskap, beste praksis mv. der ein støttar seg på helseføretaket. Samhandlingsbarometeret fungerer som kanal for spreing av aktuell kunnskap, og det er i 2015 gjennomført eit prosjekt for samarbeid med kommunane om forskning. Det er vidare utarbeidd ny delavtale om lærings- og meistringstilbod som inneber opplegg for kompetanseoverføring til kommunane. Frå 2016 tilbyr Helse Førde kommunane å delta på felles internundervisning kvar veke via videokonferanse, og eiga informasjonsside for kommunane er oppretta på Helse Førde si heimeside.

#### **Dei private ideelle sjukehusa har:**

- etablert samarbeid og avtalar med kommunane
  - gjennomført kompetansehevande tiltak i kommunane
  - gjennomført undervisning, opplæring og rettleiing for fastlegar/kommunar
- Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med dei institusjonane som i dag har ansvar for rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

Dette er berre aktuelt for føretak som har obduksjonsverksemd; Helse Stavanger.

For opptaksområde i Helse Bergen ligg dette under Universitetet i Bergen (Gades Institutt).

## **2.4 Forsking og innovasjon**

### Mål 2015:

- Vurdert tilrådingane i HelseOmsorg21 og ev. prioritert og sett i gang tiltak innanfor helseføretaka sitt ansvar for forskning og innovasjon. Det er forventa at det er dialog mellom dei regionale helseføretaka.

Arbeidsgruppa som er nedsett for å utarbeide forslag til ny forskingsstrategi for det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest, Universitetet i Bergen og Universitetet i Stavanger, har mellom anna lagt HelseOmsorg21-strategien til grunn i sitt arbeid.

Oppdraget har også med jamne mellomrom vore drøfta i RHF-et si strategigruppe for forskning, jf. at det er forventa dialog mellom dei regionale helseføretaka. Det vil bli tatt utgangspunkt i regjeringa sin handlingsplan for arbeidet i 2016.

Helse Vest innfører støtteverktøy (ide-portal) for innovasjon i samarbeid med dei andre regionane (felles anskaffing). Ved utgangen av 2015 er prosess og verktøy innført og teke i bruk i heile føretaksgruppa i Helse Vest inkludert private ideelle.

Parallelt gjennomfører Helse Vest eit strategiarbeid, med basis i mellom anna HelseOmsorg21.

- Gjennomført før-kommersielle prosjekt som ein del av oppfølginga av ”Fremme innovasjon og innovative løysingar i spesialisthelsetenesta gjennom offentlege anskaffingar” frå 2012.

Fleire av føretaka samarbeider med teknologioverføringsselskap for å opprette små inkubatorar eller kreative verkstader der tilsette og helsefaglege studentar kan bringe idear for å lage skisser eller prototypar for innovative løysingar.

Infrastruktur står sentralt ved universitetssjukehusa, mellom anna gjennom biobankfasilitetar og gjennom etablerte og planlagde utprøvingseiningar. På nasjonalt nivå samarbeider ein om infrastruktur og støttefunksjonar gjennom Norwegian Clinical Research Infrastructures Network (NorCRIN), der Helse Bergen og Helse Stavanger er partnerar.

- Infrastruktur, utprøvingseiningar og støttefunksjonar for kliniske studiar er styrkt ved universitetssjukehusa.

I Helse Vest gjeld dette Helse Stavanger med Universitetssjukehuset i Stavanger, og Helse Bergen med Haukeland universitetssjukehus.

Helse Stavanger er partner i den nasjonale infrastrukturen NorCRIN, deltakar i den nasjonale infrastrukturen Biobank Norge via representasjon i fleire arbeidsgrupper, og deltakar i den nasjonale infrastrukturen NorPedMed via barnenettverket i Helse Vest.

Registreringssystemet ved forskingsavdelinga er så langt ikkje satt opp for å samle kontinuerleg informasjon om avslutningstidspunkt for kliniske studiar. Det er registrert omlag 412 pågåande prosjekt ved føretaket og nokre av desse er avslutta, men har foreløpig ikkje meldt inn sluttdato. 24 prosent av dei pågåande studiane er klinisk utprøving av legemiddel.

Føretaket har per november ingen formelle forskingspostar eller -einingar. I avdelingane er det per oktober 2015 fristilt omlag 8 årsverk for prosjektsjukepleiarar, bioingeniørar og anna støttepersonell. Føretaket har også oppretta 2,4 årsverk sentralt for statistikarar. Dette er i 2015 auka med 1 stilling frå 1,4 stilling i 2014.

Føretaket har hausten 2015 utarbeida ein intern utgreiing, som konkluderer med konkrete tilrådingar om og modellar for etablering av forskingsposter, og anna forskarstøtte i løpet av 2016 og dei komande åra. Utgreiinga er til administrativ behandling.

Registreringssystemet ved forskingsavdelinga er foreløpig ikkje satt opp til å samle kontinuerleg informasjon om talet på deltakarar i kliniske studiar.

På Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen er det i 2015 avslutta 21 kliniske studiar. Vidare er det 260 studiar som er i gang.

Kapasiteten innan støttefunksjonar er auka:

- Spesialrådgjevar i kliniske studiar er tilsett frå august 2015, NorCRIN-koordinator Haukeland.
- Prosjektleiari for kliniske studiar ved Hematologisk avdeling

Det er inkludert 5151 pasientar i studiane. Tala er basert på eigen-rapportering frå avdelingane, og inkluderer samtykkebaserte kliniske studiar.

- For å auke nytten av offentleg finansiert klinisk forskning er det innført krav om grunngiving dersom brukarmedverknad er fråverande i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetenesteforskning. Vidare er det utarbeidd felles retningslinjer for dei regionale helseføretaka for korleis prosjektsøknader skal beskrive forventta nytte for pasienten og tenesta, og korleis ny kunnskap kan takast i bruk i tenesta. Nyttevurderinga skal likestillast med kvalitetsvurderinga av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde frå 2016.

Brukarmedverknad og nytte ligg inne som element i det elektroniske søknadsskjemaet eSøknad, for å sikre at det blir lagt inn informasjon om dette i søknadar om forskingsmidlar. Nytte var eit eige vurderingskriterium i årets utlysning av Helse Vest sine forskingsmidlar, og blei vurdert av dei same komiteane som vurderte vitenskapelig kvalitet. Dei to kriteria var likestilte i vurderingsarbeidet. Søkjarane til Helse Vest sine forskingsmidlar blei bedne om å gjere greie for brukarmedverknad i prosjekta. Informasjonen som kom fram i søknadane vil bli brukt ved utarbeiding av kriterium for seinare utlysingar. Arbeidet med felles retningslinjer for vurdering av nytte vil bli ferdig primo 2016. Målet er at felles retningslinjer skal vere klare til utlysning av midlar for 2017.

- Etablere nasjonale forskingsnettverk innanfor område der det er behov for slike, mellom anna for persontilpassa medisin, jf. rapport frå nasjonal utgreiing av persontilpassa medisin i helsetenesta frå 2014.

RHF-et si strategigruppe for forskning har drøfta dette oppdraget på fleire møter, og er i dialog med Helsedirektoratet om gjennomføring av oppdraget.

### **3. Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015**

#### **3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere**

- Dei regionale helseføretaka har sett i verk tiltak for å rekruttere og behalde blodgivarar. Vi viser til rapport frå Helsedirektoratet: *Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning, IS-2129.*

Det er satt i verk og planlagt mange tiltak i helseføretaka.

*Helse Stavanger:*

Aktuelle tiltak:

Helseføretaket har ein rekke satellitt-tappestasjonar for blodgivarar rundt i distriktet. Desse blir drivne i samarbeid med Røde Kors, som også har nasjonale vervingskampanjar for å få fleire blodgivarar.

Helse Stavanger har blant fleire tiltak hatt og har tilbod om utvida opningstid fram til kl. 18.00 på onsdagar.

#### Planlagde tiltak:

Helse Stavanger har eit prosjekt saman med «Sykehuset i Våre Hender» med føremålet å skaffa og sette i drift ein mobil blodgivarteneste ved bruk av ein trailer. Dette er planlagt i løpet av 2016/2017. Dette er eit vesentleg tiltak for både å halde på eksisterande blodgivarkorps, samt auke moglegheitene for rekruttering.

#### *Helse Fonna:*

Helse Fonna held oppe tappestasjon i Sauda, der personell reiser frå Haugesund to dagar i månaden. I tillegg er det open tappestasjon i Haugesund utover ettermiddagen ein dag i veka. Det er fast avtale med lokale media om jamleg annonsering på fleire plattformer. Det blir sett takkeannonsar i lokale media til etablerte givarar ved blodgivars dag og ved årsskifte. Blodgivars dag blir markert årleg i samarbeid med Røde Kors blodgivarprogram. Blodgivarane får gåve av symbolsk verdi som takk for innsatsen. Det er vidare planlagt eit større oppslag i Haugesunds avis for å rekruttere blodgivarar. Ved stor påmelding av blodgivarar er føretaket budd på ekstraordinær innsats for å ta inn alle som melder seg innan rimeleg tid.

#### *Helse Bergen:*

Aktuelle tiltak er:

- Aktivt følge opp den nasjonale kampanjen til Røde Kors for rekruttering av blodgivarar.
- Auka ressursar for å behandle tilmeldte nye givarar, slik at dei raskt blir innkalla til Blodbanken.

Det er planlagt å:

- effektivisere informasjonsprosessen slik at gjennomstrøyminga av givarar aukar (multimedia).
- innføre elektronisk blodgivarskjema.
- opprette eige beredskapsgivarkorps.

#### *Helse Førde:*

Helse Førde har god tilgang til blodgivarar. Dei fleste registrerer seg via nettportalen [www.giblod.no](http://www.giblod.no). I 2015 har tilgangen vore særst god, og det er ei utfordring å ha tilstrekkeleg kapasitet til å registrere og godkjenne nye blodgivarar. I og med at blodforbruket er redusert med 20 prosent dei siste tre åra, er beredskapen på blodgivarar tilfredsstillande. Tiltak som er viktig for eit berekraftig tilbod om å gje blod, er fleksible tidspunkt for tapping, til dømes kveldstapping, innkalling og påminning via SMS og gode parkeringsforhold. Slike tiltak er sett i verk. Det er vidare viktig å oppretthalde ein god nettportal då 80-90 prosent av rekrutteringa skjer der.

### **3.2 Helseføretaka si kommunikasjon om resultat, utfordringar og omstillingsprosessar**

- Dei regionale helseføretaka blir bedde om å legge til rette for at helseføretaka kommuniserer godt om resultat, utfordringar og omstillingsprosessar i eige føretak til partar det gjeld, og til offentlegheita generelt.

Føretaka i Helse Vest arbeider løpende med å løfte fram gode resultat, skape forståing for utfordringar spesialisthelsetenesta står framfor og god dialog både med medarbeidarar, pasientar og pårørande, samt innbyggjarane på Vestlandet generelt. God forståing for kommunikasjon, informasjon og involvering og kva ansvar ein har for å legge til rette for kommunikasjon som medarbeidar og leiar er viktig. Det er utarbeida eigne modeller for interessent- og målgruppeanalyser, samt rettleiarar for kommunikasjon i prosjekt.

Ein føresetnad for god ekstern kommunikasjon er openheit og føretaka legg stor vekt på dette.

Alle føretaka i Helse Vest, og Haraldsplass Diakonale sykehus, har felles plattform for inter- og intranett. Dette er løysingar som utvikles i samråd med brukarar av dei ulike løysingane. I tråd med statens informasjonspolitikk satser ein breitt på digital kommunikasjon. For både pasientar, pårørande, medarbeidarar og andre interessenter er eigne nettsider og ulike sosiale medier aktivt i bruk. Ved utgangen av 2015 har føretaka samla over 3 millionar brukarar på nettsidene og om lag 35 000 følgjarar på Facebook.

Størst merksemd gir oppslag om resultat når det gjeld pasienttryggleik, kor ein òg har kjørd eigen kampanjar, pakkeforløp kreft og ulike tema knytt til programmet Alle møter.

I tillegg har føretaksgruppa samla gitt ut eit magasin, Helse i vest, i fleire år, til alle husstandene på Vestlandet i et opplag på 420 000 eksemplrar. Lesarundersøkingar viser gode resultat.

Det regionale helseføretaket nyttar høve til å presentere både resultat og utfordringar gjennom årlege møter med fylkesutvala på vestlandet, stortingsbenkane, dei største mediene, eigen blogg, deltaking på konferansar og i andre fora.

### **3.3 Samfunnskontrakt for fleire læreplasser**

- Helseføretaka er store arbeidsgivarar i det norske samfunnet, og det er viktig at dei er med på å sikre samfunnet sitt behov for fagarbeidarar med høge kvalifikasjonar gjennom å legge til rette for lærlingplassar, både i eiga verksemd og gjennom å stille krav til leverandørar. Vi viser til krav i føretaksmøte i januar 2013, der dei regionale helseføretaka vart bedde om å bidra til å sikre fleire lærlingplassar, i tråd med måla i *Samfunnskontrakt for flere læreplasser*. Samfunnskontrakten er inngått mellom partane i arbeidslivet, og formålet er å sikre fleire lærlingplassar på fleire fagområde. Regjeringa har etter dette utarbeidd ein strategi for å få fleire lærlingar i staten, og eit viktig tiltak i denne samanhengen er at alle statlege verksemdar skal knyte til seg minst ein lærling. Vi går ut frå at dei regionale helseføretaka og underliggende helseføretak er kjende med Regjeringa sin strategi og etterlever dei krava som følger av den.

Helse Vest legg til grunn at føretaka har som standardkrav til leverandørar i handverksfaga skal vere lærebedrift innanfor aktuelle fagområder. Alle helseføretaka er godkjente lærebedrifter og har eigne lærlingar.

Helse Stavanger er godkjent lærebedrift innanfor mange fagområde.

Helse Bergen har ei særskild satsing på lærlingar, og fleire tiltak er effektuert i 2015 for å betre kvalitet på lærlingplassane.

Helse Fonna har eigne lærlingar og tal lærlingar blir jamleg vurdert.

Helse Førde har utarbeida samarbeidsavtale med kommunane om opplæring og praksis for helsefagarbeidarar.

Oversikt over tal på lærlingar og fagområde blir samanstilt i årleg rapport for kunnskapsinnsats i Helse Vest, som gir ein total oversikt.

## **4. Rapportering på krav frå foretaksmøtet**

Rapporteringa skal følge struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll frå føretaksmøtet i januar. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte skal leggest til i avsnitt 4.2, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

### **4.1 Krav og rammer for 2015**

**Styring og oppfølging – gjennomgang av kvaliteten i helseføretaka**

## Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å gjennomføre tiltak for å redusere variasjonar i effektivitet og ventetid mellom sjukehusa, irekna:
  - sikre læring mellom avdelingar og sjukehus ut frå kunnskap om beste praksis, og særskilt vurdere kva for konkrete tiltak som er nødvendige for å redusere ventetider og auke effektiviteten hos einingar som er mindre effektive enn gjennomsnittet
  - implementere faglege retningsliner og standardisere pasientforløp
  - identifisere flaskehalsar i pasientbehandlninga og konkrete tiltak for å avhjelpe desse
  - angi tiltak for betre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikkar, operasjonsstuer og utstyr utnyttes betre gjennom døgnet, og korleis private aktørar kan nyttast meir målretta

Helseføretaka har gjennomgått rapporten frå Riksrevisjonen med leiinga, og har samarbeida med analyseininga i Helse Vest. Det er etablert eit eget delprosjekt under Alle møter-programmet.

Alle områda er sentrale i pågåande arbeid med utvikling av tenestene. Tiltak som er sett i verk, og vidare planer og tiltak, vil dels vere regionale og felles for føretaksgruppa, samstundes som helseføretaka vil ha ulike oppfølgingstiltak ut frå eigen situasjon.

Dei fleste program/prosjekt blir gjennomført som felles regionale satsingar med tilpassingar og oppfølging i dei einskilte helseføretaka. Tiltak og prosjekt for å effektivisere og forbetre tenesteyting og ressursbruk er mellom anna samla under større program som «Alle møter», Program for pasienttryggleik, ulike IKT-program og program knytt til økonomi og innkjøp. Felles arbeid med analyse og styringsdata er også sentralt.

Dei ulike prosjekta/tiltaka treffer fleire område. «Alle møter» med tilhøyrande delprosjekt (oppgåveplanlegging), vil med fokus på kontinuerleg vurdering av tilvisingar, time med ein gong, kommunikasjon med pasientane, god arbeidsplanlegging, gi betre utnytting av kapasiteten i poliklinikkane, operasjonsstuer og utstyr, ha effekt på ventetid og auke effektiviteten.

Utvikling av analysekompetanse og felles styringsdata gir helseføretaka betre innsikt i eigen verksemd og grunnlag for endring.

Som grunnlag for kjøp av tenester blir det gjort ein vurdering av behov for tenester i samarbeid med helseføretaka. Arbeidet med analyse av aktivitetsbehov og kapasitet vil gi grunnlag for meir målretta bruk av private. Sjølv om Helse Vest er avtalepart med dei private leverandørane er det viktig med samarbeid lokalt. Det er på fleire område stilt krav om slikt samarbeid.

Det er, særleg i pasienttryggleiksprogrammet, lagt til rette for felles læring på tvers av sjukehus. Tilsynsrapportar blir også nytta til læring mellom helseføretaka.

Eit regionalt døme på implementering av faglege retningsliner og standardisere pasientforløp, er regionalt fagleg nettverk innanfor radiologi, som har standardisert protokollar for i alt 35 ulike CT- og MR-undersøkingar. Dette er til bruk for heile regionen, inkludert private leverandørar.

Alle helseføretaka har størst merksemd knytt til oppfølging av dei ulike tiltaka under «Alle møter» og avansert oppgåveplanlegging.

Eit døme på læring mellom helseføretaka er tiltak i det regionale arbeidet med å avvikle korridorplassar. Eit av tiltaka har vore at alle helseføretak skal innføre Helse Bergen sitt IKT-system for å fortlaupande kunne halde oversikt over alle ledige senger i dei einskilte helseføretak.



- RHF-et skal legge fram for departementet ein plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i tråd med nasjonale retningslinjer for kvart enkelt helseføretak og regionen samla innan 1. april 2015. Departementet vil legge planane til grunn for oppfølgingsmøta i 2015.

Det er utarbeida planar for kvart enkelt helseføretak og for regionen samla. Planar og konkrete tiltak for å følge dette opp blei rapportert til HOD innan fristen 1. april 2015.

Helse Vest RHF valte å dele dei fire kulepunktta i departementets krav inn i følgjande 9 område:

- sikre overføring av læring mellom einingar ut frå kunnskap om beste praksis
- redusere ventetider
- auke effektiviteten i einingar som er mindre effektive enn gjennomsnittet
- implementere faglege retningslinjer
- standardisere pasientforløp (i tråd med nasjonale retningslinjer)
- identifisere flaskehalsar i pasientbehandlinga, og tiltak for å fjerne desse
- utnytte kapasiteten betre ved poliklinikkane
- utnytte operasjonsstuer og utstyr betre
- utnytte private aktørar meir målretta.

Det er satt i verk tiltak for å redusere ventetider:

- Prøve ut nye rutinar og prinsipp for tildeling av timer
- Sjøl-booking av timar
- Innføring av behovsstyrt aktivitets- og bemanningsplanlegging
- Direkte tildeling av timar (time i første brev)
- Tilretteleggingsrutinar som sikrar at «Velg behandlingssted» er tilgjengeleg for brukarane.

### **Samarbeid med private aktørar**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å auke omfanget av innkjøp frå private leverandørar innan somatikk innanfor ramma av vedtekne strategiar for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlege tenesteytarar av helsetenester. Innkjøpa skal mellom anna rettast inn mot å redusere ventetider, avhjelpe flaskehalsar og vidareutvikle samarbeidet mellom private og offentlege tenesteytarar.

Helse Vest har i avtalene med dei private leverandørane lagt inn ein opsjon på kjøp av 50 prosent ekstra volum. Opsjonen skal løysast ved behov for auka kapasitet. Dette er gjort innan fleire fagområde for å redusere ventetider og hindre fristbrot i føretaka. I tillegg har Helse Vest kjøpt medisinske tenester for å hindre flaskehalsar i føretaka. Helse Vest oppfordrar både dei private leverandørane og eigne helseføretak til aktivt å samarbeide om pasientflyten der det er behov. På den måten blir dei private aktørane kjent for helseføretaka, og nytta på ein tilfredsstillande måte til beste for pasientane.

- Gå gjennom forvaltninga si av avtalespesialistane, med sikte på å vidareutvikle denne på kort og lang sikt og forhandle rammeavtalene på nytt slik at nye avtaler trer i kraft seinast 1.1.2016.

Ny rammeavtale med Legeforeningen trådde i kraft med verknad frå 01.01.2016. Det er forhandla fram ny rammeavtale med Psykologforeningen i januar 2016. Forhandlingane blei leia av Helse Vest.

Helse Vest vil framover gå gjennom forvaltninga av avtalespesialistane. Dette gjeld til dømes behovsvurdering, rutinar ved intervju og tildeling.

Helse Vest vil kartlegge behovet for nye avtaleheimlar. Kartlegginga vil i neste omgang danne grunnlaget for disponering, prioritering og lokalisering av nye avtaleheimlar.

Helse Vest vil be om ein oversikt over kva slags nye avtaleheimlar helseføretaka og andre relevante aktørar ønskjer å få oppretta, i prioritert rekkefølge. Dette inkluderer om det er område innan dei ulike spesialitetane som Helse Vest bør prioritere spesielt (eks. høreapparatformidling innan ØNH). Helse Vest RHF vil også be dei ulike aktørane foreslå geografisk plassering av den enkelte avtaleheimel.

- Delta i arbeidet med utviklinga av avtalespesialistordninga, irekna planlegging av pilotprosjekt knytt til vurdering og tildeling av pasient- og brukarrettar og delta i pilotprosjekt knytt til utdanning av legespesialistar i avtalepraksis.

Da endringane i pasient- og brukarrettighetslova tredde i kraft hausten 2015, fekk alle pasientar som blir vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta, ein rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta og til tildeling av ein frist. Dette gjeld derimot ikkje pasientar som blir tilvist til avtalespesialistar, da avtalespesialistane ikkje har myndigheit til å gi pasientar rett til helsehjelp.

Pilotprosjektet skal vurdere korleis det kan bli mogleg at også avtalespesialistar, gitt visse føresetnadar, får rett til å foreta vurdering og tildeling av pasientrettigheitar og sette ein frist.

Helsedirektoratet skal levere ein plan til HOD om korleis eit pilotprosjekt kan gjennomførast. Som eit ledd i denne planlegginga vil Helsedirektoratet få belyst ulike forhold som kan vere av betydning for korleis eit prosjekt kan bli gjennomført.

Helse Vest deltek inn i dette arbeidet, der det var oppstartsmøte 17. juni 2015.

#### **Andre tiltak for å sikre betre spesialisthelsetenester**

- Utarbeide ein plan for innføring av KPP innanfor somatikk i alle helseføretaka innan 1. april 2015.

I 2015 stilte foretaka i Helse Vest seg bak ein felles plan for å etablere regnskap for Kost og Aktivitet per Pasient (KAPP) innan 1/1-2017. Prosjektgruppa for arbeidet har deltakarar frå alle foretaka. Ein konkurranse er lyst ut for å skaffe teknisk plattform for KAPP, og prosjektgruppa skal på bakgrunn av mottekne tilbud peke på eksterne leverandør som skal bistå foretaka i innføringa av KAPP. Ambisjonen er på kort sikt at foretaka kan levere kostnadsvektene med bakgrunn i KAPP-regnskapet. På sikt er målet at KAPP skal utviklast vidare til også å kunne bli nytta i det systematiske arbeidet med forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Vest.

- RHF-et skal bidra i Helsedirektoratet sitt arbeid med dagleg oppdaterte data i Norsk pasientregister.

Helse Vest RHF bidrar inn i dette arbeidet.

Helse Vest deltek i fyrste omgang i arbeidet med dagleg oppdaterte tal i NPR gjennom deltaking i den regionale forvaltningsgruppa for NPR-data, der alle dei fire helseregionane deltek. Det har ikkje kome nokon henvending frå NPR om å delta i ei eventuell eiga gruppe for å arbeide med dette. Helse Vest deltek med til saman tre personar i denne gruppa.

- Føretaksmøtet bad Helse Nord RHF og Helse Vest RHF om å samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle ei nasjonal atlasteneste for å belyse og analysere forbruk og variasjon av helsetenester.

Helse Vest RHF har satt av midlar til utvikling av dette. Helse Førde har fått oppdraget med å utvikle den nasjonale helseatlasfunksjonen i samarbeid med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord og Helsedirektoratet.

Eit oppstartsprosjekt er etablert hausten 2015 med sikte på å kome i ordinær drift medio 2016. Nødvendige søknader om NPR-data og avtalar med samarbeidspartar er under utføring.

Det er laga forslag til overordna samarbeidsavtale om dette mellom Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

### Økonomiske resultatkrav

Styret i Helse Vest har vedtatt konsernbudsjett 2015 med eit resultat på pluss kr 345 mill. Resultatkravet er fastsett på eit nivå som er tilstrekkeleg for å sikre gjennomføring av investeringsplanen i 2015.

Førebels resultat for 2015 viser eit resultat på om lag kr 683 mill. Dette er eit positivt avvik på kr 338 mill. samanlikna med budsjettet.

Førebeles resultat i føretaka er som følger :

	Heile året		
	Estimat	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	16 033	13 000	3 033
Helse Bergen HF	207 388	200 000	7 388
Helse Fonna HF	38 645	46 000	-7 355
Helse Førde HF	29 459	5 000	24 459
Helse Stavanger HF	71 337	80 000	-8 663
Reservar/fellestenester/finans	311 531	0	311 531
Administrasjon morselskap	8 715	0	8 715
Helse Vest IKT as	-552	1 000	-1 552
<b>Til saman</b>	<b>682 556</b>	<b>345 000</b>	<b>337 556</b>

Rekneskapan for 2015 er førebels og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i resultatet.

Helse Førde og Helse Bergen viser eit førebels resultat som er betre enn budsjett. Helse Førde har levert stødig og godt på resultatet gjennom året, og har over ein lengre periode rapportert ein resultatprognose som er betre enn budsjett. Resultatet blei vesentleg forbetra i desember månad og førebels resultat er nop på kr 29,5 mill. Helse Bergen låg ein periode etter budsjett, men har henta seg godt inn igjen gjennom hausten og har heile tida operert med ein resultatprognose i samsvar med budsjett. Resultatet ligg no an til å bli betre enn budsjett og ligg førebels på kr 207,4 mill.

Helse Stavanger og Helse Fonna har eit førebels resultat som ligg under budsjett. Helse Stavanger har hatt ein utfordrande økonomisk situasjon over ein lengre periode, men har likevel gjennom hausten haldt fast på ein resultatprognose på kr 65 mill. Dei har i desember klart å oppnå eit betre resultat enn venta og ligg no an til eit årsresultat på om lag kr 71,3 mill. Sjølv om dette er lågere enn budsjett er det likevel ein vesentleg forbetring i forhold det som tidlegare var venta. Helse Fonna har stort sett gjennom året loge på eit resultat som var i tråd med budsjett. Resultatavviket for året skuldast hovudsakeleg forhold som har dukka opp i desember, mellom anna avrekningar og nedskrivning. Førebels resultat ligg an til å bli kr 38,6 mill.

Elles ligg det eit positivt resultat i Helse Vest RHF som skuldast fleire forhold som mellom anna eingongseffektar knytt til Norsk Pasientskadeerstatning og fritt behandlingsval. I tillegg er det positive effekter knytt til finansposter, kjøp av lab./røntgenester, øyremerka tilskot til HFa som er finansiert av ramma (dette er ein periodiseringsmessig effekt) og budsjettreserver.

Eigar har stilt krav om eit resultat i balanse. Førebels resultat viser såleis eit positivt resultatkrav i forhold til eigars krav på kr 683 mill.

## Investeringar

Styret i Helse Vest har vedteke å utarbeide eit femårig langtidsbudsjett i kvart helseføretak og for føretaksgruppa samla kvart år. Langtidsbudsjetta har ei årleg rullering som tek opp i seg endra føresetnader og føringar frå styret og eigaren. Helseføretaka må som hovudregel styre og prioritere investeringane innanfor den likviditeten dei greier å skape gjennom drifta.

Tabellen nedanfor viser ei førebels samanstilling av investeringar i føretaksgruppa for 2015. Tala er ikkje endelege, og det kan komme endringar når helseføretaka er ferdige med rekneskapen og denne er gjennomgått av revisor.

Investeringar 2015	Desember	Budsjett 2015
Bygg	1 036 755	991 650
MTU	246 073	331 948
IKT	249 246	260 000
Anna	161 253	276 380
SUM	1 693 327	1 859 978

Samla investeringsbeløp for 2015 ligg an til å bli kr 1,693 mrd. Den samla budsjetttramma for 2015 var på kr 1,860 mrd. Forskjellen ligg i at det er nokre prosjekt som ikkje har hatt den same framdrifta som var lagt til grunn i budsjettet.

## Lån til investeringar

Helse Vest er for 2015 tildelt kr 125,3 mill. i lån til investeringar. Det er sett av kr 105,3 mill. til nytt Barne- og ungdomssenter fase 1 ved Helse Bergen, og kr 20 mill. til fase 2 av prosjektet. Helse Vest har fordelt lånemidla vidare til Helse Bergen for å sikre at prosjekta blir gjennomført. I tråd med ønske frå føretaket er midla utbetalt med 4 like delar i månadene september til desember 2015.

## Endringar i driftskredittramma

Driftskredittramma var ved starten på året kr 2 521 mill. I føretaksmøtet den 1. juni blei denne redusert frå kr 1 955 mill. til kr 1 623 mill. pr. 31.12.2015. Endringa blei gjort som følge av at auka pensjonskostnad er dekt opp gjennom Stortinget si handsaming av Prop. 119 S (2014-2015) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringar i statsbudsjett 2015. Auken i pensjonskostnaden har ingen likviditetseffekt og driftskredittramma blei som følge av dette sett ned. I omgrupperingsproposisjon (Prop. 27 S) samt vedtak i føretaksmøtet den 16/12-15 blei driftskredittramma sett ned med ytterlegare kr 452 mill. som følge av reduksjon i pensjonspremien for 2015. Driftskredittramma er ved utgangen av 2015 no på kr 1 171 mill. Bruk av driftskredittramma er på kr 1 082 mill. pr. 31.12.2015.

## Låneopptak

Eigar har frå 2015 gitt høve til å inngå finansielle leigeavtalar for inntil 100 mill. kr. Helse Vest RHF har ikkje vidareført denne ordninga på eit generelt grunnlag, og føretaka må søke spesielt dersom dette er aktuelt. I 2015 blei det ikkje inngått nokon finansielle leigeavtalar.

## Samordning på tvers av regionane

Dei regionale helseføretaka har gjennom etableringa av Sjukehusbygg HF, og gjennom oppdragsdokumentet for 2015, gitt klare føringar om kva oppgåver som skal gjennomførast av føretaket. Arbeid med standardisering og erfaringsoverføring er sentrale område som er gitt høg prioritet. Områda vil dels blir handtert gjennom prosjekt og etablerte fellestenester, og dels gjennom deltaking i konkrete utbyggingsprosjekt mv. i helseføretaka.

Dei regionale helseføretaka har i saman gjennomgått styringsmodellen for dei felles eigde selskapa med sikte på meir einskapleg styring. Det blei hausten 2015 fremma likelydande saker for styra i dei regionale helseføretaka. I saka har blei dei vurdert ulike sider ved det interregionale samarbeidet og konkretisert fleire

prinsipp for organisering, styring og saksbehandling. Formålet har vore å finne fram til gode løysingar for styring og vidareutvikle det som fungerer bra.

Det er utarbeidd strategiar og planar for alle dei felleseigde selskapa.

### **Nasjonalt innkjøpselskap**

Helse Vest har saman med dei andre regionane bidratt i arbeidet med å utarbeide ei plan for etablering av felles eigd nasjonalt innkjøpsføretak. Regionane har utarbeidd ein rapport om dette, som blei sendt til HOD i september. Selskapet er no etablert, og det blir lagt opp til at det kjem i drift i løpet av 2016.

### **Felles retningsliner for brukarmedverking**

Arbeidet blir leia av Helse Nord, og vil fortsette i 2016.

### **Informasjonsteknologi og digitale tenester (e-helse)**

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- bidra i Helsedirektoratet sitt arbeid med organisering og styrka virkemiddelbruk for å auke gjennomføringsevna på IKT-området

Helse Vest har delteke i nasjonale prosjekt, primært gjennom Nasjonal IKT HF og i samarbeid med Helsedirektoratet. Særleg har Helse Vest gitt innspel til arbeidet med utgreiing av konsept for «En innbygger – en journal».

Det er eit auka fokus på samarbeid på tvers av spesialisthelsetenesta, og det pågår fleire nasjonale IKT-prosjekt. Helse Vest bidreg med ressursar inn i ei rekke av denne prosjekta.

Helse Vest har sett i verk ein omfattande verkemiddelbruk for å auka gjennomføringsevna på IKT- området. IKT-porteføljeprosessen er styrt regionalt, og med sterk involvering frå helseføretaka. Det er etablert eit Strategisk teknologiforum (SIKT), som er eit rådgjevande organ for direktørgruppa i Helse Vest. Alle verksemdene i føretaksgruppa er deltakarar i forumet.

- RHF-a skal etablere digitale tenester for kommunikasjon med pasientar og innbyggjarar, og som ledd i dette samordne helseføretaka sine nettsider og legge dei på same plattform som [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)

Helse Vest har etablert digitale tenester for kommunikasjon med pasientar og innbyggjarar gjennom Vestlandspasienten. Innhaldet i tenesta blir vidareutvikla i samband med vegkart for Helsenorge.no. Dette skjer i samarbeid med Helsedirektoratet, der ein tar høgde for at det som blir utvikla skal kunne bli ein del av ei nasjonal løysing. Helseføretaka har deltatt aktivt i arbeidet. Helse Vest ligg langt framme med omsyn til verkemiddelbruk for å auke gjennomføringsevna på IKT område. IKT-porteføljeprosessen er styrt regionalt, og med sterk involvering frå helseføretaka. Det er etablert eit Strategisk IKT-forum (SIKT), som er eit rådgjevande organ for direktørgruppa i Helse Vest.

Alle helseføretaka deltek i prosjektet «Alle møter», og med det vidareutvikling av Vestlandspasienten. Det går og føre seg fleire andre prosjekt innanfor brukardialog. Kommunikasjonsavdelinga har og delteke aktivt med informasjonen om vestlandspasienten i ulike kanalar.

Nasjonale IKT, RHF-a og Helsedirektoratet har i samarbeid etablert og vedteke mål for digitale innbyggjartenester i spesialisthelsetenesta. Fleire prosjekt har alt teke fatt på realiseringa av målbildet. Eit av prosjekta er Nasjonal IKT-prosjektet DIS 2015. I Helse Vest kan pasientane allerede bruke ein del tenester gjennom [vestlandspasienten.no](http://vestlandspasienten.no).

Dei private ideelle følger Helse Vest sin verkemiddelbruk, og alle prosjekt som er aktuelle for å auke gjennomføringsevna på IKT-området. Dei har på same måte som Helse Vest sine egne helseføretak

implementert digitale tenester for kommunikasjon med pasientar og innbyggjarar, med særskilt vekt på Vestlandspasienten.no.

Helse Vest har, i samarbeid med dei andre regionane og Nasjonal IKT HF bidrege til systematisk arbeid for å førebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i dei pasientadministrative systema. Eit særleg tema i 2015 har vore oppfølging av Riksrevisjonen sin kontroll med tilgang til EPJ. Helse Vest har saman med helseføretaka presentert ein oversikt over avvik, og ein plan for lukking av avvik. Dette er følgt opp av Regionalt EPJ fagforum i Helse Vest. Eit element her er statistisk logganalyse der Nasjonal IKT har fullført eit forprosjekt lagt til Oslo Universitetssykehus og basert på resultat frå dette prosjektet, tilrådd etablering av ei nasjonal teneste lagt til Norsk Helsenett SF.

Helse Vest IKT har delteke i nasjonale prosjekt, primært gjennom Nasjonal IKT HF og i samarbeid med Helsedirektoratet. Særleg har Helse Vest IKT gitt innspel til i arbeidet med utgreiing av konsept for «En innbygger – en journal». Gjennom «Alle møter» og arbeidet med Vestlandspasienten.no, har Helse Vest IKT aktivt tatt del i vidareutvikling av tenestene innanfor www.helsenorge.no. Helse Vest IKT deltar aktivt i den nasjonale anskaffinga i regi av Nasjonal IKT HF knytt til løysingar for AMK og implementering av løysing for H-reseptar. Administrerande direktør i Helse Vest IKT er styremedlem i Nasjonal IKT HF og sit som bisittar (for Herlof Nilssen) i Helse- og omsorgs-departementet si eHelse-gruppe. Administrerande direktør representerar Helse Vest RHF i Nasjonalt utval for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT).

- RHF-a skal sørge for at det er etablert løysingar for elektronisk kommunikasjon mellom sjukehus og med andre aktørar i helse- og omsorgstenesta (Eigar/HR)

Helse Vest sitt programområde «Støtte til Samhandling» adresserer alle typar meldingar i Meldingsløftet, og innføring av adressering. Støtte til Samhandling er gjennomført over fleire år, og er i ferd med å bli avvikla som program. 2015 har i den samanheng vore eit viktig og innhaldsrikt år for programmet, som det siste året i hovudsak har bestått av fem delprosjekt.

Helse Vest har etablert gode elektroniske meldingssystem mellom helseføretaka og legekantor/kommunehelsetenesta. Pleie- og Omsorgsmeldingar (PLO) blei innført for somatiske helsetenester i 2014. I 2015 har prosjektet arbeidet med å innføre meldingane innan psykisk helsevern. Prosjektet skal overlevera til drift og forvaltning 8. desember 2015.

Føretaksgruppa samhandlar no elektronisk med legekantora i sitt område på ein sikker måte, som gjer det mogleg å bytte ut papiret med elektronisk samhandling. Helse Vest IKT har også bygd opp eit forvaltingsapparat som overvaker alle meldingar som vert sendt. Her blir det sikra at Helse Vest tek imot applikasjonskvitteringar på alle meldingar som vert sendt ut. Prosjektet har, saman med Helsedirektoratet, satt fokus på bruk av tenestebasert adressering i meldingar. Det er blitt klargjort for slik adressering i Norsk Helsenett sitt adresseregister. I samarbeid med leverandørar av legekantorløysingar har legekantor blitt oppgradert til bruk av tenestebasert adressering.

I Helse Vest har ein lagt til rette for elektronisk kommunikasjon av pleie- og omsorgsmeldingar (PLO) til kommunane. Det vert arbeidd vidare med tilrettelegging, slik at alle føretaka kan samhandle med alle kommunane på Vestlandet, ikkje berre innanfor deira eiga samhandlingsområdet. Prosjektet har vidare hatt fokus på å etablere opplæringsmateriell, rutinar og løysing for bruk av PLO-meldingar til kommunar innan psykisk helse. Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde brukar no denne løysinga og det er planlagt at Helse Bergen tek den i bruk i løpet av desember.

På vegne av Nasjonal IKT HF har Helse Vest i 2015 også gjennomført ein nasjonal pilot for dialogmeldingar mellom legar i føretak og fastlegar. Meldingane vert lagra i pasienten sin journal og er med på å sikre pasientbehandlinga. Piloten har blitt godt teke imot av både legar i føretaka og fastlegar. To avdelingar i Helse Bergen, alle avdelingane på Haraldsplass Diakonale Sykehus, og 16 fastlegar har vore med i piloten.

Helse Vest si løysing for interaktiv tilvising og rekvisisjon (IHR), DIPS Interactor, er no installert og tatt i bruk i meir enn 160 legekontor i primærhelsetenesta. Løysinga gir legar i primærhelsetenesta eit enklare og betre verktøy til å rekvirere laboratorietenester og til å sende bildediagnostiske og kliniske tilvisingar til helseføretaka i Helse Vest.

Alle helseføretaka, og dei de private ideelle Sjukehusa tilbyr tenestar knytt til bruk av Vestlandspasienten. Sjukehuset er også knytt opp mot DIFI integrasjon slik at sjukehuset har ein meir oppdatert kontaktinformasjon til pasientane. Ved å bruke DIFI økte delen utsendte SMS med informasjon om tildeling av time frå om lag 50 prosent til over 80 prosent av pasientane. Dei nye brevmalane blei tatt i bruk i september 2015. Ved oppdatering av brevmalar fikk dei også moglegheit til å sende innkallingsbrev elektronisk til Vestlandspasienten. Dei einingane som har hatt høgt fokus på avansert oppgåveplanlegging og på betre planlegging og gjennomføring av poliklinikk har hatt dei beste resultatata når det gjeld tildeling av direkte time, replanlegging og fristbrot og ventetider.

- Sørge for effektiv overvaking og forvaltning av IKT-system og nødvendig infrastruktur

Helse Vest IKT opna frå 01.09.2015 eit døgnbemanna Driftssenter som og er bemanna med kompetanse frå Kundesenteret. Dermed er *Helse Vest IKT alltid opent!*

Helse Vest IKT har etablert eit eige overvakingssenter. Senteret skal samarbeide tett med IKT-fagsenter og avdeling Tenesteproduksjon for å sørge for at feil vert avdekka før brukarane merkar effekten av feilen. Helse Vest IKT leverer månadleg servicerapport til alle kundar og til kvart styremøte ein verksemdsrapport som inneheld kvalitetsindikatorar for IKT-produksjonen, oppetid for system, status for prosjektportefølje, økonomi og personellressursar/fråvær/"turn over".

Helseføretaka forvaltar kvar sine SLA-samarbeidsavtalar mellom føretaket og Helse Vest IKT, og som inneheld krav til infrastruktur, og samarbeider med Helse Vest IKT for etablering av overvaking og stadig utvikling og etablering av IKT-tenester.

Føretaka har overvåking av negative applikasjonskvikteringer, for epikrise og laboratoriemeldinger. Det pågår eit 3-årig utbyggingsprosjekt for trådlause nettverk, som blant anna skal sikre at helseføretaka har ein infrastruktur som gjer at tilsette kan jobbe effektivt på mobile arbeidsflater. Det vert jobba med ulike sikringstiltak for infrastrukturen, og i denne perioden har det vore eit særleg fokus på lokalsjukehus.

Sjukehusapoteka Vest (SAV) forvaltar IKT system i samarbeid med Helse Vest IKT. I samarbeidet er det mest fokus på kjernesystem for apotekdrift (salgs- og bestillingsystem, lagerautomatar og logistikkssystem). SAV sin handlingsplan for IKT legg til grunn Helse Vest sin modell for systemforvaltning der SAV eig og har ansvar for kjernesystema, medan Helse Vest IKT er systemforvaltar. Automatisering av logistikk-kjeda har endra risikobilde og SAV har i samarbeid med Helse Vest IKT gjennomført ROS analyse av sentrale logistikkssystem. Leinga si årlege gjennomgang av IKT sikkerheit i 2015 syner at ein har tilfredstillande oppfølging av risikobilete. Det er likevel naudsynt å ha fokus på både vidare implementering av rutinar og tiltak innan dette området.

- Samordne det strategiske arbeidet på IKT-området innanfor spesialisthelsetenesta slik at IKT-tiltak i størst mogleg grad blir realiserte på nasjonalt nivå, og sørge for at Nasjonal IKT HF tek ei aktiv rolle i utvikling og gjennomføring av nasjonale IKT-tiltak

Adm. dir. i Helse Vest IKT er styremedlem i Nasjonal IKT HF og sit som bisittar (for Herlof Nilssen) i Helse- og omsorgs-departementet si eHelse-gruppe. Adm. dir. representerer Helse Vest RHF i Nasjonalt utval for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT). Helse Vest har, i samarbeid med dei andre regionane og Nasjonal IKT HF, bidratt til systematisk arbeid for å førebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i dei pasientadministrative systema

Helse Bergen ved Seksjon for e-helse deltek i Nasjonal IKT og foreslår samarbeidsområde og nye nasjonale prosjekt.

Helse Stavanger HF deltar med møtende vararepresentat for Helse Vest i 'Nasjonal IKT Systemeierforum' og representerer Helse Vest i nasjonal IKT systemeierforums forvaltningsgruppe - journalstruktur og tilgangsstyring.

Helse Stavanger HF og Stavanger kommune var i 2014 pilot for innføring av Nasjonal Kjernejournal, og hadde i 2015 ei sentral rolle i utrulling av løysningen i Helse Vest. Alle innbyggjarane i Helse Vest fikk kjernejournal i mars og helsepersonell ved alle institusjonene tok i bruk løysinga i april.

Helse Førde har bidrege med ressursar i fleire av prosjekta i regi av Nasjonal IKT. Helse Vest har representantar i styret til Nasjonal IKT, og Helse Vest deltek med ressursar i ei rekke forum som Nasjonal IKT køyrer.

Samarbeidet på det strategiske IKT-området mellom Helse Vest og Nasjonal IKT går føre seg på to plan, arkitektur og prosjekt.

SAV har i 2015 etablert samarbeid med dei andre sjukehusføretaka og helseregionane innan vurdering av sentrale system for apotekdrift. Samarbeidet nasjonalt har kome som ein konsekvens av at Apotekforeningen starta eit forprosjekt for å greie ut nytt nasjonalt apoteksystem under namnet «digital fornying av apotekbransjen» (DIFA). Av omsyn til å samordne innspel frå spesialisthelsetenesta til DIFA, og samstundes vurdere grensesnitta mellom nytt apotek system og andre system som støtte for legemiddelkjeda i helseføretaka, deltek SAV saman med Helse Vest IKT i eit prosjekt eigd av Nasjonal IKT. Målet er å få fram mogelege område for samarbeid innan system for støtte til legemiddelkjeda mellom helseregionane og dei fire sjukehusapotekføretaka i Norge. Arbeidet vert vidareført inn i 2016.

- Sikre at det vert gjennomført felles innkjøp i forbindelse med nye IKT-løysingar ved AMK-sentralane
- Implementere elektronisk oppgjersløysning for h-reseptar i løpet av 2015

Helse Vest deltar aktivt i den nasjonale anskaffinga i regi av Nasjonal IKT HF knytt til løysingar for AMK og implementering av løysing for H-reseptar.

I Helse Vest er det òg gjennomført eit eige prosjekt med fokus på samhandling mellom AMK-sentralane. Dette har vore eit organisasjonsutviklingsprosjekt med fokus på korleis ein virtuell AMK skal organiserast og styrast. I ein virtuell AMK-sentral vil dei fysiske AMK-sentralane samhandle som ein sentral ved hjelp av teknologi, både i dagleg drift og beredskapssituasjonar. Målet er å auke kapasitet, kvalitet og bli meir robuste

Alt IKT innkjøp til AMK sentralen er gjort i samband med regionalt og nasjonalt prosjekt for innføring av naudnett. Det har ikkje vore lokale innkjøp i 2015. Føretaket tek del i regionalt prosjekt V-AMK og følger gjennom dette prosessen med nasjonalt anbod knytt til framtidens IKT løysing for AMK.

Gjennom 2015 har det vore arbeid nasjonalt med avklaringar knytt til ny elektronisk oppgjørsordning for H-reseptlegemidlar. Prosjektarbeidet har hatt to hovudfokus:

1. Avklaring/innføring av systemløysning.
2. Utarbeiding /inngåing av avtaler (mellom anna med Apotekforeningen og Helfo)

Frå juli 2015 vart oppgjørsordninga for helseføretaksfinansierte reseptlegemidlar til bruk utanfor sjukehus forskriftsfesta. Parallelt med dette arbeidet har Helsedirektoratet arbeid med å få til å få plass en løysing for fritt behandlarvalg (FBV). Den systemløysninga som er utvikla for handtering av H-reseptar vert nytta og



for denne ordninga. Ei inter regional gruppe leia av Nasjonal IKT har vore med å kvalitetssikre forslag knytt til nye finansieringsordninga mellom til dømes apotek og HF (H-resept). SAV har ikkje delteke i dette arbeidet men kjedekontoret i SAV har vore kontakta og svara på spørsmål med omsyn til om dagens praksis, rutinar og oppgjersform for h-resept undervegs.

HELFO skal ta over fakturabehandling og oppgjer for apoteka for H-reseptar (og tømmedmiddel). Dette vil først bli implementert i føretaksgruppa i 2016, når leveransane frå nasjonalt hald er gjort.

- RHF-a skal etablere system og rutinar som sikrar effektiv og transparent oppfølging og lukking av avvika som Riksrevisjonen har peika på og rapportere tertialvis til departementet om dette arbeidet. Det skal rapporterast særskilt om avvik som ikkje er lukka. Føretaksmøtet viste og til styringskrav som er stilt tidligare om etablering av system og om styret sitt ansvar for oppfølging. (Eigar/HR)

Helseføretaka har etablert system med kvalitetssikring for forbetring av rutinar med oppfølging av avvik. Helseføretaka rapporterer månadleg til Helse Vest og til eigne styre om tilsyns- kontroll- og klagesaker. Rapporteringa omfattar alle tilsyn, frå mottekne tilsynsrapportar til avslutta tilsyn.

Riksrevisjonen har i dokument 3.2 merknadar til nokre saker under Helse- og omsorgsdepartementet. Merknadane er følgt opp av dei helseføretaka det gjeld.

Helseføretaka har rapportert på pålegg frå Datatilsynet i samband med uautorisert uthenting av helseopplysinger til styra og til Helse Vest. Med dei tiltaka som er sett i verk er sakene avslutta frå Datatilsynet.

Nasjonal IKT EPJ Systemeierforum har komme med innspel til interregionalt fagdirektørmøte om felles oppfølging av avvika Riksrevisjonen har peika på. Føretaka og Helse Vest jobbar i lag med oppfølging og lukking av avvik i det pasientadministrative systemet DIPS.

Sjukehusapoteka Vest er som apotek underlagt Statens Legemiddelverk (SLV) som tilsynsmyndigheit. I 2015 har det ikkje vore gjennomført tilsyn ved apoteka. Dei siste eksterne revisjonane ved SAV sine apotek blei gjennomført av SLV i Bergen januar 2014 og Stavanger oktober 2014. Alle avvik frå begge revisjonane er lukka og oppfølging frå tilsynsmyndigheit avslutta.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å bidra i det nasjonale arbeidet med informasjonstryggleik, inkludert arbeidet med tenester for autentisering (identitetsforvaltning), autorisering (tilgangsstyring) og logganalyse (avdekking av ulovlege oppslag i behandlingsretta helseregister). I dette ligg og kvalitetssikring og bruk av innhaldet i relevante administrative register i sektoren, mellom anna Adresseregisteret.

Helse Vest, og spesielt Helse Vest IKT har godt samarbeid med Norsk Helsennett SF sine prosjekt for meldingsutveksling, bruk av adresseregister (OSEAN) og arbeidet med å utvikle HelseCSIRT (Computer Security Response Team).

Helse Vest IKT arbeider kontinuerleg med tiltak knytt til risiko- og sårbarheita for infrastrukturen. Risiko- og sårbarheitsvurdering og status for gjennomføring av tiltaksplan vert lagt fram for styret i Helse Vest IKT minst ein gong årleg. Helse Vest IKT har i 2015 arbeid med risiko- og sårbarheit i tråd med det regionale retningslinjene for risikostyring.

Helse Bergen ved Seksjon for e-helse deltek i dialog med styresmakter og tilsyn for avklaring av ny lov. Helse Stavanger HF har også deltatt i Helsedirektoratets utarbeidelse av veileder for informasjonssikkerhet i medisinsk utstyr, og deltatt i kartlegging i regi av regjeringens digitalt sårbarheitsutvalg (Lysneutvalget).

Deltaking i nasjonalt arbeid med informasjonstryggleik vert koordinert av Helse Vest RHF. Helse Vest sitt styringssystem for informasjonstryggleik er basert på Norm for Informasjonstryggleik i helsesektoren. Det er laga eit obligatorisk kurs i informasjonstryggleik for føretakets medarbeidarar. Uautoriserte oppslag i pasientjournalar vert avdekka ved manuell gjennomgang.

Helse Vest bidreg i dette arbeidet gjennom prosjektet for logganalyse i Nasjonal IKT, prosjekt- og styringsgruppe. Adresseregisteret er klargjort og utbreidd i Helse Vest gjennom programmet Støtte til Samhandling.

### **Miljø- og klimaarbeid**

Helse Vest har sett eit kontinuerleg fokus på innkjøp og miljøkrav i anskaffingar ved informasjon og opplæring både nasjonalt og regionalt. Både i den nasjonale- og regionale miljøfaggruppa har det vore særleg fokus på miljøkrav i anskaffingar med vekt på at det blir sett relevante miljøkrav. I forhold til måling/registrering som dokumentasjon, blir det arbeida med å opprette eit system som kan ta hand om dette fullstendig. I nasjonale- og regionale anskaffingar blir det i dag stilt nokre obligatoriske miljøkrav, som det er oversikt over, medan det manglar fullstendig oversikt over lokale anskaffingar. Årsaka ligg i systemmessige utfordringar, og at det er ulik praksis ved HF-a. Frå 1. november 2015 blei det regionale innkjøpsmiljøet innlemma i Helse Vest Innkjøp HF. Da blir det oppretta eit felles innkjøpssystem som også skal sikre at det blir stilt relevante miljøkrav i anskaffingane, og mogleggjere effektive målingar/registreringar av omfang.

Arbeidet med å utvikle konkrete miljøindikatorar som er eigna for resultatmåling, har vore organisert som eit eige delprosjekt under det nasjonale miljø- og klimaprojektet. Resultat frå delprosjektet var ferdigstilt ved utgangen av 2015.

### **Beredskap**

- RHF-et skal delta i prosjekt, leia av Helsedirektoratet, som skal utarbeide oversikt over risiko og sårbarheit i helse- og omsorgssektoren, og på basis av oversikta gi departementet anbefaling om førebyggjande og beredskapsmessige tiltak.

Helse Vest RHF har delteke i dette arbeidet. Helsedirektoratet leia dette arbeidet og utarbeida anbefalingane, som er overlevert Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Vest RHF har mellom anna gitt innspel til viktige førebyggjande og beredskapsmessige tiltak.

## **4.2 Andre aktuelle saker i 2015**

- angi tiltak for betre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikkar, operasjonsstuer og utstyr utnyttes betre gjennom døgnet og korleis private aktørar kan nyttast meir målretta

### **Alle møter**

«Alle møter» har vært eit av dei prioriterte programma i Helse Vest, sidan starten i 2013. «Alle møter» skal bidra til et betre tilbod til pasientane med god og forenkla kommunikasjon med pasientar og pårørande, kortare ventetid og ingen tidsfristbrot. Pasienten skal møte eit einskapleg og forutsigbart system i heile Helse Vest, uavhengig av geografisk tilknytning eller konsultasjonsbehov.

Dette skal realiserast gjennom:

- felles prosessar og effektiv drift
- heilskapleg og tilgjengelig informasjon
- gode kommunikasjonsløyser for medarbeidarar og innbyggjarar

Talet på konsultasjonar i sjukehusa stiger kraftig år for år. God organisering av arbeidet er nødvendig for at sjukehusa klarer å møte det auka behovet for tenester, utan at vi kan vente ein tilsvarande auke i ressursar.

I «Alle møter» inngår prosessar, informasjon og tekniske løysningar som understøtter:

- kommunikasjon og interaksjon mellom helseføretaka og innbyggjarane
- planlegging av alle typer ressurser knytt til pasientforløp
- vurdering av tilvisingar, inntaksplanlegging og timetildeling

Vestlandspasienten.no blei lansert januar 2014, og er eit tilbod for befolkninga på Vestlandet. Det har vore et overordna mål at pasientar skal ha tilgang til digital kommunikasjon med helseføretaka. Dei skal kunne bekrefte tildelte timar, sende og motta digitale meldingar, og de skal få opplyst kven de skal møta på poliklinikkane, og mykje meir.

Videre har prosjektet i løpet av 2015 innført nye løysingar for påminnings-SMS, betydeleg forbetring av innkallingsbrev med klart språk og enklere forvaltning, avviklet telefontider på poliklinikk (åpningstid poliklinikk er lik åpningstid telefon), i all hovudsak ferdigstilt utrulling av avansert oppgåveplanlegging, m.m.

Det blei gjennomført omlag 176 000 fleire pasientkontaktar i 2015 samanlikna med 2014, noko som er ei auke på rundt 12 prosent. Vi ser nok ein gang nedgang i tal ventande ved årets slutt, ein nedgang på 8,5 prosent samanlikna med utgangen av 2014. Samtidig held både delen og talet på ikkje-møtt fram med å gå ned.

Medarbeidarane og leiarar har engasjert seg svært positivt i «Alle møter».

## **5. Styret sitt plandokument**

Denne delen av meldinga skal vise utviklingstrendar innan demografi, medisin, infrastruktur m. v. som vil kunne få betydning for helseføretaket og sørge for-ansvaret.

Kapittel 5.1 skal konkretisere behov i framtida, mens kapittel 5.2 skal beskrive styret sine planar for å møte desse utfordringane.

### **5.1 Utviklingstrendar og rammevilkår**

Behovet for helsetenester er venta å auke både på grunn av auka og endra samansetnad i befolkninga, helsetilstanden til folk, og den medisinske teknologien og fordi forventingane til helsetenestene endrar seg.

Det har skjedd ei endring i sjukdomsutviklinga i det 20. hundreåret. Dei dominerande sjukdomsgruppene er blitt hjarte- og karsjukdommar, kreft, diabetes type 2, luftvegssjukdommar, muskel- og skjelettsjukdommar, ulykker og psykiske lidingar. Dette er sjukdommar som langt på veg skriv seg frå levevanar. På grunn av aukande levealder har pasientar med kroniske lidingar etter kvart blitt den største gruppa i helsetenesta. Over halvparten av alle tapte leveår skuldast hjarte- og karlidningar og kreft. Muskel- og skjelettlidningar gir flest år med helsetap. Psykiske lidingar er utbreidde, og gir nest flest år med helsetap.

Andre forhold som har betydning for helsetenestene er den medisinsk-teknologiske utviklinga, endringa i synet på og haldninga til helse og sjukdom, utdanningskapasiteten, den auka arbeidsmigrasjonen mellom anna av helsepersonell og ikkje minst den kraftige auken av den eldre befolkninga. Alle desse forholda har konsekvensar for ressursane i spesialisthelsetenesta. Ein meir detaljert omtale av utviklinga og konsekvensane for Helse Vest er gitt i kapittel 5.2.

Pasienttryggleik er dei siste åra blitt eit eige satsingsfelt i helsetenesta. Meir kompleks behandling, særleg når behandlinga blir gitt til pasientar med behov for hjelp frå fleire fagområde/einingar, er ei utfordring for pasienttryggleiken. Poliklinisering fører til at dei pasientane som blir hospitaliserte, ofte har fleire

sjukdomar og samansett behandling. Denne utfordringa må møtast med ulike etablerte og nye tiltak. Dette er omtalt nærmare i kapittel 5.2.2.4.

Utviklinga av vegsamband, ulike transportløysingar og elektronisk kommunikasjon vil vere viktige føresetnader for helsetenesta.

Bruk av informasjonsteknologi vil vere eit av hovudverkemidla for både effektiv sjukehusdrift og auka pasienttryggleik framover. Arbeidet med vidareutviklinga av IKT og bruken av IKT må legge til rette for samhandling i heilskaplege kjeder, effektive pasientforløp og medverknad frå pasientar og pårørande.

*I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) er utfordringane skissert slik:*

- Vi blir stadig eldre. Dette vil ha konsekvensar for helsetenestene, da eldre over 70 år bruker dobbelt så mykje helsetenester som 40-åringar.
- Folketalet i dei store byane aukar. Unge menneskjer og innvandrar busett seg først og fremst i byene. Presset på helsetenester i byane skuldast fleire eldre, fleire innflyttarar og fleire innvandrarar. Distrikta sine utfordringar er først og fremst knytt til auke i talet på eldre.
- Det er spesielt tilbodet til pasientane i dei største sjukdomsgruppene som vil vere under press. Sjukdom aukar med alder, og desse sjukdomsgruppene omfattar i stor grad eldre pasientar, som ofte også har fleire diagnosar.
- Dei demografiske endringane vil auke behovet for årsverk med 27 prosent fram mot 2030, og med 40 prosent fram mot 2040.
- Endringar i føresetnader om innvandring, levealder og helsetilstanden til de eldre, vil ikkje ha vesentleg innverknad på ressursbehovet. Produktivitetsvekst og betre standard på tenestene er faktorar som har særleg innverknad på ressursbehovet. Det er nødvendig med både auka ressursar og høgare omstillingstakt i helsetenesta for å møte utfordringane.

### *5.1.1 Utviklinga innafor opptaksområdet*

Behovet for helsetenester innafor opptaksområdet er venta å auke som følge av dei same forholda som er omtalte under kap.5.1: endra samansetnad og ei auke i befolkninga, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og endra forventingar til helsetenestene. Plandokumentet byggjer på HELSE2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

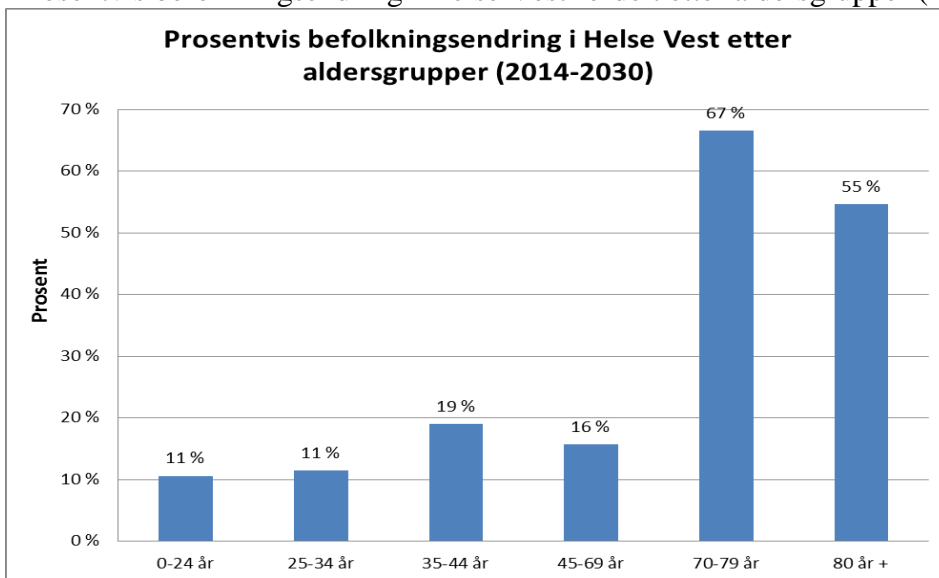
#### **5.1.1.1 Befolkningsutvikling**

Det er venta ein auke og endra samansetnad i folketalet i Helseregion Vest på 22 prosent i perioden 2015–2030, når ein tar utgangspunkt i SSB si befolkningsframskriving med høg nettoinnvandring (MMM). Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 26 prosent i Helse Stavanger til 10 prosent i Helse Førde.



Den største auken vil komme i aldersgruppa 70–79 år, som vil gå opp med 59 prosent frå 2015 til 2030. Talet på eldre vil auke mest i den sørlegaste delen av regionen. Den nordlegaste delen kjem likevel til å ha prosentvis flest innbyggjarar over 70 år. Talet på eldre vil òg auke sterkt etter 2030.

Prosentvis befolkningsending i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper (2015–2030)



Busetjingsmønsteret har i mange tiår vore prega av at unge menneske flyttar til byane, medan dei eldre blir igjen i distrikta. Denne trenden blir truleg forsterka fram mot 2030.

I framtida reknar ein med at dei eldre jamt over får betre helse, og at leveralderen vil bli høgare. Mange sjukdommar er sterkt relaterte til alder, og eldre har ofte eit meir samansett sjukdomsbilete. Ressursbehovet i tilknytning til helsetenester for den aldrande befolkninga vil òg auke i kommunehelsetenesta. Denne trenden vil halde fram, mellom anna med større etterspurnad etter sjukeheimplassar og heimetenester. Helse Vest vil arbeide for betre samspel mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta for å dekkje behova til dei eldre. Helse Vest har gjennom eit eige prosjekt sett nærmare på både utforming og organisering av tenestene til dei eldre, særleg for dei som har samansette lidingar (sjå kapittel 5.2.2.9).

Eldre pasientar har eit relativt større 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.

Samhandlingsreforma, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009), legg viktige premisser for korleis tenestetilbodet må utformast både i kommunane og spesialisthelsetenesta for å møte det venta auka behovet for tenester.

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

### **5.1.1.2 Sjukdomsutvikling**

Det er venta fleire kroniske sjukdommar og sjukdommar relaterte til livsstil. Hjartesyjukdommar, lungesyjukdommar, slag, kreft, diabetes og muskel- og skjelettplager vil truleg auke i alle aldersgrupper. Det blir ei stor utfordring for helsetenesta, og etterspurnaden etter rehabilitering og lærings- og meistringstilbod kjem til å auke. Sjukleg overvekt gir seg utslag i sjukdommane som er nemnde ovanfor, og det har blitt svært mange fleire pasientar til operasjon for sjukleg overvekt. Det vil framleis vere behov for mange slike operasjonar.

Samtidig viser følgeforskinga til Nordfjordprosjektet at sjukehusbruken er svært skeivt fordelt blant pasientpopulasjonen: 10 prosent av pasientane med høgast liggjedøgnforbruk stod for heile 44 prosent av den totale bruken. Kjenneteikn ved gruppa av dei med høgast bruk av helsetenester er at dei var eldre, dei hadde ulike og kroniske lidningar, dødelegheita var større, det var fleire akutthjelpinnleggingar og reinnleggingar, og dei hadde i større grad opphald ved fleire ulike typar avdelingar /fagområde.

I åra framover vil nasjonale helsestyresmakter framleis fokusere sterkt på førebyggjande arbeid, jf. òg samhandlingsreforma. Det er i hovudsak kommunehelsetenesta som driv dette arbeidet (primærførebygging). Spesialisthelsetenesta må likevel ta del i arbeidet, først og fremst som ein viktig kunnskapsbase for førebyggjande og helsefremjande arbeid, men òg ved å delta med kompetanse i målretta tiltak i samfunnet elles. Spesialisthelsetenesta si rolle innafor 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 medverke 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 det auka ressursbehovet vil vere knytt til auka utbreiinga av kreft, utvikling av behandlingmetodar for kreft og større omfang av kroniske og vanlege sjukdommar i ei aldrande befolkning.

Helse Vest har tidlegare laga ein regional kreftplan. Styret behandla planen i mars 2005. Planen syner kva utfordringar ein står overfor, og korleis Helse Vest vil møte dei. 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 òg at fleire vil få psykiske lidningar i åra framover. Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk vil truleg gi samfunnet store utfordringar. Det gjeld òg psykososiale lidningar hos barn og unge og rusrelaterte psykiske lidningar. Det er viktig at tenestene blir utvikla på brukarane sine premisser, og at dei blir prega av heilskap og samhandling med andre sektorar. Ei anna gruppe som truleg vil ha behov for større merksemd og spesielt tilrettelagde tilbod i framtida, er barn av psykisk sjuke foreldre og barn av rusmiddelavhengige foreldre, jf. endring i lov om helsepersonell. Denne gruppa vil krevje mykje av samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

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

vi sjå ei 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.

### 5.1.1.3 Helsefagleg utvikling

Det helsefaglege tilbodet i spesialisthelsetenesta omfattar førebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering. Auka kunnskap om sjukdomsframkallande forhold gir betre grunnlag for førebygging. Ny forståing, nye metodar og teknologi gir høve til tidlegare og betre diagnostikk og betre og meir målretta behandling. Større merksemd og vekt på kunnskapsbasert rehabilitering, med mellom anna lærings- og meistringstilbod, gir grunnlag for betre funksjonsevne og auka livskvalitet.

Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

Område	I dag	Mogleg utvikling mot 2020
Biletddanning og biletddannande utstyr	Ulike metodar blir brukte til å kartlegge anatomi for å diagnostisere sjukdom.	Omfattande utvikling av nye metodar for større detaljering av struktur og funksjon (PET) og i kombinasjon med behandling.
Miniinvasiv kirurgi	Blir brukt i relativt stort omfang. Robotkirurgi er under utvikling.	Laparoskopiske og endoskopiske prosedyrar vil vere hovudoperasjonsmetodar.
Kardiologisk miniinvasiv intervensjon	Brukt til diagnostikk og behandling hos store pasientgrupper.	Fleire og meir komplekse former er venta. Mindre invasive metodar fører til at fleire eldre kan behandlast.
Vaksinar	Blir i hovudsak brukte til å førebygge akutte infeksjonssjukdommar 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 ønska type vev.	Nydyrka vev frå pasienten sjølv blir viktigare, spesielt innfor 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.
Farmakogenomikk	«Skreddarsydd» behandling hos enkeltindivid/grupper er teken i bruk.	Har venteleg nådd eit stort 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, og dermed kan dosen reduserast.
Stamcellebehandling	Eksperimentelle dyreforsøk med godt resultat, ikkje nådd same resultat med pasientar.	Usikkert når og i kva omfang dette kan bli nytta i medisinsk behandling

Den faglege og medisintekniske utviklinga opnar for at fleire sjukdommar kan behandlast, og for at fleire behandlingstilbod blir tilgjengelege. Den fører òg til auka etterspurnad, og mange nye behandlingsformer kjem til å vere personellkrevjande og kostbare. Utviklinga får konsekvensar for kvar og korleis tenestene blir gitt. Fleire tenester kan ytast desentralt, mens andre tenester krev spesialkompetanse og kostbart utstyr og fører til sentralisering.

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

Utviklinga peikar 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 kortare liggjetider og meir 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 rehabilitering, habilitering og lærings- og meistringstilbod.

Innafor psykisk helsevern og TSB 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 innafor den helsefaglege utviklinga, er å føregripe når og på kva måte ny medisinsk teknologi påverkar og gjer det mogleg å endre og utvikle tenestetilbodet.

For å møte denne utfordringa er det etablert eit nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta. Formålet med systemet er å medverke til betre og tryggare pasientbehandling. Nye metodar som er aktuelle å innføre i spesialisthelsetenesta, blir gjennom systemet vurderte på ein systematisk måte med tanke på effekt, tryggleik og konsekvensar for pasientane, helsetenesta og samfunnet. Med metode forstås ein alle tiltak knytte til førebygging, utgreiing, diagnostisering, behandling og rehabilitering av pasientar, og i tillegg organisering av helsetenester.

Ei metodevurdering er ei kunnskapsoppsummering av forskning om effekt og tryggleik (ei systematisk oversikt) og ei vurdering av konsekvensar, som oftast helseøkonomiske. Metodevurderingar kan gjerast lokalt i helseføretaka med minimetodevurdering (mini-HTA), som hurtig metodevurdering for tidleg vurdering av ein enkelt metode eller som fullstendig metodevurdering, til dømes for å samanlikne ulike behandlingstiltak.

Ei avgjerd om å innføre ny metode etter gjennomførte minimetodevurderingar blir gjort i helseføretaka. Etter nasjonale metodevurderingar blir avgjerda teken innafor dei eksisterande avgjerdstrukturane i RHF-a. Avgjerda blir koordinert med Helsedirektoratet når det gjeld nasjonale faglege retningslinjer.

Systemet for metodevurdering er eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk.

#### **5.1.1.4 Forventingar til helsetenesta**

Pasientrolla har gått gjennom store endringar dei siste tiåra. Pasienten blir meir aktiv og velinformert, men 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 forventingane som folk har til helsetenesta:

Område	I dag	Utviklingstrekk mot 2020
Eiga forståing og eigen kunnskap	Aukande medvit og kunnskap hos pasientane	Aktiv pasientrolle, velinformert brukar av helsetenestene.
Valfridom og brukarinformasjon	Ventetid på nett, men timebestilling på papir. Lite informasjon om resultatata ved sjukehusa.	Større reell valfridom, timebestilling på nett og betre informasjon. Større skilnad mellom pasientar med ulike tilgjengelege ressursar.
Bevisstheit om kostnadane ved helsetenesta	Eigendel til fastlege med portvaktfunksjon	Spesialisthelsetenesta skaper kostnadsmedvitne pasientar. Førebygging bli premiirt.
Forventing om kvalitativ god behandling og god oppleving av behandlinga	Manglande koordinering mellom fagområde og behandlingnivå	«Saumlause» behandlingsskjeder. All pasientinformasjon blir delt digitalt.
Tillit til helsetenesta	Tillit i stor grad basert på opplevd kvalitet	Større openheit om kvaliteten i sjukehusa
Alternative behandlingsformer	Lite integrert i den offentlege	Auka valfridom og openheit.



	helsetenesta	Kunnskap om moglege effekt og biverknadar av dei mest aktuelle metodane må formidlast
--	--------------	---

### 5.1.1.5 Behov for aktivitetsvekst

Behovet for helsetenester kjem til å auke i åra framover, og det vil krevje meir aktivitet.

Sidan endringa i folkesamansetnaden er ulik i ulike delar av regionen, tilseier det 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.

Samhandlingsreforma legg til rette for at ein større del av veksten kan skje i kommunane. Ein må likevel rekne med vekst i spesialisthelsetenesta. Det er vanskeleg å gi presise tal for dette.

Det er særleg vanskeleg å sjå for seg kva konsekvensar den medisinsk-tekniske utviklinga får.

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2017 (datert 25.11.15) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd ein aktivitetsvekst på om lag 1,9 prosent i 2017 innafor somatikk. Det tek høgde for demografisk vekst, nødvendig realvekst og ekstra aktivitet for å redusere ventetida. Det er tilrådd at aktivitetsveksten i psykisk helsevern blir 2,1 prosent for vaksne og 2.0 prosent for barn og unge. I tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd ein aktivitetsvekst på 2,5 prosent.

### 5.1.2 Økonomiske rammeføretnadar

#### Drift

Den endelege inntektsramma for 2016 for helseføretaka er fastsett i møte 10.02.2016 under sak 006/16 B Konsernbudsjett 2016. Resultatkravet for 2016 er fastsett som følger:

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus- apoteke vest	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2016	80 000	40 000	170 000	7 000	14 000	1 000	0	312 000

Budsjettoplegget legg til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 2,5 prosent på frå 2015 til 2016. Det er lagt til rette for ein vekst på 9 prosent innanfor offentleg poliklinisk aktivitet, som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorium og radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF-ordninga, er det lagt til rette for ein vekst på 1,8 prosent frå anslag for 2015 til 2016.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreforma er vidareført i 2016 og det blir gjort eit trekk i inntektene tilsvarande 0,7prosent av verksemda sine driftsutgifter, totalt kr 928 mill. Samtidig blir delar av dette uttrekket tilbakeført til basisramma til dei regionale helseføretaka for å gi rom til bl.a. investeringar og anskaffingar, totalt kr 598 mill. For nærmare omtale av dei budsjettmessige forholda og konsekvensane for Helse Vest blir det vist til styresak 114/15 B Inntektsfordelling og resultatkrav 2016 samt styresak 006/16 B Konsernbudsjettsaka.

Det skal vere ein høgare vekst innafor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innafor psykisk helsevern skal DPS og barn og unge prioriterast. Veksten blir målt mellom anna gjennom endring i kostnader, personell, ventetider og aktivitet.

Behovet for auka leveranse av spesialiserte helsetenester som følge av endringar i demografi og medisinsk-teknologisk utvikling vil medføre at den økonomiske og finansielle utfordringa vil forsterke seg dei neste åra. Det inneber framleis ein risiko for auka aktivitet som må finansierast med bruk av basisramme. Det er ei utfordring som Helse Vest RHF må løyse i tråd med føringane som er gitt i oppdragsdokumentet frå eigaren. Det er avgjerande at endringar i behovet for tenester og eventuelle nye oppgåver blir fanga opp i

basisfinansieringa. Spørsmålet er òg om den framtidige aktivitetsveksten i RHF-a må reflektere store forskjellar i befolkningsvekst.

Helse Vest har ved inngangen til 2016 framleis behov for å auke resultatnivået for å finansiere investeringsbehova framover. Alle helseføretaka har planar om store utbyggingsprosjekt dei kommande åra, og spesielt i Helse Stavanger kor det no er vedtatt å gå vidare til forprosjekt med eit nytt sjukehusbygg på Ullandhaug. Det er derfor heilt avgjerande at føretaka og føretaksgruppa samla sett er i stand tilt å levere stødige og gode resultat framover.

For å sikre ei tett og god oppfølging av føretaka blir det rapportert månadleg på økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet. Føretak som ikkje leverer på dei fastsette krava, må òg rapportere på status på dei tiltaka som skal gjere dei i stand til å nå dei fastsette måla.

### Investeringar

Helse Vest skal basere investeringsplanane sine på heilskaplege utgreiingar av framtidig behov for kapasitet og tilbod på regionnivå. Helse Vest skal tilpasse investeringsstrategien slik at den underbyggjer og blir gjennomført i tråd med nasjonal helsepolitikk og andre føringar som blir gitt frå myndigheitane.

Helseføretaka må styre og prioritere investeringsplanane sine innanfor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramma. Vi viser her til styresak 061/15 B Langtidsbudsjett 2016–2020 til Helse Vest RHF styret.

Helse Vest har i langtidsbudsjettet lagt opp til eit samla resultatnivå på opp mot 500 millionar kroner i slutten av langtidsperioden for å handtere dei store investeringsprosjekta.

Sjølv eit så stort resultat er ikkje nok til å løfte større sjukehusutbyggingar. Helse Bergen har allereie eit høgt investeringsnivå der BUSP fase 1 vil bli ferdigstilt i løpet av 2016, medan fase 2 av prosjektet nettopp har starta opp og har ei samla kostnadsramme på om lag 3,2 mrd. kroner. Helse Stavanger vil no vidareføre nytt sjukehusbygg lokalisert på Ullandhaug inn i forprosjektfasen. Prosjektet har ei samla kostnadramme på 8 mrd. kroner i første fase. I tillegg er det planlagd utbyggingsprosjekt både i Helse Førde og Helse Fonna.

BUSP fase 1 er finansiert med lån på 50prosent frå staten. BUSP fase 2 er tildelt lån frå staten på 70prosent av investeringskostnaden. Det er søkt om lån frå Staten på 70prosent av utbyggingsprosjektet i Helse Stavanger. I tillegg er det og søkt om lån til renovering av sentralblokka i Helse Bergen og utbyggingsprosjekt i Helse Førde. Desse låna vil bli nærmare avklart i statsbudsjettet for 2017.

Under styresak 006/16 B Konsernbudsjett 2016 har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2016:

#### Samandrag investeringar (Budsjett 2016)

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	86 330	50 000	458 000	93 500	19 460			707 290
Medisinteknisk utstyr	133 000	30 000	157 000	24 000	6 450			350 450
IKT				2 200		260 000		262 200
Anna	54 000	10 000	112 000	9 600	200			185 800
Investeringar overført frå 2015	190 000							190 000
Sum investeringar 2016	463 330	90 000	727 000	129 300	26 110	260 000	0	1 695 740

Det finansielle grunnlaget for å gjennomføre investeringsbudsjettet er som følger:

## Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2016:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlag	80 000	40 000	170 000	7 000	14 000	1 000	0	312 000
+ Avskrivning	244 000	132 777	450 000	101 150	4 712	210 389		1 143 028
+ Nedskrivning anleggsmidler	0	0						0
= Kontantstraum frå drifta	324 000	172 777	620 000	108 150	18 712	211 389	0	1 455 028
+/- Førebels resultatavvik 2015	-15 000	0	0	10 000	-	-1 000	340 000	334 000
+ Nedskrivning 2015	0				-			0
+ Opptak av nye lån, Busp 1-2			217 000		-			
- Avdrag lån	-53 000	-15 085	-68 000	-10 370				-146 455
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-25 700	-6 069	-31 000	-7 100	-	69 869		0
+ Sal av anleggsmidler		1 162	15 000		-			16 162
+/- Likviditet overført frå 2015	181 531	125 261	-95 000	-2 233	7 400		235 000	451 959
+/- annet	25 000	0						25 000
<b>Finansielt grunnlag</b>	<b>436 831</b>	<b>278 046</b>	<b>658 000</b>	<b>98 447</b>	<b>26 112</b>	<b>280 258</b>	<b>575 000</b>	<b>2 135 694</b>
+ Interne lån overført fra tidlegare år	75 000		100 000	60 000			-235 000	0
+ Internt lån 2016								0
<b>Finansieringsgrunnlag investeringar</b>								
<b>inkl interne lån</b>	<b>511 831</b>	<b>278 046</b>	<b>758 000</b>	<b>158 447</b>	<b>26 112</b>	<b>280 258</b>	<b>340 000</b>	<b>2 135 694</b>
<b>Investeringsplanar i HF-a</b>	<b>463 330</b>	<b>90 000</b>	<b>727 000</b>	<b>129 300</b>	<b>26 110</b>	<b>260 000</b>	<b>0</b>	<b>1 695 740</b>

Det er viktig at helseføretaka framleis arbeider med å sikre resultatkravet, og at det blir innarbeidd nok fleksibilitet i investeringsplanen, slik at ein klarer å tilpasse seg eventuelle endringar i det finansielle grunnlaget.

### 5.1.3 Personell og kompetanse

#### Rekruttering og kompetanse

Føretaksgruppa har gjennomført analyser som gir god oversikt over behov for framtidig personell, jf. styresak 142/14. Dette er viktig for å sikre rett kompetanse til å møte framtidens utfordringar i spesialisthelsetenesta. Det er etablert felles prosessar for all rekruttering inkludert innleie og studentar, for å sikre utlysning og tilsetjing i faste heile stillingar.

Helse Vest utarbeidde i 2014 ein regional analyserapport, som kunnskapsgrunnlag for kompetanse og rekruttering. Rapporten viser kva utfordringar ein står ovanfor i ulike personellgrupper fram mot 2030, og korleis Helse Vest vil møte dei. Analyserapporten inngår som grunnlag for arbeidet med Helse2020 og Helse2030, og blir nytta for vidare arbeid med framskrivingar av behov.

Helse Vest har etablert eit felles regionalt prosjekt der ein føreset at helseføretaka medverkar i tråd med målformuleringane i prosjektet for fast tilsetjing av legar i spesialisering.

Prosjektet sine mål:

- Sikre gode prosessar for gjennomføring av tilsetjing av faste stillingar for LiS i føretaksgruppa Helse Vest.
- Sikre samarbeidsavtaler mellom helseføretaka og private ideelle sjukehus der målet er å gje effektive og fagleg gode utdanningsløp innan alle dei ulike spesialitetane
- Avklare behov for samarbeidsavtaler med andre private ideelle sjukehus.

For å sikre at føretaka utdannar eit tilstrekkeleg tal spesialistar i dei ulike legespesialitetane, og tilbyr planlagde og kvalifiserande spesialisingsløp krev det eit tett samarbeid mellom føretaka innanfor mange spesialitetar. Dette gjeld spesielt der det er behov for gruppe 1-teneste, der LiS legar må ha del av utdanningsløpet i eit anna helseføretak enn der dei har si faste tilsetjing.

- Utdanningsløpet for legar i spesialisering skal planleggjast med ein tidshorisont som er lang nok til å understøtte krava om at time skal tildelast ved første kontakt, og at time skal knytast til behandlar.

Helse Vest har kartlagt tal, behov og tilbud for LiS i alle spesialitetar.

### **Nasjonal og regional bemanningsplan**

Det regionale helseføretaket har saman med helseføretaka i regionen greidd ut det vidare behovet for helsepersonell innanfor dei ulike faggruppene i eit perspektiv som strekkjer seg fram mot 2030. Det er utarbeida sårbarheitsanalysar, som blir samanstillt med demografisk utvikling, alderssamansetting og utvikling i sjukdomspanorama. I tillegg skal det saman med helseføretaka utarbeidast ein plan for korleis riktig kompetanse og personell skal rekrutterast, ikkje minst når det gjeld å kunne gjennomføre samhandlingsreforma.

Helse Vest har deltatt i arbeidet med framskriving til ny nasjonal helse- og sjukehusplan. Det er og etablert eit interregionalt prosjekt for å gjennomføre framskrivingar av forventta aktivitet innanfor somatikk, psykisk helsevern og TSB, basert på demografiske data (SSB) fram til 2030. Som ledd i prosjektet har Helse Vest utvikla ein modell som viser personellmessige konsekvensar av aktivitetsframskrivinga. Modellen er eit scenarioverktøy som kan brukast for å betre innsikt i framtidig behov for helsepersonell. Verktøyet kan brukast til å analysere tilgang på («tilbod») og behov for («etterspørsel») helsepersonell fram til 2030. Modellen vil kunne brukast på strategisk nivå, enten det gjelder i forbindelse med lokale utviklingsplaner eller som del av Helse2030 prosessen som kjem. Verktøyet skal gje støtte for å planlegge utviklinga av ønska «pasientens helsevesen». Kven som gjer kva, kva som gjeres kor er spørsmål modellen opnar for. Scenarioverktøyet er rulla ut på regionalt og lokalt nivå i Helse Vest. Kwart helseføretak har utpeikt ein modellbrukar som har fått opplæring og tilgang til verktøyet. Private ideelle verksemder har også fått opplæring og tilgang til modell.

Som ein del av arbeidet med å halde på medarbeidarar har Helse Vest stort fokus på kompetanseutvikling og strategisk kompetansestyring. Dette er eit av dei viktigaste satsingsområda til føretaksgruppa framover. Det er etablert felles mål for strategisk kompetanse og strategiske planar for føretaksgruppa, basert på ulike plandokument, til dømes plan for kirurgi. Desse planane er eit ledd i samspelet med utdanningsinstitusjonane.

Føretaksgruppa har lagt ned eit stort arbeid med å etablere gode kompetanseplanar og oppgåvevurderingar, og arbeidet vil halde fram i 2016 med ytterlegare satsingar gjennom prosess- og teknologistøtte. Kompetanseplanar og oppgåvevurderingar er strategisk viktige når føretaka skal identifisere kompetansebehova og satsingsområda for føretaka fram i tid.

Alle føretaka har bidrege aktivt i å utvikle og ta i bruk kompetanseportalen, som inneheld kompetanseplanar. Det har resultert i at føretaka har arbeidd meir strukturert med kompetanse-/medarbeidarutvikling ved å intensivere opplæringa i bruk av kompetanseverktøyet. Auka kompetanse blant leiarar og medarbeidarar har gitt resultat i form av auka fokus på gjennomføring av medarbeidarsamtalar, individuelle utviklingstiltak og utarbeiding av kompetanseplanar. I delar av organisasjonen er det innført egne styringsdata på 100 prosent gjennomførte medarbeidarsamtalar per år.

### **Studentar og lærlingar**

Helseføretaka har samarbeid med universitets- og høgskulesektoren for å sikre at studentane får den kompetansen som føretaka etterspør. Tilsvarande arbeid er òg gjort mot utdanningane på vidaregåande nivå. Det er viktig å sikre god tilgang til dyktige studentar og lærlingar innanfor ulike faggrupper. Nytt fagskuletilbod som Sterilforsyningsteknikk er etablert, og Administrasjon i Spesialisthelsetenesta er til godkjenning hos NOKUT.

### **Oppgåveplanlegging og oppgåvedeling**

Oppgåvedeling er eit viktig tiltaksområde, og det vil vere fokus på dette også i åra framover. Det er viktig å identifisere og kartlegge behova for spesialist, etter- og vidareutdanning og rett dimensjonering av personellbehovet, basert på erfaringane av pilotprosjekta i avansert oppgåveplanlegging, og andre tiltak som er gjennomførte i 2015. God arbeidsplanlegging er viktig når vi skal legge til rette for gode pasientforløp, og

å utforme arbeidsplanar. Alle føretaka deltek i arbeidet, og det er viktig at alle får vere med å førebu og gjennomføre gode pasientforløp.

#### 5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar

##### **Generelt**

Det er eit klart behov for å oppgradere og fornye store deler av bygningsmassen i helseføretaka, både på grunn av den sterke aktivitetsauken som har vore (og som er venta framover), og for å få ein meir funksjonell bygningsmasse.

Alle helseføretaka har kartlagt status for bygningsmassen ved hjelp av MultiMap. Det er laga areal- og utviklingsplanar i alle helseføretaka.

Alle helseføretaka har på denne bakgrunn planar om større utbyggingar. Helse Bergen er i gang med fleire større prosjekt. Med dei planane som ligg føre i Helse Stavanger, Helse Førde og Helse Fonna vil regionen stå overfor ein omfattande fornying av bygningsmassen frem til 2030

##### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger HF har ein vanskeleg arealsituasjon. Deler av bygningsmassen som er oppført dei siste 10 år er hensiktsmessig for moderne pasientbehandling, og har gode arbeidsforhold for dei tilsette. Den eldre bygningsmassen er mindre tilpassa moderne drift, og tilhøva for dei tilsette er ikkje optimale. Det må derfor stadig gjerast mindre endringar og settast i verk tiltak for å gjera drifta best mogleg. Det blir leigd lokale utanfor sjukehusområdet for ein rekkje aktivitetar, både for diagnostikk og behandling.

I sjukehusutbyggingsprosjektet i Helse Stavanger blir ein samla utbyggingsløyning for føretaket vurdert. Det er utarbeidd ein utviklingsplan. Det er gjort vurdering av forventna framtidig aktivitet i føretaket basert på den demografiske utviklinga, forventna utvikling i sjukelegheit og korleis drifta kan effektiviserast med kortare liggetid, meir dagbehandling og korleis samhandlingsreforma vil innverke.

Prosjektet blei hausten 2013 ført vidare frå idéfase til konseptfase og følgjande alternativ skulle utgreiast vidare i konseptfasen:

- Nullalternativet
- Trinnvis utbygging på ny tomt
- Trinnvis utbygging på Våland
- Nytt sjukehus på ny tomt i eitt byggetrinn

Ein foreløpig konseptrapport blei sendt på høyring sommaren 2015. Ekstern kvalitetssikring blei gjennomført hausten 2015. Styret i Helse Stavanger behandla konseptrapporten i møte 27.11.15. Styret i Helse Vest behandla saka i møte 22.12.15. Styret godkjente da at nytt sjukehus i Helse Stavanger blir lagt på Ullandhaug og at Helse Stavanger utarbeider forprosjekt for Ullandhaug-alternativet.

Kostnadsramma blei sett til 8 mrd. kr.

##### *Helse Fonna*

Det blei i 2011 gjennomført ei overordna bygningsteknisk kartlegging av føretaket sine bygningar. Rapporten gav eit godt grunnlag for vidare strategisk og taktisk planlegging samt utvikling av bygningsmassen.

Helse Fonna har utarbeidd ein utviklingsplan for føretaket. Planen blei handsama av styret i Helse Fonna HF mai 2013 i sak 58/13. I planen kjem det fram at Haugesund sjukehus har mangel på areal, dårlig bygningsteknisk tilstand og eit stort vedlikehaldsetterslep, spesielt innan somatikk. Større deler av dagens areal treng rehabilitering for å vere funksjonelle.

I perioden 2013 – 2014 har Helse Fonna HF gjennomført ein idéfase for Haugesund sjukehus i tråd med mandat, gjeldande lovverk og retningslinjer for denne typen prosjekt, som eit første steg i oppfølginga av utviklingsplan for Helse Fonna. Arbeidet med konseptfasen starta i 2015.

Konseptrapport med ekstern kvalitetssikring vil bli behandla både i styret i Helse Fonna og Helse Vest våren 2016.

Helse Fonna har lagt til grunn at dei kan handtere ein utbygging i størrelse 2,8 mrd. fram til 2030.

#### *Helse Bergen*

Arealplan 2013-16 og årlig rullering av langtidsbudsjettet sikrar utvikling av bygningsmasse, infrastruktur og utstyr i tråd med vedtekne strategiar på HF- og RHF-nivå.

Nytt barne- og ungdomssenter fase 1 (BUSP1) går som planlagt og er forventa ferdigstilt i 2016. Byggestart for fase 2 i det nye barne- og ungdomssenteret er i 2016. I Helse Bergen er elles ny mottaksklinikk og Sengebygg sør og ombygging i Sentralblokka under gjennomføring. Sengebygg sør skal nyttast dels som eit rokkeringsbygg for Barneklubben, og dels for å gje eit kapasitetsmessig grunnlag for, på sikt, å renovere sengeetasjane i Sentralblokka. Ny mottaksklinikk skal m.a. legge grunnlag for betre organisering av akuttmottaket med framskott kompetanse og observasjonssenger osv.

Helse Bergen har dei siste åra investert mykje i areal for den psykiatriske verksemda. Når fase 1 i det nye barne- og ungdomssenter som skal innehalde barne- og ungdomspsykiatrien og psykosomatisk medisin er ferdigstilt, vil Helse Bergen samla sett ha ein svært moderne bygningsmasse for psykiatrien.

#### *Helse Førde*

Kartlegging av bygningsmassen i samband med strategisk og taktisk planlegging vart gjennomført i 2011. Samla vekta teknisk tilstand var vurdert til 1,4, som er noko høgare enn snittet i RHF-et. «Må-tiltak» er rekna til 425 millionar. Føretaket har per dato 87 000 m<sup>2</sup> i eigen bygningsmasse, og leiger i tillegg i overkant av 6700 m<sup>2</sup> eksternt.

Tilstandsregistreringa vart oppdatert første kvartal 2014, og viser ein noko betra gjennomsnittleg tilstandsgrad. I hovudsak skuldast dette sal av Florø sjukehus, men også arealplan NSH (Nordfjord sjukehus) og generell oppgradering har påverka dette i positiv retning.

Helse Førde har fokus på energioppfølging for å ha kontroll på energibruken i bygningsmassen, og har avtale med Sogn og Fjordane Energiverk (SFE) om koordinering, oppfølging og tilbakemelding på energibruk i Helse Førde. Driftspersonalet i Helse Førde har i dag god rutine for lokal oppfølging av energibruken på dei ulike sjukehusa på vekebasis, men får hjelp av SFE på månadsvis.

Prehospitalt bygg vart avslutta i september 2014. Prosjektet var gjennomført i samsvar med tempoplanen.

Arealplan (utviklingsprosjektet) på NSH vart avslutta i 2014, og ved LSH (Lærdal sjukehus) er arbeidet starta med gjennomføring av arealplan. Begge institusjonane vil få meir arealeffektiv drift, der funksjonar har fått rasjonell plassering i høve til behov.

Det er i 2015 laga ein utviklingsplan i Helse Førde og ved Førde sentralsjukehus er det gjort vurdering av det samla behovet for oppgradering og fornying av bygningsmassen i. Konseptfaserapport med ekstern kvalitetssikring blei behandla av styret i Helse Førde og Helse Vest hausten 2015. Alternativet «Arealplan FSS» blei vedtatt vidareført til forprosjekt.

Kostnadsramma blei sett til 1,52 mrd. kr.

## 5.2 Strategiane og planane til det regionale helseføretaket

Denne delen beskriv helseføretaket sine planar for å møte utviklinga, medrekna dei områda som er skisserte i førre kapittel.

### 5.2.1 Overordna mål og strategiar – HELSE 2020/Helse 2030

Å utvikle, omstille og forbetre tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet, effektiv ressursutnytting og høg pasienttryggleik. Helse Vest RHF har starta ein meir omfattande revidering av strategidokumentet «HELSE2020. Strategi for helseregionen. Visjon og mål. Strategi og handlingsplan». Det nye strategidokumentet vil ha eit perspektiv på tenesta fram til 2030 (HELSE 2030). Det blir sentralt i dette arbeidet å utvikle tenestene i samsvar med prinsippa i «pasientens helseteneste» og samtidig gjere tenestene berekraftige for framtida.

Gjennom HELSE2020 er det slått fast at Helse Vest vil møte sjukdomsutviklinga i befolkninga med trygge og nære spesialisthelsetenester, heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk, og at vi vil arbeide kontinuerleg for å utvikle ein framtidsretta kompetanseorganisasjon.

Skal pasientane oppleve spesialisthelsetenestene som trygge og nære, må dei mellom anna ha tilgang på diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet, og dei må bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira. Det er vesentleg at pasientane deltek aktivt i si 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 i helseføretaka, slik at pasientane opplever ei samanhengande helseteneste. Førebygging og rehabilitering er område som må styrkjast.

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

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

For å sikre god og trygg pasientbehandling satsar Helse Vest på forskning, utdanning og fagutvikling. Kunnskap om implementeringsarbeid og kvalitetsforbetring er viktig

Når ein skal vurdere om nye metodar og teknologi skal takast i bruk, er det vesentleg å basere seg på den beste kunnskapen.

Samhandlingsreforma er ei retningsreform og intensjonane i reforma vil fortsett vere viktige i åra framover.

Hovudfokuset er framleis på den kliniske kjerneverksemda. Det skal særleg leggjast vekt på:

- at helsetenestene er trygge, slik at pasientane ikkje blir utsett for skadar på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar.
- at det blir lagt til rette for at pasientane kan medverke på eit godt sett i eigen behandling.
- at pasientane får utgreiing og behandling innan fastsette fristar, slik at det ikkje oppstår fristbrot.
- at ventetidene blir reduserte, særleg på område med lange ventetider, inkludert fordeling av ressursar.
- at prioriteringsforskrifta og pasientrettane blir følgde opp.
- at sjukehusstrukturen blir vidareutvikle i tråd med den faglege og teknologiske utviklinga, rekrutteringa og auka spesialisering i dei kirurgiske faga.
- at lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen blir utvikla.

- at DPS-a blir utvikla i tråd med nasjonale føringar.
- å få sterkare fagleg integrasjon i alle helseføretaka og meir fagleg samhandling mellom helseføretaka, med mellom anna felles faglege retningslinjer og ved innmelding til og bruk av data frå medisinske kvalitetsregister.
- at kliniske funksjonar med lågt volum, mellom anna innafor kreftkirurgien, blir fordelte.
- at forskinga blir styrkt mellom anna i dei mindre helseføretaka i samarbeid med universiteta og høgskulane.
- at arbeidet med å sikre høg kvalitet på tenestene blir vidareutvikla.
- at ein aktivt følger opp den medisintekniske utviklinga, og at ein gjennom nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta styrer korleis ny teknologi og nye metodar blir innførte og brukte, etter kvart som det ligg føre dokumentasjon.

Helse 2030 vil m.a. vere Helse Vest sitt overordna strategidokument for å følge opp føringane som blir gitt i Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan. Det vil bli lagt opp til at ei revidering av planen i tråd med Stortingets vidare behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan.

## 5.2.2 *Prioriterte helsefaglege utviklingsområde*

### 5.2.2.1 *Sentrale faglege utviklingsområde*

Pasienttryggleik, handtering av tilvisingar, prioritering av pasientar, kvalitet, unngå fristbrot og redusere ventetid, innføring av nye metodar, teknologi, pasientlogistikk, prosessbetring og samhandling med primærhelsetenesta vil vere sentrale område i tenesteutviklinga. Samhandlingsreforma og tiltak for å støtte henne vil vere særleg sentrale.

### 5.2.2.2 *Unngå fristbrot og redusere ventetider*

Helse Vest har i 2015 vidareført fokuset på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Dette arbeidet vil halde fram også i 2016, i tråd med Helse Vest sin strategi om kjøp av helsetenester frå private.

Hovudfokus vil framleis vere på å etablere gode rutinar for å handtere tilvisingar, vurdere rettar, følge opp pasientane og unngå fristbrot. Det skal etablerast gode rutinar og system for å sikre at fristbrot ikkje oppstår.

Ventetida skal reduserast ytterlegare, i første omgang på fagområde med lange ventetider og mange langtidsventande. Ingen skal vente meir enn eit år, og samstundes skal den gjennomsnittlege ventetida reduserast i tråd med nasjonale styringssignal.

I 2015 har Alle Møter programmet bidrege til at tal på ventande og ventetida redusert. Arbeidet med langtidsplanlegging og direkte tildeling av timar har hatt god effekt. Mellom anna er ventetida i Helse Førde på eit historisk lågt nivå.

Helse Vest RHF opprettheld differensierte krav til helseføretaka om ventetider i 2016, med lågare ventetider for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne og TSB, enn for somatikk.

### 5.2.2.3 *Prioritering*

Rett prioritering i tråd med prioriteringsforskrifta er grunnlaget for god pasientbehandling og god ressursutnytting. Det er utvikla nasjonale rettleiarar på dei fleste fagområda. Reviderte rettleiarar blei tatt i bruk i 2015. Gode læringsprogram i bruk av rettleiarane er utvikla. Helse Vest vil følge opp følgjande:

- Rettleiarar for prioritering: Rettleiarane skal nyttast til å sikre ei meir einskapleg praktisering av prioriteringsforskrifta.
- Opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå: For å skape ei felles forståing for prioriteringskriteria 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 til fellesskapet, og slik at ein utviklar ein felles kultur.

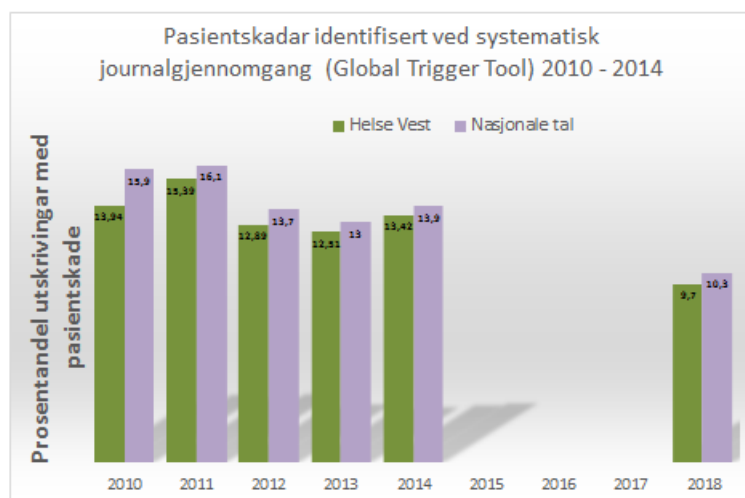
- Obligatoriske e-læringskurs i prioritering
- Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering: Primærhelsetenesta har ei sentral rolle for utløysing av spesialisthelsetenester. Samarbeid med primærhelsetenesta er viktig for å sikre at pasientane får behandling på rett nivå til rett tid.
- 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.

Det er i dei nye rettleiarane tatt høgde for endringane i pasient- og brukarrettslova, som blei sett i verk frå 01.11.15.

#### 5.2.2.4 Program for pasienttryggleik

Styret i Helse Vest vedtok i 2013 direktiv for Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013–2018.

Utgangspunktet for programmet er ein visjon om at pasientar ikkje skal komme til unødige skadar på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. For perioden 2013–2018 har programmet som mål å redusere talet på skadar med 25prosent. Programmet skal etter programperioden vere ein del av den tenkinga som blir lagt til grunn for alt pasientretta arbeid i Helse Vest. Program for pasienttryggleik i Helse Vest er ei vidareføring av kvalitetssatsinga og byggjer mellom anna på pasienttryggleikskampanjen og Stortingsmelding 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.



Ein gjennomgang av journalar til pasientar som var innlagde i sjukehusa i 2010, viste at om lag fjorten prosent av pasientane opplevde ein skade i samband med sjukehusopphaldet. For 2013 var talet 12,5 prosent. Målsettinga er at ved utgangen av 2018 skal det vere skade i mindre enn 9,7 prosent av utskrivingane. Legemiddelskadar og infeksjonar var dei vanlegaste skadetypane. Andre uønskte hendingar med konsekvens for pasientane var fall og utvikling av trykksår (liggjesår). Det er sett i gang spesifikke tiltak for å redusere desse skadane. Innafor psykisk helsevern er det sett inn tiltak for å hindre sjølv mord i samband med sjukehusopphaldet. Det er også satt inn tiltak for å hindre overdose etter utskriving frå rusinstitusjon. Forløpet og behandlinga til pasientar med hjerneslag er sikra i eit eige tiltak, tiltak for å auke kunnskap om hjerneslag i befolkninga har vore ein del av dette.

Helse Vest har starta eit arbeid for å nytte kunnskapen i saker som har vore behandla i Norsk pasientskadeerstatning. Tiltak mot fødselsskadar, skadar hos ortopediske pasientar og skadar etter mage-tarm kirurgi er tre prosjekt som har vore drive i 2015. Arbeidet i programmet blir også sett saman med

strukturering av pakkeforløp ved kreftsjukdomar for å hindre skadar på grunn av sein diagnose og behandling.

Generelle tiltak for å verne pasientane omfattar satsing på å auke leiinga si merksemd på pasienttryggleik, kunnskap om kvalitetsforbetringsteori, måling av og arbeid med pasienttryggleikskulturen og arbeid med å lære av avviksmeldingane.

Dei ulike delane av programmet skal drivast fram som felles regionale prosjekt der eit av føretaka er pådrivar og prosjektleiar. Dei andre føretaka i regionen er deltakarar med kvar sine lokale prosjektleiarar. I samband med prosjekta blir beste praksis identifisert, og tiltaka blir piloterte før implementeringa skjer. Det blir lagt vekt på å komme fram til gode indikatorar som kan brukast til å måle effekt av tiltaka. Arbeidet med indikatorar blir koordinerast med arbeidet i datavarehuset for styringsdata innafor kvalitet og pasienttryggleik. På dette viset blir det ein automatisert datainnsamling av kvalitetsindikatorar og desse blir brukt i styring og i rapporteringsmøte.

Det viktige arbeidet med å implementere/spreie tiltaket i dei kliniske einingane skjer i føretaka/sjukehusa. Når prosjekta er implementert og lagt i linja, må ein evaluere effekten, og tiltaka må endrast dersom resultatata ikkje er tilfredsstillande. Forbetringshjulet («plan, do, study, act») ligg til grunn for korleis ein tenkjer i pasienttryggleiksarbeidet og kvalitetsforbetringa.

Data må som hovudregel kunne fangast mest mogeleg automatisk før prosjektet blir lagt til linja.

Pasienttryggleiksprogrammet er omfattande, og mange medarbeidarar deltek direkte i programmet. Slik vil det halde fram. Programmet inneber samarbeid på tvers av avdelingar og føretak med utveksling av erfaringar og vilje til å vise resultat. Openheit – transparens – er viktig.

Tryggingstiltaka må byggjast inn i pasientforløp og strukturar i sjukehusa. Etterleving av beste praksis må kunne evaluerast fortløpande. Det stiller krav til elektroniske hjelpemiddel som strukturert pasientjournal og elektronisk kurve. Data frå etablerte kvalitetsregister må også bidra i evalueringane.

Kunnskapen om kvalitetsforbetring må framleis aukast og graden av måloppnåing må følgjast opp. Omsynet til pasienttryggleiken må bli ein endå sterkare del av tankesettet i sjukehusa. Mange av tiltaka handlar om å vurdere kva for risiko pasienten er utsett for, og setje inn tiltak for å redusere risikoen. Eit nasjonalt arbeid er i gang for å utgreie om pasienttryggleikskulturundersøkingane kan samordnast med medarbeidar/HMS kartleggingar.

Tiltak for å legge til rette for brukarmedverknad vil ha særleg vekt framover.

#### ***5.2.2.5 Innføring av nye metodar og teknologi***

Helse Vest deltok i 2014 i etableringa og vidareutviklinga av eit nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta

Bestillerforum RHF er sett saman av fagdirektørane i kvart RHF og representantar frå Helsedirektoratet. Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk deltek med observatørar. Fagdirektøren i Helse Vest RHF har frå oppstarten i mai 2014 hatt leiarskapet i Bestillerforum, og vil også ha dette i 2016.

Beslutningsforum er sett saman av dei fire administrerande direktørane i dei regionale helseføretaka, og er leia av administrerande direktør i Helse Nord RHF. I tillegg har dei regionale brukarutvala ein observatør, som p.t. er leiar av det regionale brukarutvalet i Helse Sør-Øst RHF.

Systemet for innføring av nye metodar har vore under etablering, og det blir jobba for at systemet skal bli optimalisert og godt tidsmessig koordinert i forhold til anbod, forhandlingar og kontraktar. Erfaringane så langt er at systemet medverkar til sameinte beslutningsprosessar og meir akseptable prisar på medikament.

### 5.2.2.6 *Pasientlogistikk og prosessbetring*

Det er grunn til å vente at betre organisering med heilskaplege pasientforløp internt i dei einskilde sjukehusa kan gi betydelege gevinstar både når det gjeld pasienttryggleik, kvalitet og effektivitet. Det blei i 2009 starta opp eit regionalt program knytt til utviklinga av gode pasientforløp. Prosjektet har utvikla eit felles rammeverk, ei handbok for arbeid med pasientforløp, og det er etablert eit nettverk for erfaringsutveksling. Regional koordinering skal støtte dette.

I 2016 vil det framleis vere særleg merksemd på innføring av pakkeløp ved mistanke om kreft.

Heilskaplege pasientforløp må inkludere pasientopplæring (læring og mestring) og kunnskap om kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Helse Vest vil vidare, som eit ledd i utviklinga av gode pasientforløp, utvikle rutinar for å sikre at epikrisen er klar ved utskriving, og at pasienten kan få time med ein gang tilvisinga er vurdert.

### 5.2.2.7 *Oppfølging av samhandlingsreforma*

St.meld. nr. 47 (2008–2009) blei lagd fram i juni 2009 og behandla i Stortinget våren 2010.

Meldinga tek utgangspunkt i tre utfordringar:

- Pasientane sine behov for koordinerte tenester blir ikkje møtt godt nok – tenestene er fragmenterte.
- Tenestene er prega av for liten innsats for å avgrense og førebygge sjukdom.
- Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbiletet gir utfordringar som vil kunne true den økonomiske bereevna til samfunnet.

Samhandlingsreforma er ei retningsreform. Det er inngått samarbeidsavtaler og etablert gode møtearenaer mellom kommunane og helseføretaka. Størst effekt har det i dei fire første åra vore knytt til betalingsordninga for utskrivingsklare pasientar i somatikk og utvikling av elektroniske meldingar. Etablering av døgnplassar for pasientar som treng øyeblikkeleg hjelp i kommunane blei lovpålagt frå 01.01.16. Oppbygginga hittil har ikkje gitt nokon merkbar effekt på innleggingar i sjukehusa.

Intensjonane i samhandlingsreforma ligg fast og arbeidet med å utvikle ei heilskapleg og berekraftig helseteneste må halde fram. Å auke bruken av døgnplassane i kommunane er i denne samanheng også viktig.

Helse Vest vil vidareføre det regionale prosjektet.

Det overordna målet for prosjektet er

- å medverke til å realisere intensjonane i samhandlingsreforma gjennom å legge overordna rammer og setje ei felles retning for arbeidet i føretaksgruppa.

Delmåla for prosjektet er

- å støtte helseføretaka i samband med
  - oppfølging av avtalane.
  - henting og systematisering av erfaringar med avtalane som grunnlag for revidering og forbetring.
- å støtte helseføretaka i arbeidet med å auke bruken av døgntilbod for akutthjelp i kommunane.
- å medverke til å vidareutvikle lokale samarbeidstiltak med basis i avtalane og føringar i samhandlingsreforma, og gjennom det mellom anna bidra til å sikre gode pasientforløp med «trygge overgangar».
- å medverke til å utvikle og utveksle gode eksempel på samarbeidstiltak i føretaksområda som kan støtte samhandlingsreforma.

- å medverke til at intensjonane i samhandlingsreforma også kan realiserast innafør psykisk helse og rus.
- å medverke til å utvikle elektroniske samhandlingsløysingar som kan støtte realiseringa av samhandlingsreforma.
- å medverke til å utvikle relevant styringsinformasjon både i helseføretaka og samla for Helse Vest.

#### **5.2.2.8 Regional plan for kirurgi**

Regional plan for kirurgi blei vedteken i april 2013 og er under oppfølging.

I samband med planarbeidet blei det òg gjort ei ny vurdering av oppgåvefordelinga innafør kreftkirurgi, og utarbeidd eigne planar for prostatakreft og brystkreft. Oppfølging av desse vedtaka må sjåast i samanheng med Oppdragsdokument 2016 for Helse Vest der det blir presisert at rapporten Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 frå Helsedirektoratet skal leggst til grunn for utvikling av tenesta. Det vil bli lagt fram eigen sak til styret i Helse Vest om dette i løpet av 2016.

#### **5.2.2.9 Regional plan for spesialisthelsetenester til eldre**

Arbeidet for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre held fram, særleg når det gjeld eldre med samansette lidingar og behov for tenester frå fleire faggrupper og nivå. Styret behandla ei eiga sak om spesialisthelsetenester til eldre i 2010, jf. sak 15/09. Her er det mellom anna lagt til grunn at det i alle helseføretaka må utviklast

- tverrfaglege geriatrike einingar
- samanhengande behandlingsskjeder på tvers av nivå for utvalde store pasientgrupper i tett samarbeid med kommunane

Det blir lagt vekt på å styrkje geriatrikompetansen. Helse Vest har sett i verk eigne tiltak innafør utdanning og forskning. Fleire geriatriar vil bli utdanna. Det er etablert samarbeidd med universiteta om bistillingar og oppretta eit regionalt kompetansesenter innafør eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger.

#### **5.2.2.10 Regional plan for hjerneslagbehandling**

Alle helseføretaka har arbeidd med å legge til rette og organisere tilbodet til pasientar med hjerneslag. Som eit ledd i oppdraget med å utvikle regionale planar i eit forløpsperspektiv er det utarbeidd ein regional plan for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Forløpsperspektivet omfattar både kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandlinga.

Planen byggjer på dei nasjonale faglege retningslinjene og blir lagd til grunn for tilbodsutviklinga i regionen.

#### **5.2.2.11 Regional plan for psykisk helse**

Distriktpsikiatriske sentra (DPS) utgjer grunnstammen i det psykiske helsevernet, og gjennom dei er det lagt struktur for eit desentralisert tenestetilbod. DPS- a gir tilbod om utgreiing og behandling, og har akuttfunksjonar gjennom døgnet, i nært samarbeid med kommunane. Behandlinga skal skje mest mogleg poliklinisk og ambulant. Sjukehusa skal ivareta sjeldne eller meir kompliserte tilstandar som sikkerheitspsikiatri, lukka avdelingar, særlege alvorlege spiseforstyrningar, alvorleg alderspsikiatri og alvorlege personlegdom-forstyrningar.

Regional plan for psykisk helse gir føringar for utviklinga frå 2011 til 2015. Den regionale planen viser korleis tenestetilbodet skal utviklast med bakgrunn i måla og føringane som er gitt:

- Å styrkje og utvikle psykisk helsevern for barn og unge (høgaste prioritet)

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

Planen skal reviderast i løpet av 2016.

I psykisk helsevern for barn og unge blir pasientane i all hovudsak behandla poliklinisk. Ventetida går ned, og det jobbast med kvalitetsforbetring og med å standardisere tilvisingar. Helseføretaka er bedde om å etablere rutinar og samarbeid med barnevernsinstitusjonar, som sikrar at barna i barnevernsinstitusjonar får den helsehjelpa dei treng. Dei er og bedde om å sikre gode overgangar frå barne- og ungdom til psykisk helsevern for vaksne.

Omstillinga innanfor psykisk helsevern, der ressursar og oppgåver frå sjukehus til DPS blir overført, og frå døgn til poliklinisk og ambulante tenester blir vidareført. Pasientar skal oppleve eit psykisk helsevern med vekt på frivilligheit og redusert og rett bruk av tvang.

Regional handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang skal liggje til grunn for arbeidet i helseføretaka. Helseføretaka sine lokale planar for redusert bruk av tvang ligg òg til grunn for å styrkje behandlingstiltak som er baserte på frivilligheit.

Auka brukarinnflytelse er ein føresetnad for utvikling av tenesta i psykisk helsevern. Opplevinga av å ha kontroll ved val av behandling bidrar til å byggje mestringsevne, eigeverd og sjølvtilitt. Effekt av behandlinga vil som regel bli betre når ein sjølv er med på å velje behandling. Brukarstyrte plassar er døme på det.

Pårørande må sikrast retten til informasjon og medverknad. Tenestene må utformast slik at også interessene til dei pårørande blir varetekne. Barn av psykisk sjuke står her i ei særstilling. I 2016 vil Helse Vest forsøke å synleggjere betre det generelle arbeidet med barn som pårørande (barn av alvorleg somatisk sjuke, av psykisk sjuke og av personar med problem med rusmiddel) mellom anna gjennom jamleg oppfølging og betre monitorering.

#### **5.2.2.12 Avtalespesialistane**

Dei private avtalespesialistane står for om lag tredjeparten av det totale talet på polikliniske spesialistkonsultasjonar i spesialisthelsetenesta på Vestlandet.

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytte til avtalespesialistane:

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

Det er laga eit nasjonalt opplegg for rapportering, og dei nye prioriteringsretteleiarane skal òg leggjast til grunn for prioritering i avtalepraksis.

Det er etablert ei koordinatorordning som kan nyttast ved tilvising.

I regjeringserklæringa (Sundvolden-erklæringa) er det mellom anna nedfelt at regjeringa vil ”øke antall heimler og bruke avtalespesialistane mer”.

Dei regionale helseføretaka har reforhandla rammeavtalane med både Legeforeningen og Psykologforeningen med sikte på å integrere avtalespesialistane i sørge-for -ansvaret på ein betre måte, og

for å gjere avtalepraksis til ein endå meir effektiv måte å løyse sentrale oppgåver i sørge-for-ansvaret på, mellom anna skal samarbeidet mellom avtalespesialistane og sjukehusa/DPS-a styrkjast.

Helse Vest vil kartlegge behovet for nye avtaleheimlar. Kartlegginga vil i neste omgang danne grunnlaget for disponering, prioritering og lokalisering av nye avtaleheimlar

### **5.2.2.13 Regional plan for rus**

Helse Vest vil halde fram med oppfølging av tiltaka i den regionale planen for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) som styret vedtok i 2014.

Det er stort fokus på pasienten sitt forløp og på samanheng i tenestene, både internt i spesialisthelsetenesta og mellom nivå. Dette blir også forsterka i 2016 når arbeidet med pakkeforløp innanfor rusområdet startar opp.

I planen er det også vektlagt at tenestene skal medverke til å oppdage problem med rusmiddel på eit tidleg stadium, overgangar mellom tilbod er identifisert som sårbare fasar og tenestetilbodet skal vere lett tilgjengelig for pasienten. Fleire tiltak er knytt til dette, mellom anna at alle helseføretaksområda skal etablera brukarstyrte plassar.

Innanfor rusbehandling er det eit høgt tal pasientar som droppar ut av behandlinga. I 2016 vil Helse Vest setje fokus på dette og mellom anna legge til rette for at erfaringar i det lokale Drop-out tiltaket blir gjort kjent i heile regionen.

Hovudmålet innan TSB i Helse Vest RHF er å kunne gi eit kvalitativt godt og heilskapleg behandlingstilbod til rusmiddelavhengige.

I planen foreslår ein fem overordna strategiar for utviklinga av tenestetilbodet i regionen:

1. Brukarmedverknads- og meistringsperspektivet må liggje til grunn i møte med rusmiddelavhengige.
2. I samarbeid med kommunane må det leggjast vekt på tidleg hjelp.
3. Tenestetilbodet må vere differensiert og ha ei breidd som er tilpassa ulike behov.
4. Tenestene må vere fleksible og møte personar med rusmiddelproblem på nye arenaer når det er tenleg.
5. Tenestetilbodet må vere heilskapleg og støtta med nødvendig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetenesta og andre viktige partar gjennom forløpet.

### **5.2.2.14 Regional plan for habilitering og rehabilitering**

Styret i Helse Vest vedtok i november 2015 regional plan for habilitering og rehabilitering for perioden 2016-2020. Planen har følgjande hovudmål for spesialisert habilitering og rehabilitering i Helse Vest i planperioden og inneheld forbetringstiltak for å bidra til å nå måla:

- Tenesteytarane koordinerer seg om behova til pasienten slik at han/ho opplever tenestene som samanhengande.
- Pasienten sine eigne mål for meistring, eigenomsorg og deltaking pregar møtet med helsetenesta.
- Det er tydeleg plassering av ansvar og oppgåver innanfor eigne tenester.
- Standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp er utvikla.
- Forsking og kunnskapsutvikling er styrka.
- Kapasiteten og kompetansen i tenestene møter behova for habilitering og rehabilitering og legg til rette for fagutvikling og forbetningsarbeid.

- Datakvaliteten er betra og ein har samanliknbare styringsdata som grunnlag for utvikling og forbetring av tenestene.

Tiltaka i den regionale planen skal bidra til å vidareutvikle koordinerte og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstenestene med pasientens eigne mål og behov i sentrum.

Det er etablert eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, inkludert regional vurderingseining for inntak til private rehabiliteringsinstitusjonar.

Helse Vest har avtaler med sju private rehabiliteringsinstitusjonar i regionen om kjøp av spesialiserte rehabiliteringstenester. Avtalene vidarefører styrkinga og spesialiseringa av rehabiliteringstilbodet som blir kjøpt frå private.

#### **5.2.2.15 Beredskap og smittevern**

Revidert regional helseberedskapsplan blei styrebehandla i september 2015. Regional smittevernplan blei revidert i 2012 og gjeld ut 2015. Tuberkulosekontrollprogrammet er revidert og gjeld frå 2014. Smittevernplanen og Tuberkulosekontrollprogrammet vil bli oppdatert i 2016.

Lov om helsemessig og sosial beredskap krev at verksemder i den offentlege helsetenesta, inkludert dei regionale og lokale helseføretaka, har utarbeida beredskapsplanar. Beredskapsplanane skal ha ei hovudrullering kvart tredje år.

Det blei gjort eit omfattande arbeid ved siste revidering av helseberedskapsplanen. Det er m.a. lagt vekt på følgjande:

- Strukturen i dokumentet, planelementa og omtalen av nasjonale aktørar er harmoniserte med Nasjonal helseberedskapsplan.
- Varslingsrutinar mellom ulike nivå og einingar er tydeleggjorde.
- Samhandling, roller og ansvarsforhold er tydeleggjorde og er gitt breiare omtale. Dette inkluderer handtering i grenseområde og for spesielle objekt.
- Omtale av proaktiv leiingsmetodikk som reiskap for beredskapsleiinga.
- Omtale av mellom anna regelverk, organisering, planar og rutinar er oppdatert.
- Systematisk forbetringsarbeid, inkludert øvingar, har fått breiare omtale og er i større grad konkretisert.
- Kommunikasjonsstrategien i regionen er tydeleggjord.
- Det er utarbeidd eigne ROS-analysar og beredskapsanalyse som grunnlag for planen. Desse er med i vedlegg.
- Det er utarbeidd ei ny omgrepssliste der fokus har vore på lik forståing av omgrepa.
- HelseCIM er omtala som felles krisestøttesystem..

Regional helseberedskapsplan er ein rammeplan som omtaler roller og ansvar både når det gjeld administrasjon, førebygging og handtering. Planen er ikkje eit operativt planverk for bruk i ein beredskapssituasjon, men blir operasjonalisert gjennom beredskapsplanane til helseføretaka. Planen blir òg følgt opp i det regionale beredskapsutvalet.

#### **5.2.3 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

Dette vil i 2016 også vere sentralt i samband med pakkeforløp for kreft.

Teleradiologiske løysingar blir utvikla og nytta i biletutveksling mellom helseføretaka og mellom einingar i helseregionen.

Eit regionalt fagleg nettverk under leiing av Helse Bergen arbeider vidare med å etablere felles rutinar innafør radiologi på tvers av helseføretaka og dei private leverandørane av radiologitenester i 2015 .

Regional plan for laboratorietenester er på høyring og vil bli lagt fram for styret i Helse Vest. Denne vil danne grunnlag for felles rutinar i regionen og vidare arbeid med forenkling av IKT-system knytt til denne verksemda.

#### 5.2.4 Prehospitale tenester

Forskrift for akuttmedisin utanfor sjukehus skal medverke til å sikre at befolkninga får fagleg forsvarlege akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus ved behov for øyeblikkeleg hjelp, ved at det stilles krav til det faglege innhaldet i dei akuttmedisinske tenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovudredningsentralane.

AMK-sentralane er Akuttmedisinske kommunikasjonssentralar som varetek øyeblikkeleg hjelp og kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Framtidig helseteneste vil kunne utnytte kommunikasjonsteknologi i langt større grad og i pakt med befolkninga sitt behov og teknologiske moglegheiter.

I Helse Vest er det gjort ei utgreiing i samband med etablering av ein virtuell AMK-sentral, som er sett saman av dei fire eksisterande sentralane. Løysinga inneber ein stor felles AMK-sentral i Helse Vest, beståande av 4 kontrollrom. Under arbeidet med utgreiinga blei det synleggjort at det, uavhengig av virtualisering, er behov for nye IKT-løysingar i AMK-sentralane. Det er sett i verk eit nasjonalt anskaffingsprosjekt saman med dei andre helseregionane om anskaffing av slike løysingar. Det startar også opp eit organisasjonsutviklingsprosjekt i 2015, som ein følge av konklusjonar i det avslutta utgreiingsprosjektet. Organisasjonsutviklingsprosjektet blir ferdigstilt våren 2016. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), NOU 2015:17 Først og fremst, og ny forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulanseteneste, medisinsk naudmeldeteneste m.v. (akuttmedisinforskrifta), gir klare føringar for utvikling av AMK-sentralane.

Ny akuttmedisinforskrift og andre sentrale føringar vil bli lagt til grunn i arbeid med rullering av regional plan for prehospitale tenester som skal gjerast i 2016.

Tilrettelegging for, og implementering av, det nye naudnettet er pågåande i Helseregion Vest og vil vere sentralt i den vidare utvikling av tenestane.

#### 5.2.5 Forsking

Forsking er saman med pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørande dei primære ansvarsområda til helseføretaka.

I 2015 har det blitt arbeidd med ny forskingsstrategi for det regionale samarbeidsorganet med universiteta. Strategien vil bli vedteke første kvartal 2016. Sentralt i strategiutkastet er mellom anna at forskinga i Helse Vest skal ha høg kvalitet og nytteverdi, gi ny kunnskap, bidra til trygge og effektive tenester, at brukarane medverkar og at det er god samhandling mellom utøvarane innan helse og samfunn. Den nasjonale strategien HelseOmsorg21 er lagt til grunn i arbeidet.

Helse Vest støtter årleg ca. 300 forskingsprosjekt i helseføretaka i regionen. Nytt i søknadsrunda i 2015 var at prosjektsøknadane i tillegg til kvalitetsvurdering også blei vurdert ut i frå nytte for pasienten og tenesta.



Dei to kriteria var likestilte i vurderingsarbeidet. Til søknadsrunda i 2016 er det eit mål å ha felles nasjonale retningslinjer for vurdering av nytte. Helse Vest deltek i den nasjonale arbeidsgruppa som er nedsett, for å utarbeide forslag til slike felles retningslinjer.

Nytt i søknadsrunda i 2015 var også at søkarane blei bedne om å gjere greie for korleis brukarmedverknad er ivareteke i prosjektet. Styret i Helse Vest vedtok i april 2015 retningslinjer for brukarmedverknad i forskning. Retningslinjene er utarbeidde av RHF-a i fellesskap. Brukarmedverknad i forskning vil også ha fokus i 2016, og Helse Vest har som ein start gjennomført eit fellesseminar mellom brukarar og forskingsmiljø i regionen.

Omlag 25 prosent av forskingsmidlane i Helse Vest blir sett av som strategiske forskingsmidlar. Dei strategiske midlane har tradisjonelt vore brukt for å heve forskingssvake område, understøtte nasjonale prioriteringar og støtte spesielt gode miljø som ein ønskjer skal heve seg ytterlegare. Strategisk satsing over fleire år på forskingsnettverk innanfor psykisk helse, har medført fleire søknadar om forskingsmidlar frå dette området. I 2016 er psykisk helse det tredje største fagområdet i tal på prosjekt med tildelte midlar frå Helse Vest. Satsinga på rusforskning er forlenga til og med 2018, og blir følgt opp kontinuerleg.

Frå 2015 blei det etablert seks nye strategiske forskningssatsingar i regionen som vil halde fram til og med 2019. Dei strategiske satsingane blir følgt opp kontinuerleg når det gjeld regionalt samarbeid og framdrift. Desse er som følger:

- Tre satsingar innan presisjonsmedisin/skreddarsydd behandling; ei innan diabetes og to innan kreft
- Satsing på framtidsmedisin med bruk av stamceller i regenerativ medisin
- Satsing på kirurgi (frakturar) - forskning gjennom heile pasientforløpet
- Satsing på livsløp med god helse, med fokus på barn og unge

Helse Vest er også involvert i utforminga av eit nytt forskingsprogram i regi av dei fire regionale helseføretaka. Programmet skal finansiere klinisk behandlingssforskning. Det vil bli utlyst midlar med utgangspunkt i dette programmet, truleg i mai 2016 med søknadsfrist oktober 2016.

### *5.2.6 Utvikling av nye IKT-løysingar*

Helse2020 (sjå 5.2.1.) har eit eige tiltak for strategisk bruk av IKT, samt gjennomføring av utviklingstiltak ved hjelp av formell prosjekt-, program- og porteføljestyling.

Den regionale Teknologiplanen for Helse Vest legg opp til meir involvering av brukarane både i dialog og i behandling. Helse Vest sine prosjekt i Program Alle møter, bidreg sterkt til å realisere desse planane, saman med nasjonale tiltak i Helsedirektoratet og Nasjonal IKT.

Fortsatt systembygging og konsolidering av løysingar går for fullt. Konsolidering av DIPS-løysinga i Felles EPJ vart ferdigstilt i 2015.

Anskaffingane av digitalt mediearkiv (DMA) og løysing for kurve og legemiddel (KULE) er gjennomført og legg grunnlaget for innføring av felles elektroniske løysingar for alle HF-a på desse felte samt felles rutinar og arbeidsprosessar. Innføring og gevinstrealisering skal skje i desse to prosjekta i perioden 2015-2017. Ved utgangen av 2015 var vi i gang med innføring i pilotavdelingar både for DMA og KULE-prosjekta.

DIPS Arena, prosjektet som skal realisere neste generasjon pasientjournal, går føre seg i same periode, og sikrar ein meir strukturert journal og betre støtte for beslutning og behandling.

Program Støtte til Samhandling (inkl. Meldingsløftet) er avslutta og overført til drift og forvaltning. Interaktiv tilvising og rekvisisjon (IHR-prosjektet) og Adresse-register blir ferdigstilt i 2016.

I regi av Nasjonal IKT deltek vi aktivt både i anskaffing av Ny teknologi for AMK og forprosjekt for Prehospital EPJ.

## 6. Vedlegg

### 6.1 Tabellrapportering: Styringsparametrar og rapporteringskrav 2015

Styringsparametrar	Datakjelde	2013	2014	2015	Mål
<i>Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	72	70	66	<i>Under 65 dagar</i>

Styringsparametrar	Datakjelde	2013	2014	2015	Mål
<i>Prosentdel av fristbrot</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	4,4 %	3,3 %	2,5 %	<i>0 %</i>

Styringsparametrar	Datakjelde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav	Vurdering av måloppnåinga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Viss nei, kvifor ikkje?</li> </ul>
<i>Prosentdel av pasientar 18–80 år innlagde med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	21,6 %	21,6 %	21,5 %	18,9 %	20 %	<p>Informasjonskampanjen for heile regionen i 2014 er gjenteken i 2015. Målet for kampanjen har vore å betre kunnskap hos befolkninga om symptom ved hjerneslag og om at det er viktig å kome raskt til sjukehus. Informasjonskampanjen har vore ein del av pasienttryggleiksprogrammet i Helse Vest. Kampanjen har vore synleg på fleire ulike flater (nettstader, sosiale medium, aviser og andre medium, annonsar, plakatar, brosjyrar o.a.), og det har vore lagt vekt på ei tankevekkjande framstilling av bodskapen.</p> <p>Den regionale planen for behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest, legg vekt på tidleg diagnose og rask intervensjon, i ein samanhengande behandlingsskjede. Dette inkluderer også prehospitale tiltak. Alle HF legg den regionale planen til grunn for arbeidet. Det blir arbeidd med mange tiltak i program for pasienttryggleik og den nasjonale pasienttryggleiks-kampanjen. Tiltakspakkane blir følgt opp i HF-a.</p> <p>Det blir mellom anna jobba med å betre akuttforløpa.</p>	<p>Resultata har gått noe ned i 2.tertial 2015, men er likevel nær målet på 20 %. Samla sett har Helse Vest framleis det beste resultatet i landet i 2. tertial 2015.</p> <p>Det er framleis variasjonar mellom helseføretaka. Helse Stavanger har best resultat i landet i 2. tertial 2015 med 24,1 %, mens Helse Førde har den lågaste delen i Helse Vest i same periode med 12,5 %.</p> <p>Små tal kan gi store %-vise utslag for dei minste helseføretaka.</p> <p>Det vil bli arbeidd vidare med mange tiltak for å sikre gode resultat, spesielt gjennom pasienttryggleiksprogrammet. Sjå til venstre under tiltak.</p>

Styringsparametrar	Datakjelde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav	Vurdering av måloppnåinga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Viss nei, kvifor ikkje?</li> </ul>
<i>Prosentdel av kreftpasientar som blir registrerte i ei definert pakkeforløp for brystkreft, kolorektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helse-direktoratet</i>			61 %	74,7 %	70 % ved årsslutt	<p>Det blir arbeidd godt med pakkeforløpa i alle helseføretaka og alle helseføretaka har jobba aktivt med å nå måla.</p> <p>Tiltak er/blir sett i verk for å sikre god måloppnåing og forbetring der det er behov for det:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Det er utarbeidd eit regionalt web-basert overvakingssystem for å lette kontrollen av forløpa.</li> <li>◦ Pilotering av DIPS-Arena som vil forenkle kodinga begynner januar 2016</li> <li>◦ Etablering av 3-strøms videokonferanserom i alle helseføretak for lokale og regionale MDT-møter (multidisiplinære team ) i samarbeid med Digitalt mediaarkiv prosjektet (DMA- prosjektet).</li> </ul> <p>Sjå også rapportering i kap.2.1.</p>	<p>Målet er samla sett nådd i 2. tertial 2015, men det er variasjonar mellom dei ulike kreftformane og mellom helseføretaka.</p> <p>Tre av helseføretaka har nådd målet for 2. tertial 2015. Helse Førde har best resultat med 94,1 %. Helse Bergen har det lågaste resultatet i same periode med ein del på 63 %.</p> <p>Helse Bergen meldar at det reelle talet er noko høgare, grunna uklarheiter med definisjonar. Målet er likevel ikkje nådd.</p> <p>Sjå også kap. 2.1.</p>
<i>Prosentdel av pakkeforløp som er gjennomført innanfor definert standard forløpstid for brystkreft, kolorektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helse-direktoratet</i>			Ikkje publ.	72 %	70 % ved årsslutt	<p>Helse Vest vil i det regionale prosjektet for pakkeforløp ha særskilt fokus på tiltak for å sikre betre måloppnåing også for strålebehandling i 2016.</p> <p>Helse Stavanger arbeidar langsiktig med utfordringane.</p> <p>Sjå også rapportering under kap. 2.1.</p>	<p>Målet er nådd samla sett for regionen og for tre av helseføretaka i 2. tertial 2015. Helse Førde har også her best resultat med 79,8 %. Helse Stavanger har det lågaste resultatet i same periode med ein del på 62,2 %.</p> <p>Det er fleire årsakar til at målet ikkje er nådd i Helse Stavanger, som mellom anna ustabil kapasitet ved kirurgisk avdeling, noko manglande kapasitet på strålebehandling og mangel på operasjonskapasitet på grunn av for få urologar og thoraxkirurg.</p>

Styringsparametrar	Datakjelde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak som er sette i verk for å fylle styringskrav
<i>Prosentdel av reinnleggingar innan 30 dagar (som strakshjelp) uavhengig av alder og diagnose</i>	<i>Helse-direktoratet</i>						Arbeid med pasientforløp og tiltak gjennom samhandlingsreforma er sentralt her. Sjå kap. 2.1 og kap. 5.2.3.7.  Det er ikkje publisert tal av Helsedirektoratet, og det er dermed vanskeleg å vurdere måloppnåinga.

Styringsparametrar	Datakjelde	2013	2014	Tiltak som er sette i verk for å fylle styringskrav
<i>Prosentdel av pasientar med hjerneslag som blir direkte innlagde på slageining</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	Ikkje publ.	85,7 %	I dei to store helseføretaka viser dei nasjonale tala at resultatet er nært oppunder 100 %. Det er spesielt i Helse Førde at delen pasientar som blir direkte innlagt i slageining er låg i 2014 (43,2 %).  Den nasjonale indikatoren målar om pasientane primært blir innlagde i slageining. I Helse Førde blir mange av desse pasientane først lagt inn på lokalsjukehus, og blir der diagnostisert via teleslag. Dei blir så stabilisert og sendt til Førde sentralsjukehus, som har slageining. I Helse Vest sin regionale indikator blir det måla om pasientane i løpet av opphaldet har vore innlagd på slageining. I tillegg er pasientar over 80 år med i regional indikator. Den regionale indikatoren viser eit resultat for Helse Førde på mellom 80-90 % gjennom 2015.  Det blir arbeidd med tiltak gjennom pasienttryggleiksprogrammet, og utviklinga bli følgd nøye.

Styringsparametrar	Datakjelde	mai 2015	november 2015	Tiltak som er sette i verk for å fylle styringskrav
<i>Sjukehusinfeksjonar</i>	<i>Folkehelse-instituttet</i>	5 %	Ikkje publ.	Resultata for mai 2015 viser at Helse Førde har best resultat i Helse Vest med 3,1 %. Helse Stavanger har den høgaste delen sjukehusinfeksjonar på same tidspunkt med 6,2 %.  Det er sette i verk tiltak gjennom pasienttryggleiksprogrammet, der det blir arbeidd målretta med tiltakspakkar for å redusere delane av urinvegsinfeksjonar, blodbaneinfeksjonar og postoperative sårinfeksjonar.

Rapporteringskrav	Datakjelde	2013	2014	Tiltak som er sette i verk for å fylle styringskrav
<i>Prosentdel av årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på høvesvis distriktpsikiatriske sentre og sjukehus</i>	<i>Helse-direktoratet (SSB)</i>	52 % vs 48 %	53 % vs 47 %	Det er anbefalt ei norm for ressursfordeling på 52 %/48 % for høvesvis DPS/sjukehus. Tala viser at Helse Vest samla sett har oppfylt denne normen når det gjeld årsverk. Det har vore jobba systematisk i helseføretaka over tid for å oppnå dette målet. Helse Vest RHF følger dette vidare opp i 2016.

Rapporteringskrav	Datakjelde	2013	2014	Mål	Tiltak som er sette i verk for å fylle styringskrav
<i>Overleving på 30 dagar etter innlegging på sjukehus</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	95,2 %	95,5 %		<p>Indikatoren gjeld totaloverleving, og overleving etter hoftebrot, hjarteinfarkt og hjerneslag.</p> <p>Rapport frå Kunnskapssenteret med resultat frå 2014, viser at Helse Vest skårar signifikant betre enn dei andre regionane når det gjeld både hoftebrot og totaloverleving. Av helseføretaka skårar Helse Bergen signifikant betre når det gjeld hoftebrot. Haraldsplass diakonale sjukehus skårar signifikant betre når det totaloverleving. Ingen helseføretak i Helse Vest skårar signifikant dårlegare enn andre helseføretak i landet.</p> <p>Det blir arbeidd med mange tiltak for å betre resultatene. Tiltak gjennom pasienttryggleiksprogrammet, oppfølging av nasjonale faglege retningslinjer og arbeid med pasientforløp er mellom anna viktige i denne samanheng.</p> <p>Det alvorlegaste pasientskadane, som blir identifisert ved systematisk journalgjennomgang (GTT), blir gjennomgått og analysert av GTT-team.</p> <p>Sjå kap. 2.1 og 2.2 for detaljar om dette.</p>
<i>Prosentdel av tvangsinnleggingar (tal per 1000 innbyggjarar i helseregionen)</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	18,8 %	20 %	<i>Redusert samanlikna med 2013</i>	<p>Målet er ikkje nådd. Helse Vest starta opp eit regionalt prosjekt i 2015, som blir vidareført i 2016. Prosjektet går gjennom alle aspekt som omhandlar tvangsinnleggingar (elektronisk protokoll, registreringsrutinar / registreringshandbok, datakvalitet (NPR uttrekk), samarbeidsrutinar ift kontrollkommissjonane).</p> <p>Sjå også rapportering i kap. 2.2. for fleire tiltak.</p>

<b>Rapporteringskrav</b>	<b>Datakjelde</b>	<b>Undersøkingar frå 2014 - Kort vurdering av resultat og på kva måte dette skal følgjast opp.</b>
<i>Pasienterfaringar med sjukehus (inneliggjande pasientar) (PasOpp)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>Resultata frå PasOpp 2014 viser at Helse Vest i hovudsak ligg rett under det nasjonale gjennomsnittet for alle dei 9 samansette indikatorane. Resultata for Helse Vest som region er uendra frå undersøkinga i 2013. Som dei andre helseregionane skårar Helse Vest høgast på indikatorane som går på pårørande, pleiepersonalet og legane. Utskriving og standard er dei indikatorane der regionane skårar dårlegast og her er det også størst variasjon mellom regionane. Helse Vest ligg lågast på begge desse indikatorane, og ligg heile 7 poeng bak beste region (HMN), på ein skala frå 0 til 100. Det er spesielt behov for å betre førebuinga av pasienten for tida etter utskrivning.</p> <p>Helseføretaka har presentert resultata internt i føretaka. Dei meldar om mange ulike tiltak som er sette i gang for å betre resultata, særleg når det gjeld informasjon og rutinar ved utskrivning.</p> <p>Føretaka gjennomfører eigne lokale pasienterfaringsundersøkingar på avdelingsnivå. Resultata av desse blir brukte til kvalitetsforbetring og tenesteutvikling. Regionalt nettverk for pasienterfaringsundersøkingar støtter gjennomføringa av brukarerfaringsundersøkingar i føretaka. Sjå også rapportering i kap. 2.1.</p>
<i>Pasientars erfaring med døgnopphald i psykisk helsevern for vaksne (resultat berre på nasjonalt nivå)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>I denne undersøkinga blir det heller ikkje utvikla samla indikatorar, men berre presentert deskriptiv statistikk med ein gjennomsnittsskår for kvart enkelt spørsmål, utan noko signifikansberekning.</p> <p>Ser ein på dei gjennomsnittsskåra som Helse Vest oppnådde i 2014, så ligg Helse Vest marginalt lågare enn landsgjennomsnittet på dei aller fleste av spørsmåla.</p> <p>Kunnskapssenteret publiserer denne rapporten på eit relativt lågt institusjonsnivå (seksjonar), så det meste av oppfølginga vil skje ute på dei enkelte einingane, basert på deira eigne resultat. Helse Vest RHF vil følge opp helseføretaka si vidare handtering av dette.</p>
<i>Fastlegars erfaring med distriktpsikiatriske senter</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>Helse Vest skårar signifikant høgare enn landsgjennomsnittet, i positiv forstand, på indikatorane som målar bemanning, ventetid og tilvisingar, medan regionen samla sett ikkje har signifikant lågare gjennomsnitt på nokre av dei andre indikatorar. Den indikatoren der alle dei fire regionane skårar lågast er rettleiing. Alle helseføretaka meldar at dei har fokus på å betre dette.</p>
<i>Prosentdel av reinnleggingar innanfor 30 dagar etter utskrivning av eldre pasientar</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>Rapporten «30 dagars reinnlegging av eldre 2011-2013» blei publisert i mai 2015. I denne rapporten kjem Helse Vest samla ut med ein signifikant høgare sannsyn for 30 dagars reinnlegging for eldre pasientar som har hatt slag (12,4 %) eller lungebetennelse (20,7 %). For alle dei fire regionale helseføretaka var det eldre pasientar med astma/kols som hadde høgaste sannsyn for å bli reinnlagd innan 30 dagar. I Helse Vest var det ei sannsyn på 29,4 % for å bli reinnlagd med astma/kols innan 30 dagar, målt på data frå perioden 2011 til 2013.</p> <p>Samla var det 15,8 % sannsyn for at eldre pasientar blei reinnlagd i Helse Vest i 2013, mens gj.snittet for landet samla var 15,4 %.</p>

<b>Rapporteringskrav</b>	<b>Datakjelde</b>	<b>Undersøkingar/resultat frå 2015</b>
<i>Pasientars erfaring med døgnopphald i tverrfagleg spesialisert rusbehandling</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	Ikkje publisert enno