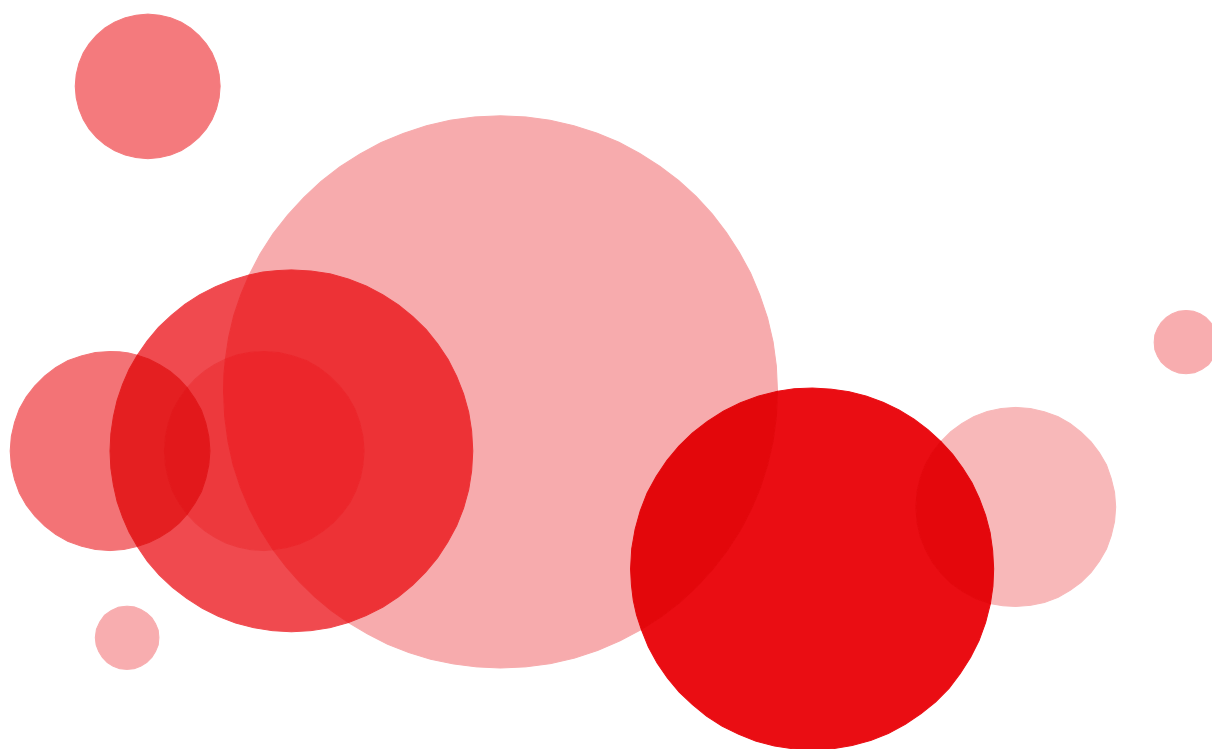


**Årleg melding 2016 for
Helse Vest RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innleiing	3
1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2016	3
2016: Viktige skritt for pasientens helseteneste	3
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	8
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga	8
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19
2.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik	31
3. Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016	48
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga	48
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling	50
3.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik	51
4. Rapportering på krav frå føretaksmøtet	53
4.1 Krav og rammer for 2016	53
4.2 Andre aktuelle saker i 2016	70
5. Styret sitt plandokument	74
5.1 Utviklingstrender og rammevilkår	74
5.1.1 Utviklinga innafor opptaksområdet	75
5.1.2 Bygningsskapital – status og utfordringar	88
5.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar	90
5.2.1 Overordna mål og strategiar – Helse 2035	90
5.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde	92
5.2.3 Medisinske støttefunksjonar	100
5.2.4 Prehospitale tenester	101
5.2.5 Forsking	101
5.2.6 Utvikling av nye IKT-løysingar	102
6. Vedlegg	104
6.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	104
6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	105

6.3	Betre kvalitet og pasientsikkerheit. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasientar og pårørande skal underbygge god og forsvarleg pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	107
6.4	Rapportering 2016 Helse Vest RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet	108

1. Innleiing

1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag

Å utvikle pasienten si helseteneste har vore eit av dei berande prinsippa når vi i Helse Vest i 2016 har utforma den nye verksemdstrategien, Helse 2035. Strategidokumentet er sendt på høyring og får endeleg godkjenning i styret våren 2017.

I strategien er det lagt særleg vekt på dei områda som er omfatta av dei viktigaste endringane framover. Vi står ovanfor store oppgåver, utfordringar og moglegheiter i perioden som kjem. Det krev at vi i fellesskap med pasientane, medarbeidarane og samarbeidspartnarar må byggje ei framtidsretta og berekraftige helseteneste. Det er laga ei oversikt over tolv ulike tiltaksområde i strategien, og kvart område vil få sin tiltaksplan.

Med ei utvikling mot betre tenester og ein meir effektiv måte å levere tenestene på, skal vi møte pasientane med respekt, kvalitet og tryggleik.

Visjonen i Helse 2035 er:

«Å fremme helse, meistring og livskvalitet»

Verdiar:

Respekt, tryggleik, kvalitet

Mål:

- Trygge og nære helsetenester
- God samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet
- Aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- Ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon

1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2016

2016: Viktige skritt for pasientens helseteneste

2016 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. I 2016 har pasientane fått fleire og betre digitale løysingar, som gjer at dei enklare får informasjon om og kan medverke i eige behandlingsforløp. Det er lagt til rette for betre dialog med sjukehuset som, til dømes kurs for klinikarar i betre kommunikasjon, ringesenter, varsel om sjukehusstimen på SMS, moglegheit for å lese sjukehusjournalen på nett og digital dialog med sjukehuset via vestlandspasienten.no.

Sjukehusa i vest lanserte i 2016 nye nettsider med hovedefokus på behandlingssinformasjon retta mot pasientar og pårørande. Her finst informasjon om kva som skjer før, under og etter behandling. Dette har skjedd i regi av det nasjonale prosjektet «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten».

Helse Vest har hatt ei svært positiv utvikling når det gjeld ventetider i 2016, og samla leverer føretaksgruppa under kravet frå Helse- og omsorgsdepartementet gjennom heile året. Dei månadlege ventetidene viser at ved utgangen av desember 2016 var den samla ventetida 57 dagar.

Helse Vest har innført differensierte ventetider innanfor psykisk helsevern og rusbehandling. Det betyr at ventetida her 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 vaksenpsykiatri under 45 dagar.

Tala for første og andre tertial 2016 tyder på at målet er nådd innanfor rusbehandling og vaksenpsykiatri, men ikkje innan barne- og ungdomspsykiatrien. Den gjennomsnittlege ventetida innanfor barne- og ungdomspsykiatri var 50 dagar, rusbehandling 30 dagar og for vaksenpsykiatri 42 dagar. Krava vil bli skjerpa i 2017, sjølv om dei differensierte måla ikkje er nådde på alle område i 2016.

Helseføretaka i Helse Vest har arbeidd målretta for å oppfylle «den gylne regel», som seier at det skal vere ein større prosentvis vekst innanfor rus og psykiatri enn innanfor somatikk. Etter ei negativ utvikling i 2014 og 2015 viser tala for 2016 at kursen har endra seg. Helseføretaka nærmar seg no målet om å oppfylle «den gylne regel». Helse Vest vidarefører i 2017 kravet om å innrette verksemda etter den gylne regel, og følgjer nøye opp utviklinga i helseføretaka.

Helse Vest etablerte i 2016 eit pilotprosjekt med medikamentfri behandling innanfor psykisk helsevern. Tilbodet inkluderer alle distriktspsykiatriske senter i Helse Bergen sitt opptaksområde, og er retta mot pasientar med psykoselidingar.

Å kvitte fristbrot er viktig for å sikre kvaliteten på sjukehusstilbodet, og nullvisjonen ligg fast. Utviklinga har vore positiv i 2016 bortsett frå ein auke på slutten av året, som blant anna har samband med streiken. Sjukehusa klarte altså ikkje å kvitte fristbrot heilt. Tal for andre tertial 2016 viser at det var 1,6 prosent fristbrot for alle fagområde. Helse

Vest er ikkje fornøgd med resultatet, og følgjer utviklinga og oppfølginga av fristbrot tett.

Rask utgreiing og oppstart av behandling og reduksjon av unødvendig ventetid var målet når pakkeforløp for kreftbehandling blei sett i gang. Tal for andre tertial 2016 viser at 78,2 prosent av dei som er registrerte i pakkeforløp fekk behandling innan normert tid. Det nasjonale målet om 70 prosent er dermed nådd for regionen.

Arbeidet med å betre kvaliteten og auke pasienttryggleiken i sjukehusa er eit av dei viktigaste satsingsområda i føretaksgruppa. Program for pasienttryggleik skal, gjennom utvalde innsatsområde, leggje til rette for betre pasientbehandling, færre skadar og ivaretaking av pasienttryggleiken.

Høg overleving, kort ventetid på behandling, få sjukehusinfeksjonar og god kommunikasjon mellom sjukehusa, fastlegen og helse- og omsorgstenesta i kommunen er nokre av elementa som bidreg til den totale kvaliteten på helse- og omsorgstenesta.

For 2016 var det eit mål at talet på sjukehusinfeksjonar skulle liggje under 4,7 prosent, det lågaste infeksjonstalet på landsbasis i 2015. Samla har Helse Vest nådd dette målet. Alle sjukehusa, med unntak av Helse Stavanger, ligg under 4,7 prosent. Helse Stavanger ligg på 4,8 prosent.

I løpet av 2016 er dei fleste av tiltakspakkane i program for pasienttryggleik rulla ut i alle sjukehus og relevante institusjonar. Alle sjukehusa i Helse Vest rapporterer no på ei rekkje kvalitetsindikatorar, som for eksempel trykksår, fall, trygg kirurgi og hjerneslag. Førekosten av urinvegsinfeksjonar i sjukehusa er kraftig redusert. Urinvegsinfeksjon har vore den hyppigaste pasientskaden i norske sjukehus, men har no klatra ned til ein tredjeplass. Dette skuldast målretta førebyggjande arbeid.

I 2016 har alle helseføretaka i Helse Vest fått i oppdrag å utvikle rutinar og system som sikrar at samstemming av legemiddellister blir gjort og dokumentert. Manglande samstemming av legemiddellister er kjent som eit betydeleg pasienttryggleiksproblem både nasjonalt og internasjonalt.

Helse Bergen har vore pilot for prosjektet «Trygg fødsel» som skal redusere frekvensen av alvorlege fosterskadar og fosterdød. Her er det innført sjekklister i ulike delar av fødselen for tidleg å identifisere risiko for feilbehandling av mor og barn. Resultatet frå piloten er oppløftande, og viser til ein nedgang i talet på barn som blir fødde med ein Apgar-score lågare enn sju. Sjekklistene for trygg fødsel skal takast i bruk i alle sjukehus i Helse Vest i 2017. Prosjektet «Trygg Fødsel» blei nominert til Helsedirektoratet sin «Forbedringspris 2016».

Helse Vest rapporterer data til alle dei nasjonale kvalitetsregistra. Resultata blir publiserte på helsenorge.no. Helse Vest scorar høgt på fleire av desse, for eksempel ligg Helse Vest på landstoppen når det gjeld kor mange som får trombolysebehandling

ved hjerneslag, og kor mange som kjem til utgreiing og behandling som ein del av pakkeforløp for kreft.

Tal frå andre tertial 2016 viser at 1,4 prosent av pasientane blei plasserte på gangen i Helse Vest. Det har vore ei positiv utvikling i helseføretaka, blant anna som eit resultat av prosjektet «Ikkje korridorpatientar». Problemet er likevel ikkje heilt løyst, og utviklinga blir følgd nøye.

Førebels økonomisk resultat for 2016 viser eit overskot på om lag 673 millionar kroner. Det er 361 millionar 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 med meir. For pasientane betyr det at sjukehusa kan investere i tiltak som gir betre behandling. Dette er det åttande 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 investerte for om lag 1,685 milliardar kroner i 2016. Dei største prosjekta som ligg framfor føretaka i vest er nytt sjukehusbygg i Stavanger, vidare arbeid med barne- og ungdomssjukehuset i Bergen, i tillegg til større utbyggingsprosjekt i Førde og Fonna.

Helse Vest lyste hausten 2016 ut nyoppretta avtaleheimel i augesjukdommar i Bergensområdet. Det blei også lyst ut ledig avtaleheimel i øyre-nase-hals-sjukdommar i Stavanger-området.

Helse Vest ligg heilt i front når det gjeld IKT. Fortsatt systembygging og konsolidering av løysingar har gått føre seg for fullt i 2016. Dette gir god beslutningsstøtte, og gjer at føretaka i Helse Vest er rusta for utviklinga av framtidens spesialisthelseteneste.

Anskaffingane av digitalt mediearkiv (DMA) og elektronisk løysing for kurve og legemiddel (KULE) er gjennomført. Å kople saman biletedatabasen (røntgen- og lab-resultat) med pasientjournalane – i tillegg til å få på plass elektroniske system for kurve- og legemiddelhandtering, er viktige skritt for å sikre betre pasientbehandling og -tryggleik. Alle føretaka har starta å bruke desse løysingane i 2016.

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 avgjerder og behandling.

Innhaldsutvikling av helsenorge.no/Vestlandspasienten har i 2016 vore i tråd med målsettinga. Tre nye prosjekt blei starta opp: *Open linje* skal gjere det enklare for pasientar å komme gjennom på telefon, og sikre at dei som svarer har best mogleg utgangspunkt for å skape ei god oppleving for innringjaren. *Mitt timeval* skal gjere det mogleg for pasientar ved enkelte avdelingar, å endre den tildelte timen på nett. *Vel møtt*

skal tilby sjølvbetent innsjekk og betaling på poliklinikk. 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. Hausten 2016 spurte vi 2000 vestlendingar om tilliten til og inntrykket dei har av sjukehusa. Resultata er stabile, også i fjor hadde innbyggjarane eit godt inntrykk av sjukehusa på Vestlandet når det gjeld pasientbehandling, etisk standard og at sjukehusa er gode arbeidsplassar.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.

Den samla gjennomsnittlege ventetida for alle som starta behandling i 2016 (i 1. og 2. tertial 2016), fordelt per fagområde og samla for Helse Vest (NPR tal), er som følger:

	<i>1. tertial-16</i>	<i>2. tertial-16</i>	<i>3. tertial-16</i>
BUP ² :	49 dagar	50 dagar	43 dagar
PHV ³ :	41 dagar	42 dagar	39 dagar
TSB ⁴ :	30 dagar	30 dagar	37 dagar
Somatikk	64 dagar	62 dagar	62 dagar
Alle fagområde:	62 dagar	61 dagar	61 dagar

Helse Vest har hatt ei svært positiv utvikling kva gjeld ventetider i 2016, og tre av helseføretaka har hatt ventetider i samsvar med, eller under, det nasjonale kravet gjennom heile året. Det er spesielt Helse Stavanger som har hatt lengre ventetider enn kravet, sjølv om føretaket har hatt ein positiv utvikling kva gjeld langtidsventande. Samla leverer føretaksgruppa under kravet frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennom heile perioden, og vesentleg betre enn for same periode i 2015. Målet er slik sett nådd for det nasjonale kravet. Helse Vest RHF har framleis differensiert kravet til ventetider i 2016 for avvikla (behandla) pasientar. Krava vil bli sett lågare i 2017, sjølv om dei differensierte måla ikkje er nådd på alle område i 2016. Differensieringa blei gjort på følgjande måte i styringskrava til helseføretaka i 2016:

BUP: 40 dagar
TSB: 40 dagar
PHV: 45 dagar
Somatikk: 65 dagar

Styret i Helse Vest RHF følger nøye med på ventetidsutviklinga gjennom dei månadlege verksemdsrapporteringane.

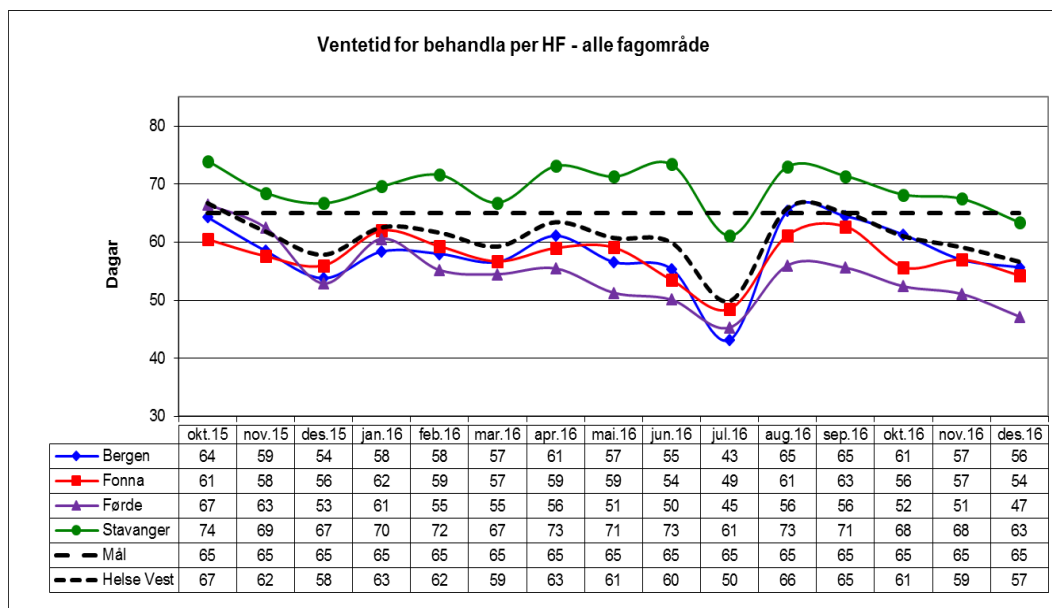
Figuren nedanfor viser ventetidsutviklinga per helseføretak for alle fagområde og for alle pasientar som har starta behandling.

¹ Tal henta frå regionalt datavarehus, og i tillegg omrekna månadlege ventetider frå NPR (TSB)

² Psykisk helsevern for barn og unge.

³ Psykisk helsevern for vaksne.

⁴ Tverrfagleg spesialisert rusbehandling



Helseføretaka i Helse Vest har over lengre tid jobba målretta med å redusere fristbrot og ventetider. Ei lang rekke tiltak er sett i verk i alle helseføretak. Leiarar har fått ein meir heilskapleg styringsinformasjon som eit av fleire viktige bidrag for å redusere ventetid og unngå uønskt variasjon. Helse Vest har saman med helseføretaka sett nærare på ventetid for alle omsorgsnivå og fag. Det er få fagområde/spesialitetar som har ein gjennomsnittleg ventetid som overstig 65 dagar. Eit stort tal fag har ventetid som er betydeleg kortare enn kravet. Helse Vest har gjennomgått ventetida for kvart av helseføretaka per fagområde og omsorgsnivå. Det er laga prognosar for forventning til ventetid per omsorgsnivå og fagområde for 2017. Dette er eit godt grunnlag for å følgje opp kvart enkelt fagområde på ein god måte.

Tiltaka i programområdet «Alle møter» og «Vestlandspasienten» har vore sentrale i dette arbeidet. I «Alle møter» inngår informasjon, felles arbeidsprosessar og IKT-løysingar som både skal involvere, og mellom anna legge til rette for kortare ventetid:

- Kommunikasjon og digital involvering mellom helseføretaka og innbyggjarane.
- Planlegging av alle typer ressursar for kvart pasientforløp.
- Vurdering av tilvisingar, inntaksplanlegging og tildeling av time.
- Felles regionale prosedyrar for god planlegging og gjennomføring av pasientforløp.

I «Alle møter» er avansert oppgøveplanlegging ein viktig del av arbeidet for å redusere ventetidene. Sjå kap. 4.2 og 5.1 for nærare omtale av programområdet.

Helse Stavanger:

Dei viktigaste tiltaka i Helse Stavanger er:

- Ekstraordinær poliklinisk aktivitet.
- Auka dagkirurgisk behandling.
- Nevrofysiologi har utvida kapasiteten hausten 2016.
- Kjøp av tenester hos private aktørar som har avtale med Helse Vest.
- Tilvising til andre sjukehus som har kapasitet.
- Forbetring av pasientforløpa – mellom anna ved overgang frå døgnbehandling til dagbehandling og poliklinisk behandling.

- Meir effektiv ressursutnytting gjennom «Alle møter»-prosjektet.
- BUP har gjennom 2016 overført stillingar til poliklinikkane, noko som gjer at fleire behandlarstillingar kan arbeide med primærtilvisingar. Det har tatt lengre tid enn venta å få effekt av denne omlegginga. I tillegg blir det vurdert om LEAN-metodikken kan betre pasientflyten i dei enkelte poliklinikkane.

Helse Fonna:

Eksempel på tiltak i Helse Fonna:

- Omdisponering av ressursbruk frå døgntilvising til poliklinisk og ambulant behandling.
- Oppfølging av dei ulike tiltaka i «Alle møter» for å sikre ei best mogleg ressursutnytting i poliklinikkane.
- God planlegging av ressursar ved avansert oppgaveplan er særleg viktig.
- Fordeling av operasjonsteam ut frå ventetid.
- Ny organisering av ortopedisk poliklinikk.
- Nytte kapasitet på tvers av sjukehusa.

Helse Bergen:

Eksempel på tiltak i Helse Bergen:

- Gjennom prosjektet «Alle møter» er det merksemd på «ikkje møtt», rask vurdering av tilvising, direkte tildeling av poliklinikktime og rydding i ventelistene. Det blir også arbeidd med meir langsiktig arbeidstidsplanlegging for legar.
- Ekstra kveldspoliklinikkar.
- Auka den polikliniske kapasiteten på dagtid.
- Arbeidsdeling.
- Utvida operasjonskapasitet.
- Arbeider med å utarbeide standardiserte forløp.
- Tett dialog mellom hovudforløpskoordinator (kreft) og forløpskoordinator på Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk (Kreftavdelinga) for å sikre rask oppfølging.
- Arbeide for at alle tilgjengelege timar blir brukt.
- Tilviser til andre sjukehus og private kommersielle.
- Rydding for å unngå registreringsfeil.

Helse Førde:

Helse Førde vurderer det slik at nedgangen i ventetider først og fremst er ein konsekvens av at avdelingane ser nytten av å gjere unna planlegginga med ein gong, og at dette no er mogleg. Ingen nye tiltak er innført i 2016 utanom vedvarande påtrykk på alle avdelingar om å forbetre seg. For 2017 vil helseføretaket halde ved like og stabilisere utviklinga som har vore.

- Ingen fristbrot.

Dei gjennomsnittlege prosentdelane fristbrot for all behandling som blei starta i 2016 (i 1. og 2. tertial 2016), fordelt per fagområde og samla for Helse Vest (NPR tal), er som følger:

1. tertial-16 2. tertial-16 3. tertial-16

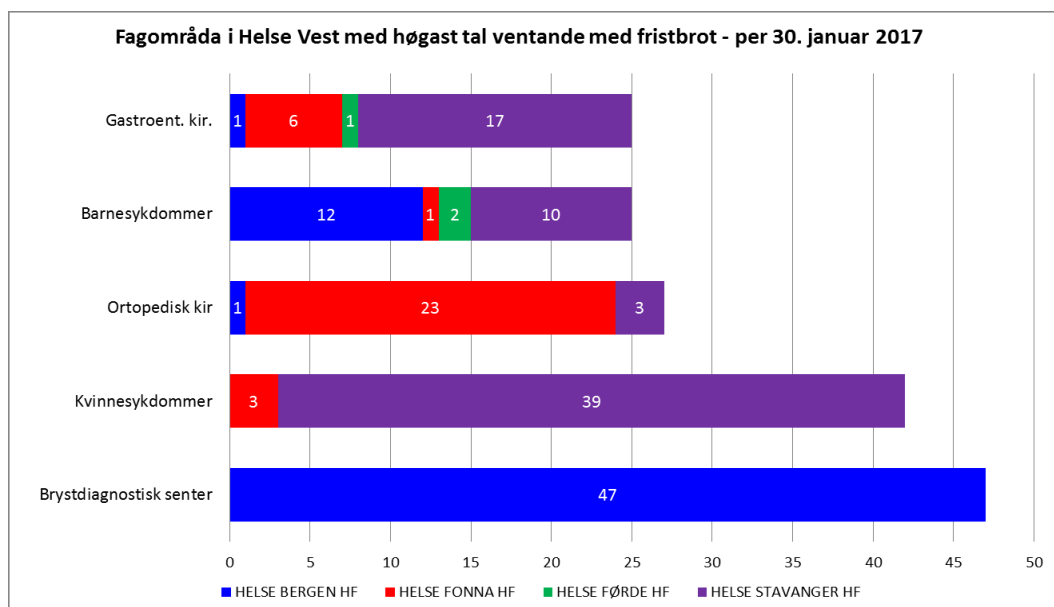
⁵ Tal henta frå regionalt datavarehus, og i tillegg omrekna månadlege ventetider frå NPR (TSB)

Somatikk:	1,1 prosent	1,7 prosent	1,9 prosent
BUP:	0,1 prosent	0,1 prosent	0,2 prosent
PHV:	0,6 prosent	0,7 prosent	0,3 prosent
TSB:	1,7 prosent	1,5 prosent	3,4 prosent
Alle fagområde:	1,1 prosent	1,6 prosent	1,8 prosent

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

Tid	Fristbrot			
	For ventande ved periodeslutt		Der helsehjelpa ha starta i perioden	
	Pasientar	Pst	Pasientar	Pst
2015-des	100	0,3 %	139	0,9 %
2016-jan	156	0,4 %	163	0,9 %
2016-feb	163	0,4 %	179	1,0 %
2016-mar	224	0,5 %	160	1,0 %
2016-apr	209	0,5 %	342	1,8 %
2016-mai	172	0,4 %	284	1,5 %
2016-jun	166	0,4 %	299	1,5 %
2016-jul	272	0,6 %	184	1,7 %
2016-aug	208	0,5 %	320	1,9 %
2016-sep	184	0,4 %	251	1,3 %
2016-okt	295	0,7 %	312	1,8 %
2016-nov	222	0,5 %	391	1,9 %
2016-des	407	0,9 %	333	2,0 %

Biletet under syner dei fem fagområda med høgast tal ventande med fristbrot ved utgangen av 2016, samt kva helseføretak desse pasientane ventar ved. Samla utgjorde desse fem fagområda 59 prosent av alle ventande med fristbrot.



Det har over tid vore ei positiv utvikling i helseføretaka. Helse Vest er likevel ikkje fornøyd med at målet framleis ikkje er nådd, og at det har vore ei auke i fristbrot mot slutten av året.

Auken av fristbrot gjeld spesielt brystdiagnostisk senter i Helse Bergen, der kortvarig nedsett kapasitet i desember har fått store konsekvensar. Det er tett leiaroppfølging, og det blir arbeidd for å kvitte desse fristbrota. Tala for januar 2017 er allereie langt betre enn for desember 2016. I Helse Bergen er det nesten ingen fristbrot innanfor BUP, VOP og TSB.

Etter ei positiv utvikling til og med august har det vore ei auke i fristbrot i Helse Stavanger. Dette har ein klar samanheng med streiken blant akademikarane hausten 2016, særleg for ortopedi og auge. Mange av fristbrota gjeld faget gynekologi, der årsaka har vore sideutdanning for fire LIS-legar samtidig, noko som har vore uheldig. Ekstra operasjonsstovekapasitet er eit av tiltaka som er sett i verk på dette fagområdet. Det er tett leiaroppfølging av situasjonen. Det er generelt merksemd på avdelingar der ein ut frå ventelistesituasjonen har størst potensial for framtidige fristbrot. Alle pasientar som går mot fristbrot får tilbod om alternativ behandlingsstad. Dette gjeld få pasientar og dei fleste ønskjer likevel å bli verande på venteliste i Helse Stavanger.

Helse Førde har over lengre tid hatt null prosent fristbrot, vekslende tidvis opp i ein prosent.

For andre tiltak som er sett i verk for å nå målet, sjå over for rapporteringa om ventetider.

- Prosentdel av kreftpasientar som blir registrerte i et pakkeforløp skal vere minst 70 pst.

Siste offisielle tal er frå andre tertial 2016. Dei viser at samla sett har Helse Vest nådd dette målet. Tala er som følgjer:

Helse Vest samla:	78,2 prosent
Helse Førde:	88,7 prosent
Helse Bergen:	74,3 prosent
Helse Fonna:	88,1 prosent
Helse Stavanger:	76,6 prosent
Haraldsplass diakonale sjukehus (HDS)	67,4 prosent

Arbeidet med pakkeforløpa er ein kontinuerleg prosess, og ulike tiltak er sett i verk i føretaka for å sikre at pasientane blir registrert i pakkeforløp for kreft. Av tiltak kan nemnast: god informasjon om forløpskoordinatorar både på inter- og intranett, gode rutinar for registrering i DIPS, felles retningsliner for praktisk/administrativ samhandling i pakkeforløp på tvers av avdelingar, god leiarforankring, tett samarbeid med praksiskonsulentordninga og informasjon til fastlegar om gode tilvisingar. HDS

ligg litt under målalet, men nyare data viser at godt over 70 prosent av pasientane blir registrert i pakkeforløp.

Helse Vest har samla sett eit svært godt resultat.

- Prosentdel av pakkeforløp for kreftpasientar som er gjennomførte innanfor definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal vere minst 70 pst.

Siste offisielle tal er frå andre tertial 2016. Dei viser at Helse Vest samla har nådd dette målet. Tala er som følgjer:

Helse Vest samla:	72,3 prosent
Helse Førde:	84,6 prosent
Helse Bergen:	68,3 prosent
Helse Fonna:	77,0 prosent
Helse Stavanger:	69,8 prosent
Haraldsplass diakonale sjukehus	84,8 prosent

Resultata varierer noko frå forløp til forløp. Føretaka har generelt best resultat på dei forløpa der heile behandlingsforløpet skjer i same føretak. Ved overgangar mellom føretak ser vi utfordringar med å holde standard forløpstid. Dette skuldast både forseinkingar og registreringsfeil, og er tema for leiarane på dei aktuelle einingane i regionen. Det blir derfor arbeidd med overgangar mellom føretaka. Ulike tiltak er sett i verk, som for eksempel nok tid til utgreiing, merking og prioritering av prøver, koordinatorar for kvart pasientforløp, tett oppfølging av registreringsarbeid i pasientjournalen og kontinuerleg arbeid for å avdekke tidstjuvar og flaskehalsar der mål ikkje blir nådd. Det er utfordringar med å halde forløpstider for dei pasientane som skal til strålebehandling. Det er sett i verk tiltak for å betre dette.

Helse Bergen og Helse Stavanger er rett under 70 prosent for dette målet. I Helse Bergen og Helse Stavanger har dei pilotert ei ny måte å registrere forløpa for to av dei store kreftformene (bryst- og tjukk- og endetarmskreft) i datasystemet DIPS Arena. Det har ført med seg nokre problem, og ein er ikkje sikker på om resultata er heilt rette. Oppdaterte og truleg rette data vonar ein vil ligge føre når årsfila for 2016 er tilgjengeleg i mars-april 2017.

Samla sett når Helse Vest målet, og det er best måloppnåing knytt til kirurgisk behandling.

- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom helseføretaka samanlikna med 2015 målt ved utvalde indikatorar, jf. andre oppgåver.

Dette arbeidet er ein del av «Alle møter», i tillegg til gjennomgang og analysar i forhold til fagleg variasjon (prosedyrar og indikasjonar).

Sjå også rapportering rett under om felles arbeid mellom regionane og rapportering på dette arbeidet (under andre oppgåver i 2016).

- Redusere variasjonen i gjennomsnittleg liggetid innanfor utvalde fagområde samanlikna med 2015, jf. andre oppgåver.

Sjå rapportering rett under (andre oppgåver i 2016).

- Redusere variasjonen i prosentdelen av dagbehandling innanfor utvalde fagområde samanlikna med 2015, jf. andre oppgåver.

Sjå rapportering rett under (andre oppgåver i 2016).

Andre oppgåver 2016:

- Helse Vest RHF skal innan 1. juni 2016 identifisere ein del fagområde i eigen region som skal få styringsmessig prioritet frå og med andre halvår 2016. Det skal særleg sjå på fagområde med mange ventande og/eller lang ventetid som ikkje er fagleg grunnlagt. I tillegg bør det regionale helseføretaket velje fagområde som vedkjem dei fleste helseføretaka i regionen. Dessutan skal helseregionane i fellesskap identifisere fagområde som eignar seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionane.

Helse Vest RHF har i størst mogleg grad ønskt å samordne dette arbeidet med dei andre regionane for å sikre samanliknbare tal på tvers av sjukehus og helseføretak.

Dei fire regionale helseføretaka har saman danna ei arbeidsgruppe – Nasjonalt forum for indikatorutvikling og metodeutvikling (NFIM), med representantar frå dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet. Arbeidsgruppa har også samarbeida med regionale innsatsteamleiarar, som arbeidar med forbetningsarbeid i helseføretaka.

Arbeidsgruppa har tatt utgangspunkt i arbeidet som blei gjort i 2015, og har vald ut fagområda ortopedi og psykisk helsevern til å få styringsmessig prioritet frå og med andre halvår 2016. Dette blei rapportert til HOD innan fristen 1. juni i fellesskap med dei andre RHF-a.

Psykisk helsevern er vald ut med grunnlag i både at dette er eit satsingsområde, samstundes som det er behov for å betre datakvaliteten.

Ortopedi er eit av dei fagområda som har hatt flest ventande, og data viser også store variasjonar i forbruksratar.

- Helse Vest RHF skal etablere eit sett av indikatorar som måler kapasitetsutnytting og effektivitet. Indikatorsettet skal innehalde indikatorar som gjer det mogleg å samanlikne kapasitetsutnytting og effektivitet på tvers av sjukehus, og dei skal primært målast på nivået der pasientbehandlinga faktisk skjer, for eksempel i poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonseining. I tillegg skal helseregionane i fellesskap etablere eit felles sett av slike indikatorar på tvers av regionane. Alle indikatorane skal etablerast innan 1. juni 2016, og dei skal brukast i styringsmessig oppfølging frå og med andre halvår 2016.

Arbeidsgruppa, omtalt over, identifiserte ni indikatorområde innan 1. juni 2016 som på ulikt vis skal vise kapasitet, effektivitet og ressursutnytting innan spesialisthelsetenesta. Dei ni indikatorområda er strukturert rundt pasienten sitt møte med helsetenesta, slik at dei til saman gir ei beskriving av det komplekse biletet av korleis ulike område av spesialisthelsetenesta blir styrt. Nokre av indikatorane kan omtalast som drivarindikatorar, medan andre er meir målretta prosessindikatorar. Indikatorane kan nyttast både til forbetningsarbeid i den enkelte eininga, og til samanlikning på tvers av einingar og sjukehus.

Tilrådinga var at fem av indikatorområda skulle bli gitt styringsmessig oppfølging frå andre halvdel av 2016. Ein føresetnad var at tilfredsstillande rapportering og datakvalitet, definisjonar og publiseringsløyningar frå Helsedirektoratet var på plass. Dei fem indikatorområda er som følgjer:

- **Tilviste** – talet på nytilviste per 1000 innb. og delen nytilviste av totale tilvisingar ved sjukehus.
- **Ikkje rett til helsehjelp** (avslåtte/avviste) – talet på tilvisingar som ikkje blir gitt rett til helsehjelp per 10 000 innb., og delen tilvisingar som ikkje blir gitt rett til nødvendig helsehjelp.
- **Kontrollar** – talet på kontrollar per 1000 innb. og delen kontrollar i forhold til utgreiing og behandling. I første omgang skal indikatoren gjelde for fagområdet ortopedi. Det skal greiast ut om indikatoren også er aktuell for fagområdet psykisk helsevern.
- **Tentativ tid til kontakt** – nytilviste pasientar og pasientar i forløp der planlagt dato for kontakt er overskridd.
- **Ambulant verksemd** - talet på ambulante konsultasjonar per 10 000 innb. og delen ambulante konsultasjonar.

Arbeidet i 2016 har i stor grad vore prega av behovet for å avklare definisjonar og kartlegge tilgang til relevante datakjelder. Endeleg utvikling av datasettet med nødvendige dimensjonar og etablering av løysingar for å gjere indikatorane tilgjengelege for det enkelte faget i kvart av helseføretaka, er ikkje ferdigstilt og må

vidareførast i 2017. I tillegg held arbeidet med å vidareutvikle etablerte og klart definerte indikatorar og etablere nye indikatorar frem.

Dei fire regionale helseføretaka har i brev til HOD i november 2016 føreslått følgjande indikatorar som del av den styringsmessige oppfølginga i 2017:

- **Tilviste pasientar:** talet på tilviste per 1 000 innbyggjar og del tilvisingar
- **Ikkje rett til helsehjelp** (avslåtte/avviste tilvisingar): tal tilvisingar der det ikkje blir gitt rett til helsehjelp per 1 000 innbyggjar og del tilvisingar der det ikkje blir gitt rett til helsehjelp.
- **Kontrollar:** tal kontrollar per 1 000 innbyggjar og del kontrollar.
- **Tentativ tid til kontakt:** Nytilviste pasientar og pasientar i forløp der planlagt dato for kontakt er passert.
- **Ambulant verksemd:** talet på ambulante konsultasjonar per 1 000 innbyggjar og delen ambulante konsultasjonar.

Arbeidet med å forbetre definisjonar og uttrekk av disse indikatorane vil fortsette i 2017. I tillegg vil utvidinga av fleire og nye dimensjonar bidra til å få eit meir komplett bilete av indikatorane. Inntil indikatorane er endeleg definerte og godkjente nyttar Helse Vest etablerte indikatorar som har vore nytta gjennom «Alle møter»-programmet over fleire år. Når det gjeld *Tentativ tid til kontakt* er det sett i verk gjennomgang av alle pasientkontaktar kvar veke der det ikkje er registrert «avslutningskode». Det er felles gjennomgang kvar fredag i kvart fagområde for retting og eventuelt avklaring. Det er eit mål at registreringspraksis og kvalitet i registreringa til ein kvar tid skal vere korrekt.

I 2017 vil arbeidsgruppa arbeide med å framstille følgjande indikatorar:

- **Kapasitet / effektivitet i poliklinikk** – støtteindikatorar rundt faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkane.
- **Planleggingshorisont** – tildelte timar framover i tid.
- **Re-planlegging** – delen kontaktar som blir re-planlagt (pasient-/sjukehus-/utanforliggjande årsaker).
- **Ikkje-møtt** – delen planlagde kontaktar der pasient ikkje møter.

Utover dette blir det arbeidd kontinuerleg med å utvikle nye indikatorar, som for eksempel brukarstyrte indikatorar.

I tillegg blir alle delprosjekt i «Alle møter» gjennomført. Det er månadleg oppfølging av dei ulike indikatorane.

- Innanfor fagområda som får prioritert styringsmessig oppfølging, skal Helse Vest RHF bruke systematiske samanlikningar mellom sjukehus av gjennomsnittleg liggetid og prosentdelen av dagbehandling for utvalde prosedyrar/pasientforløp i styringsmessig oppfølging frå og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionane i fellesskap identifisere

prosedyrar/pasientforløp der gjennomsnittleg liggetid og prosentdelen av dagbehandling kan samanliknast mellom sjukehus på tvers av regionane. Utvalet av prosedyrar/pasientforløp for styringsmessig oppfølging frå og med andre halvår 2016 skal avklarast innan 1. juni 2016.

Rapport levert til HOD i november 2016 blei presentert i det regionale fagdirektørmøtet før årsskiftet, men det er fleire av indikatorane som ikkje har endeleg definisjon for automatisk rapportering. Mellom anna blei ulike liggetider etter definerte ortopediske inngrep, og ulik del dagbehandling løfta fram som område helseføretaka må arbeide vidare med. Tala i rapporten, både kva gjeld ortopedi og psykiatri, vil bli følgt opp i 2017. Etterkvart som fleire tal for samanlikning kjem fram må det bli sett i gang eit systematisk arbeid for å fange opp, og arbeide med område der variasjonen er særleg stor mellom helseføretaka i regionen. Det er eit mål at dei indikatorane som nå ligg føre blir endeleg definerte, og kan inngå som del av rapporteringa gjennom NPR, og som også kan publiserast av Helsedirektoratet.

Målet for 2016 var å få fram valide tal /indikatorar på dei utvalde fagområda, og dette målet blei nådd. Arbeidet i den interregionale gruppa held fram i 2017, med nye indikatorar og etterkvart vurdering av nye fagområde.

Mange av utfordringane knytt til variasjon i ventetid og kapasitetsutnytting i Helse Vest er elles fanga opp i «Alle Møter»-prosjektet.

Eit nytt mål for 2017 vil vere å setje i gang eit strukturert endringsarbeid i helseføretaka knytt til variasjon i liggetid for spesifikke tilstandar, og ulik fordeling mellom døgn- og dagbehandling, slik dette kjem fram i rapporten til HOD av november 2016.

- Helse Vest RHF skal innan 1. november 2016 vurdere ytterlegare fagområde for styringsmessig prioritet frå og med 2017 og eventuelt kome med forslag til ytterlegare og/eller justerte indikatorar for å måle effektivitet og kapasitetsutnytting, bl.a. i lys av etablering av «Kostnad per pasient» (KPP) ved alle helseføretak frå og med 1. januar 2017.

Den interregionale arbeidsgruppa leverte før årsskiftet forslag til nye fagområde som bør vurderast i arbeidet med indikatorar for å avdekke variasjon i effektivitet, ventetid og kapasitetsutnytting. Helse Vest har utvikla simuleringsmodell for kapasitet og ventetid, som skal nyttast av alle fag i 2017. Dette er eit eget prosjekt under «Alle møter», der ein nyttar innsatsteam-personell frå helseføretaka og regionen for å bidra til god nytte av modellen. Modellen har vore pilotert ved Hudavdelinga i Helse Stavanger, som er eit fagområde med lang ventetid og mange fristbrot. Hudavdelinga har redusert ventetida for ventande frå 118 dagar 2015 til 71 dagar ved utgangen av 2016. Det er metodikk for planlegging og god fagleg vurdering av dimensjonering av utgreiing, behandling, kontroll og anna pasientkontakt, som bidrar til eit samla betre resultat. Dette er også ei eining der det er mange kronikarar, og som føretaksgruppa Helse Vest

vil tilby nye modellar for «sjølvstyrte» kontrollar ved behov i løpet av 2017. Det vil vere ein sped start frå og med februar 2017, der fire fagområde tilbyr pasientane endring av time. Det er og eit mål at kronikarar, som kan meistre behov for nærare behandling og oppfølging, skal få anledning til sjølv-booking av timar ved behov. Dette er eit tiltak som skal bidra til betre pasientoppleving og betre kapasitetsutnytting.

Aktuelle fagområde som bør vurderast i det vidare interregionale arbeidet er: øyre-nase-hals-sjukdommar, hjartesyjukdommar og plastikk-kirurgi. Det er laga ein plan for å inkludere KPP-data i indikatorarbeidet for 2017. Målet for 2016 er dermed nådd.

Arbeidet med å inkludere dei nye fagområda i indikatorsettet vil i 2017 gå parallelt med å vidareutvikle og utvide dei etablerte indikatorane, mellom anna ved å inkludere KPP-data.

Med utgangspunkt i erfaringane frå første del av arbeidet, og med tanke på kompleksiteten knytt til å identifisere fagområde, vil arbeidsgruppa vurdere korleis nye fagområde skal handterast i leveransane i 2017 og vidare framover.

- Helse Sør-Øst RHF skal leie arbeidet med å identifisere fagområde, etablere indikatorar og identifisere prosedyrar/pasientforløp på tvers av regionar. Helse Sør-Øst RHF skal frå og med 2016 også leie nettverket for å fremje metodeutvikling på tvers av de regionale helseføretak, jf. krav om etablering av nettverket i revidert oppdragsdokument 2015.

Helse Sør-Øst har leia arbeidet (vist til over), og Helse Vest har delteke i dette arbeidet.

Arbeidsgruppa har samarbeidd vidare med dei regionale innsatsleiarane som arbeider med systematisk kvalitetsbetring i helseføretaka. Saman blir det utveksla erfaringar og metodikk / konsept i betringsarbeidet på tvers av helseregionane. Ved å knytte dette opp mot indikatorarbeidet, vil indikatorane som bli valde ut vere med som «verktøykasse», og understøtte det regionale arbeidet med å betre effektivitet og redusere ventetid.

Det er vedteke at det vidare arbeidet skal prosjektorganiserast med eiga styringsgruppe, og at leing av det vidare arbeidet går på rundgang mellom regionane. Styringsgruppa består av fag-, økonomi- og personal- og organisasjonsdirektørar frå alle RHF-a. Prosjektet går i 2017 vidare med leing frå Helse Midt-Norge RHF.

Prosjektgruppa blir no kalla *Arbeidsgruppe for Indikator og Metodeutvikling (AIM)*, med representantar frå alle helseregionar, og frå Helsedirektoratet/NPR.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2015:

- Status for etableringen av medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern i henhold til oppdrag for 2015 med presisering i brev av 25 nov 2015:

Som et ledd i arbeidet og for å vinne erfaringer med medikamentfri behandling for alvorlig syke skal Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest etablere minst en enhet/post i DPS⁶ øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst skal etablere to slike enheter. Erfaringene skal oppsummeres i samarbeid med brukerorganisasjonene. Frist for etablering av slike poster er 1. juni 2016.

Helse Vest etablerte i 2016 eit pilotprosjekt med medikamentfri behandling med utspring i Kronstad DPS. Det medikamentfrie tilbudet inkluderer alle DPS i Helse Bergen sitt opptaksområde. Pasientar får informasjon om medisinfri behandling ved sitt lokale DPS, og får tilbud om dette behandlingstilbudet lokalt. Det er pasientar med psykosespekterlidingar som får tilbudet. Tilbudet gjeld i heile forløpet; i poliklinikk, ambulant og ved innlegging. Prosjektet har etablert ei styringsgruppe og ei prosjektgruppe. Brukarane er representert i begge gruppene, og det er tilsett erfaringskonsulent⁷ i prosjektet ved Kronstad DPS.

Arbeidet med å få på plass medisinfrie tilbud ved alle DPS-a i Bergennområdet er i god drift. Prosjektet er likevel framleis i ein oppstartsfase. Prosjektleder er tilsett, og erfaringskonsulent er tilsett som prosjektmedarbeidar.

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf. oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016)

Foreløpig statusrapport om transport av psykisk sjuke

I tilleggskildokument til Oppdragsdokumentet 2014, datert 27.06.14, fikk Helse Vest 2 mill. kroner til etablering av prosjekt knytt til transport av psykisk sjuke. Helse Stavanger og Helse Fonna fikk tildelt 1 mill. kroner kvar til sine prosjekt. I statsbudsjettet for 2015 blei det tildelt ytterlegare 2 mill. kr til formålet. Helse Førde fikk 1. mill. kroner, Helse Bergen 700 000 kroner, og Helse Fonna 300 000 kroner til utviding av allerede etablert prosjekt.

⁶ Distriktpsykiatrisk senter

⁷ Erfaringskonsulent er ein person som har direkte erfaring som brukar eller pårørande, og som kan formidle deira erfaringar og behov.

Helse Vest blei bedt om ein treårig sluttrapport i årleg melding 2016, med rapportering på følgjande:

«Det skal rapporteras på bruk av midlane i årlig melding for 2014. Årlig melding for 2016 skal innehalde en tre års oppsummering av prosjekta. Det skal rapporteras på omfang av politioppdrag, brukertilfredshet og på utvikling mht. omfanget av akuttinnleggingar. Rapportering og oppsummering skal gjerast i samarbeid mellom helseføretaka og aktuelle politidistrikt, jf oppdragsdokument for 2014 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014).»

RHF-a fekk i brev frå HOD dagsett 08.6.2016 utsett frist til sluttrapport til årleg melding 2017, som har frist 15. mars 2018. Det er likevel bedt om ein foreløpig statusrapport i årleg melding 2016.

Helse Vest har hatt prosjekt i alle helseføretaka, og foreløpig statusrapport er som følgjer:

Helse Stavanger:

Prosjektets målsetjing:

- Verdig transport av psykisk sjuke med pasienten i fokus. Målet skal ein oppnå ved god samhandling mellom pasient, pårørande, politi og helsetenester ved prehospitale psykiatriske akutte situasjonar.
- Politi brukar mindre ressursar på transport av psykisk sjuke, og opplev bruk av politiressursar til transport av psykisk sjuke som nødvendig.

For å nå måla, har prosjektet tatt utgangspunkt i følgjande utsegn, og jobba målretta for å svare opp alle utsegna:

«Pasientar opplev transporten av psykiatriambulansen som trygg og føreseieleg»

Tiltak: Pasient/ brukarundersøkingar og evalueringsmøte med brukar-/pårørandeorganisasjonar.

«Politiet opplev redusert behov for bistand, og opplev bruk av politiressurser som nødvendig i forhold til bistandsplikta»

Tiltak: Statistikk frå politiet. Innhente uttaler/ evaluering frå politiet.

«Personell i ambulansetenesta generelt og på psykiatriambulansen føler seg kompetent og trygg som utøver av helsetenesta»

Tiltak: Personell i ambulansetenesta: Evaluere kompetanseaukande tiltak og evaluere samarbeidsrutinar.

«Andre utøvarar av psykiatriske helsetenester opplev psykiatriambulansen som ein god samarbeidspartnar»

Tiltak: Evaluere psykiatriambulansen si teneste hos AAT, legevakt, fastlegar og bofellesskap.

«Psykiatriambulansens åpningstider er tilpassa behovet for tenesta»

Tiltak: Undersøke kor stor del av psykiatriske akutførespurnadar psykiatriambulansen handterer.

Helse Stavanger har ikkje kome i mål med alle oppfølgingspunkta, og jobbar no vidare med prosjektet. Prosjektleiari, som har jobba i 80 % stilling, fortsett i 55 % stilling i 2017.

Helse Bergen:

Helse Bergen HF fekk midlar knytt til eit prosjekt om samspel mellom psykiatriambulansen og akutt ambulante team ved Kronstad DPS. Målet var korleis eit systematisk samarbeid mellom psykiatriambulansen og det akuttambulante teamet kunne styrke kompetansen innan dei prehospitale akuttpsykiatriske tenestene ved blant anna å sjå på:

- Felles planlegging av dei prehospitale tenestene
- Styrke fag- og kompetanseutvikling innan akuttpsykiatri
- Sikre riktig kompetanse gjennom vidareutvikling av psykiatriambulansen sitt kompetanseprogram
- Sikre ansvarsavklaring innan dei prehospitale tenestene ved Haukeland universitetssjukehus

Realiseringa av prosjektet har vore meir krevjande enn forventa. Ei omstrukturering av dei ambulante tiltaka ved Kronstad DPS førte til at den del av prosjektet som var retta inn mot det akuttambulante teamet ved Kronstad DPS ikkje kunna la seg realisere innan ei realistisk tidsperiode. Denne situasjonen førte til at prosjektet fokuserte meir på vidareutvikling av

psykiatriambulansen sitt kompetanseprogram om korleis ambulanspersonell skal ivareta

sine oppgåver på ei god måte. Det er utarbeidd ei rettleiar som skisserar korleis ambulanspersonell kan ivareta sine oppgåver. Rettleiaren, som er tufta på erfaringsbasert kunnskap, tek opp i seg daglege situasjonar for personell i dei prehospitale tenestene, og viser korleis oppdraga kan gjennomførast på ei trygg måte både for pasient og ambulanspersonell.

Helse Førde:

Helse Førde har oppretta eit akuttmedisinsk samhandlingsforum, med faste deltakarar frå ambulanse, legevaktsentralar, AMK sentralar og psykisk helsevern. Ei av oppgåvene i samhandlingsforumet er å sjå på etablering av betre rutinar for samhandling med psykisk sjuke.

I tillegg har Helse Førde brukt prosjektmidlane til fagdag for over 200 tilsette i prehospitale tenester, AMK og ambulansepersonell. Fagdagen hadde tematikk kring akutt psykiatri.

Helse Førde deltok også på nettverkskonferanse for transport av psykisk sjuke i Helse Stavanger med til saman 7 tilsette, i tillegg til at Helse Førde dekkar kostnadane for ein representant for politiet i Vest politidistrikt, avdeling Sogn og Fjordane.

Ut frå statistikkgrunnlag i ambulansetenesta ser vi ein liten auke i forbruk av psykiatrioppdrag i 2016 samanlikna med tidlegare år.

Helse Fonna:

Helse Fonna har engasjert prosjektleiar i tre år. Prosjektet starta opp i august 2015. Styringsgruppe og prosjektgruppe er etablert, og sett saman av representantar frå ulike klinikkar og fagområde. Det er også med ein brukarrepresentant i prosjektgruppa. Prosjektdirektiv er utarbeidd.

Der er oppretta samarbeid med politiet i Haugaland- og Sunnhordland politidistrikt, og med legevakta i Haugesund og Karmøy.

Prosjektgruppa har arbeidd med talgrunnlag, kartlegging av no-situasjon, og analyser av talgrunnlag. Det har vore fokus på gjennomføring av tiltak og aktivitetar retta mot samarbeidet mellom ambulansetenesta og politiet, samt kompetansehevande tiltak for ambulansetenesta. Gjennomførte aktivitetar er blant anna:

- Fagdag i oktober 2016 med 90 deltakarar. Deltakarar frå ambulansepersonell, fastlegar, tilsette ved legevakt, tilsette i Klinikk for psykisk helsevern og i politiet.
- Kompetansehevande tiltak for ambulansetenesta i form av:
 - o Ambulanselærlingar i praksis og undervisning
 - o Fagdagar i ambulansetenesta
 - o Tilgang til e-læringsprogram tilpassa Helse Fonna
 - o Terma-instruktørleiarkurs for ti ambulansepersonell i ambulansetenesta i Helse Fonna
- Samarbeidsmøte med politi
- Utarbeidd samarbeidsrutine for samhandling mellom klinikk psykisk helsevern, ambulansetenesta, politi og kommunehelsetenesta.
- Informasjonsarbeid i form av utvikling av web-side og APP

Mål 2016:

- Det skal vere høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske senter og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriterast. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivningar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjonar).

Etter ei negativ utvikling i 2014 og 2015 viser tala for 2016 at kursen har endra seg. Helseføretaka nærmar seg no målet om å oppfylle den gylne regel.

Helse Vest har i styringsbodskapet til helseføretaka gjort kravet gjeldande for kvart helseføretak. Vi finn at den pågåande omstillinga i helseføretaka trekker i rett retning.

Helse Vest RHF har rapportert status til HOD etter kvart tertial. Rapporteringa for andre tertial 2016 ligg vedlagt (vedlegg 1).

Kostnader

Rekneskapen viser følgjande kostnadsvekst frå 2015 til 2016, der alle tal er eks. avskrivningar, pensjonar og legemiddel:

Kostnader fordelt på fagområde	2015	2016	Endring i prosent
Somatikk	14 655	15 268	4,2 %
Psykisk helsevern vaksne	3 240	3 387	4,5 %
Psykisk helsevern barn og unge	696	731	5,0 %
Tverrfagleg rusbehandling	1 000	1 018	1,8 %

Kjelde: RHF- rekneskapen 2015 og foreløpig rekneskap 2016. Alle tal i heile tusen.

Den låge veksten frå 2015 til 2016 for TSB skuldast spesielt ei svært stor vekst i både 2014 og 2015.

Gjennomsnittleg ventetid

Helse Vest RHF har framleis differensiert kravet til ventetider i 2016 for avvikla (behandla) pasientar på følgjande måte:

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

Kravet vil bli sett enno lågare i 2017.

Endringar i ventetider fordelt på fagområde er følgjande for andre tertial 2016 samanlikna med andre tertial 2015:

Gjennomsnittleg ventetid for avvikla	2. tertial 2015	2. tertial 2016	Endring i prosent
Somatikk	65,9	62,0	-5,9 %
Psykisk helsevern vaksne	50,3	42,0	-16,5 %
Psykisk helsevern barn og unge	53,2	50,0	-6,0 %
Tverrfagleg rusbehandling	46,5	30,0	-35,5 %

Kjelde: NPR

Tal for heile 2016 (3. tertial) blir ikkje publisert hos NPR før 6. mars.

Årsverk

Det ligg ikkje føre plantal for årsverk, men ei samanstilling av faktisk bruk av årsverk i 2016 viser følgjande endring frå 2015:

Tal på årsverk fordelt på tenesteområde	2015	2016	Endring i prosent
Somatikk	15 661	15 917	1,6 %
Psykisk helsevern vaksne	3 550	3 551	0,0 %
Psykisk helsevern barn og unge	832	861	3,5 %
Tverrfagleg rusbehandling	651	657	0,9 %

Kjelde: Helse Vest HR datavarehus - brutto månadsverk i egne føretak

Tala inneheld berre tilsette i Helse Vest sine egne føretak. I tillegg kjem tilsette i private institusjonar som leverer tenester til spesialisthelsetenesta i Helse Vest sitt opptaksområde. Årsverkstal for dei private institusjonane blir publisert årleg av SSB. Tala for 2016 vil slik sett ikkje vere klare før juni 2017. Tala for spesielt PHV og TSB er dermed ikkje samanliknbare med somatikk slik dei no er presentert.

Poliklinisk aktivitet

Tala under viser all poliklinisk aktivitet per tredje tertial 2016 samanlikna med tilsvarende tertial 2015:

Polikliniske kontaktar fordelt på tenesteområde	2. tertial 2015	3. tertial 2015⁸	2. tertial 2016	3. tertial 2016⁹	Endring i prosent (frå 2015-2016)
Somatikk	759 690	1 178 069	782 018	1 204 000	2,2 %
Psykisk helsevern vaksne	206 068	170 335	214 474	326 000	2,2 %
Psykisk helsevern barn og unge	109 732	322 493	113 197	174 000	1,1 %
Tverrfagleg rusbehandling	96 649	154 227	113 289	169 000	9,6 %

Kjelde: NPR og regionalt datavarehus.

Den høge veksten innan TSB skuldast mellom anna at LAR₁₀-aktivitet er flytta frå kommune til spesialisthelsetenesta.

Tal for heile 2016 (3. tertial) blir ikkje publisert hos NPR før 6. mars, og vi gjer merksam på at 3.tertial-tala her er henta frå regionalt datavarehus.

Oppsummert

Resultata frå andre tertial 2016, basert på NPR-tala, viser dermed at målet er nådd for TSB og PHV når det gjeld ventetider og poliklinisk aktivitet. Det er ikkje talgrunnlag per no til å seie om det er nådd for heile 2016 for desse to parametranne. Det er heller ikkje talgrunnlag for å seie om det er nådd for årsverk grunna manglande tal for private institusjonar. Målet er nådd for auke i kostnadar i 2016 for PHV. Målet er ikkje nådd når det gjeld auke i kostnadar i 2016 for TSB. Dette skuldast spesielt ei svært stor vekst i 2014 og 2015.

I psykisk helsevern for barn og unge er målet nådd for andre tertial 2016 når det gjeld ventetider og poliklinisk aktivitet. Det er ikkje talgrunnlag per no til å seie om det er nådd for heile 2016 for desse to parametranne. Målet er nådd for heile året når det gjeld årsverk og kostnadar.

⁸ Tal for 3. tertial 2015 er frå NPR

⁹ Tal for 3. tertial 2016 frå regionalt datavarehus, og gjeld for heile året

¹⁰ Legemiddelassistert rehabilitering

Krav om å innrette verksemda etter «den gylne regel» er vidareført i styringsdokumentet til HF-a for 2017, og RHF-et følgjer opp HF-a når det gjeld utviklinga for dette.

- Redusere talet på tvangsinnleggingar for vaksne (per 1000 innbyggjarar i helseregionen) samanlikna med 2015.

Talet på tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjar var 2,4 for 2014 og 2,3 for 2015. Dette er dermed ein liten reduksjon. Det ligg ikkje føre tal for heile 2016 p.t., men data frå NPR viser at talet på tvangsinnleggingar har gått ytterlegare ned i dei to første tertiala av 2016.

Rapport frå Internrevisjon Helse Vest i 2014 viser at helseføretaka har lokale tiltaksplanar for rett og redusert bruk av tvang, men at dei i varierende grad blir følgde opp. Rapporten viste og at det var klare skilnader når det gjeld talet på tvangsinnleggingar i regionen. Det er vidare store manglar knytt til registrering og rapportering av omfanget av bruk av tvang.

For å sikre betre datakvalitet starta Helse Vest RHF i 2015 eit arbeid med å sikre felles rutinar for registrering av bruk av tvang. Prosjektet skal bli ferdigstilt i løpet av våren 2017. Alle helseføretaka deltek i prosjektet. Prosjektet går gjennom mange aspekt knytt til tvangsinnleggingar og tvangsbruk, som for eksempel utarbeiding av rutinar, registreringspraksis, opplæring, datakvalitet (NPR-uttrekk) og samarbeidsrutinar. Det blir òg arbeidd med å utarbeide grunnlag for elektroniske løysingar.

I tillegg har Helse Bergen i 2016 fått 225 000 kroner til prosjektet «Redusert bruk av tvangsmidlar i psykiatrisk klinikk».

Frå og med februar 2017 vil styret i Helse Vest RHF få månadleg rapportering om tvangsbruk i regionen.

Alle helseføretaka har tiltaksplanar for rett og redusert bruk av tvang. Eksempel på tiltak det blir arbeidd med i helseføretaka:

Helse Stavanger:

- Vriding av tenestene frå døgn til dag for å sikre at fleire pasientar raskt får tilbod om poliklinisk utgreiing og behandling ved nyoppdaga sjukdom.
- Tidleg intervensjon ved psykoselidingar er vist å gi eit betre forløp i høve til frivillig behandling. Ein antar at tidleg intervensjon er vesentleg også ved andre tilstandar.
- I tillegg blir det arbeidd med å etablere eit fleksibelt ettervern etter modell av FACT¹¹- team i samarbeid med kommunane ved fleire av DPS-a, for å følgje opp

¹¹Flexible Assertive Community Treatment

pasientar med etablert psykisk sjukdom. Målsettinga er å forhindre forverring av tilstand og re-innlegging.

Helse Fonna:

- Etablering av brukarstyrte senger og etablering av ambulante team, samt auka poliklinisk aktivitet med siktemål å komme tidlegare inn i eit sjukdomsforløp.
- Det er gjennomført kompetansehevande tiltak knytt til Lov om Psykisk helsevern for vedtakskompetente spesialistar. Det blir gjennomført to møte årleg på klinikknivå med kontrollkommisjonane, med siktemål å få ei felles forståing og bruk av Lov om psykisk helsevern.

Helse Bergen:

- Frå 1. oktober 2016 har helseføretaket etablert ny Psykiatrisk legevakt. Tilbodet vil inngå som ein del av akuttforløpet til divisjon psykisk helsevern. Målet er mellom anna å redusere eventuelle unødvendige tvangsinnleggingar.

Helse Førde:

Helseføretaket har låg grad av tvangsbruk, og har merksemd på, om mogleg, å redusere bruken ytterlegare. Tiltak det er merksemd på:

- Gjennomføring av verdiane som ligg i Pasienten si helseteneste (medverknad, samval, valfridom).
- Innføring av medisinfri behandling også av psykosar. Internundervising om medisinfri behandling.

- Auke prosentdelen av årsverk i distriktpsikiatriske senter i forhold til sjukehus innan psykisk helsevern for vaksne samanlikna med 2015.

Årsverk fordelt på DPS og sjukehus innan psykisk helsevern i heile Helse Vest var i 2015 (årsverk inkl. lange fråvær):

DPS: 53 prosent

Sjukehus: 47 prosent

Kjelde: SSB

Dette er ei auke frå 2014 da fordelinga mellom DPS og sjukehus i Helse Vest var på 49 prosent i DPS, og 50 prosent i sjukehus (1 prosent var andre institusjonar). Det ligg ikkje føre offisielle tal for 2016 p.t.

I helseføretaka sine egne tal for 2016 er ikkje private ideelle DPS tatt med, og tala under gir dermed ikkje eit korrekt bilete av fordelinga i HF Stavanger og HF Bergen sine opptaksområde.

Helse Stavanger:

Tenestene blir gradvis dreidd frå døgn til dag, med påfølgjande redusert beleggspersent i sjukehuspostane. Dette har ført til reduksjon i forbruk av månadsverk tilsvarande 2,1 persent. DPS-a har i same perioden hatt ein svak vekst i beleggspersent i sengeavdelingane, og ein auke i forbruk av månadsverk på 2,8 persent. Vidare strukturelle endringar i sengepostar er planlagt i komande år for ytterlegare å frigjere ressursar til ambulante og polikliniske tenester i DPS-a.

Helse Fonna:

Helseføretaket har merksemd på å utvikle DPS-a som nøkkelstruktur innan vaksenpsykiatri og TSB. Tenester på sjukehusnivå er gradvis overført til DPS. Det er sett i gang ein prosess med tanke på overføring av LAR-behandling frå sjukehus til DPS.

Det har vore ei auke i netto årsverk ved DPS-a frå 2015 til 2016. Fordelinga er i 2016: DPS 51,2 persent / sjukehus 48,8 persent.

Helse Bergen:

Dei fleste private DPS-a i Helse Vest er i opptaksområdet til Helse Bergen. Helseføretaket sine eigne tal gir dermed ikkje eit korrekt bilete av fordelinga.

Det er ei dreining mot poliklinisk aktivitet og ambulante tenester i helseføretaket sine DPS. Denne dreininga fører med seg ei endra kompetansesamansetting og eit anna bemanningsbehov. Dette er mellom anna i tråd med statlege føringar om spesialistar i dei ambulante teama. Dette inneber at talet på årsverk kan gå ned i DPS-a fordi pleiepersonellstillingar blir gjort om til spesialiststillingar. I tillegg blei verksemda for Voss psykiatriske poliklinikk og Voss psykiatrisk rehabilitering overdratt til Voss DPS – NKS Bjørkeli 1. januar 2016 (privat ideell institusjon). Dette utgjer ein nedgang på om lag 16 årsverk i helseføretaket.

Helse Førde:

Helseføretaket har i lengre tid hatt ein langt større del av årsverka ved DPS-a enn ved sjukehusa. Fordelinga i første halvdel av 2016 var: DPS 66 persent og sjukehus 34 persent.

I 2016 har tal årsverk i DPS auka meir enn tal årsverk i sjukehus. Helseføretaket vurderer det som ikkje forsvarleg å redusere sjukehusdrifta ytterlegare.

Andre oppgåver 2016:

- Styrke desentralisert behandlingstilbod (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinja) innanfor psykisk helsevern og rus.

Det desentraliserte behandlingstilbodet er styrka i Helse Vest i 2016.

Helse Vest og Husbanken har vidareført Housing First-prosjektet i Helse Bergen. I dette prosjektet inngår ambulant oppfølging i heimen frå både kommunen og spesialisthelsetenesta.

Det er sett i gang mange ulike desentraliserte tilbod i helseføretaka, og i samarbeid med mellom anna kommunane. Dette gjeld både BUP, PHV og TSB.

Det er mange eksempel på slike tilbod i alle helseføretak. Det er mellom anna mange ulike former for ACT¹² / FACT-team, faste utedagar i mange kommunar, generell styrking av samarbeidet med kommunane / barneverntenestene / BUF-etat og andre samarbeidspartar, auka polikliniske tilbod og kompetanseoverførande tiltak til ulike samarbeidspartar.

Eit av tiltaka Helse Stavanger har sett i gang i 2016 er ei QR¹³-posterkampanje om psykisk helse i alle ungdoms- og vidaregåande skuler i opptaksområdet. Denne kampanjen gir høve til brukarnær og direkte formidling om psykisk helse til ungdomar, som eit bidrag til sjølvhjelp, førebygging, psykoedukasjon¹⁴ og tidleg søking av hjelp.

Schizofrenidagane i regi av Helse Stavanger er òg ei viktig fagleg hending innan psykisk helse.

Eit av tiltaka i Helse Bergen i 2016 er etablering av eit ambulant team som følgjer opp pasientar med særleg alvorleg komorbiditet¹⁵, psykisk helse og rus innanfor LAR, og pasientar som blir skrivne ut frå psykiatriske akuttmottak og akuttposten, og som treng styrka oppfølging. Førebelse erfaringar er positive. Samarbeid med førstelinja, somatisk helsevern og psykisk helsevern står sentralt i dette arbeidet.

- Sikre vidare drift av OCD¹⁶-teama, mellom anna nødvendig implementering og opplæring.

Det har blitt utvikla og gjennomført eit nasjonalt opplæringsprogram for OCD-team. Fagmiljøet i Helse Bergen har vore sentrale for gjennomføringa av prosjektet. Helse Bergen har fått i oppdrag å sikre nødvendig vidare opplæring av OCD-teama i heile regionen. Helse Vest har sett av 1.25 mill. kr til formålet i 2017. Opplæringa er planlagd gjennomført i løpet av ei to-års periode.

Det er etablert OCD-team i alle helseføretaka.

- Etablere fleire tilbod innanfor psykisk helsevern i norske fengsel.

Det er etablert mange ulike tilbod og former for samarbeid mellom helseføretaka og fengsla i regionen. Det er i liten grad etablert nye tilbod i 2016.

Oversikt over ulike tilbod til fengsla per i dag:

¹² Assertive Community Treatment

¹³ Quick Response kode / mosaikk-kode.

¹⁴ Psykoedukasjon er ein behandlingsform der pasientar og deira pårørande får kunnskap og informasjon omkring ein spesifikk diagnose. Behandlingsforma skal gi realistiske forventningar til betring og prognose, informasjon og ein form for undervisning i den aktuelle lidinga.

¹⁵ Samtidige sjukdommar: førekomst av fleire ulike sjukdommar eller lidingar samtidig hos same person.

¹⁶ Tvangsliding

Helse Stavanger:

Tilbudet om spesialisthelsetenester til innsette i Stavanger og Åna fengsel er regulert i samarbeidsavtalar mellom fengsla, aktuelle kommunar og Helse Stavanger.

Helseføretaket tilbyr allmennpsykiatrisk helseteneste ved helseavdelingar i begge fengsla.

I tillegg etablerte Helse Stavanger i 2013 eit tilbud om endringsarbeid overfor sedskapsdømde i samarbeid med Åna fengsel. Dette var finansiert som prosjekt til og med 2015, men er vidareført og eigenfinansiert frå 2016.

Helseføretaket driv rusmeistringseininga saman med Stavanger fengsel. Dette er eit behandlingstilbod til innsette med rusproblem.

Det har i 2015 og 2016 i tillegg vore etablert eit eget behandlingstilbod for kvinnelege innsette med behov for hjelp frå TSB. Tilbudet har vore etablert som eit pilotprosjekt. Våren 2016 blei det gitt avslag på ein søknad til Helsedirektoratet om støtte til å utvide dette tilbudet.

Helse Fonna:

Haugaland DPS har etablert samarbeid med Haugesund fengsel og Sandeid fengsel i form av fast rettleiingsavtale.

Helse Bergen:

Fengselshelsetenesta ved klinikk for tryggleikpsykiatri driv eit omfattande arbeid i Bergen fengsel. Dette arbeidet blir løpande evaluert og utvikla. I tillegg til ordinær poliklinisk behandling til innsette er det spesialtilbod for valds- og sedskapsdømde, sinnemeistring, stressmeistring og rusmeistring.

Fengselshelsetenesta i Helse Bergen deltar òg i tilbudet ved Ungdomsfengselet og Narkotikabehandling med domstolkontroll. Helse Bergen har i dag følgjande årsverk knytt til desse funksjonane: 3 psykologspesialistar, 5 psykologar og ein psykiater i 20 % stilling.

Helse Førde:

Helseføretaket har sidan 2006 hatt eigen avtale med Vik fengsel. Fengselet har besøk av psykiater og spesialkonsulent i rus ca. ein gong kvar månad. Psykiater gjer vurderingar og utgreiingar, og spesialkonsulent gjev tilbod om motiverande samtalar, støttesamtalar og informasjon om ulike behandlingstilbod. Ein stor del av sakene er knytt til ADHD-problematikk og legemiddelassistert rusbehandling (LAR). I tillegg er det løpande kontakt med fengselet si eiga helseteneste, samt den kommunale helse- og sosialtenesta i Vik, som òg har omfattande kontakt med fengselet.

2.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik

Mål 2016:

- Prosentdel av sjukehusinfeksjonar skal vere mindre enn 4,7 pst.

Dei siste offisielle tala er frå mai 2016. Prosentdelen av sjukehusinfeksjonar i Helse Vest var då 3,8 prosent. Dette er lågast i landet. Det er store forskjellar mellom helseføretaka, frå 1,1 prosent i Helse Førde til 4,9 prosent i Helse Stavanger. Tre av fire helseføretak har mindre enn 4,7 prosent.

I tillegg til dei infeksjonsførebyggjande tiltaka som går inn i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet, har Program for pasienttryggleik i Helse Vest eit tiltak for god handhygiene. Det er null-toleranse for ringar, armbandsur og synlege smykke for medisinskfagleg personell. Dette skal følgjast med målingar, og skal bli vist saman med andre pasienttryggleiksindikatorar i Helse Vest sin styringsportal. Forbruket av handdesinfeksjonsmiddel skal også følgjast i styringsportalen. Automatisert datafangst er under utarbeiding.

Eit regionalt tiltak for å tryggje ortopediske pasientar mot infeksjonar er implementert i alle føretaka. Tiltaket sikrar mellom anna rett bruk av antibiotika til rett tid i samband med operasjon. Tiltaket er ein del av samarbeidet med NPE (Norsk pasientskadeerstatning), der frekvente saker er analysert med tanke på å setje inn førebyggjande tiltak. South African Triage System, Norge (SATS Norge) er tatt i bruk som system for hastegradsvurdering i alle føretaka i Helse Vest. Ein sentral kvalitetsindikator for dette tiltaket er at antibiotika blir gitt innan 60 minutt etter innkomst for sepsispasientar¹⁷. Denne indikatoren vil bli automatisert via elektronisk kurve.

- Ikkje korridorpasientar.

Siste offisielle tal er frå andre tertial 2016. Dei viser følgjande status for helseføretaka i Helse Vest når det gjeld delen pasientar på korridor:

Samla for heile Helse Vest: 1,4 prosent

Helse Førde: 0,2 prosent

Helse Bergen: 1,1 prosent

Helse Fonna: 2,7 prosent

Helse Stavanger: 1,8 prosent

Haraldsplass diakonale sjukehus: 0,3 prosent

¹⁷ Blodforgifting

Tal frå 3-tertial¹⁸ syner følgjande utvikling:

Samla for heile Helse Vest: 1,4 prosent

Helse Førde: 0,1 prosent

Helse Bergen: 1,0 prosent

Helse Fonna: 2,3 prosent

Helse Stavanger: 1,9 prosent

Haraldsplass diakonale sjukehus: 0,3 prosent

Det har gjennom ei tid vore ei svært positiv utvikling i helseføretaka, mellom anna som eit resultat av tiltaka i prosjektet «Ikkje korridorpatientar». Det har òg medført oversikt over «senger i bruk». Samla sett er problemet fortsatt ikkje heilt løyst i helseføretaka, sjølv om Helse Førde er svært nær nullvisjonen. Korridorpatientane er å finne stort sett i somatiske einingar, og berre unntaksvis i psykisk helsevern. Utviklinga blir følgt nøye, med mellom anna rapportering i kvart styremøte.

Det er generelt ei utfordring at nokre kommunar har problem med å ta i mot utskrivingsklare pasientar. Det er ei forventning til at oppretting av fleire kommunale ØH-senger og auka tal korttidsplassar vil føre til at færre utskrivingsklare pasientar blir liggjande på sjukehuset.

Helse Stavanger:

Ei rekke tiltak har bidrege til ei positiv utvikling. Korridorpatientprosjektet har ført til at spesialisthelsetenesta blir meir effektivt nytta, kliniske avgjerdsprosessar i avdelingane er betre tatt vare på og ressursar blir meir effektivt omorganisert. Likevel er tala i somatiske einingar framleis for høge. Helseføretaket vil halde fram med å ha stor merksemd på effektiv gjennomføring av eksisterande tiltak, og iverksetting av ytterlegare tiltak.

Helse Fonna:

Følgjande tiltak er sett i verk:

- Betre implementering av overordna rutine for handtering av overbelegg.
- Driftsmøte kvar morgon med merksemd på rett plassering av pasientar, og fordeling av pasientar for å unngå korridorpatientar.
- Iverksetting av tiltak for å redusere innleggingar og redusere liggetid; auke i dagbehandling og betre legekompentanse i akuttmottak.
- Oppmøte same dag som operasjon for kirurgiske pasientar.
- Prøveordning med Karmøy kommune om bruk av ØH-senger ved eit bu- og behandlingssenter. Behandlingssenteret melder kvar morgon om ledige senger til klinikkoverlege. Ferdig utreda pasientar blir flytta til bu- og behandlingssenteret for vidare oppfølging. Det er klart definerte pasientgrupper. Dette gjeld også ortopediske pasientar. Typiske pasientar er eldre som har falle der lårhalsbrot ikkje er avdekkja, og som treng vidare oppfølging, gjerne medikamenttilpassing. Ortopediske pasientar blir ikkje innlagde først, men blir flytta direkte frå kirurgisk poliklinikk etter å ha vore på røntgen.

¹⁸ Tal frå regionalt datavarehus

- Innføre praksis med «kjønnsnøytrale» rom. Kvinner og menn kan ligge saman på tomannsrom der dette er naturleg.
- Sørgje for rett registrering av pasientar i DIPS til ei kvar tid. Særleg gjeld dette pasientar som er i permisjon eller oppheld seg i tekniske senger, eks. intensiv.

Helse Bergen:

Etablering av Mottaksklinikken med raskare diagnostikk, har korta ned liggetida. Dette bidrar til reduksjon i talet på korridorsenger. Gode, effektive pasientforløp, gode utskrivingsrutinar og dagkirurgi er andre tema som det blir arbeidd med, og som er av betydning for talet på korridorsenger i føretaket. Det er venta ytterlegare effekt av Mottaksklinikken når denne blir ferdigstilt hausten 2017.

Andre tiltak som også vil bli vidareført i 2017 er:

- Betre samarbeid mellom avdelingar ved å nytte ledig sengekapasitet på andre avdelingar ved behov.
- Fleire pasientgrupper inn i prepoliklinikk (etablert praksis for å vurdere/sjekke operasjonspasientar 1-2 veker før planlagt inngrep, for tidleg å fange opp pasientar som må strykast frå operasjonslista).
- Månadlege logistikkmøte for å tilpasse belegget på post med operasjonskapasitet/SOP.
- Opne 5-døgnspost i helgene. Dette er også prioritert i budsjettet for 2017.
- Auke operasjonskapasiteten for ØH-pasientar for å redusere talet på pasientar som ventar på operasjon.
- Tilvise pasientar til andre sjukehus.
- Avtalane mellom Haraldsplass diakonale sjukehus og Haukeland universitetssjukehus om fordeling av elektive (planlagde) og ØH-pasientar er under revidering.
- Det blir arbeidd for betre dag- til dag-styring av pasientflyten.

Helse Førde:

I januar 2016 blei det oppretta ein «virtuell sengepost» for medisinske planlagde utgreiingspasientar (plassering på sengepostar der føretaket ventar å ha ledige senger). Dette har betra samhandlinga mellom ulike fagområde sine sengepostar, og ført til at føretaket nærmar seg nullvisjon for korridorpatientar. Det har berre sporadisk vore korridorpatientar i medisinske og kirurgiske sengepostar i 2016.

Andre oppgåver 2016:

- Bidra med nødvendige spesialisthelsetenester og rettleie kommunane, slik at dei kan greie ansvaret sitt for helsetilbod til asylsøkjjarar og flyktningar.

Alle helseføretak har tuberkulosekoordinatorar som samarbeider med og rettleiar kommunane.

Det er hausten 2016 starta opp eit regionalt kompetansenettverk for behandling av flyktningar, asylsøkjjarar og innvandrarar i spesialisthelsetenesta. Nettverket har deltaking frå alle helseføretak, og blir leia av Helse Stavanger ved Transkulturelt senter. Nettverket skal bidra til kompetansebygging og eit konstruktivt samarbeid på tvers av ansvarsnivå, inkludert primærhelsetenesta.

I styringsdokumentet for 2016 er det eit krav til helseføretaka om å etablere eit klinisk tilbod for behandling av dei mest traumatiserte asylsøkjjarane og flyktningane. Resultat og erfaringar frå pilotprosjektet «Transkulturelt senter» i Helse Stavanger skal leggjast til grunn for oppbygging av dette tilbodet.

Eksempel på korleis det blir arbeidd med dette i helseføretaka:

Helse Stavanger:

Helseføretaket har etablert eit Transkulturelt senter (TKS) i Psykiatrisk divisjon med fire fagstillingar og ei merkantil stilling. TKS arbeider både med primærtilviste pasientar, gir konsultasjon til alle einingar på sjukehuset, og har eit utstrakt tilbod om rettleiing til kommunane om deira tiltak mellom anna om butilbod, opplæringstilbod og arbeidstiltak. TKS skal vere i ordinær drift frå 2017.

Helse Fonna:

Helseføretaket held kurs i migrasjon og helse for helsepersonell i kommune- og spesialisthelseteneste, legar, psykologar, sjukepleiarar, sosionomar, tilsette i NAV, asylmottak, barnevern og utdanningspersonell (skule og barnehage), og andre som jobbar med flyktningar, asylsøkarar og innvandrarar.

BUP Stord og BUP Haugesund er i gang med traumeutdanning i regi av nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS.

Innan vaksenpsykiatrien har alle poliklinikkar personell med kompetanse på traumebehandling.

Det er etablert fast kontaktpunkt i BUP for råd og rettleiing inn mot asylmottak for barn og unge.

Helse Bergen:

Helseføretaket viser til Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging (RVTS), som arbeider på tvers av etatar og sektorar, og tilbyr kompetanseheving innanfor temaområda traume, vald og seksuelle overgrep, flyktninghelse og sjølvmoordsførebygging. Tilbodet omfattar konferansar, konsultasjon og rettleiing, undervisning og nettverksbygging, og er også retta mot kommunane.

I Divisjon psykisk helsevern er det etablert eit eige prosjekt (prosjektleder er på plass) for å utvikle eit tilbod i samsvar med resultat og erfaringar frå piloten i Helse Stavanger. Målet er å ha eit tilbod på plass i 2017.

Helse Førde:

Helseføretaket har etablert kontakt med kommunehelsetenesta gjennom felles konferansar og møteverksemd med både aktuelle kommunar og i regi av fylkesmannen. Det er også

kontaktpunkt i helseføretaket for kommunane når det gjeld spørsmål knytt til denne gruppa pasientar.

- Spreie alle innsatsområde som er igangsette i pasientsikkerheitskampanjen «I trygge hender 24-7» til alle relevante einingar/avdelingar. Sjå Tabell 2 Rapportering 2016.

I Helse Vest blir det arbeidd med å registrere måloppnåing i dei ulike tiltaka i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet og i det regionale Pasienttryggleiksprogrammet. Alle innsatsområda i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, med unntak av førebyggjing av underernæring og legemiddelsamstemming, er spreidd til alle aktuelle einingar, og ansvaret for å følge dei opp er lagd i linja. Helse Stavanger er nasjonal pilot for tiltaket førebyggjing av underernæring, og dette tiltaket skal implementerast i alle relevante einingar i Helse Vest. Helse Vest vil følgje opp indikatorane i tiltaket med automatisert datafangst. Samstemming av legemiddellister er framleis eit regionalt prosjekt, bunde til innføring av elektronisk kurve i Helse Vest.

Det er stor merksemd på få følgje opp resultata i tiltaka, og det blir arbeidd med å etablere automatisk datafangst for alle innsatsområde. Dette er eit arbeid som har krevd tett samarbeid med Dips Arena og Meona (elektronisk kurve). I det regionale programmet blir indikatorane automatisert til det regionale Datavarehuset med framstilling i Styringsportalen. Små einingar kan her finne eigne resultat, og aggregerte data blir vist på alle leiarnivå.

I oppfølgingsmøte mellom AD-ane i HF-a og RHF-et blir det rapportert på resultata for følgjande område:

- Risikovurdering når det gjeld fall, trykksår og ernæring («Trygg pleie»)
- Bruk av sjekklister for trygg kirurgi
- Indikatorane i hjerneslagregisteret.
- Om det er gjennomført vurdering av sjølvmoordsfare ved innlegging og heimskriving av pasientar på psykiatriske sengepostar, og om pasientane har fått kriseplan.

Slik måling viser ikkje berre kor arbeidet med å spreie tiltaka har starta, men i kva grad dei blir gjennomført.

I regionale styringsgruppemøte for Pasienttryggleiksprogrammet blir resultata og erfaringar med lokal organisering av programmet lagt fram og diskutert.

- Sette i gang etablering av eit antibiotikastyringsprogram i sjukehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementet sin handlingsplan mot

antibiotikaresistens. Som eit ledd i etableringa skal dei regionale kompetansesentera for smittevern styrkast. Sjå Tabell 2 Rapportering 2016.

Nasjonal kompetanseteneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetenesta er etablert i Helse Bergen. Det er etablert eit regionalt antibiotikastyringsprogram i sjukehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementet sin handlingsplan mot antibiotikaresistens. Helse Vest RHF har finansiert eit ekstra legeårsverk til dette.

Den nasjonale kompetansetenesta i Helse Bergen arrangerte i mai 2016 eit nasjonalt kurs om antibiotikastyring med deltaking frå atten av helseføretaka i landet, og dei tre store private ideelle.

- Dei regionale helseføretaka skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrkar kapasiteten i dei regionale helseføretaka til å gjennomføre forhandlingar/anskaffingar, bidra til betre samhandling mellom aktørane som er involverte i systemet for nye metodar, sikra at avgjerder som blir tekne av Beslutningsforum, blir implementerte i spesialisthelsetenesta. Helse Nord RHF skal leie arbeidet.

Helse Nord RHF har innleia arbeidet som skal gjerast i fellesskap av dei regionale helseføretaka. I 2016 blei det utarbeidd mandat og retningslinjer for mandat for forhandlingar knytt til vurdering av innføring av nye legemiddel i spesialisthelsetenesta. Desse er godkjende i Beslutningsforum. I tillegg er det jobba med rutinar for offentleggjing av prisar, og korleis desse skal implementerast. Fagdirektørane i RHF-a har ved fleire høve oppmoda Helsedirektoratet om å oppdatere dei nasjonale retningslinjene i tråd med det som er bestemt i Nasjonalt system for innføring av nye metodar. Nettsida *Nyemetoder* er vidareutvikla slik at det no er lett å finne status for dei ulike metodane som er til vurdering, og beslutningar som er tekne i Beslutningsforum er lett tilgjengelege. Helse Vest RHF viser også til årleg melding 2016 i Helse Nord for meir opplysningar om dette arbeidet.

- Det er tilsett sosialpediatrar i alle barneavdelingar. Overgrepsutsette barn som blir avhøyrde ved Statens barnehus skal få tilbod om medisinsk undersøking.

Dette er godt ivareteke i dei dei to store helseføretaka. Dei to minste helseføretaka har ikkje barnehus i sine opptaksområde, men viser pasientar til barnehusa i Stavanger og Bergen.

Helse Stavanger:

Barne- og ungdomsklinikken i Helse Stavanger har tilsett 4 overlegar med sosialpediatri som spesialfagområde. Desse samarbeider med Statens Barnehus i Stavanger på vekedagar/ dagtid med undersøking av barn.

Helse Fonna:

Det er ikkje tilsett eigen sosialpediater i barneavdelinga. Oppgåver og kompetanse blir teke i vare av andre pediatarar ved eininga. Barn utsett for overgrep blir vist til Barnehuset i Stavanger via barneklubben ved Stavanger universitetssjukehus.

Helse Bergen:

Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ved Haukeland universitetssjukehus har to erfarne overlegar på dette fagområdet som er tilsett i til saman 50 prosent stilling. I tillegg er to legar i spesialisering (LIS) under opplæring. Det overordna målet er minst to legespesialistar / overlegar i til saman 100-150 prosent stilling. Det blir derfor arbeidd langsiktig med rekruttering og kompetanseheving for legar og sjukepleiarar i BUK.

Helse Bergen ved Barne- og ungdomsklinikken :

- Bidrar til Barnehuset i Bergen med lege og sjukepleiar ein fast dag i veka, og er medarrangør av kurset for legar i spesialisering i februar 2017.
- Er representert i nasjonale utval og i Barnelegeforeininga si interessegruppe på området.
- Har saman med Forskings- og utviklingsavdelinga (FOU) starta eit arbeid for å etablere eit sjukehusovergripande nettverk der alle aktuelle einingar i føretaket blir inviterte til fellesmøte innan feltet.
- Har saman med FOU utarbeidd forslag til felles kompetanseplanar for heile sjukehuset for dette fagområdet.

Helse Førde:

Det har ikkje lukkast å få tilsett sosialpediater i Helse Førde. Det er likevel legar med god sosialpediatrisk kompetanse i helseføretaket. Det er ikkje barnehus i Sogn og Fjordane. Sjå òg rapportering under.

- Ha ansvar for tilbod til vaksne og barn som er utsette for seksuelle overgrep frå 1. januar 2016, mellom anna ha inngått avtalar med vidareførte robuste kommunale overgrepsmottak. For helseføretak og kommunar som ikkje har inngått slike avtalar per 1. januar 2016, blir endeleg frist for avtaleinngåing sett til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.

Det er tilbod i alle helseføretak, og samarbeid med kommunane.

Helse Stavanger:

Det er inngått avtale med Stavanger kommune om overgrepsmottak. Stavanger kommune driftar mottaket på vegne av Helse Stavanger.

Det er også avtale med Barnehuset for overgrepssaker. Avtala inneber at lege, og nokon gonger sjukepleiar, deltar i handtering av saker.

Det er eit vel fungerande samarbeid mellom BUPA og barne- og ungdomsavdelinga i helseføretaket.

Helse Fonna:

Helse Fonna tok over drifta av voldtektsmottaket i januar 2016. Det robuste tilbodet og samhandlinga med politiet blei vidareført slik det var. Det er ei innarbeidd ordning at barn som har vore utsette for seksuelle overgrep, blir vist til Stavanger universitetssjukehus.

Helse Bergen:

Det er inngått ein interimsavtale mellom Bergen kommune og Helse Bergen om overgrepsmottaket ved Bergen legevakt. Innan 1. mars 2017 skal det vere avklart om overgrepsmottaket skal vidareførast ved Bergen legevakt gjennom avtale med Helse Bergen, eller om ansvaret for overgrepsmottaket skal overtakast av Helse Bergen.

Helse Førde:

Helse Førde har med verknad frå 1. januar 2016 avtale med vidareført interkommunalt overgrepsmottak om tilbod til vaksne som har vore utsette for seksuelle overgrep. Dette blir vurdert som eit godt og robust tilbod, som helseføretaket tek sikte på å vidareføre.

Helse Førde har eit samarbeid med Statens barnehus i Bergen og Helse Bergen når det gjeld tilbod til barn som har vore utsette for seksuelle overgrep, og har også sjølv legar med god sosialpediatrisk kompetanse. Helse Førde samarbeider med KS, fylkeskommunen og kommunane om å greie ut om det kan etablerast ei avdeling eller ein «satellitt» i Førde under Barnehuset i Bergen.

- Bidra til forbetring og vidareutvikling av den nasjonale nødmeldingstenesta gjennom tverretatlege «program for forbetring av nødmeldingstenesta».

Helse Vest RHF bidrar med representantar til ulike prosjekt og program for utvikling og forbetring av nødmeldetenesta.

Helse Vest har delteke med representant (frå Helse Fonna) i utgreiingsarbeidet; *Sentrale elementer vedrørende AMK-sentralene*. Arbeidet er ein del av tverretatleg program for forbetring av nødmeldingstenesta. Utgreiinga blei slutført i september 2016, og rapport med tilrådde tiltak blei levert til Helse- og omsorgsdepartementet. Hovudpunkt i rapporten er at det er trong for auka merksemd på leiing, fagutvikling og samarbeid mellom aktørar i nødmeldingstenesta og nødetatar. Eit stort fleirtal i utgreiingsgruppa meinte det ikkje er tilstrekkeleg erfaringsgrunnlag for å gi klare råd om det bør vere felles lokalisering med politiet og brann sine nødmeldesentralar. Fleirtalet tilrår å følgje opp nyleg etablert felles lokalisering av nødetatane i Bodø med forskning for å få meir kunnskap om effekt av samlokalisering.

I Helse Vest vil etablering av ein Virtuell AMK-modell bli sentral for å implementere dei tilrådingane som er gitt i rapporten. Arbeidet med organisering og oppgåve/ansvarsdeling i ein Virtuell AMK-sentral har tatt noko lengre tid enn det som var føresett, men saka vil bli lagt fram for styret i Helse Vest våren 2017.

Eksempel på andre relevante tiltak i helseføretaka:

AMK Stavanger har jamlege møte med dei andre nødetatane. I samband med store aksjonar har leiarane for dei tre nødetatane vedteke å gjennomføre felles oppdateringsmøte for å oppnå best mogleg situasjonsforståing. Dette blei utprøvd under uværet «Synne».

Gjennom samarbeidsforum med dei andre nødmeldesentralane har Helse Bergen standardisert og formalisert einskapleg prosedyre for intervju av innringar, og varsling (trippelvarsling) ved hendingar som naturleg involverer to eller alle etatar. Prosedyre er innarbeidd i prosedyreverket til AMK.

Helse Førde:

Helse Førde deltek i arbeidet med å utvikle nytt hendingshandteringsverktøy for AMK-sentralane i regi av nasjonal IKT. Helse Førde har vore pådrivar og sterkt medverkande til opplæringsmodell / utviklingsprogram for AMK-operatørar. Andre AMK-sentralar i Helse Vest skal no implementere dette. Programmet inkluderer flight-following¹⁹-opplæring. Andre sentralar i landet har bedt om tilgang til forbetningsprogrammet. Det er ikkje sett i verk overordna nasjonalt utviklingsprogram.

- Etablere tiltak som kan bidra til eit meir systematisk samarbeid mellom helsetenesta og Arbeids- og velferdsetaten, mellom anna vurdere kor formålstenleg det er å inngå særskilde samarbeidsavtalar med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidd malar for samarbeidsavtalar til dette formålet. I rapporteringa skal det inngå ei oversikt over kva for område det er etablert samarbeid på, og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarande oppdrag er gitt til Arbeids- og velferdsetaten.

Helse Vest RHF har motteke malane for samarbeidsavtaler frå Helsedirektoratet, der målet er å bidra til at pasientar får samordna bistand frå NAV og helsesektoren. Helse Vest vil vurdere behovet for særskilte samarbeidsavtalar nærare.

Helseføretaka er bedne om å etablere tiltak som kan bidra til eit meir systematisk samarbeid.

Eksempel i Helse Vest på samarbeid mellom helseføretaka og NAV:

- IPS - individuell jobbstøtte i Helse Førde og Helse Bergen: integrere personar med langvarige og alvorlege psykiske lidingar i ordinært arbeid. Integrasjon av behandling og arbeidstrening.
- «Jobb Resept» i Helse Stavanger: samarbeid mellom psykisk helsevern og NAV om å hjelpe pasientar til ordinær arbeidserfaring parallelt med behandling.

Alle helseføretaka har samarbeidsavtale med Arbeids- og velferdsetaten i sitt fylke om eit inkluderande arbeidsliv (IA-avtale). Det har i 2016 vore spesielt merksemd på følgjande område:

Helse Stavanger:

¹⁹ Monitorering og oppfølging av helikopter på oppdrag for å ivareta sikkerheit ved uventa hendingar. Flight-following inneber å innhente flyrute og antatt landingstidspunkt, samt tal på personar om bord ved alle helikopterflygingar.

Det har vore ekstra merksemd på å få unge inn i arbeid. Helseføretaket har hatt omlag 50 personar på arbeidstrening i løpet av året. Det er òg utarbeidd ein IA-handlingsplan med fleire mål og aktivitetar.

Helse Fonna:

Samarbeidet med Arbeids- og velferdsetaten omfattar mellom anna:

- Rekruttering og rekrutteringsarrangement.
- Tiltak retta mot ungdom og arbeid.
- Halvårlege møte knytt til samarbeid og oppfølging av IA-avtalen.
- Tilrettelegging av arbeid for arbeidstakarar med redusert arbeidsevne.

Helse Bergen:

Helse Bergen har i tillegg til IA-samarbeidet, laga ein eigen avtale med NAV om rutinar for å auke rekruttering av funksjonshemma til ledige, utlyste stillingar i føretaket, og sikre at dei som blir tilsett får tett oppfølging frå NAV. Avtalen blir evaluert våren 2017.

Helse Førde:

Helse Førde har drøfta aktuelle samarbeidsområde med Arbeids- og velferdsetaten. Det er førebels sett i verk eit samarbeid mellom helseføretaket og NAV Sogn og Fjordane om bruk av metoden *Individual Placement and Support* (IPS) ved Nordfjord psykiatrisenter. Prosjektet har namnet «Jobbstøtte i Nordfjord».

Arbeid er helsefremjande, og skal vere ein naturleg del av behandlinga. Gjennom IPS skal motiverte arbeidssøkarar få hjelp i jakte på den rette jobben. To jobbspesialistar er tilsett som ein integrert del av det tverrfaglege behandlingsteamet, og skal tilby jobbstøtte til både polikliniske og innlagde brukarar. I tillegg skal jobbspesialistane ha tett samarbeid med dei lokale NAV-kontora i Nordfjord. Jobbspesialistane skal bruke 65 prosent av arbeidstida ute i næringslivet for å bygge tillit og relasjonar til arbeidsgjevarar, og gje jobbstøtte til dei som kjem ut i arbeid.

- Dei regionale helseføretaka skal i fellesskap identifisere indikatorar for å måle uberettiga variasjon i forbruk av helsetenester for eit utval av prosedyrar innan 1. november 2016. Det bør veljast prosedyrar som vert utførte hos mange helseføretak. Dei utvalde indikatorane og prosedyrane skal giast styringsmessig prioritet frå 2017. Helse Nord RHF skal leie arbeidet.

Helse Vest har arbeidd med dette i samarbeid med dei andre regionane, og under leiinga av Helse Nord. Arbeidet er sett i samanheng med og koordinert tett med arbeidet med å redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnytting. Ein rapport blei levert til HOD i november 2016.

Med utgangspunkt i «sørgje for-ansvaret» for å tilby tenester av riktig omfang og av god kvalitet, omfattar utgreiinga variasjonsanalysar av både forbruk og kvalitet. Valet av fagområde og indikatorar i utgreiinga er blitt gjort ut frå definerte kriterium om tilgjengeleg datagrunnlag, pålitelege data, grad av alvor, volum, relevans for pasientar og fagfolk, og helsepolitisk betyding. I tråd med dette blei variablar innanfor følgjande

fagområde vald ut til vidare analysar og vurdering for styringsmessig prioritet: hjartefarkt, hjerneslag, brystkreft, leddprotesar, hoftebrot og ryggkirurgi.

Resultata frå analysane viser til dels store variasjonar mellom helseføretaksområda, og mellom sjukehus for alle analyserte variablar. Det var eit unntak frå dette: delen pasientar behandla i slageining etter akutt hjerneslag.

Utgreiinga har ført til ei anbefaling frå dei regionale helseføretaka til HOD om å vurdere å innføre ni faglege styringsindikatorar innanfor fem fagområde. Det er anbefalt at befolkningsperspektivet (helseføretaka sine opptaksområde) blir utgangspunkt for faglege styringsindikatorar i det vidare arbeidet.

Personell, utdanning og kompetanse

- Utvikle Nasjonal bemanningsmodell som eit verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.

Nasjonal bemanningsmodell er vidareutvikla og oppdatert med nye NPR og SSB tal. Det er og tatt med eit breiare kunnskapsgrunnlag som har styrka modellen. Brukargrensesnittet er blitt meir tilgjengeleg for å sikre at modellbrukarar skal ha meir rettleiing i bruken av modellen. Helse Bergen HF har bidratt til ein omfattande kartlegging av speialsjukepleiarutdanninga. Inndelinga er blitt ein del av nasjonal bemanningsmodell, og gir eit godt grunnlag for å ha fokus på nyttig, viktig og strategisk vidareutdanning for sjukepleiarar. Modellen er nå tatt i bruk i dei fire regionale helseføretaka, og alle landets helseføretak har utpekt modellbrukarar. Nasjonal bemanningsmodell er tatt i bruk i alle regionar/HF.

Helse Vest har leia arbeidet med gjennomføring av tre pilotar/fag for scenarioanalysar. Hensikta har vort at det skal vere eit felles kunnskapsgrunnlag for korleis metodikk og verktøy kan nyttast i strategisk planlegging. Resultata er formidla til fag- og PO-direktørar gjennom interregionale møte, og vil bli nytta i utviklinga av ei nasjonal dreiebok for scenarioanalyser og bruk av Nasjonal bemanningsmodell.

- Gjere synleg utdanningsaktivitet i sjukehusa. Gi departementet årleg innspel på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innanfor området. Departementet vil tydeleggjere rammer og frist for innspelet.

Helse Vest har kvart år sidan 2009 samanstilt kunnskapsinnsatsen for kompetanseområdet. Denne er ikkje klar før mars 2017, der vi summerer opp gjennomføringsgrad og omfang av kunnskapsinnsatsen. Helse Vest bidrar med innspel på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innanfor området.

- Leggje til rette for kompetanseutvikling, vidare- og etterutdanning, vidareutvikle tilbod gjennom e-læring, simulatortrening o.l.

Helseføretaka skal etablere kompetansemål og kompetanseplanar i kompetanseportalen.

Det er etablert regionale, lokale og fagspesifikke kompetansekrav. Utvikling av kompetansemål og kompetanseplanar er eit langsiktig arbeid. Ved utgangen av 2016 var det 72 499 tildelte kompetanseplanar, og 624 266 tildelte kompetansekrav i Kompetanseportalen for medarbeidarar i føretaksgruppa i Helse Vest. Det er eit mål at føretaksgruppa har eit strategisk fokus på kompetanseområdet på både kort og lang sikt. For å sikre at innsatsen blir målretta, nyttar ein difor framskrivingsmodellar og analysar av behov og kapasitet for å sikre rett tiltak og innsats. Helseføretaka må som del av sine utviklingsplanar også ta omsyn til nødvendige kompetansetiltak.

- Etablere eit regionalt utdanningssenter ved regionsjukehuset for å ivareta læringsaktivitetar og andre oppgåver i ny ordning for legane si spesialistutdanning. Vidare skal helseføretaket delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordna spesialistutdanning, og planleggje for å setje i verk læringsaktivitetar av del 1 av spesialistutdanninga etter ny ordning, for oppstart i 2017.

Helse Vest har etablert eit regionalt utdanningssenter, som er lagt til Helse Bergen HF. Regionalt utdanningssenter har lagt til rette for brei involvering av helseføretaka, og mandatet reflekterer deira posisjon og forventning til samhandling på vegne av føretaksgruppa Helse Vest. Regionalt utdanningssenter er i operativ drift. Helse Vest har mellom anna sikra at det er gjennomført ei kartlegging av gjenstående utdanningsløp for noverande LIS-legar for å sikre at pågåande utdanningsløp blir godt planlagde i kvart av føretaka, og mellom føretaka. Det er og lagt til rette for ein omfattande høyringsprosess for læringsmåla for LIS 2 og 3 med frist april 2017. Dette arbeidet blir koordinert av Regionalt utdanningssenter saman med fagkomitéar med fagleg representasjon frå kvart av helseføretaka.

Forskning og innovasjon

- I samarbeid mellom dei fire regionale helseføretaka og under leiing av Helse Sør-Øst RHF er det gjennomført eit forskingsbasert pilotprosjekt basert på eit eigna informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseføretaka, med deltaking frå både universitetssjukehus og andre helseføretak, jf. tilrådingar i rapport frå NIFU frå 2015.

Med deltaking frå sjukehus i alle dei fire RHF-a og Induct, leverandør av innovasjonsverktøy, er det i 2016 gjennomført pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Rapport med oppsummering av arbeidet og seks konkrete anbefalingar var ferdigstilt i desember og overlevert i møte hos HOD den 13.12.2016.

- Følgjande tre tiltak frå regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 skal implementerast: Det skal etablerast eit nytt felles program for klinisk behandlingforsking i spesialisthelsetenesta i samarbeid med Noregs forskingsråd, noko som kan bidra til at fleire pasientar får tilbod om deltaking i kliniske studiar. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjonar som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrkt ved universitetssjukehusa. I den nasjonale forskingsinfrastrukturen for kliniske studium, NorCRIN, skal det etablerast kontaktpunkt for tidleg fase kliniske studiar t og industrien skal inviterast inn i nettverket.
1. Program for klinisk behandlingforsking blei vedteke i inter-regionalt AD-møte 25. april 2016. Dei fire RHF-a samarbeider om utlysing av midlane, som for 2016 er ca. 130 millionar kroner. Midlane blir lyst ut gjennom eSøknad, som er RHF-a sitt elektroniske system for søknadsinnhenting og - vurdering. Fristen var sett til 12. oktober 2016. AD-møtet vil vedta tildeling av midlar på møtet 27. februar 2017. Det vil bli lyst ut nye midlar knytt til programmet, med frist 30. april 2017. Nettsida for program og utlysing: <http://kliniskforskning.rhf-forsk.org/utlysning/>.
 2. Regionale oppgåver i samband med oppdraget er å sikre regional tilgang til utstyr og infrastruktur, samt gje støtte og medverke til regional involvering i innkjøp og andre prosessar.
 3. Det er gjennomført ei kartlegging og formidling av kontakt mellom helseføretaka i regionen og legemiddelindustrien.

Helseføretak med universitetssjukehus har i 2016 fått styringskrav om å styrke infrastruktur for utprøving av innovasjonar. Dette skal gjerast gjennom etablering av eit testmiljø/lab der det er mogeleg å kombinere IT, medisinsk utstyr, kompetanse og utnytting av eksisterande infrastrukturar som biobankar og register, med formål om å betre diagnostikk og behandling. Desse helseføretaka har også fått krav om å etablere kontaktpunkt for tidleg-fase kliniske studiar.

Status ved helseføretak med universitetssjukehus er som følgjar:

Helse Stavanger:

Det er p.t. ikkje etablert eigne testmiljø som inkluderer ein kombinasjon av dei skisserte elementa (sjå over), men det blir arbeidd med dette. Frå 2017 vil føretaket ha sett i drift ein eigen forskingspost, som det første organiserte testmiljøet.

Helseføretaket har også etablert eit samarbeid med Helse Vest IKT om utprøving av utstyr, både gjennom testlab og gjennom eit pågåande samarbeid med sjukehuspartner om MediCloud. Helse Stavanger jobbar vidare saman med Norwegian Smart Care Cluster for å utvikle eit rammeverk/ein infrastruktur for eit testmiljø, der moglege utprøvingssarenaer og avtalar er kjent for dei ulike utprøvingssfasane. Dette involverer også andre aktørar enn spesialisthelsetenesta, som for eksempel kommunar og pasientar.

Inntil no har *Stavanger Helseforskning AS* vore det einaste organiserte testmiljøet som føretaket kan nytte. Føretaket eig 48 prosent av selskapet. Her har alle kliniske studiar med ekstern finansiering blitt utført under leiing av fagpersonell frå Helse Stavanger. Dette er for det meste studiar i fase 3, med ein liten del studiar i fase 2b og 4. Eininga utfører ikkje studiar i fase 1 og 2a (tidlegfase-studiar).

Ambisjonen er å ha eigne testfasilitetar og testmiljø i samarbeid med andre, for å kunne nytte seg av kvarandre sin kompetanse.

Det er etablert eit sentralt biobanklager for helseføretaket, og det er planar om ein auke av kapasiteten samt effektivisering gjennom anskaffing av ei robotisert lagringseining i 2018. Dette vil gjere det enklare å standardisere og effektivisere lagringa av biologisk materiale, og slik leggje til rette for utveksling med andre forskingsmiljø. Det blir etablert eit springssystem for biobankane. Dette vil gi betre oversikt over fysisk plassering og tilknytt metadata, og slik sett tillate meir rasjonell utveksling av biologisk materiale. Dette systemet er samordna i Helse Vest, og vil bli sett i drift i 2017.

Helse Stavanger har til no ikkje hatt tilgang til eigne fasilitetar for tidlegfase kliniske studiar, og har ikkje vore involvert i slike studiar i 2016.

I tråd med føresetnadane for partnerskapet NorCRIN er det gjennomført eit internt prosjekt for å etablere ein første klinisk forskingspost ved føretaket. Det er vedteke at ei slik eining skal inngå i budsjettet for 2017. Det er starta ein prosess for å tilsette kvalifiserte prosjektsjukepleiarar ved Forskingsavdelinga, og lokalisering er identifisert. Denne forskingsposten vil mellom anna få ansvaret for å utvikle føretaket sin kompetanse for tidlegfase kliniske studiar.

Helse Bergen:

Det er etablert 2 testmiljø; ein HelseAppLab og ein Innovasjonslab hos Helse Vest IKT.

Følgjande aktivitetar har blitt utført i testmiljøa:

- Inspirasjonsdagar for å utforske ny teknologi
- Utprøving og testing av virtuell integrering på morgonmøta på Kirurgisk klinikk ved ulike geografiske lokalisasjonar
- Brukartesting i samband med nye appar.

Det blir arbeidd med å etablere ein HelseAppLab, innovasjon- og testlab innan IT og brukskvalitet. Dette blir gjort i samarbeid med Høgskulen i Bergen og Helse Vest IKT. Det er eit ønskje om å kunne nyttiggjere seg av infrastrukturen som eksisterer i Bergen og regionen i større grad. Konkret arbeider ein med å etablere ein testlab. I tillegg ser ein på om det er mogleg å etablere ein UX-lab (user experience lab) i samarbeid med andre.

Hausten 2016 sendte føretaket ein søknad til Norges forskningsråd om infrastrukturmidlar til innovasjon og e-helse gjennom ein usability lab. Dette har ført til eit styrka nettverk i Bergen på dette området.

Ein ønskjer å formalisere vidare samarbeid med Helse Vest IKT sin innovasjonslab, og bidra til at fleire kan dra nytte av denne. Det er eit mål å få etablert eit rammeverk for innovasjon og usability lab så snart som mogleg.

Det er etablert kontaktpunkt for tidleg-fase-studier. I 2016 har det kome 18 førespurnader frå farmasøytisk industri via NorCRIN-kontakten om høve til gjennomføring av kliniske studiar. Det har så langt blitt semje om tre av dei, ein av dei blei seinare kansellert av sponsor. Elleve av studiane har ikkje vore aktuelle for sjukehuset, og fire er framleis under vurdering. Ytterlege elleve industristudier er kontraktet i 2016. For desse studiane har ikkje førespurnaden kome via NorCRIN-kontakten. Ti forskarinitierte studiar har nytta seg av NorCRIN-støtte i ulike delar rundt oppstart; for eksempel til søknadar, CRF²⁰, kontraktar og organisering av dokumentasjon.

Det er merksemd på å formidle støttefunksjonen til NorCRIN både internt i føretaket og eksternt, og stadig fleire firma nyttar kontakten. Både interne og eksterne brukarar seier dei er fornøgde med den støtta dei har fått.

- Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien må vurderast og implementerast. Her bør det takast omsyn til sentrale målsetjingar for helseforskinga.

Helseføretaka har fått eit særskilt ansvar for oppfølging av retningslinene for brukarmedverknad i forskning. Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning (KKF) gir bistand til helseføretaka i arbeidet med å få på plass felles nettside og innhald i opplæring av forskarar og brukarar. Arbeidet blir gjennomført i samarbeid med representantar frå det regionale brukarutvalet i Helse Vest (RBU).

Det blei halde eit seminar om brukarmedverknad i januar 2016 med ca. åtti deltakarar frå helseføretaka og dei private institusjonane. Forskarar, brukarar og administrativ forskingsstøtte deltok. Brukarmedverknad var tema på Helse Vest sin årlege forskingskonferanse i oktober 2016 med innlegg frå leiar av det regionale brukarutvalet og forskar innan psykisk helse. Brukarmedverknad er inne blant kriteria for vurdering av søknadar om Helse Vest sine forskingsmidlar. Ut i frå dei målingane som er gjort, er brukarmedverknad relevant for svært mange av prosjekta.

Det blir arbeidd systematisk med brukarmedverknad i forskinga i alle helseføretak. Alle helseføretak arbeider også aktivt med å følgje opp relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien.

Styret godkjende hausten 2016 ein regional innovasjonsstrategi. Denne er også basert på rapporten HelseOmsorg21 med tilhøyrande tiltaksplan. Innovasjonsstrategien i Helse Vest er gitt ein virkeperiode frå 2016-2020.

Eksempel på tiltak i helseføretaka:

Helse Stavanger:

²⁰ Case report form (CRF) – datahandtering.

Helseføretaket arbeider med å utarbeide ein ny forskingsstrategi for perioden 2017-2023. Eit av dei sentrale premissdokumenta for denne strategien er HelseOmsorg21-strategien.

Føretaket har som leiar av to større prosjekt, søkt om utprøving innan immunologi og kardiologi, og deltek også som regional partner i andre søknadar under nytt felles program for klinisk behandlingforsking i spesialisthelsetenesta. Andre sentrale punkt frå strategien som det blir arbeidd med:

Høg kvalitet og sterkare satsing på internasjonalisering av forsking:

- Helse Stavanger har fleire forskarar som arbeidar med problemstillingar inn mot globale helseutfordringar. Spesielt kan nemnast Safer Births-prosjektet, som har som mål å etablere ny kunnskap og nye innovative produkt for å utstyre og auke kompetansen for helsearbeidar, sikrare fødsjar og auka mødre- og nyfødtoverleving i verda. Prosjektet har no 10 phd-studentar frå forskjellige institusjonar i Noreg og Afrika. Ein samarbeider her i eit konsortium med forskarar frå Haydom Lutheran Hospital (HLH), Muhimbili National Hospital, SAFER, Laerdal Global Health, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, Universitetet i Stavanger, Trinity College, Laerdal Medical og Weill Cornell Medical College.
- Om lag tjuofem prosent av føretaket sine publikasjonar er i nivå 2 tidsskrifter.
- Stabilt høgt internasjonalt medforfattarskap på over femti prosent av publikasjonane.
- Satsing for å auke kvaliteten på framtidige søknadar på midlar frå EU-programmet Horisont 2020. Føretaket har vore med på ein søknad som har fått slike midlar i 2016.

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde:

- Dette er ei satsing spesielt i samband med nytt sjukehusbygg. Helseføretaket er aktiv deltakar i fleire nettverk i regionen, og har bidrege til utarbeiding av rapporten «*Næringsutvikling knyttet til nytt sykehus i Stavanger-regionen*».

Samarbeid med kommunane i regionen gjennom felles fagråd for forsking for å bidra til:

- Utvikling av samarbeid om forsking mellom kommunanes helse- og omsorgsteneste og spesialisthelsetenesta.
- Gjensidig kunnskapsoverføring for å styrke og vidareutvikle forsking både i kommunane og helseføretaket.
- Forbetre kvalitet i tenestetilbodet i kommunane sine helse- og omsorgstenester gjennom medverknad og tilrettelegging for praksisnær forsking.
- Fremje forsking og bruk av forskingsbasert kunnskap for tilsette i kommunane sine helse- og omsorgstenester.

Ein allmenlege har disputert, og ein til vil snart disputere i samarbeidsprosjekt mellom kommunane og Helse Stavanger.

Helse Fonna:

HelseOmsorg21-strategien er lagt til grunn for føretaket sin strategi for forskning og innovasjon, gjeldande for 2016-2020.

Helse Fonna har i 2016 tildelt sju stimuleringsstipend (fire for PhD-søknad og tre for forskarar på postdoctor nivå). Ved tildeling av stimuleringsstipend er målsetjingar i HelseOmsorg21-strategien lagt til grunn, for eksempel vurdering av grad av brukarmedverknad, kvalitet og nytte. Helse Fonna støttar utvikling av fleire innovasjonsprosjekt, for eksempel bruk av briller som filtrerer bort blått lys i behandling av bipolar lidning, og ViMo (videomodellering), som er utvikling av eit digitalt verktøy til bruk ved oppfølging av pasientar med autisme.

Helse Bergen:

Sentralt i strategien står tema som persontilpassa medisin, biobankar og auka tilrettelegging og infrastruktur for kliniske behandlingsstudiar. Målsettinga er styrka samhandling mellom akademia, helsetenesta og næringslivet.

Føretaket arbeider med to store investeringsprosjekt som dekker fellesfunksjonar for mange fagområde; etablering av moderne biobankfasilitetar og utgreiing av laboratorium for avansert stamcellebehandling. Biobank Haukeland er oppretta og leiar er tilsett. Automatisert lagringseining vil bli operativ i løpet av 2017.

Gjennom deltaking i arbeidet med Helse Vest sin innovasjonsstrategi, er det spelt inn kva for punkt og forslag til tiltak som bør gjennomførast i regionen og på sjukehuset, og helseføretaket jobbar etter det som blei meldt inn. Dette inkluderer alt frå IT, helseregister, brukardriven innovasjon, innovasjonskultur, offentlege anskaffingar og næringsutvikling.

Helse Førde:

Helseføretaket har spesielt merksemd på desse tre områda:

Auka brukarmedverknad:

- Helse Førde har tilsett ein medforskar som bidrar i alle deler av forskingsprosjekta, der det er relevant. Vedkommande deltek også i vitskapleg publisering.
- Medforskningsgruppe deltek i utvikling av fleire forskingsprosjekt, og deltek vidare aktivt i fokusgruppeintervju.

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde:

- Helse Førde har arrangert ein dialogkonferanse med næringslivet om mellom anna innovative offentlege kjøp.
- Det er inngått ein samarbeidsavtale med Kunnskapsparken i Sogn og Fjordane. Dei er Helse Førde sin kommersialiseringsaktør, og hjelper med å kommersialisere forskings- og innovasjonsprosjekt.
- Det er inngått offentleg forskings- og utviklingskontrakt (OFU) med privat firma knytt til tolketenester.

Helsesdata som nasjonale fortrinn
Helse Førde har utvikla eit tilbakemeldingssystem i psykisk helsevern, med strukturerte og jamlege tilbakemeldingar frå brukarane (PROMS) i konsultasjonane med behandlar. Data blir vidare registrert i eit kvalitetsregister, og kan gjenbrukast i forskings- og kvalitetsforbetringsprosjekt.

3. Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Mål 2016:

- Kwart regionale helseføretak skal i 2016 lyse ut driftsavtalar for avtalespesialistar, med sikte på at talet på avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Helse Vest lyste hausten 2016 ut nyoppretta avtaleheimel i augesjukdommar i Bergensområdet. Det blei også lyst ut ledig avtaleheimel i ØNH-sjukdommar i Stavangerområdet.

Andre oppgåver 2016:

- I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga, jf. oppdragsdokument 2016, blir det frå og med andre halvår 2016 gitt særskild styringsmessig prioritet til fagområda ortopedi og psykisk helsevern.

Det skal etablerast eit sett med indikatorar som måler kapasitetsutnytting og effektivitet. Indikatorsettet skal innehalde indikatorar som gjer det mogleg å samanlikne kapasitetsutnytting og effektivitet på tvers av sjukehus, og det skal primært målast på det nivået der pasientbehandlninga faktisk skjer, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonseining. Frå og med andre halvår 2016 skal desse indikatorane inngå i dette indikatorsettet, jf. leveranse av 1. juni 2016 frå regionale helseføretak for nærmare definisjonar: Nytilviste (tal per 1000 innbyggjarar og prosentdel per eining), tilvisingar som ikkje får rett til helsehjelp (tal per 10 000 innbyggjarar og prosentdel per eining), polikliniske kontrollar (tal per 1000 innbyggjarar og prosentdel per eining, avgrensa i første omgang til ortopedisk fagområde), tentativ tid til kontakt (nytilviste pasientar og pasientar i forløp der den planlagde datoen for kontakt er overskriden) og ambulansetjenester (tal per 10 000 innbyggjarar og prosentdel per eining). Endelege definisjonar og tal for fagområda ortopedi og psykisk helsevern skal rapporterast inn til departementet seinast 15. oktober 2016 og gåast gjennom på tertialoppfølgingsmøtet andre halvår 2016. Det skal vidare vurderast korleis styringsindikatorar kan understøtte eigarstyring og avgjersler frå leinga, og korleis dei kan bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerande tiltak.

I den styringsmessige oppfølginga skal det takast i bruk systematiske samanlikningar mellom sjukehus av gjennomsnittleg liggetid og prosentdel dagbehandling for utvalde prosedyrar/pasientforløp. Utvalet av prosedyrar skal ikkje avgrensast til dei prioriterte fagområda. Det skal leggst vekt på å identifisere prosedyrar med høgt volum og/eller lang ventetid, som det samtidig er mogleg å definere og rapportere på innan den aktuelle tidsfristen. For dagbehandling kan ein blant anna ta utgangspunkt i dei ortopediske prosedyrane for dagkirurgi foreslått i leveransen av 1. juni. For gjennomsnittleg liggetid skal dei regionale helseføretaka blant anna vurdere dei prosedyrane som helseføretaka i Helse Sør-Øst i dag måler gjennomsnittleg liggetid for i si kvalitetsstyring. NPR skal samanlikne og publisere dataa for dagbehandling og gjennomsnittleg liggetid på prosedyrenivå basert på utvalet av og definisjonar av prosedyrar som er fastsette av dei regionale helseføretaka. Desse samanlikningane skal rapporterast inn til departementet seinast 15. oktober 2016 og gåast gjennom på tertialoppfølgingsmøtet andre halvår 2016.

Indikatorsettet, tal på fagområde og tal på prosedyrar skal byggast ut frå og med 2017, jf. oppdrag med frist 1. november 2016 gitt i oppdragsdokument 2016. Som del av leveransen til 1. november skal dei regionale helseføretaka summere opp erfaringane frå prosjektet "Global Comparator Program som nasjonalt pilotprosjekt". Dei regionale helseføretaka skal i samråd med Helsedirektoratet vurdere om dette prosjektet eventuelt kan vidareutviklast til ei nasjonal løysing, eventuelt foreslå konkrete alternativ som kan sikre den same funksjonaliteten på kort til mellomlang sikt.

Arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga skal sjåast i samheng med og koordinerast tett med oppdraget om å måle urettvis variasjon i forbruk av helsetenester for eit utval av prosedyrar innan 1. november 2016. Vi viser til at dette oppdraget blei gitt til dei regionale helseføretaka under leiing av Helse Nord i oppdragsdokument 2016.

Helseføretaka i Helse Vest har over lengre tid jobba målretta med å redusere fristbrot og ventetider. Ei lang rekke tiltak er sett i verk i alle helseføretak. Leiarar har fått ein meir heilskapleg styringsinformasjon som eit av fleire viktige bidrag for å redusere ventetid og unngå uønskt variasjon. Helse Vest har saman med helseføretaka sett nærare på ventetid for alle omsorgsnivå og fag. Det er få fagområde/spesialitetar som har ein gjennomsnittleg ventetid som er over 65 dagar. Eit stort tal fag har ventetid som er betydeleg kortare enn kravet. Helse Vest har gått gjennom ventetida for kvart av helseføretaka per fagområde og omsorgsnivå. Det er laga prognosar for forventning til ventetid per omsorgsnivå og fagområde for 2017. Dette er eit godt grunnlag for å følgje opp kvart enkelt fagområde på ein god måte.

Tiltaka i programområdet «Alle møter» og «Vestlandspasienten» har vore sentrale i dette arbeidet. I «Alle møter» inngår informasjon, felles arbeidsprosessar og IKT-løysingar som både skal involvere og mellom anna legge til rette for kortare ventetid:

- Kommunikasjon og digital involvering mellom helseføretaka og innbyggjarane.
- Planlegging av alle typar ressursar for kvart pasientforløp.
- Vurdering av tilvisingar, inntaksplanlegging og tildeling av time.
- Felles regionale prosedyrar for god planlegging og gjennomføring av pasientforløp.

I «Alle møter» er avansert oppgåveplanlegging ein viktig del av arbeidet for å redusere ventetidene. Sjå kap. 4.2 og 5.1 for nærare omtale av programområdet.

Sjå rapporteringa i kapittel 2.1 og 2.3 over. Arbeidet i den interregionale arbeidsgruppa (AIM), er samordna med Helse Nord- SKDE sitt arbeid, og arbeidet i regi av Helseatlas i Helse Vest. Helseatlastenesta i Helse Vest, lokalisert til Helse Førde, er ved leiar representert i arbeidsgruppa AIM. Styringskravet om samordning er dermed nådd.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Andre oppgåver 2016:

- RHF skal levere kort status for arbeidet med å etablere system som sikrar komplette og korrekte data om bruk av tvangsmiddel i psykisk helsevern til NPR. Komplette data om bruk av tvangsmiddel for 2014 og 2015 skal vere levert til NPR innan 15. september.

Helse Vest etablerte i april 2015 eit regionalt prosjekt for å sikre lik og rett registrering av tvang «*Sikre felles rutiner for registrering av bruk av tvang*». Prosjektet er leia av Helse Vest RHF, med to deltakarar frå kvart av helseføretaka, ein med fagkompetanse og ein med registreringskompetanse.

Helseføretaka i Helse Vest har i mange år arbeidd systematisk med tiltak for å betre rapporteringa og registreringa av bruk av tvang. Likevel fann prosjektgruppa ei rekkje utfordringar som kvar for seg, og til saman bidrar til dårleg datakvalitet. Eksempelvis blei det funne ulik forståing av definisjonar, juridisk grunnlag, utfordringar knytt til sjølve rapporten og meldingsformat i NPR, uhensiktsmessige løysingar i journalsystem, og registrering av same informasjon i fleire system og til ulike formål (papirprotokollane og i DIPS).

Prosjektet «*Sikre felles rutiner for registrering av bruk av tvang*» har kome langt i å sikre lik forståing og lik registrering av bruk av tvang i helseføretaka. Ein har starta med å sikre felles rutinar i innleggings- og vedtaksprosessen. Det blir no jobba med felles rutinar for registrering i kap. 4 i psykisk helsevernlova.

Prosjektet blir avslutta 1.5.2017.

3.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik

Andre oppgaver 2016:

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for ein nasjonal opplysningskampanje i 2016 for å lære folket å identifisere symptom på hjerneslag, jf. brev til Helsedirektoratet av juni 2016. Helsedirektoratet har starta ein prosess som involverer brukarar og tenesta med sikte på ei tilråding om eit akronym eller ei symptombeskriving som kan ligge til grunn for ein nasjonal kampanje. Vi ber dei regionale helseføretaka om å delta i arbeidet med å planlegge og rulle ut kampanjen.

Helse Vest har delteke aktivt i arbeidet med Helsedirektoratet sin Hjerneslagskampanje Prate, Smile, Løfte. Fleire representantar frå slagmiljøa i Helse Vest, samt ein representant frå kommunikasjonsavdelinga i Helse Vest RHF, har delteke i den eksterne referansegruppa som har gitt innspel til kampanjen frå konseptfasen starta i juni 2016 til kampanjestart 28. oktober.

I Helse Vest er informasjonskampanjen blitt godt forankra både i fagmiljøa ved dei enkelte sjukehusa og i kommunikasjonsavdelingane. I tillegg blei informasjon om kampanjen sendt ut i den prehospitale kjeda før kampanjestart, og AMK-sentralane blei brifa om at dei kunne få fleire telefonar i kampanjeperioden.

Helse Vest har deltatt aktivt i spreinga av kampanjen i sosiale media, og har delt alle dei tre filmene som blei laga av Helsedirektoratet på facebook og twitter. Helse Vest har også betalt opp visning av filmene på facebook. Kampanjen er etter vår erfaring blitt godt mottatt, både internt i sjukehusa og av innbyggjarane på Vestlandet.

Det har vore noko vanskelegare å få selt inn gode pr-saker om tema til lokale media. Ei årsak til dette kan vere at Helse Vest i seinare tid har hatt fleire regionale informasjonskampanjar om hjerneslag, og at tema ikkje var like nytt og spennande for media.

Helse Vest har likevel lukkast godt med å spreie informasjon i sosiale medium om symptom på hjerneslag, og om kor viktig det er å ringe 113 med ein gong, og håper det betyr at fleire kjem raskare til behandling. Helsedirektoratet planlegg eit nytt innstøt av kampanjen i romjula og nokre dagar ut i januar 2017. Helse Vest vil da støtte opp om og dele dette i sosiale medium.

- Departementet la 3. juni 2016 fram Meld. St. (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Basert på Stortinget si handsaming av meldinga skal departementet fastsette nye rammer for dei regionale helseføretaka sine avgjersler om å innføre nye metodar, samt sende på høyring eit forslag til reviderte forskrifter på legemiddelområdet. For å understøtte

arbeidet i departementet ber vi om at Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samråd med dei regionale helseføretaka, set i verk desse punkta:

- Ei utgreiing av korleis dei foreslåtte prinsippa for prioritering, særleg forslaga knytte til unntak, skjønsmessige vurderingar og alvorlegheit, kan konkretiserast og operasjonaliserast. Utgreiinga skal ikkje ta for seg spørsmålet om korleis alvorlegheit og skjønsmessige vurderingar skal vektast inn i avgjerslene om å finansiere nye legemiddel og nye metodar.
- Eit arbeid basert på forslaga i meldinga for å revidere Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet sine rettleiarar for metodevurderingar og Helsedirektoratet sin rettleiar for økonomisk evaluering av helsetiltak.

Statens legemiddelverk skal leie arbeidet. Nærmare innretning og timeplan for utgreiingsarbeidet skal avklarast nærmare med departementet innan 1. september 2016. Det skal gjerast unntak frå innsyn i leveransar til departementet, jf. § 15 i offentleglova.

Med utgangspunkt i forslaga i Meld. St. 34 (2015-2016) ber vi regionale helseføretak, i samråd med Statens legemiddelverk, om å sette i verk eit arbeid med sikte på å etablere ein felles praksis for korleis alvorlegheit og skjønsmessige vurderingar, medrekna vurderingar knytte til høvesvis usikkerheit og budsjettverknader, skal vektast inn i avgjerslene om å finansiere nye legemiddel og nye metodar. Arbeidet må rettast inn med atterhald om endringar i rammene for arbeidet som kan følgje av Stortinget si handsaming av meldinga.

Dei regionale helseføretaka skal, saman med Statens legemiddelverk, hjelpe Helsedirektoratet i utgreiinga knytt til høvesvis kriterium for fordeling av finansieringsansvar for legemiddel mellom folketrygda og dei regionale helseføretaka, system for avklaring av finansieringsansvar før legemiddel får marknadsføringsløyve, og ein plan for ev. overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemiddel eller grupper av legemiddel frå folketrygda til dei regionale helseføretaka, jf. brev til direktoratet om dette i juni 2016.

Helse Vest deltok i desse to arbeida, leia av Statens Legemiddelverk. Eigne rapportar blei levert til HOD til oppsett frist.

Meld. St. (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* blei vedteke i Stortinget før jul 2016. I 2017 vil Helse Vest delta i eit vidare arbeid saman med Statens legemiddelverk og dei andre RHF-a for å implementere føringane frå meldinga.

4. Rapportering på krav frå føretaksmøtet

Rapporteringa skal følgje 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 leggjast til i avsnitt 3.4, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

4.1 Krav og rammer for 2016

- **Styring og oppfølging**

- Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka oppdaterer overordna planar for regionen etter at Nasjonal helse- og sjukehusplan er behandla i Stortinget. Regjeringa legg opp til å legge fram ein nasjonal helse- og sjukehusplan kvart fjerde år. Føretaksmøtet bad om at dei regionale helseføretaka tilpassar planprosessane til dette og har like tidshorisontar for sitt planarbeid.

Styret i Helse Vest RHF vil våren 2017 vedta ny verksemdstrategi – Helse 2035. Strategien rettar seg etter føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan, og vil på eit overordna plan beskrive korleis Helse Vest skal utvikle spesialisthelsetenesta på Vestlandet fram mot 2035. «Pasientens helseteneste» er eit berande prinsipp i utforminga av verksemdstrategien, og skal prege alle deler av aktiviteten i Helse Vest.

Helseføretaka vil i styringsdokumentet for 2017 få krav om å leggja Helse 2035 til grunn i deira strategi- og utviklingsplanarbeid.

- Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka følgjer opp forhold som omtalt i Dokument 3:12 (2014–2015) Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseføretakene, samt Dokument 3:2 (2015–2016) Sak 4 Helseføretakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnkirurgisk pasientbehandling.

Basert på Riksrevisjonen si undersøking av pleieressursane i helseføretaka, og aktivitetsutvikling innanfor dag- og døgnkirurgisk pasientbehandling, har Helse Vest etablert kunnskapsgrunnlag for leiarar, *Samskapt planlegging*, der informasjon om ressursbruk, arbeidsplanar, senger mm. er samanstilt. Leiarar i helseføretaka har vore involverte. Målsettinga for dette prosjektet er å gjere leiarane i stand til å planlegge for dynamiske pasientforløp. Det skal vere mogleg å planlegge aktivitet og bemanning i samanheng, der ein planlegg forventta aktivitet, og alle ressursar som er nødvendige for å utføre aktivitetane.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om fortsatt å prioritere leiing og leiarutvikling som tar hand om heilskaplege pasientforløp på tvers av profesjonar, avdelingar, institusjonar og nivå i helsetenesta, og ha stor merksemd på kvalitet, pasienttryggleik, kontinuerleg forbetring og innovasjon.

Føretaksgruppa Helse Vest har etablert leiarprogram regionalt, som er eit felles introduksjonsprogram for alle nye leiarar i heile føretaksgruppa. Vidare har helseføretaka etablert lokale leiarprogram som skal støtta utviklinga på alle leiarnivå. I alle program inngår kvalitet og forbetring i eit breitt spekter som ein naturleg del. I tillegg prioriterer føretaksgruppa i Helse Vest deltaking på nasjonalt toppleiarprogram. Deltakinga skal balansere somatikk/psykiatri, kvinner og menn. Det har vore vellukka å sikre felles leiarprogram for somatikk og psykiatri. Eit stor tal av deltakarane på nasjonalt toppleiarprogram har gått inn i nye roller og oppgåver. Alle som deltek på nasjonalt toppleiarprogram presenterer sine prosjektoppgåver på felles regional toppleiarssamling.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt

Helse Stavanger:

Dei nyttar nasjonal bemanningsmodell som eit verktøy for å utarbeide utviklingsplanar for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov. Føretaket er i ferd med å prøve ut bemanningsmodellen i samband med sjukehusutbyggingsprosjektet.

Helse Fonna:

Føretaket bidrar i arbeidet med nasjonal bemanningsmodell, og har særskilte ressurspersonar knytt til dette arbeidet. Desse deltek på informasjons-, kunnskaps- og erfaringssamlingar regionalt. Modellen er så langt ikkje nytta internt i føretaket, men vil få auka relevans i arbeidet med utviklingsplan for føretaket.

Helse Bergen:

Føretaket har bidratt til vidareutvikling og bruk av nasjonal bemanningsmodell som eit verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov både i regionen og nasjonalt. Føretaket har leia det nasjonale arbeidet når det gjeld bruk av modellen til dei fem områda innan ABIOK²¹. Det er etablert semje om kva som skal inn i modellen, og alle føretaka har kvalitetssikra eigne personaldata innan desse gruppene. Første simulering er planlagt november 2016. Utover dette er det vedtatt nasjonalt å ikkje å simulere for sjukepleiarar og andre grupper av spesialsjukepleiarar.

Modellen vil bli pilotert som del av det regionale prosjektet knytt til faste LIS, og erfaringar frå dette vil bidra til vidareutvikling.

Helse Førde:

Føretaket har representantar som deltek inn i arbeidet med nasjonal bemanningsmodell.

²¹ ABIOK – vidareutdanning i anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsjukepleie.

Det er eit pågåande arbeid knytt til betre kompetanse av analyse i føretaket, som mellom anna kan vere med på å understøtte vidareutvikling av nasjonal bemanningsmodell. Helse Førde har sett på modellen i samband med arbeidet med langtidsplanlegging av framtidig kompetansebehov.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å legge til rette for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta om leiing og leiarutvikling.

Nasjonal leiing har på vegne av dei fire regionale helseføretaka gjennomført dialogmøter med KS, og det er gitt ein felles tilbakemelding til HOD i tråd med styringskravet.

Fleire av helseføretaka i Helse Vest har starta eit samarbeid med kommunar om leiarutvikling.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka utarbeide felles rettleiar for arbeidet med utviklingsplanar innan 1. mai 2016

Rettleiar for arbeidet med utviklingsplanar er utarbeidd i tråd med oppdraget. Styret i Helse Vest RHF gjorde endeleg vedtak med godkjenning av rettleiaren i styremøte 20. juni 2016.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka gjennomføre årleg gjennomgang av kvaliteten i helseføretaka basert på føreliggjande samanliknbar statistikk jf. tidlegare stilte krav og delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette

Det blir utarbeidd ei styresak kvart tertial, der dei nasjonale kvalitetsindikatorane blir presentert. Denne gir ei framstilling av utviklinga på dei aktuelle kvalitetsindikatorane både på nasjonalt og regionalt nivå. Helse Nord og Helse Vest samarbeider framleis med Helsedirektoratet for å gjere datagrunnlaget for kvalitetsindikatorane meir «databasevennlege», samstundes som Helse Vest arbeidar med ein modell i Excel der aktuelle data skal lastast inn. Det står framleis att eit utviklingsarbeid på å gjere datagrunnlaget betre eigna for analyseformål.

Organisatoriske krav og rammer

- **Bemanning**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å føre vidare arbeidet for å betre pasienttryggleiken og sjå dette i samanheng med arbeid med helse-, miljø- og tryggleik

Helse Vest har i tråd med styringskravet delteke i felles inter-regionalt prosjekt. Det er gjennomført ei pilotundersøking i pasienttryggleik/HMS for alle tilsette i Helse Førde HF. Pilotundersøkinga blir presentert for FAMU i Helse Førde i februar 2017. Erfaringane vil bli presentert for inter-regionalt prosjekt.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka fortsatt ha merksemd på bruk av faste stillingar, heiltid og vikarar, og at bemanninga må bli tilpassa aktiviteten

Føretaksgruppa Helse Vest har hatt gode resultat for utvikling av ein heiltidskultur. Utviklinga blir følgd månadleg. Tal faste stillingar går opp, del høgare stillingsprosent går opp og tal medarbeidarar som har endra til høgare stillingsprosent går opp. Sidan desember 2010 har 6 176 medarbeidarar fått høgare stillingsprosent i Helse Vest. Av desse har 4 033 fleire medarbeidarar fått 100 % stilling, og 2 143 har fått høgare stillingsprosent. Målet er at fleire stillingar skal lysast ut i 100 %.

Helse Vest har redusert bruk av innleidde vikarar, vikarar nyttast i tråd med aml²²-reglane.

Helse Stavanger:

Samarbeider med arbeidstakarorganisasjonane, og arbeidar aktivt med å redusere deltids- og midlertidige tilsetingar. Alle sjukepleiarar blir tilbydd fast stilling, og ønska stillingsstørrelse dersom dei vil jobbe på fleire avdelingar.

Helse Fonna:

Det er ein reduksjon i bruken av midlertidige stillingar i føretaket. Den korrigerte gjennomsnittlege stillingsstørrelsen for fast tilsette per oktober 2016 er 87,33 %. Målkravet er 89.30 %. (Etter korrigering i heiltidsmodulen per april har Helse Fonna hatt om lag 2 prosentpoeng lågare gjennomsnittleg korrigert stillingsprosent enn før oppgradering). Faste stillingar, heiltid og vikarar har kontinuerleg fokus og blir overvaka gjennom saksbehandling av stillingar i stillingsutvalet. Tiltaka for å auke heiltid er mellom anna tilsetjing for fast tilsette medarbeidarar i bemanningssenteret (auka stillingsbrøk/ heiltidsstilling), tilbod om fast 100% stilling etter avslutta læretid for helsefaglærlingar, kombinasjon av stillingar på tvers av einingar og fast tilsetjing i 100% stilling gjennom trainee-ordninga. Registreringar i heiltidsmodulen om ønskje om høgare stillingsbrøk blir følgt opp.

Det vert kontinuerleg arbeidd med å ha ei aktivitetsretta bemanning, der pasienten sine behov er i fokus. Føretaket deltek i prosjekt «Samskapt planlegging» - ein modell som gir styrings- og leiingsinformasjon om aktivitet og bemanning på alle nivå i føretaket. Føremålet er å nytte den faglege kapasiteten meir hensiktsmessig/optimalt, og slik kunne behandle fleire pasientar innan same ressursramme gjennom betre planlegging og skjerming av pasientretta arbeid.

²² Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljølova)

Helse Bergen:

Utlysning av ledige stillingar følgjer vedtekne retningslinjer for bruk av heiltidsstillingar i Helse Bergen. Føretaket har ein langsiktig trend med auka bruk av fast tilsette. Mellombelse behov for arbeidskraft blir i større grad erstatta av faste stillingar i linja og i Bemanningssenteret.

Helse Førde:

Har kontinuerleg fokus på bruk av riktig stillingsform og storleik gjennom månadlege møte i stillingsutvalet, der alle stillingar skal godkjennast før utlysning. Helse Førde nyttar minimalt med innleige. Bemanninga vert heile tida styrt mot tilpassingar knytt til aktivitet og pasientbehov så langt det let seg gjere innanfor dagens regelverk.

Sjukehusapoteka Vest (SAV):

Hovudregel i SAV er, i høve til B-dels²³ overeinskomstar, tilsetjing i heil, fast stilling. SAV rapporterer på del faste og midlertidig stillingar i alle styremøte og drøftar det med tillitsvalde ein gong per år. Midlertidige stillingar er i all hovudsak vikariat, og deltidsandel er låg. Det er ingen som er registrert med ønskje om auka stilling per desember 2016.

Behov for bemanning og bemanningsbudsjett er del av SAV sitt budsjettarbeid, inkludert langtidbudsjett.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelege leiarar, spesielt på toppleiar nivå

Gjennom det systematiske arbeidet med interne og eksterne leiarutviklingstiltak og kompetanseplanar for leiarar, blir det arbeidd målretta med å utvikle kvinnelege leiarar.

Kvinnedelen leiarar utgjer 68% av alle leiarar. Kvinnedelen blant toppleiarane ligg nå på om lag 50%, og for mellomleiarar 70%.

Føretak	KVINNER			MENN		
	Toppleiar	Mellomleiar	Totalt	Toppleiar	Mellomleiar	Totalt
Helse Fonna HF	6	48	54	4	22	26
Helse Stavanger HF	9	218	226	8	75	83
Helse Bergen HF	22	302	320	20	114	132
Sjukehusapoteka Vest	1	6	6	2	3	4
Helse Vest IKT AS	0	8	8	1	17	18
Helse Førde HF	4	86	89	8	53	61

²³ B-delen er lokal del av Tariffavtalane, som kan variere frå føretak til føretak

Samla for Helse Vest	42	668	703	43	284	324
----------------------	----	-----	-----	----	-----	-----

	Totalt	Kv. leiarar	Kv. toppleiarar	Kv.mellomleiarar
	1027	68%	49%	70%
Toppleiarar	85			
Mellomleiarar	952			

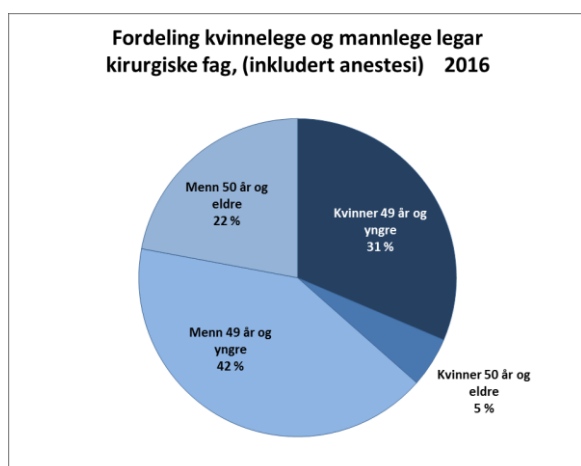
For Nasjonalt toppleiarprogram har det vore eit mål å balansere deltakinga mellom kjønn, og fagområda somatikk og psykiatri. Kvinnedelen har hittil per 2016 vore på om lag 60% av alle deltakarar, og representantane frå Helse Vest har fått topp score over lang tid. Føretaksgruppa Hele Vest har hittil hatt 120 deltakarar som har gjennomført Nasjonalt toppleiarprogram

I tillegg har helseføretaka delteke med leiarkandidatar til «frist meg inn i ledelse», som er eit kurs Legeföreningen har etablert, retta mot kvinnelege legar som ønskjer å bli leiarar.

Det er etablert eit program for mobilisering av leiartalent, der Helse Stavanger HF var første pilotføretak i Helse Vest i 2015. Helse Bergen HF har deltatt her i 2016.

Helse Vest har etablert felles introduksjonsprogram for alle nye leiarar i føretaksgruppa.

Når det gjeld balansen mellom kvinnelege og mannlege legar innan kirurgiske fag ser ein at utviklinga går mot ein betre balanse, særleg blant dei yngre legane:



I Helse Stavanger er fleire av leiarane på toppnivå i føretaket kvinner. I Helse Fonna si toppleiargruppe er seks av ti kvinner. I Helse Bergen er det 50 prosent kvinner i føretaksleiinga. I Helse Førde er det overvekt av kvinnelege leiarar i organisasjonen, og

tre av fire toppleiarar som har vore rekruttert i 2016 (ein av to direktørar, og to av to stadlege leiarar) er kvinner.

I Sjukehusapoteka si føretaksleiing (nivå 1 og 2) er fire av i alt åtte leiarar kvinner, og tre av fire apotekarar er kvinner. På nivå 3 er elleve av i alt tolv avdelingsleiarar kvinner. Ein av seks avdelingsleiarar i Helse Vest IKT er kvinner, og sju av tjuerein seksjonsleiarar er kvinner.

Det er ei utfordring å få til ein god balanse mellom kvinner og menn for leiarar på alle nivå. På enkelte leiarnivå er fleirtalet kvinner, og dette krev at vi må mobilisere og rekruttere fleire menn til desse leiarnivåa.

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

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å etablere system og rutinar som sikrar oppfølging og lukking av avvika som er påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseføretaka si handtering av informasjonstryggleik

Arbeidet med oppfølging av Riksrevisjonens rapport og sikring av system for oppfølging og lukking av avvik har vore fasilitert frå vårt felles Regionalt EPJ-Fagsenter. Regionalt sikkerheitsutval er no i avsluttande fase av revisjonsarbeidet med styringssystem for informasjonssikkerheit, som også vil vere støttande for deler av dei aktuelle funna i rapporten til Riksrevisjonen. Det er gjort endringar i rutinar og gjort oppfølging av tilgangar.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å etablere rutinar som sikrar at alvorlege hendingar i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir informert om til alle helseføretak og leverandørar

EPJ-fagsenteret leier forvaltningsgruppe «systemsvikt», og har fasilitert fleire av hendingane som har vore siste året. Det er utarbeidd rutinar knytt til varsling både regionalt/nasjonalt (NIKT SEF, forvaltningsgruppe for systemsvikt), og til leverandør. I HF-a er det også etablert rutinar for formidling av informasjon om alvorlege hendingar i pasient- journalen.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å i samarbeid vurdere organiseringa av einingar for medisinsk-teknisk utstyr og andre einingar innanfor IKT for å sikre ei samla tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sjukehusa sine system

Det er i dei enkelte helseføretaka etablert tekniske fora og/eller samarbeidsarenaer med faste møter mellom IKT-fagmiljøa, og dei medisinsk-teknisk avdelingane (MTA).

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak

Helse Vest deltar aktivt på alle plan i Direktoratet for e-helse sitt arbeid med felles IKT-tiltak, inkludert i Nasjonalt utval for prioritering av IKT (NUIT), Nasjonalt utval for fag og arkitektur (NUFA) og programmet Felles infrastruktur (FIA).

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning

Helse Vest har her ikkje komme lengre enn at ein har gjort seg kjent med det ny-etablerte senteret for e-helseforskning.

- **Beredskap**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vidareføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planane og systema er koordinerte mellom dei som er omfatta av planane, og gjennomføre øvingar regelmessig

Revidert regional helseberedskapsplan blei styrebehandla hausten 2015. Beredskap for vatn, straum og IKT er ein del av ROS-analyse utarbeidd i samanheng med planrevideringa. Fordelinga av ansvar mellom Helse Vest IKT og helseføretaka når det gjeld risikoanalyser og beredskap for IKT er tydeleggjort i planen. Helseføretaka har revidert/er i ferd med å revidere sine planverk, og arbeider samstundes med nye ROS-analyser.

Det er spesielt gjort greie for status retta mot kritisk infrastruktur for kvart helseforetak under.

Helse Stavanger:

Helseføretaket har utarbeidd nye risikoanalyser for vatn, straum og IKT, og dei som er omfatta av disse planane har vore aktivt med i arbeidet. Risikoreduserande tiltak er sett i verk der dette er mogleg. Deretter er ny risikovurdering utarbeidd. Planverket er i etterkant revidert. ROS- modulen i HelseCIM er nytta i arbeidet med risikoanalyser. På grunn av andre store øvingar, mellom anna ei stor brannøving, har Helse Stavanger ikkje fått gjennomført øvingar knytt til kritisk infrastruktur i 2016.

Helse Fonna:

Føretaket har revidert overordna ROS-analyse i samband med revisjon av beredskapsplanverk hausten 2015 og våren 2016. Det er òg gjort ein meir grundig risikovurdering kva gjeld straum, vatn, avløp og ventilasjon. Det er sett inn risikoreduserande tiltak så langt som mogleg. For bortfall av IKT og telefoni er det dialog om risiko, om varsling og om aktuelle tiltak med Helse Vest IKT i samband med revisjon av SLA²⁴-avtalen. Revidert planverk og øvingsplan for helseføretaket er sett i verk i januar 2017.

Helse Bergen:

Helse Bergen arbeider med ROS-analyse av kritisk infrastruktur. Planane er koordinerte. Det er månadlege nødstraum-testar i helseføretaket. Helse Bergen har beredskapsplan for bortfall av IKT, og har eit tett samarbeid med Helse Vest IKT for å sikre koordinering av planverket.

Helse Førde:

Helse Førde har gjennomført ROS-analyse for vatn og straumtilførsle. Det er sett i verk risikoreduserande tiltak for kritiske område. Likeeins er det gjennomført ROS-analyse for medisinsk nødmeldetjeneste, og det er starta arbeid med ROS av IKT-systema generelt og telefonikommunikasjon spesielt. Helseføretaket har behov for medverknad frå Helse Vest IKT til ROS-analyse for telefoni.

Det er også gjort viktig ROS-arbeid innan brannvern, og her arbeider helseføretaket med å samordne planverk og varslingsystem for alle institusjonane.

Det er gjort nødvendige justeringar av planverket, og overordna plan er revidert i 2016. Vidare er det gjort endringar i nokre av delplanane.

I tillegg til å sikre infrastruktur har føretaket arbeidd med betring av beredskap for farleg gods (CBRNE- kjemiske (C), biologiske (B) radioaktive (R), nukleære (N) og eksplosive (E) stoff).

Det er gjennomført table-top-øving for strategisk beredskapsleiing. Vidare er det gjennomført ei rekkje øvingar prehospitalt. Ny øvingsplan for 2017 tek sikte på å øve fleire ledd i helseføretaket, også med tanke på teknisk drift og miljøstyring. Det er også planlagt CBRNE-øving og trening ved alle somatiske sjukehus og ambulansetjeneste.

Det er gjort utviklingstiltak knytt til bruk av HelseCIM, og det er etablert nye møterom for strategisk beredskapsleiing, beredskapsstab og operativ leiing. Helse Førde har vektlagt gode kommunikasjonsløyser med aktiv bruk av telefoni, naudnett, satellitt-telefonar og video/skype for businessløyser både i beredskap og dagleg drift.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å rapportere årleg på det systematiske arbeidet med beredskap og førebyggjande sikkerheit

Helse Vest RHF har vore i dialog med HOD om kva som er venta av denne rapporteringa.

Helse Vest RHF er blitt informert av HOD om at det ikkje er behov for ytterlegare rapportering for arbeidet med lov om førebyggjande tryggleik. Det blei rapportert til HOD om status for dette den 19. september, i samband med rapport om

²⁴ SLA er ein tenestenivåavtale mellom Helse Vest IKT og helseføretaka.

tryggleikstilstanden i sivil sektor og IKT-tryggleik (jamfør brev frå Justis- og beredskapsdepartementet).

Det har ikkje blitt gitt nærmare føringar på kva som er venta av rapporteringa for beredskapsarbeidet.

Som vist til over så blei revidert regional helseberedskapsplan styrebehandla hausten 2015. Planen er gjeldande frå 2016 til 2018. Det blei gjort eit omfattande arbeid ved denne revideringa. Det er mellom anna lagt vekt på følgjande:

- Strukturen i dokumentet, plan-elementa og omtalen av nasjonale aktørar blei harmoniserte med Nasjonal helseberedskapsplan.
- Varslingsrutinar mellom ulike nivå og einingar er tydeleggjort.
- Samhandling, roller og ansvarstilhøve er tydeleggjort, og 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 betringsarbeid, inkludert øvingar, har fått breiare omtale og er i større grad konkretisert.
- Kommunikasjonsstrategien i regionen er tydeleggjort.
- Det er utarbeidd egne ROS-analysar og beredskapsanalyse som grunnlag for planen. Desse er med i vedlegg.
- Det er utarbeidd ei ny omgrepsliste der merksemd er sett på lik forståing av omgrepa.
- HelseCIM er omtala som felles krisestøttesystem.

Regional helseberedskapsplan er ein rammeplan som omtaler roller og ansvar kva 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. Eit av oppfølgingspunkta er utarbeiding av meir detaljerte objektplanar mellom helseføretak som grensar til kvarandre. Gråsoner som riksvegar, tunnelar, bruer og tog-strekningar i grenseområda mellom to helseføretak er mellom anna ein del av desse planane. Dette arbeidet er godt i gang, og vil vidareførast i 2017.

Det regionale beredskapsutvalet (ReBU) har ein sentral rolle i oppfølginga av den regionale planen. Det er jamlege møter i ReBU og eit godt samarbeid mellom føretaka om dei ulike problemstillingane som kjem opp. Helse Vest IKT, Sjukehusapoteka Vest og Sykehusinnkjøp HF deltek i ReBU saman med sjukehusføretaka og Helse Vest RHF. Det er planlagt minst fire samlingar i 2017. I tillegg kjem telefonkonferansar ved behov. ReBU vil òg delta på inter-regionale samlingar for beredskapsutval i 2017. Ei sentral målsetting her er å bli betre samkjørt på tvers av regionane, samt lære av kvarandre. Beredskapsleiarane i RHF-a har jamlege møter og kontakt for samarbeid på tvers av regionane.

Som vist til over så har helseføretaka arbeidd med å revidere planane sine i tråd med den regionale planen. Det er framleis igjen arbeid med nokre delplanar i føretaka. Helse Vest har òg sin eigen interne beredskapsplan.

Alle helseføretak gjennomfører mange ulike typar øvingar kvart år, både internt og saman med andre aktuelle aktørar som andre nødetatar. Hausten 2016 har det mellom

anna vore gjennomført fleire regionale varslingsøvingar med heile føretaksgruppa. Helse Vest RHF har òg delteke på felles table-top øving med Helse Stavanger. Det vil bli planlagt for større øvingar mellom to eller fleire helseføretak i 2017/2018.

Det blir òg vist til rapporteringa for krav over om kritisk infrastruktur.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å bidra i redningsleiinga ved hovudredningssentralane og i lokale redningssentralar

Helse Vest RHF har vore med i oppnemning av representantar til redningsleiinga ved hovudredningssentralen på Sola og i lokale redningssentralar.

Det er Helse Stavanger og Helse Bergen som bidreg med representantar til dei lokale redningssentralane (LSR).

- **Etablering av ungdomsråd**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om at det i felles retningsliner for brukarmedverking for regionale helseføretak og helseføretak tas inn bestemningar om at alle helseføretak skal etablere ungdomsråd

Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen har alle etablert ungdomsråd.

Helse Førde er i gang med planlegging av ungdomsrådet. Barneavdelinga og psykisk helse for barn og unge har hausten 2016 etablert prosjektet «Brukarmedverknad for barn og unge – metode for innhenting av erfaringar og involvering av barn og unge i Helse Førde», der målet er å danne grunnlag for etablering av ungdomsråd i Helse Førde. Prosjektet skal vere ferdig innan utgangen av 2017, og i prosjektperioden skal ein modell for ungdomsråd prøvast ut.

Nye retningslinjer for brukarmedverking, der kravet om ungdomsråd er innarbeidd, vil bli lagt fram for styret i Helse Vest RHF våren 2017.

- **Avtalespesialistordninga**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vidareføre arbeidet på avtalespesialistområdet i tråd med gitte føringar

Helse Vest RHF har vidareført dette arbeidet.

Styret i Helse Vest behandla i desember 2016 sak knytt til avtalespesialistordninga.

Styret meiner at det i eit regionalt arbeid er viktig mellom anna å få avklart:

- Kva som skal vere innhaldet i ein samarbeidsavtale med helseføretaka, der ein mellom anna må sjå på prioritering av pasientar, bruk av felles venteliste, ansvar for fristbrot, rapportering med meir.
- Felles vurderingseining mellom avtalespesialistane og DPS-a/klinikkane, der ein mellom anna må avklare vurdering av pasientane sine rettar.
- Korleis skal ein sikre at pasientinformasjon er tilgjengeleg i heile pasientforløpet.
- Korleis sikre eit samanhengande IKT-system.
- Korleis sikre fagleg utvikling og vedlikehald av kompetanse hos avtalespesialistane.
- Korleis sikre at avtalespesialistane blir samlokalisert for mellom anna å sikre fagleg fellesskap.
- Avklare behov for nye avtalespesialistar, og vurdere dei ulike behova som helseføretaka har.
- Geografisk plassering av avtalespesialistane.

Ny vurdering av bruken av avtalespesialistordninga:

1. Vurdering av pasientane sine rettar hos avtalespesialist:

Rammeavtalane med Legeforeningen og Psykologforeningen legg til rette for dette, men det er framleis utfordringar med å få på plass nødvendig rapportering. Dette arbeidet går føre seg i Helsedirektoratet, og Helse Vest bidrar i arbeidet.

2. Utdanning (LIS) i avtalepraksis:

Helse Vest er bedt av HOD om å delta med tre pilotar. Det blir arbeidd med å få på plass pilotar innan følgjande fagområde: Øre/nase/hals (Helse Stavanger), psykiatri (Helse Fonna) og auge (Helse Fonna).

Foreløpig har ein ikkje klart å starte opp pilot. Helse Vest har forsøkt å få dette til, men dette har vist seg vanskeleg av ulike orsakar, også hos veldrivne praksisfellesskap

• **Rammevilkår for ideelle leverandørar av spesialisthelsetenester**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vurdere tiltak for å vidareføre og vidareutvikle samarbeidet med ideelle leverandørar av spesialisthelsetenester, mellom anna vurdere bruk av tidsubestemte avtalar med høve til oppseiing (laupande avtaler) i forbindelse med innkjøp av spesialist-helsetenester.
- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vurdere tiltak for å vidareføre og vidareutvikle samarbeidet med ideelle leverandørar av spesialisthelsetenester, mellom anna vurdere korleis representantar for tenesteytarane, medrekna ideelle leverandørar, i større grad kan bli involvert i drøfting av kva for kvalitetar som bør bli etterspurte i framtidige innkjøp av konkrete tenester.
- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vurdere tiltak for å vidareføre og vidareutvikle samarbeidet med ideelle leverandørar av

spesialisthelsetenester, mellom anna inngå tettare samarbeid om planlegging og fagleg utvikling med tenesteleverandørane, medrekna ideelle verksemder.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vurdere tiltak for å vidareføre og vidareutvikle samarbeidet med ideelle leverandørar av spesialisthelsetenester, mellom anna vurdere bruk av konkurransar der pris er fastlagt på aktuelle tenesteområde.

Helse Vest vedtok hausten 2014 ny strategi for kjøp av spesialisthelsetenester. Strategien tek utgangspunkt i Helse Vest sitt sørgje-for-ansvar, og overordna verksemdstrategi Helse 2020.

Det er lagt vekt på at strategien skal sikre at dei mål som er sett for verksemda, også blir ivaretekne gjennom inngåing av avtalar med private aktørar. Det er vidare ein viktig føresetnad at Helse Vest så langt som mogleg sikrar ein optimal bruk av dei avtalane Helse Vest inngår innanfor kjøp av spesialisthelsetenester.

I strategien er det lagt særleg vekt på følgjande moment/faktorar som viktige premiss/føresetnader:

- Grundige behovsvurderingar
- Samarbeid mellom helseføretaka og private aktørar
- Fleksibilitet i avtalene
- God avtaleoppfølging

Samstundes blir det lagt opp til at Helse Vest som oppdragsgivar heile tida søker å finne og nytte det moglegheitsbilete som er innanfor gjeldande regleverk, dels for å sikre så effektive innkjøp som mogleg og dels for å leggje til rette for ideelle aktørar.

I forhold til private ideelle har Helse Vest etablert langsiktige avtalar (6 + 2 år).

Leverandørane blir trekt inn i det førebuande arbeidet, mellom anna gjennom bruk av leverandørkonferansar i forkant av utarbeidinga av konkurransedokumenta. Leverandørane blir også trekt inn i, og deltar i plan- og utviklingsarbeid.

Helse Vest vil i samband med arbeidet med Helse 2035 sjå nærare på samarbeidsrelasjonar med private aktørar.

- **Deltaking i utviklingsarbeid**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å delta i utviklingsarbeid i spesialisthelsetenesta som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

Helse Vest RHF deltek i det utviklingsarbeidet som vi blir invitert inn i.

- **Fritt behandlingsval**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å delta i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordninga for fritt behandlingsval.

Helse Vest har på førespurnad gitt innspel til innfasing/utfasing av område som skal inngå i ordninga.

Helsedirektoratet har per dato ikkje involvert dei regionale helseføretaka i deira oppfølging ovanfor leverandørane. Dei regionale helseføretaka har i fellesskap teke initiativ til dialogmøte med Helsedirektoratet om ordninga, og korleis samspelet mellom direktoratet og dei regionale helseføretaka kan utviklast.

Økonomiske krav og rammer:

- **Økonomisk resultatkrav og endring i driftskredittramma**

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF skal halde seg innanfor ei driftskredittramme på 345 mill. kroner pr. 31. desember 2016
- Føretaksmøtet la til grunn at føretaksgruppa i Helse Vest innrettar verksemda innanfor økonomiske rammer og krav som følgjer av Prop. 1 S (2015–2016), føretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2016, slik at sørgefor-ansvaret vert oppfylt, og at det vert lagt til rette for ei berekraftig utvikling over tid

Resultat:

Styret i Helse Vest har vedtatt konsernbudsjett 2016 med eit resultatkrav på 312 mill. Resultatkravet er fastsett på eit nivå som er tilstrekkeleg for å sikre gjennomføring av investeringsplanen for 2016.

Førebels resultat for 2016 viser eit resultat på om lag kr 673 mill. Dette er eit positivt avvik på kr 361 mill. samanlikna mot budsjett.

Førebels resultat i føretaka er som følgjer:

	Foreløpig årsresultat		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	17 000	14 000	3 000
Helse Bergen HF	162 000	170 000	-8 000
Helse Fonna HF	42 000	40 000	2 000
Helse Førde HF	-2 000	7 000	-9 000
Helse Stavanger HF	9 000	80 000	-71 000
Reservar/fellestenester/finans	433 000	0	433 000
Administrasjon morselskap	10 000	0	10 000
Helse Vest IKT as	2 000	1 000	1 000
Helse Vest Innkjøp HF	0	0	0
Til saman	673 000	312 000	361 000

Alle tall i heile tusen

Rekneskapen for 2016 er førebels, og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i resultatet.

Helse Bergen viser eit førebels resultat som ligg litt under budsjett. Føretaket har lege litt etter budsjettet gjennom hausten 2016, men har henta seg godt inn i desember. Dei nådde likevel ikkje heilt i mål med budsjettet, men resultatavviket er likevel vurdert til å ligge innanfor akseptabel feilmargin i eit så stor føretak. Helse Fonna viser ei resultat som ligg rett i overkant av budsjett. Føretaket har lege litt i underkant av budsjett gjennom heile året, men fekk i desember eit positivt budsjettavvik som utlikna tidlegare negative avvik.

Helse Førde viser eit førebels resultat som ligg 9 mill. kroner lågare enn budsjett. Føretaket har sidan i sommar og fram til oktober auka opp det negative budsjettavviket. I desember har føretaket eit positivt avvik som reduserer tidlegare negative avvik. Helse Førde har fortsatt ei omstillingsutfordring gjennom at føretaket leverer eit negativt resultat, og samstundes skal gjennomføre ein større investeringsplan.

Helse Stavanger viser eit førebels resultat som er på 9 mill. kroner, og 71 mill. kroner lågare enn budsjett. Føretaket har gjennom heile året levert eit månadsresultat som er rett i overkant av balanse, men om lag 6 mill. kroner dårlegare enn budsjett. Føretaket har ein stor omstillingsutfordring både i forhold til å nå resultatkravet, og ikkje minst i å handtere sjukehusutbyggingsprosjektet som er planlagt dei kommande åra. Dette fordrar at resultatet blir løfta betydelig, og føretaket må jobbe vidare med å innrette drifta si i forhold framtidig resultatkrav.

Elles er det eit positivt resultat i Helse Vest RHF som skuldast fleire forhold. Dei store positive avvika er knytt til Norsk Pasientskadeerstatning, finansposter, lågare kjøp av tenester enn budsjett og eigen budsjettreserve.

Driftskredittramme

Driftskredittramma var ved starten på året kr 1 171 mill. I føretaksmøtet i januar blei dette vedtatt sett ned med kr 826 mill. til kr. 345 mill. ved utgangen av året. I revidert nasjonalbudsjett blei det gjort eit trekk i ramma til dei regionale helseføretaka som følgje av redusert pensjonskostnad. Samla reduksjon i pensjonskostnad utgjer kr 4,550 mrd. og for Helse Vest utgjer dette kr 864 mill. i redusert basisramme. Det er venta at den samla pensjonspremien som følgje av reduserte lønnsvekstføresetnader vil bli sett ned med kr 500 mill. Krav til nedbetaling av driftskreditten til dei regionale helseføretaka blei dermed sett ned til kr 4,050 mrd. Føretaksmøtet har den 22/6-16 auka driftskreditten til Helse Vest med kr 770 mill. frå kr 345 mill. til kr 1 115 mill. Resultat frå løns- og trygdeoppgjeret for 2016 tilseier ein auke i pensjonspremien frå Prop. 122 S med kr 100 mill., som gir ein tilsvarande auke i likviditetsbehovet. Driftskreditten til Helse Vest blir som følgje av dette sett opp med kr 18 mill. og utgjer pr. 31/12-16 kr 1 133 mill. Bruk av driftskredittramma er på kr 752,4 mill.

- **Investeringar og lån**

- Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka kartlegg tilstandsgraden for sjukehusbygg i 2016 og at kartlegginga vert oppdatert kvart fjerde år

Helse Førde har gjennomført kartlegging av tilstandsgrad hausten 2015.

Dei tre andre helseføretaka er i prosess for gjennomføring av kartlegginga, og desse vil bli ferdigstilt i løpet av første kvartal 2017.

- Føretaksmøtet la til grunn at helseføretaka evaluerer sine sjukehusprosjekt etter at bygga er tatt i bruk

Helse Bergen har sett i gang evaluering av gjennomførte sjukehusprosjekt. Det blir samstundes arbeidd med metodikk for evaluering av slike prosjekt. Metodikk er førebels testa ut i evaluering av Dag/thorax-prosjektet i Helse Bergen i november 2016. Tilsvarande metodikk er tenkt brukt i prosjekta som er/blir ferdigstilt dei næraste åra. Dei øvrige helseføretaka har ikkje ferdigstilt sjukehusprosjekt i 2016, og det er derfor ikkje blitt gjennomført evalueringar i desse helseføretaka.

- For 2016 blir Helse Vest RHF tildelt 217,23 mill. kroner i lån. Det er sett av 57,23 mill. kroner til nytt barne- og ungdomssenter ved Helse Bergen, Haukeland, fase 1 og 60 mill. kroner til fase 2 av prosjektet

Helse Vest har fordelt lånemidla vidare til Helse Bergen for å sikre at prosjekta blir gjennomført i tråd med planen. Lånet er utbetalt i sin heilskap i 2016.

Investeringar

Styret i Helse Vest har vedteke å utarbeid eit femårig langtidsbudsjettt i kvart helseføretak for føretaksgruppa samla kvar år. For dei helseføretaka som har store byggeprosjekt skal langtidsbudsjetttet ha en tidshorison på 10 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 2016. Tala er ikkje endelege, og det kan komme endringar når helseføretaka er ferdige med rekneskapen og denne er gjennomgått av revisor.

Investeringar 2016		
Føretaksgruppa samla	Estimat 2016	Budsjett 2016
Bygg	947 753	873 630
MTU	237 585	397 000
IKT	314 359	262 200
Anna	185 017	162 910
SUM	1 684 714	1 695 740

Alle tall i heile tusen

Samla investeringar for 2016 ligg an til å bli kr 1,685 mrd. Den samla budsjetttramma for 2016 er på kr 1,696 mrd. Det er forskjellar i framdrifta på investeringsprosjekta i de enkelte helseføretaka, men samla sett ligg ein innanfor budsjettet for 2016.

- **Måling av kostnad pr. pasient**

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka bidra i arbeidet med KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus og nasjonale KPP-data

Når det gjeld KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus er Helse Bergen no i gang med å utarbeide eit avgjerdsgrunnlag i form av kostnadsanslag og ressursbehov for ein pilot. Helsedirektoratet har ein målsetting om at piloten blir ferdig i juni. For å sikre ein koordinert framdrift i regionen vil det bli satt opp regional referansegruppe. Det regionale arbeidet skal og bidra til at ein nyttar erfaringa frå piloten i Helse Bergen i samband med utrullinga i dei tre andre helseføretaka.

Når det gjeld KAPP for somatikk er det gjennomført ein anskaffing av verktøy (Prodacapo), og dette er sett opp i tråd med regionale arkitekturprinsipp. Det er utarbeidd felles KAPP-prosess for Helse Vest. Denne vil bli forvalta og utvikla vidare, og forslag til vidare fokus og prioriteringar vil bli levert i sluttrapport. KAPP-prosjektet har elles levert modell/data for alle helseføretaka innan fristen for godkjenning til HOD (30.11.16) Endeleg godkjenning er forventa å bli gitt i løpet av januar 2017.

På sikt har nasjonal arbeidsgruppe for KPP og Helse Vest som ambisjon å nytte KPP-data (løysing) som kvalitets- og styringsverktøy.

- **Nøytral meirverdiavgift for helseføretaka**

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å gjere nødvendige tilpassingar og delta i arbeidet med innføring av nøytral meirverdiavgift for helseføretaka.

Helse Vest har saman med dei andre helseregionane vært delaktig i arbeidet med å leggje til rette for innføring av nøytral meirverdiavgift frå 1.1. 2017. Det er mellom anna gjennomført kartlegging av data, i tillegg til drøfting og løysing av ulike problemstillingar. Det er utarbeida regelverk og skjema for rapportering og opplæringsmateriell. Tilpassingar i eksisterande økonomisystem er utvikla, og det er gjennomført opplæring for alle helseføretaka og dei private ideelle institusjonane og dei felleseide selskapa som inngår i ordninga.

Ordninga er no implementert med verknad frå 1. januar 2017. Det er etablert ein eigen internettside hos Helsedirektoratet, og Helse Vest har saman med dei andre helseregionane hatt ansvar for å utarbeide ei spørsmål-svar oversikt til denne sida.

4.2 Andre aktuelle saker i 2016

Her blir det omtala eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

I mars 2016 starta Helse Vest opp prosjektet Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019). Prosjektet hadde i mandat å bygge på omtalen av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Undervegs i prosjektperioden blei helse- og sjukehusplanen behandla i Stortinget 17. mars og i føretaksmøtet 4. mai 2016. Stortingets vedtak og føringar i føretaksmøtet blei lagt til grunn for prosjektet.

Prosjektet var eigd av administrerande direktørar i Helse Vest RHF og i Helse Fonna HF, og blei organisert med ei prosjektgruppe for Stord sjukehus og ei for Odda sjukehus.

Prosjektet for Stord sjukehus leverte sluttrapport i juni 2016 med tilrådingar om vidareutvikling av sjukehuset. Rapporten blei sendt på høyring og blei deretter behandla i styret i Helse Fonna i oktober 2016 og styret i Helse Vest i desember 2016. Prosjektrapport og styrevedtak blei oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 21.12.16.

Prosjektet for Odda sjukehus blei i juni 2016 utvida og forlenga. Prosjektet fekk utvida mandat til å gjelde heile verksemda ved Odda sjukehus, og prosjektperioden blei forlenga til utgangen av desember 2016. Prosjektgruppa, som hadde representantar frå

Helse Vest RHF, Helse Fonna HF/Odda sjukehus, kommunar, verneteneste, tillitsvalde og brukarar, blei utvida med fleire lokale representantar.

Prosjektet for Odda sjukehus leverte ved årsskiftet 2016-2017 ein prosjektrapport med tilrådingar om vidareutvikling av Odda sjukehus. Rapporten blir tidleg i januar 2017 sendt på høyring. Ein tar sikte på å behandle rapporten i styret i Helse Fonna HF i mars og i styret i Helse Vest RHF i april 2017.

Prosjektrapportar og anna informasjon om prosjekta er å finne på nettsida til Helse Vest (helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/odda-og-stord-sjukehus-2016).

Oppfølging av «Én innbygger – én journal»

Føretaksmøtet ba Helse Vest RHF om å bidra i Helse Midt-Norge RHF sitt arbeid med "Helseplattformen", og å bidra til å sikre aktiv deltaking i det nasjonale utgreiingsarbeidet i regi av Direktoratet for e-helse for å oppnå best mogleg samhandling mellom ei nasjonal løysing for kommunane, og dei regionale løysingane i spesialisthelsetenesta.

Helse Vest har peika ut kontaktpersonar som deltar i Helseplattformen i Helse Midt-Norge. Dette er personar som har roller i eiga verksemd, og som skal sikre både god samhandling og måloppnåing.

Stadleg leing

Alle helseføretaka i Helse Vest har stadleg leing. Når det gjeld lokalsjukehusa i regionen viser vi til følgjande tabell:

Helseforetak	Klinikk	Kommentarer
Helse Førde	Nordfjord sjukehus	Helse Førde har gjennomgåande klinikkstruktur, men ved Nordfjord sjukehus har man stadleg leiar som rapporterer til Administrerende direktør. Den stadlege leiaren har i hovudsak ansvar og myndighet knytt til kommunikasjon og samhandling lokalt.
Helse Førde	Lærdal sjukehus	Helse Førde har gjennomgåande klinikkstruktur, men ved Lærdal sjukehus har man ein koordinator som tverrgående kontaktpunkt.
Helse Fonna	Odda Sjukehus	Helse Fonna har gjennomgåande klinikkstruktur med unntak av Stord sjukehus, som har eigen klinikkdirektør.

Helseforetak	Klinikk	Kommentarer
		Haugesund, Stord og Odda sjukehus har lokal stadleg leing for somatikken.
Helse Fonna	Valen sjukehus	Innan psykisk helsevern er det gjennomgåande klinikkstruktur i Helse Fonna, dog med lokal stadleg leing ved alle DPS, og ved spesialiserte tenester ved Valen sjukehus.
Helse Bergen	Voss sjukehus	Har eigen klinikkleiar på Voss sjukehus

Når det gjeld Helse Stavanger så har dei endra leingsstrukturen, og det er blitt fleire klinikkar. Målet har vore å sikre at toppleinga er tettare på drifta.

Programområdet «Alle møter»

Det har vore større fokus på både planlegging av oppgåver og frávær. Alle avdelingar har no fått opplæring og innført avansert oppgaveplanlegging. Det har også blitt innført krav om at alle tilsette skal planlegge sitt frávær minst seks-tolv månader fram i tid. Målet er at dette skal gje meir direkte timar og mindre replanlegging av timar. Målet er at fleire møter til timane sine.

Gjennom «Vel Møtt» jobbar «Alle Møter» med å forbetre styring av pasientflyt gjennom sjukehuset. Her inngår det å finne fram både til og på sjukehuset, sjølvbetjent innsjekk og betaling/oppgjær samt betre styring av pasientforløp på tvers av avdelingar.

Vestlandspasienten

Stadig fleire nyttar Vestlandspasienten/helsenorge.no, og stadig fleire tenester kjem inn i portalen. I 2016 har det vore fire leveransar til Vestlandspasienten. Dei største endringane har vore knytt til «Min pasientjournal». Først ute var delar av sjukehusjournalen for somatikken, og deretter delar av sjukehusjournalen for rus og psykiatri. Tenester for å understøtte pakkeforløp på kreft har og vore levert. På portalen vert no vist namn på forløpskoordinatorane, og pasienten kan sende melding til desse og få svar tilbake. Vidare blir pasientane informert om portalen gjennom informasjonsbrev/ innkallingsbrevet, flygeblad, visittkort, plakatar, roll-ups og direkte informasjon frå tilsette i føretaket.

Tiltak for å førebygge sosial dumping

Arbeidet med samfunnsansvar, herunder sosial dumping, er framleis under utvikling i Helse Vest Innkjøp HF (HIK). HIK har medio november 2016 informert om at dei er i ferd med å ta i bruk eit nytt malverk, som på ein betre måte skal ivareta krav i forhold til sosial dumping.

Det er vidare vedteke at arbeidet med samfunnsansvar skal inndelast i tre delområde, med kvar sin ressurs som har eit hovudansvar for området. Delområda er miljø, etisk handel og sosial dumping. For området sosial dumping vil ansvaret fordelast til ein

ressursperson i avdeling for ikkje-medisinske varer og tenestar, der anskaffingar som gjeld sosial dumping er særleg aktuelle.

Alle helseføretaka følgjer dei nasjonale rammeavtalene som er inngått for bruk av eksterne leverandørar. Når arbeidskraft blir leigd inn nyttar dei nasjonale avtalar der dette er regulert. Helseføretaka nyttar godkjende eksterne leverandørar gjennom HINAS-avtalane, og nyttar bistand frå Helse Vest Innkjøp HF (no Sykehusinnkjøp HF) med omsyn til gjeldande innkjøpsregelverk.

Ved kjøp av varer og andre tenester er det også innført standardformuleringar som skal sikre at leverandørar har ivaretatt løns- og avtalevilkår for å unngå sosial dumping.

5. Styret sitt plandokument

Denne delen av meldinga skal vise utviklingstrender 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 Utviklingstrender og rammevilkår

I kapittel 5.1 vert det på generelt grunnlag gjort greie for utviklingstrekk og forventa ressursmessige konsekvensar av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorisont er 3–4 år.

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 lagt inn, ofte har fleire sjukdommar 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 føresetnadar 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:

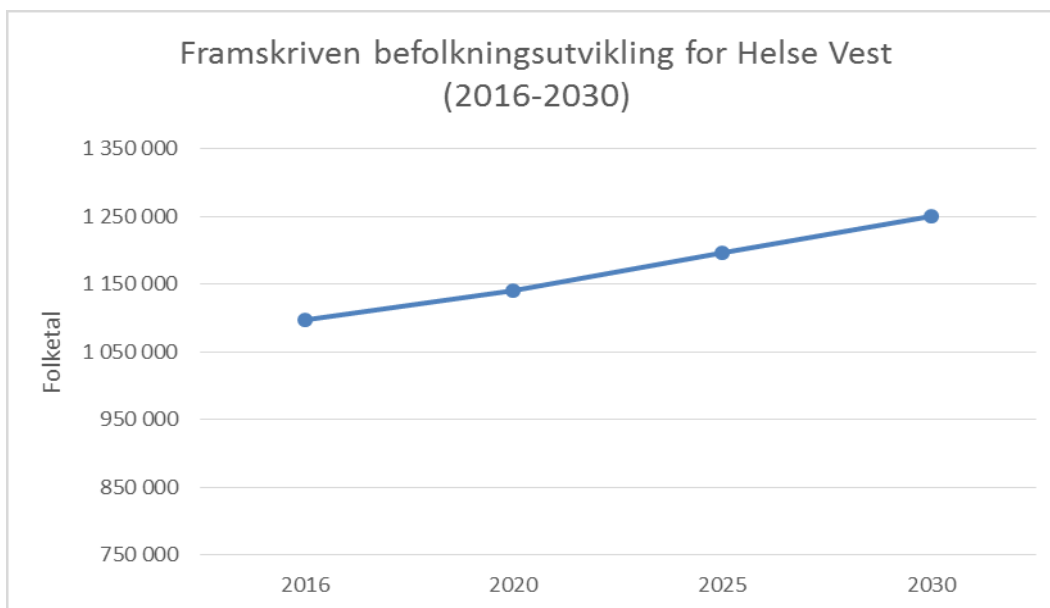
- Vi blir stadig eldre. Dette vil ha konsekvensar for helsetenestene, da eldre over 70 år nyttar dobbelt så mykje helsetenester som 40-åringar.
- Folketalet i dei store byane aukar. Unge menneske og innvandrarak busett seg først og fremst i byene. Presset på helsetenester i byane skuldast fleire eldre, fleire innflyttarak og fleire innvandrarak. 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 dei 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.

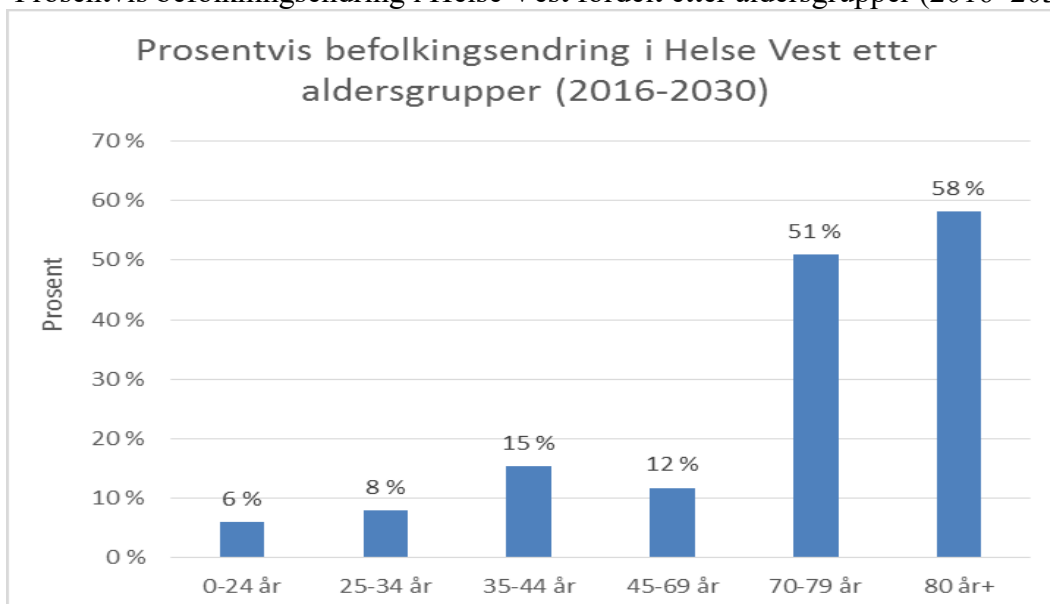
5.1.1.1 Befolkningsutvikling

Det er venta ein auke og endra samansetnad i folketalet i Helseregion Vest på 14 prosent i perioden 2016–2030, når ein tar utgangspunkt i SSB si befolkningsframskriving med middels nettoinnvandring (MMMM). Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 17 prosent vekst i Helse Stavanger til 5 prosent i Helse Førde.



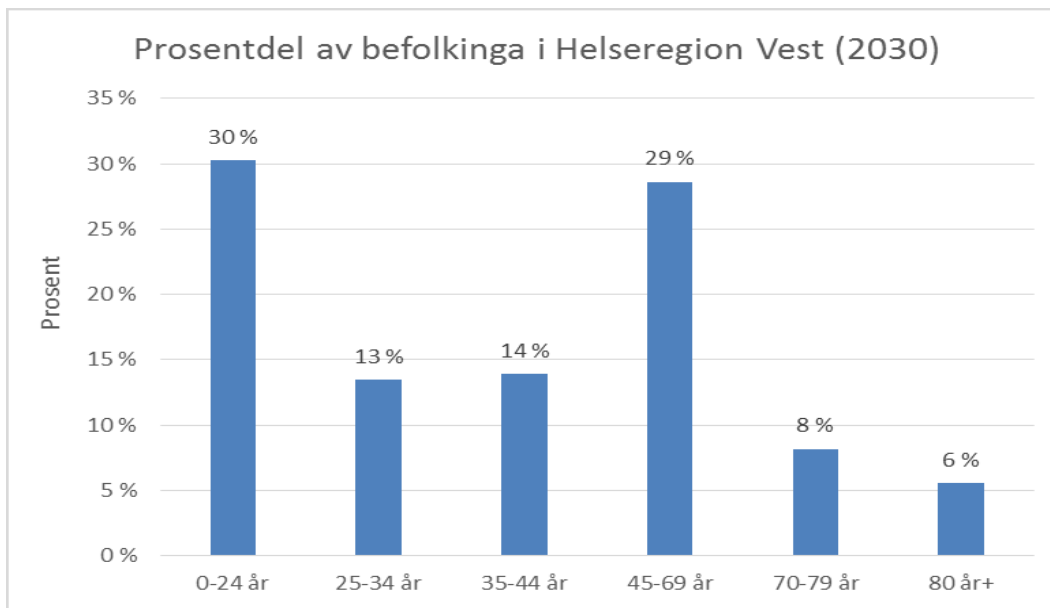
Den største auken vil kome i aldersgruppa over 80 år, som vil auke opp med 58 prosent frå 2016 til 2030. Talet på eldre vil auke mest i den sørlegaste delen av regionen. Den nordlegaste delen av regionen kjem likevel til å ha prosentvis flest innbyggjarar som er over 70 år. Talet på eldre vil òg auke sterkt etter 2030.

Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper (2016–2030):



Den prosentdelen av befolkninga som utgjer dei to eldste aldersgruppene vil naturleg nok auke frå 2016 til 2030. I 2030 vil dei to eldste aldersgruppene samla utgjere 14 prosent av befolkninga i Helse Vest, medan det tilsvarande talet for 2016 var 10 prosent.

Prosentdel av befolkninga i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper i 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 tilknyting til helsetenester for den aldrande befolkinga 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 dekke behova til dei eldre.

Eldre pasientar har eit relativt større forbruk av sjukehusstenester, men det er ikkje venta større endringar i behovet for sengekapasitet ved sjukehusa eller dramatisk auka helsekostnadar på grunn av den aldrande befolkinga. Andre krefter, til dømes nye medisinske metodar og ny teknologi, vil ha større innverknad på kostnadsutviklinga. Auken i talet på eldre vil først og framst 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.

Hjartesjukdommar, lungesjukdommar, 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 fedmeoperasjonar. Ved siden av slike operasjonar er det behov for post bariatrisk²⁵ kirurgi, som korrigerande inngrep etter betydeleg vekttautap.

Følgjeforskinga til Nordfjordprosjektet viste at sjukehusbruken er svært skeivt fordelt i 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 lidingar, 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 har stor merksemd 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. Ansvaret 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 vellukka 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 behandlingsmetodar for kreft og større omfang av kroniske og vanlege sjukdommar i ei aldrande befolkning.

Ein ventar òg at fleire vil få psykiske lidingar i åra framover. Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk vil truleg gi samfunnet store utfordringar. Det gjeld òg psykososiale lidingar hos barn og unge, og rusrelaterte psykiske lidingar. Det er viktig at tenestene blir utvikla på brukarane sine premissar, 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. Mykje bruk av antibiotika fører til resistens. Stor

²⁵ Behandling av fedme

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, rehabilitering og opplæring av pasientar og pårørande. 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.

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 vil Helse Vest følgje opp det nasjonale systemet for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta. Formålet med systemet er å medverke til betre og tryggare pasientbehandling.

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 innafør 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 nyttar 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
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 portvaksfunksjon	Spesialisthelsetenesta skaper kostnadsmedvitne pasientar. Førebygging bli premiært.
Forventing om kvalitativ god behandling og god oppleving av behandlinga	Framleis i stor grad manglande koordinering mellom fagområde og behandlingsnivå	«Saumlause» behandlingsskjeder. All pasientinformasjon blir delt digitalt.
Tillit til helsetenesta	Tillit er framleis i stor grad basert på opplevd kvalitet	Større openheit om kvaliteten i sjukehusa
Alternative behandlingsformer	Lite integrert i den offentlege helsetenesta	Auka valfridom og openheit. 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 2018 (datert 09.11.16) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd ein aktivitetsvekst på om lag 1,9 prosent i 2018 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 2,3 prosent for vaksne og 2,0 prosent for barn og unge. I tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd ein aktivitetsvekst på 2,6 prosent.

- Økonomiske rammeføresetnadar

Drift

Den endelege inntektsramma for 2017 for helseføretaka er fastsett i møte 02.02.2017 under sak 005/17 B Konsernbudsjett 2017. Resultatkravet er fastsett som følger:

Endelig Inntektsfordeling	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus- apoteca vest	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2017	80 000	40 000	160 000	15 000	17 000	1 000	0	313 000

Budsjetttopplegget legg til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 2,1 % frå 2016 til 2017. Det er lagt til rette for ein vekst frå 2016 til 2017 på 8,5% i aktiviteten innanfor poliklinisk aktivitet som omfattar laboratorie- og radiologitenester. For pasientbehandling som er omfatta av ISF-ordninga er det lagt til rette for ein vekst på om lag 1,5 % frå 2016 til 2017.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreforma er vidareført i 2017, og det blir gjort eit ytterlegare trekk i inntektene tilsvarande 0,8% av dei samla driftsutgiftene. Samtidig blir delar av dette uttrekket tilbakeført i basisramma til dei regionale helseføretaka for å gi rom til bl.a. investeringar og anskaffingar. For nærmare omtale av dei budsjettmessige forholda og konsekvensane for Helse Vest blir det vist til styresak 130/16 B inntektsfordeling og resultatkrav 2017 med tilhøyrande notat som blei framlagt i styremøte, samt styresak 005/17 B Konsernbudsjettsaka.

Det skal vere ein høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innanfor psykisk helsevern skal DPS samt barn og

unge prioriterast. Veksten blir målt gjennom endringar 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 2017 framleis behov for å auke resultatnivået for å finansiere investeringsbehova framover. Alle helseføretaka har planar om store utbyggingsprosjekt dei kommande åra. Det er derfor heilt avgjerande at føretaka og føretaksgruppa samla sett er i stand til 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 tilbud 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 myndighetene.

Helseføretaka må styre og prioritere investeringsplanane sine innanfor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramma. Vi viser her til styresak 075/16 B Langtidsbudsjett 2017–2021 til Helse Vest RHF-styret.

Helse Vest har i langtidsbudsjettet lagt opp til eit samla resultatnivå på mellom 400 til 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 no gjennomført fase I av nytt barne- og ungdomssenter, og har no gått i gang med fase 2 av prosjektet som har ei samla kostnadsramme på om lag 3,38 mrd. kroner. Helse Stavanger har vidareført nytt sjukehusbygg lokalisert på Ullandhaug inn i forprosjektfasen. Prosjektet har ei samla kostnadramme på 8 mrd. kroner i første fase. I tillegg er det utbyggingsprosjekt både i Helse Førde og Helse Fonna.

BUS fase 1 er finansiert med lån på 50 prosent frå staten. BUS fase 2 er tildelt lån frå staten på 70 prosent av investeringskostnaden. Helse Stavanger har i Statsbudsjettet for 2017 fått tilsegn om lån tilvarande 70 prosent av utbyggingsprosjektet. Det same gjeld renovering av sentralblokka i Helse Bergen, og utbyggingsprosjekt i Helse Førde. Det er vidare søkt om lån til utbyggingsprosjektet i Helse Fonna. Dette er eit forhold som vil bli nærmare avklart i forbindelse med Statsbudsjettet for 2018.

Under styresak 005/17 B Konsernbudsjett 2017 har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2017:

Samandrag investeringar (Budsjett 2017)

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	230 000	88 800	599 000	80 400	2 980			1 001 180
Medisinteknisk utstyr	145 000	40 000	161 000	23 000	1 140			370 140
IKT				1 700		335 000		336 700
Anna	20 000	11 200	117 000	8 600	300			157 100
Sum investeringar 2017	395 000	140 000	877 000	113 700	4 420	335 000	0	1 865 120

Det finansielle grunnlaget for å gjennomføre investeringsbudsjettet er som følger:

Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2017:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlag	80 000	40 000	160 000	15 000	17 000	1 000	0	313 000
+ Avskrivning	234 000	130 338	485 000	76 000	4 108	235 119		1 164 565
+ Nedskrivning anleggsmidler	0	0						0
= Kontantstrøm frå drifta	314 000	170 338	645 000	91 000	21 108	236 119	0	1 477 565
+/- Førebels resultatavvik 2016	-50 000	-10 000	0	-15 000	-	-1 000	389 000	313 000
+ Nedskrivning 2016	0				-			0
+ Opptak av nye lån	175 000		166 000	18 000	-			
- Avdrag lån	-48 000	-15 085	-72 000	-9 870				-144 955
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-27 390	-8 123	-24 000	-7 979	-	67 492		0
+ Sal av anleggsmidler		0	60 000		-			60 000
+/- Likviditet overført frå 2016	216 798	187 004	-127 000	-22 284			135 000	389 518
+/- annet	26 700	0	110 000					136 700
Finansielt grunnlag	607 108	324 134	758 000	53 867	21 108	302 611	524 000	2 231 828
+ Interne lån overført fra tidlegare år	75 000			60 000			-135 000	0
+ Internt lån 2017						50 000	-50 000	0
Finansieringsgrunnlag investeringar inkl interne lån	682 108	324 134	758 000	113 867	21 108	352 611	339 000	2 231 828
Investeringsplanar i HF-a	395 000	140 000	877 000	113 700	4 420	335 000	0	1 865 120

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.

Personell og kompetanse

Vidareutvikling av IKT-systema for leiarar og medarbeidarar

Ein hovudføresetnad for å sikre at vi klarer å møte den helsefaglege utviklinga, er å ha gode system som gir oss oversikt over ressursar og kompetanse. Behovet for helsetenester innanfor opptaksområdet er venta å auke som følge av dei forholda som er omtalte under kap.5.1: endra samansetnad og auke i befolkninga, høgare levealder,

den medisinske teknologien og endra forventingar til helsetenestene. Med ein venta auka verdiskapning med 3 prosent kvart år blir det krevjande å ha tilstrekkeleg med kompetente medarbeidarar.

Helse Vest har starta arbeidet med å utarbeide eit «framtidssnotat/konseptbeskriving» om korleis den teknologiske infrastrukturen i MOT-porteføljen bør vere i eit framtidssbilde, der meir og meir blir organisert rundt kompetente team, og pasientforløp der oppgåver blir løyst på tvers av organisatoriske einingar. Det skal legges dagens systemportefølje til grunn, og det er viktig at helseføretaka bidrar med ressursar i dette arbeidet.

Strategisk planlegging av personell og kompetansebehov

Nasjonal bemanningsmodell

Det regionale helseføretaket har vidareutvikla Nasjonal bemanningsmodell, og gjennomført opplæring av utvalde medarbeidarar for at alle helseføretak i dei fire regionale helseføretaka Helse Vest skal nytte scenarioanalyser og nasjonal bemanningsmodell i prosessar knytt til strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov, for å sikre betre og prioritere strategiar og tiltak. Det skal utarbeidast, vedlikehaldast og følgjast opp prioriterte område der modellen skal nyttast.

Kompetanse

Gjennom utvikling og bruk av teknologi, har vi løfta oss betydelig når det gjeld å få oversikt over kva kompetanse vi har. Kompetanseplanar og oppgåvevurderingar er strategisk viktig når føretaka skal identifisere kompetansebehova og satsingsområda fram i tid. Helse Vest skal halde fram med det viktige arbeidet med å utvikle og legge til rette for gode kompetanseplanar og oppgåvevurderingar gjennom prosess- og teknologistøtte.

For å behalde kompetente medarbeidarar, har Helse Vest framleis stor merksemd på kompetanseutvikling og strategisk kompetansestyring. Det er etablert felles mål for strategisk kompetanse og strategiske planar for føretaksgruppa, basert på ulike plandokument.

Kompetanseportalen skal nyttast fullt ut av LiS legar, leiarar, rettleiarar og ved supervisjon slik det går fram i oppfølgingsmodellen som er etablert i føretaksgruppa Helse Vest.

Rekruttering og bemanning

Vi står ovanfor utfordringar når det gjeld ulike personellgrupper fram mot 2030. Analyserapporten og datauttrekk blir nytta i arbeid med framskrivingar av behov, og regional bemanningsmodell blir nytta i scenarioarbeidet.

Helse Vest nyttar tilgjengelege kunnskapsgrunnlag, som skal sikre rett rekruttering og strategisk kompetansestyring, der regionale og lokale utviklingsplanar blir lagt til grunn. Helse Vest vil vidareutvikle desse områda og også bidra til at det blir et meir heilskapleg kunnskapsgrunnlag for betre styringsmessig oppfølging.

Helse Vest skal nytte bemanningssentra betre, som og kan bidra til tilsettingar i heile faste stillingar og ein god mottaking og kontroll der det blir nytta vikarar anten dei er eigne tilsette vikarar eller innleidde helsepersonell-vikarar.

Studentar og lærlingar

Helse Vest samarbeider med universitet, høgskular og vidaregåande skular for å sikre at studentane får den kompetansen som føretaka etterspør. Det er viktig å sikre god tilgang til dyktige studentar og lærlingar innanfor ulike faggrupper. Det er etablert arbeidsprosesser som skal førebu studentar for deira praksisperiodar i verksemdene. Dette er del av ein kvalitetsforbetringa som er etablert for å få mest mogleg kvalitativ tid/praksis og læring for studentane og for verksemdene.

Oppgåveplanlegging og oppgåvedeling

Helse Vest er i sluttfasen for innføring av avansert oppgåveplanlegging for alle legar. Det er viktig at dette også er ein planleggingsmetodikk som også vil bli starta for alle andre yrkesgrupper. Helseføretaka må, i tråd med fagleg utvikling også vurdere oppgåvedeling mellom yrkesgruppene der det kan bidra til god kvalitet, redusere ventetider auka kapasitet og bidra til ei stabil og god drift.

Ny spesialiststruktur legar

Utdanning av LIS

Helse Vest har etablert regionalt utdanningssenter som førebur eit omfattande fornying av utdanning av legespesialistar. Det er ei omfattande oppgåve der samarbeid i regionen vil være heilt avgjerande for å lukkast. Helse Vest og helseføretaka har gode planar for å gjennomføra overgangen til ny spesialistutdanning. Sjukehusa skal vere attraktive arbeidsgivarar som tilbyr gode utdanningsløp og kompetente fagmiljø. I tillegg har vi ansvar for å legge til rette for utdanning for LIS legar utanfor føretaksgruppa Helse Vest. Gjennom samarbeidsavtaler mellom helseføretaka og private ideelle sjukehus skal ein sikre gode utdanningsløp.

Helse Vest må sikre at føretaka samla bidrar til at det til ein kvar tid er planlagde og heilskaplege utdanningsløp med god gjennomstrøyming i kvart av føretaka, og mellom helseføretaka/private ideelle. Det gjelder spesielt der det er behov for dei i gruppe 1-teneste i dagens modell, der legar i spesialisering må ha del av utdanningsløpet i eit anna helseføretak enn der dei har si faste tilsetting. Helse Vest skal sikre at samspelet som må til mellom helseføretaka for ny spesialistutdanning fungerer godt, og legg til rette for nok og riktig dimensjonering av spesialistar.

Helse Vest har kartlagt status for dagens LIS-utdanning for å unngå flaskehalsar i utdanningsløpa. Helse Vest legg til grunn at helseføretaka føresetter at LIS 2 og LIS 3

kan ha deler av sitt utdanningsløp i fleire av helseføretaka i Helse Vest når dette er fagleg nødvendig, eller for å unngå at det bygger seg opp flaskehalsar i utdaningsløpa.

Regionalt utdanningscenter for legespesialistutdanning.

Helse Vest sitt regionale utdanningscenter (RegUt) skal sikre kvalitet og eit likeverdig utdanningstilbod gjennom etablering av samarbeid regionalt og nasjonalt om læringsaktiviteter og rettleiing. Det regionale utdanningscenteret må til ein kvar tid ha rett og tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse så raskt som mogleg for dei oppgåvene som blir overtatt frå det nasjonale prosjektet.

Leiarskap

Helse Vest prioriterer framleis å sende kandidatar til Nasjonal Leiarutvikling. I tillegg vil vi halde fram med dei regional leiarssamlingane, og på den måten sikre oss å utvikling funksjonelle og kompetente leiarar. Vi føresett at føretaka held fram med leiarutvikling innanfor føretaket.

Det er viktig å gi både nye medarbeidarar og leiarar nødvendig, riktig og god opplæring, og det regionale introduksjonsprogrammet for nye leiarar skal etablerast i heile Helse Vest.

Alle møter

Betre planlegging og gjennomføring av poliklinikk og dagbehandling

Helse Vest har utarbeidd felles regionale retningslinjer for planlegging og gjennomføring av poliklinikk. Retningslinjene skal innførast for alle einingar som utførar poliklinikk eller dagbehandling. For at einingane skal kunne endre arbeidsrutinar for tildeling av timar for å redusere ventetida, unngå uønskt variasjon og auke effektiviteten på ein god måte med høg fagleg tryggleik, er det utvikla ein simuleringsmodell som skal støtte einingane endringsarbeidet. Helse Vest vil nytte denne aktivt for å sette einingane i stand til å redusere ventetidene.

Digitalisering og sjølvbetening

Pasientar og pårørande skal oppleve god tilgang på informasjon. Det betyr at alle pasientgrupper har lik tilgang til informasjon, at tilgang til relevant informasjon er enkel og tilrettelagt, og at pasienten kan skaffe seg informasjon og kunnskap på eigen hand Vidare skal pasientar og pårørande oppleve trygg, enkel og effektiv dialog med sjukehusa. Der dialogen blir opplevd som heiltheitleg, uavhengig av kanal og kontaktpunkt, og er enkel og kostnads-effektiv for føretaka. Dialogtenesta skal bidra til å forenkle behandlinga.

Helse Vest legg til rette for at pasientar og pårørande i størst mogleg grad skal nytte sjølvbeteningsløysingar. Digital kanal skal nyttast som førstevalg.

Samskapt planlegging

Helse Vest skal redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga ved blant anna å nytte modell for samskapt planlegging for å skape meir dynamiske pasientforløp gjennom samskapt aktivitets-, bemannings- og oppgøveplanlegging.

Lokale «innsatsteam» skal støtte leiarar i eiga helseføretak med bruk av modellen.

Simulering av kapasitet og timetildeling

Helse Vest har utvikla ein eigen modell for simulering av kapasitet og timetildeling som vil bli tatt i bruk i føretaka.

Variasjon i effektivitet og kvalitet

Sjå kap. 2.1 for status på dette området. Styret i Helse Vest legg stor vekt på å redusere uønskt variasjon i kapasitet og effektivitet, og blir oppdatert månadleg om utviklinga. Helse Vest vil også framover leggje vekt på å vidareføre dette arbeidet.

Åpenheitskultur

Hovudprinsippet skal framleis byggje opp under ein kultur der ein har gode rutinar og system for å ivareta varsling, at ein har eit leiarskap som legg til rette for openheit og deltaking frå medarbeidarar, verneombod og tillitsvalde. Det skal leggjast vekt på eit godt arbeidsliv som er prega av openheit, kvalitet, tryggleik og respekt.

For å sikre ei tett og god oppfølging av føretaka blir det rapportert månadleg på uønskte hendingar. Føretaka må òg rapportere på status på dei tiltaka som skal gjere dei i stand til å nå dei fastsette måla. Helse Vest må saman med dei andre regionane utvikle nye indikatorar for å måle HMS-arbeidet.

Det er etablert god meldekultur som bidrar i arbeidet med å trygge medarbeidarar og pasientar. Det er viktig at både leiinga og medarbeidarar samarbeider og lærer av kvarandre. Helse Vest vil vidareføre arbeidet med å betre pasientsikkerheita og sjå dette i samanheng med helse-, miljø- og sikkerheitsarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet krev at helseføretaka ser kvalitetsforbetring, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø/HMS i samanheng. Helse Vest har saman med dei andre regionane delteke i eit utredning- og utviklingsarbeid i så måte. Dette har resultert i ein pilotundersøking som Helse Vest skal gjennomføre i 2017. Piloten skal evaluerast og resultatane av evalueringsprosessen saman med innspel frå føretaka vil danna utgangspunkt for ein storskala utrulling av ein samordna undersøking for regionen i 2018.

Arbeidsgruppe indikator og metodeutvikling

Det er utvikla fem felles nasjonale indikatorar for effektivitet og kapasitetsutnytting, og erfaringar frå AlleMøter programmet er delt på tvers av dei regionale helseføretaka gjennom Arbeidsgruppe indikator og metodeutvikling (AIM). Helse Vest skal fortsatt bidra aktivt i AIM nettverket under leiing av Helse Midt-Norge RHF. Det regionale helseføretaket skal legge til rette for at NPR kan innhente tilstrekkeleg data for å framstille indikatorar definert av AIM, samt sikre at data som inngår i indikatorane er av god kvalitet. Utover allereie definerte indikatorar skal Helse Vest bidra i utviklinga av

nye og verdifulle indikatorar som kan bidra til å styrke forbetningsarbeidet regionalt og lokalt.

Etablere verksemdsplanar

Styret i Helse Vest RHF vil våren 2017 vedta ny verksemdstrategi – Helse 2035 - for føretaksgruppa. Helse2035 vil på eit overordna plan beskrive korleis vi skal utvikle spesialisthelsetenesta på Vestlandet fram mot 2035. «Pasienten si helseteneste» er eit berande prinsipp i utforminga av verksemdstrategien, og skal prege alle deler av aktiviteten i Helse Vest.

I strategien vil det særleg bli lagt vekt på dei områda som er omfatta av dei viktigaste endringane framover. Den vil derfor vere bygd opp rundt utvalde tema, der dei grunnleggjande områda for verksemda er ein naturleg del. Konkrete tiltak innanfor kvart tiltaksområde vil bli beskrive i ein eigen tiltaksplan.

Sjå også kap. 5.2.1 for nærare skildring av Helse2035.

5.1.2 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 fram til 2025/2030

I langtidsbudsjettperioden 2017-2021 er det planlagt å investere for kr 15,7 mrd., av dette 1,1 mrd. til investering i medisinsk teknisk utstyr og kr 1,4 mrd. til IKT.

Dei store prosjekta vil strekke seg utover langtidsbudsjettperioden.

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 utbyggingsløyising for føretaket vurdert. Det er utarbeidd ein utviklingsplan. Det er gjort vurdering av venta framtidig aktivitet i føretaket basert på den demografiske utviklinga, venta utvikling i

sjukelegheit og korleis drifta kan effektiviserast med kortare liggetid, meir dagbehandling og korleis samhandlingsreforma vil innverke.

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.

Det er venta at forprosjektrapport vil ligge føre i 2017.

Helse Fonna:

I 2011 blei det gjennomført ei overordna bygningsteknisk kartlegging av føretaket sine bygningar. Rapporten gav eit godt grunnlag for vidare strategisk og taktisk planlegging, og for 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 retningsliner 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 blei behandla både i styret i Helse Fonna og Helse Vest våren 2016.

Helse Fonna planlegg ein utbygging i størrelse 3,3 mrd. fram til 2030 i to byggetrinn.

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 blir ferdigstilt i 2017. Innflytting er starta. Byggestart for fase 2 i det nye barne- og ungdomssenteret er i 2017. 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 no ferdigstilt, vil Helse Bergen samla sett ha ein svært moderne bygningsmasse for psykisk helsevern.

Helse Førde:

Kartlegging av bygningsmassen i samband med strategisk og taktisk planlegging blei 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 m² i eigen bygningsmasse, og leiger i tillegg i overkant av 6700 m² eksternt.

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

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

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. 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 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar

Denne delen beskriv helseføretaket sine planar for å møte utviklinga, medrekna dei områda som er skisserte i kapittel 5.1. Forankring til overordna strategiar.

5.2.1 Overordna mål og strategiar – Helse 2035

Å utvikle, omstille og forbetre tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet, effektiv ressursutnytting og høg pasienttryggleik. Helse Vest har i tråd med Nasjonal Helse- og sjukehusplan revidert og oppdatert sin overordna verksemdstrategi for føretaksgruppa Helse Vest i løpet av 2016. Ferdigstilt strategidokument – Helse2035 - blei lagt fram for styret i februar 2017. Etter ein intern og ekstern høyringsprosess blir strategidokumentet lagt fram for styret for endeleg godkjenning våren 2017. Det nye strategidokumentet har eit perspektiv på tenesta fram til 2035. Det er utarbeidd ei oversikt over tolv ulike tiltaksområde i strategien. Det vil bli utarbeidd ein konkret tiltaksplan med utgangspunkt i desse tiltaksområda.

Det har vore sentralt i dette arbeidet å utvikle tenestene i samsvar med prinsippa i «pasientens helseteneste» og samtidig gjere tenestene berekraftige for framtida. «Å fremje helse, meistring og livskvalitet» er visjonen som er nedfelt i strategidokumentet.

Gjennom Helse2035 blir det slått fast at Helse Vest vil møte sjukdomsutviklinga i befolkninga med:

- Trygge og nære spesialisthelsetenester
- God samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet
- Aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- Ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon.

Pasienten si helseteneste handlar om at pasientane skal vere trygge på at dei får hjelp når dei treng det. Dei skal bli tekne godt vare på, dei skal bli informerte, og dei skal oppleve at dei

har ei aktiv rolle i eiga behandling. Pasientane skal bidra og medverke og samtidig få ei heilskapleg behandling av høg kvalitet, utan uønskt variasjon. Det skal gjelde uavhengig av kor mange diagnosar dei har, kompleksiteten i behandlinga og organisatoriske grenser.

For å utvikle pasienten si helseteneste må samhandlinga på tvers av faglege og organisatoriske grenser fungere saumlaust. Det skal vere ei heilskapleg tilnærming til pasientforløpet, med einskapleg og god kommunikasjon. Planlegging, vurderingar og prioriteringar skal gjerast med tanke på heile forløpet og alle aktørane. Standardisering av utgreiing og behandling, spesielt i tilfelle der fleire aktørar er involverte, står sentralt i dette. Det kan òg bli aktuelt for ein aktør å ta hand om større delar av eit samla pasientforløp for å unngå ulemper i samband med overgangar mellom avdelingar, nivå og aktørar. Oppgåvedeling og grensegangar mellom faggrupper skal endrast på bakgrunn av ein prosessorientert og tverrfagleg tankegang.

Ei god og effektiv tilnærming til det heilskaplege pasientforløpet krev innføring og bruk av ei solid digital plattform og bruk av nye teknologiske løysingar. Då kan tenestane bli ytt nærmare pasienten – ofte der folk bur og oppheld seg. Alle aktørane i helsetenestene må kunne dra nytte av dei same IKT-løysingane. Pasientane skal òg bidra meir aktivt enn før, og sjølvbetening, eigenrapportering, automatisering, virtuelle tenester og robotisering av arbeidsprosessar skal vere regelen heller enn unntaket. Sensorar, stordata og diagnostikk i sanntid vil, saman med nye medisinar og medisinske metodar, gi høgare kvalitet og lågare ressursbruk.

Den viktigaste ressursen vi har, er medarbeidarane. Utan kompetansen, innsatsen og initiativa til kvar enkelt medarbeidar får vi ikkje gjennomført dei endringane som må til. Meir kunnskap om teknologi og innovasjon, og ein kombinasjon av auka spesialisering og tverrfagleg kompetanse, må på plass. Leiarane må leggje til rette for utvikling og samspel som sikrar rett kompetanse og eit velfungerande medarbeidarskap, der kvar enkelt opplever å vere ein del av heilskapen i Helse Vest. Kunnskap om implementeringsarbeid og kvalitetsforbetring er viktig.

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

Førebygging og rehabilitering er framleis område som må styrkjast.

Hovudmerksemd 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 retningsliner
- å melde til og bruke data frå medisinske kvalitetsregister.
- at kliniske funksjonar med lågt volum, mellom anna innanfor 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 følgjer 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.

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 Nasjonal helse- og sjukehusplan og tiltak for å støtte desse vil vere særleg sentrale.

5.2.2.2 *Unngå fristbrot og redusere ventetider*

Helse Vest har i 2016 vidareført merksemd på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Dette arbeidet vil halde fram også i 2017.

Hovudmerksemd vil framleis vere på å etablere gode rutinar for å handtere tilvisingar, vurdere rettar, følgje opp pasientane og unngå fristbrot. Det skal vere etablert 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 og egne krav frå Helse Vest.

Alle Møter programmet bidreg til at tal på ventande og ventetida er 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 2017, med lågare ventetider for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne og TSB, enn for somatikk. Krava blir forsterka.

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 følgje opp dette:

- 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 utløyasing 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.

I dei nye rettleiarane er det 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 unødig skade på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. For perioden 2013–2018 har programmet som mål å redusere talet på skadar med 25 prosent. I tillegg skal programmet byggje varige strukturar for pasienttryggleik og betre pasienttryggleikskulturen i spesialisthelsetenesta. Programmet skal etter programperioden vere ein del av den tenkinga som blir lagd 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*.

Målsettinga er at ein ved utgangen av 2018 skal ha redusert alle pasientskadar med 25 prosent, målt ved systematisk journalgjennomgang (GTT).

Siste journalgransking viste at 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.

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

Dei konkrete tiltaka i 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 kome fram til gode indikatorar som kan brukast til å måle effekt av tiltaka. Arbeidet med indikatorar blir koordinert 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 tiltaka 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. Forbettringshjulet («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.

For å byggje varige strukturar for pasienttryggleik er det viktig å auke kunnskapen om kvalitetsforbetring og kompetansen i forbettringsmetodikk. 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. Kompetanseheving og 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 2017.

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 er Helsedirektoratet representert med ein observatør, som p.t. er assisterande helsedirektør, og dei regionale brukarutvala har 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 2017 vil regionalt prosjekt for pakkeforløp for kreft bli vidareført.

Helse Vest deltek også i arbeidet med utvikling av pakkeforløp innan psykisk helsevern og rusbehandling. Pakkeløpa vil bli implementert etter kvart som dei er klare.

Heilskaplege pasientforløp må inkludere pasientopplæring (læring og meistring), 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. Det vil og bli arbeidd med innhaldet i epikrisa.

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 vidareutviklinga innan psykisk helse og rus er i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.
- å medverke til å vidareutvikle elektroniske samhandlingsløyningar som kan støttar 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 innfor kreftkirurgi, og utarbeidd eigne planar for prostatakraft og brystkreft. Oppfølging av desse vedtaka må sjåast i samheng med Nasjonal helse- og sjukehusplan, der det blir presisert at rapporten Kreftkirurgi i Norge- Rapport IS-2284 frå Helsedirektoratet skal leggest til grunn for utvikling av tenesta. Det er satt i gang arbeid for å vurdere oppgåvefordelinga innan kreftkirurgi i Helse Vest.

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 lidningar 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 innfor utdanning og forskning. Fleire geriatriar vil bli utdanna. Det er oppretta eit regionalt kompetansesenter innfor 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. Den regionale planen for behandling og rehabilitering av hjerneslag er utarbeidd i

eit forløpsperspektiv. Forløpsperspektivet omfattar både kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandlinga.

Planen byggjer på dei nasjonale faglege retningslinene 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 sikkerheitspsykiatri, lukka avdelingar, særlege alvorlege spiseforstyringar, alvorleg alderspsykiatri og alvorlege personlegdomsforstyringar.

Regional plan for psykisk helse ga føringar for utviklinga frå 2011. 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 2017.

For barn og unge er det særleg viktig med rask hjelp. I psykisk helsevern for barn og unge blir pasientane i all hovudsak behandla poliklinisk. Ventetida går ned, og det blir jobba med kvalitetsforbetring, og med å betre samarbeidet med dei kommunale tenestene. Helseføretaka er bedd om å etablere rutinar og samarbeid med barnevernsinstitusjonar, som sikrar at barna i barnevernsinstitusjonar får den helsehjelpa dei treng. Dei er og bedd om å sikre gode overgangar frå BUP til psykisk helsevern for vaksne.

Det er eit sentralt mål å ha tenester med god tilgjenge og som er i stand til å yte tidleg hjelp. Spesialisthelsetenesta må vere lett tilgjengeleg og understøtte dei kommunale tenestene utan å ta over kommunale oppgåver. 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 basert på frivilligheit. Registrering og rapportering på bruk av tvang er viktig for å overvake bruk av tvang, og for å avgrense bruk av tvang til situasjonar der det er heilt nødvendig. For å sikre betre datakvalitet har Helse Vest starta opp eit regionalt prosjekt i april 2015 «Sikre felles rutinar for riktig registrering av tvang». Prosjektet går gjennom mange aspekt knytt til tvangsinnleggingar og tvangsbruk. Prosjektet vil bli avslutta våren 2017, men arbeidet med registrering og rapportering vil halde fram.

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 mestringssevne, 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 2017 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 er særleg merksemd på tre problemstillingar knytt 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

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. Kvar enkelt avtalespesialist skal inngå samarbeidsavtale med helseføretak innan 30.06.2017.

Helse Vest kartlegg behovet for nye avtaleheimlar og har starta arbeidet med å styrke bruk av avtalepraksis.

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 stor merksemd på pasienten sitt forløp og på samanheng i tenestene, både internt i spesialisthelsetenesta og mellom nivå.

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.

I 2017 vil Helse Vest arbeide spesielt med tilboda innanfor akutt rusbehandling og avrusing. Målet er at desse plassane blir brukt i størst mogleg grad på same måte i regionen. Helse Vest vil og styrke samarbeidet med kommunar om frivillig tilbakehald og tilbakehald av pasientar i 2017. Ein tverretatleg arbeidsgruppe utarbeidar prinsipp for samhandling.

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 er revidert i 2016, og skal bli lagt fram for styret i Helse Vest våren 2017. Tuberkulosekontrollprogrammet er revidert og gjeld frå 2014.

Lov om helsemessig og sosial beredskap krev at verksemdar 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:

- Struktura 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 forbetningsarbeid, 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 merksemd 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 2017 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 innafor radiologi på tvers av helseføretaka og dei private leverandørane av radiologitenester. I 2017 blir det starta opp arbeid med revisjonar av regionale rutinar samt

fagrevisjonar i føretaka og hos private leverandørar for å vurdere korleis rutinane blir følgt opp.

5.2.4 Prehospitale tenester

I følge akuttmedisinforskrifta deler kommunane ansvaret for den akuttmedisinske beredskapen utanfor sjukehus med spesialisthelsetenesta. Helse- og omsorgstenestene i kommunane har ei plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstenester til personar som oppheld seg i kommunen. Dette gjeld også øyeblikkeleg hjelp og er sterkt understreka i NOU 2015:17; *Først og Fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.*

Ambulansetenesta er ein viktig del av spesialisthelsetenesta. Dei siste åra er det utvikla prehospitale behandlingstiltak for akutte sjukdoms- og skadetilstandar som tidlegare berre blei gitt i sjukehus. På ei rekke område er det utvikla diagnostiske hjelpemidlar som hurtigtestar, ultralyd, videoassisterte teknikkar og mobile røntgen/CT-løysingar, som i framtida vil kunne tas i bruk ved akutt sjukdom eller skadar utanfor sjukehus.

AMK-sentralane er Akuttmedisinske kommunikasjonsentralar 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, bestående 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 starta også opp eit organisasjonsutviklingsprosjekt i 2015, som ein følge av konklusjonar i det avslutta utgreiingsprosjektet. Organisasjonsutviklingsprosjektet blir ferdigstilt våren 2017. 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 2017.

5.2.5 Forsking

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

Det blei i 2016 vedteke ny forskingsstrategi for det regionale samarbeidsorganet med universiteta. Sentralt i strategien 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. Søknadane blir vurdert ut frå dei likestilte kriteria vitenskapelig kvalitet og nytte for helsetenesta. Kriteria er utarbeidd av ei nasjonal gruppe, og er godkjent av interregionalt AD-møtet 25. april 2016. Brukarmedverknad er inne blant kriteria for vurdering av søknadar om Helse Vest sine forskingsmidlar. Ut i frå dei målingane som er gjort, er brukarmedverknad relevant for svært mange av prosjekta. Styret i Helse Vest vedtok i 2015 retningsliner for brukarmedverknad i forskning. Retningslinene er utarbeidd av RHF-a i fellesskap. Brukarmedverknad i forskning har også hatt merksemd i 2016, og Helse Vest har mellom anna 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 2017 er psykisk helse det fjerde 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 forskingssatsingar 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 følgjer:

- 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 merksemd på barn og unge

Program for klinisk behandlingssforskning er utforma i eit samarbeid mellom dei fire regionale helseføretaka. Programmet blei vedteke av inter-regionalt AD-møte i april 2016. Det vil bli utlyst nye midlar knytt til programmet, med frist 30. april 2017. Nettsida for program og utlysing: <http://kliniskforskning.rhf-forsk.org/utlysning/>.

5.2.6 Utvikling av nye IKT-løysingar

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

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 har gått føre seg for fullt i heile 2016, både for meir strukturert pasientjournal, kurve og legemiddel samt radiologi og bildearkiv.

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 felta, og for felles rutinar og arbeidsprosessar. Alle føretaka har starta med bruk av desse løysingane i 2016, og vidare innføring av felles prosessar saman med gevinstrealisering skjer for fullt.

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.

Det har vore arbeidd med interaktiv tilvising og rekvisisjon (IHR-prosjektet) og Adresse-register i heile 2016. Overlevering og sluttrapportering skjer på nyåret 2017.

I regi av Nasjonal IKT deltek vi aktivt i fleire prosjekt, både i anskaffing av Ny teknologi for AMK, forprosjekt for Prehospital EPJ, førebuing til nytt folkeregister samt robust mobilt helsenett.

Vi er også aktivt med i fleire initiativ i regi av e-helsedirektoratet, som «Én innbygger - én journal», mange prosjekt rundt helsenorge.no og Vestlandspasienten, NUIT og arkitekturarbeid.

6. Vedlegg

6.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
				2013	2014	2015	2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Under 65 dagar	Helse-direktoratet	Månadleg	2013	2014	2015	2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
				72	70	66	---	Offisielle tal for heile 2016 blir publisert 16. mars 2017. Sjå rapportering i kap. 2.1. om tiltak og tal for 2. tertial 2016.
Prosentdel av fristbrot for avvikla pasientar	0	Helse-direktoratet	Månadleg	2013	2014	2015	2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
				4,4 %	3,3 %	2,4 %	---	Offisielle tal for heile 2016 blir publisert 16. mars 2017. Sjå rapportering i kap. 2.1. om tiltak og tal for 2. tertial 2016.
Pakkeforløp for kreft (samla for pasientar med lunge-, bryst-, prostata-, tjukktarms- og endetarmskreft)	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
				82,4 %	79,9 %	78,2 %	78,2 %	Sjå rapportering i kap. 2.1. om tiltak.
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype, høvesvis brystkreft, tjukktarms- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innan maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
				81,9 %	72,4 %	70,80 %	72,30 %	Sjå rapportering i kap. 2.1. om tiltak.
Pakkeforløp for kreft (samla for 28 krefttypar totalt)	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
				---	---	72,8 %	71,6 %	Sjå rapportering i kap. 2.1. om tiltak.
Gjennomføring av pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttypar totalt) innan maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak sett i verk for å oppnå bedre resultat
				---	---	74,5 %	75,9 %	Sjå rapportering i kap. 2.1. om tiltak.

6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
				1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	
Høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnadar til avskrivingar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument" ²⁶) og aktivitet (polikliniske konsultasjonar)	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større auking i kostnadar, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittleg ventetid: Helsedirektoratet. Kostnadar: dei regionale helseføretaka sin rekneskap. Årsverk: dei regionale heleføretaka sine HR-system og SSB for private. Polikliniske konsultasjonar: Helsedirektoratet (HELFO).	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat
				Årstal der dette er mogleg				Sjå vedlegg 1 for alle tal. Merk at årsverk for dei private aktørane er ikkje er med her, jf. òg rapportering i kap. 2.2.
Talet på tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne (per 1000 innbyggjarar i helseregionen)	Redusert samanlikna med 2015	Helsedirektoratet	Årleg	2014	2015		Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat	
				2,4	2,3		Sjå rapportering i kap. 2.2. om tiltak.	
Prosentdel av årsverk i distriktpsykiatriske senter og sjukehus innan psykisk helsevern for vaksne	Auka prosentdel av årsverk i DPS samanlikna med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årleg	2014	2015		Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat	
				53 % vs 47 %	53 % vs 47 %		Sjå rapportering i kap. 2.2. om tiltak.	

²⁶ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

6.3 Betre kvalitet og pasientsikkerheit. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasientar og pårørande skal underbygge god og forsvarleg pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens	Rapportering				
Prosentdel av sjukehusinfeksjonar	Mindre enn 4,7%	Folkehelse-instituttet	2 gongar årleg	mai.16	nov.16		Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat	
				3,8 %	---		Sjå rapportering i kap. 2.3. om tiltak. Det er ikkje offisielle tal klart for kvar region frå målinga i november 2016 p.t.	
Prosentdel av korridorpatientar på sjukehus	0 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat
				2,5 %	1,2 %	1,6 %	1,4 %	Sjå rapportering i kap. 2.3. om tiltak.

6.4 Rapportering 2016 Helse Vest RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2016 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens				
Pasientars erfaring med døgnopphald i tverrfagleg spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Blir publisert 2016	Kort vurdering av eget resultat og på kva måte resultatet skal følgjast opp.			
				Tenesta har fleire forbetningsområde, som å leggje betre til rette for tida etter behandlinga og for å etablere godt samarbeid med pårørande. Alle einingar følgjer opp svara i rapportane med lokale kvalitetsutviklingsprosjekt.			
Pasientars erfaring med sjukehus (inneliggande pasientar) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Årleg	Kort vurdering av eget resultat og på kva måte resultatet skal følgjast opp.			
				Resultata frå PasOpp 2015 viser at Helse Vest ligg rett under det nasjonale gjennomsnittet for 7 av dei 10 samansette indikatorane, og likt med nasjonalt snitt for 3 indikatorar. Resultata for Helse Vest som region er uendra frå undersøkinga i 2014. Helse Vest skårar høgast på indikatorane som går på pasienttryggleik, og lågast på indikator for utskriving. Det vil i 2017 bli sett i gang eit prosjekt i Helse Vest med målsetting om å utarbeide ein regional modell for trygg heimskriving. Helseføretaka meldar om mange ulike tiltak som er sette i gang for å betre resultatata. Helseføretaka 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.			
30 dagers overleving etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Årleg	2013	2014	2015	Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat
				86,7 %	87,70 %	87,60 %	Helse Vest skårar høgare enn landsgjennomsnittet både i 2014 og i 2015. Det er små forskjellar mellom helseføretaka. Tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet, saman med godt etablerte og effektive pasientforløp i heile behandlingkjeda, er viktige for å betre resultatata. Simuleringstrening og forskning er andre viktige tiltak. Informasjonskampanjen om symptoma ved hjerneslag er gjenteken som ein nasjonal kampanje hausten 2016, og er eit viktig tiltak for å få pasientar raskare til behandling.

Rapportering 2016 Helse Vest RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens				
30 dagers overleving etter hoftebrot		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Årleg	2013	2014	2015	Tiltak sett i verk for å oppnå betre resultat Helse Vest skårar høgare enn landsgjennomsnittet både i 2014 og i 2015. Det er små forskjellar mellom helseføretaka. Også her er tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet, saman med godt etablerte og effektive pasientforløp i heile behandlingsskjeda viktige for å betre resultatata. Tiltak i helseføretaka er for eksempel: «fast-track» for hoftebrotpasientar i Helse Stavanger, og eiga eining for hoftebrotpasientar i Helse Bergen.
				92,3 %	92,5 %	92,9 %	
Prosentdel av pasientskadar basert på GTT-undersøkingane	Skal reduserast med 25 pst. innan utgangen av 2018, målt ut frå GTT-undersøkinga for 2012	GTT-undersøkingane. Helseledirektoratet	Årleg	2012	2015	Kort vurdering av eget resultat og på kva måte resultatet skal følgjast opp.	
				13,7	13,7	Det nasjonale GTT- talet er likt for 2012 og 2015. Tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet er sentrale for å nå målet om færre skadar. Arbeid med pasienttryggleikskultur, kompetanse i forbetningsarbeid og arbeid med smittevern og infeksjonsførebyggjande tiltak, er ein viktig del av dette.	
Prosentdel av relevante einingar i regionen der tiltakspakkane i pasientsikkerheitsprogrammet er implementerte.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerheitsprogrammet	Årleg	Presentasjon av resultat og vurdering av dette, samt tiltak for oppfølging.			
				Sjå vedlegg 2 for status for implementering av tiltakspakkane. Implementeringa blir følgt opp gjennom Program for pasienttryggleik i Helse Vest. Sjå òg rapportering under kap. 2.3.			
Bruk av desse fem breispektra midla: karbapenem, 2. og 3. generasjons cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon.	30 % reduksjon i samla bruk i 2020 samanlikna med 2012	Sjukehusa sin lækjemiddelstatistikk	Årleg	2012	2015	Kort vurdering av eget resultat og på kva måte resultatet skal følgjast opp.	
				151 555 (målt i definerte døgn-doser)	126 515 (målt i definerte døgn-doser)	Det er etablert eit regionalt antibiotikastyingsprogram i Helse Vest. Det blir arbeidd med antibiotikastyingssteam i alle helseføretak. Regionalt kompetansesenter for smittevern er styrkt. Revidert regional smittevernplan blir styrebehandla våren 2017. Antibiotikabruk er eit av tiltaka der. Sjå òg rapportering i kap. 2.3.	

Talet på bidrag frå nasjonale medisinske kvalitetsregister i a) vitenskaplege artiklar og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbetring		Årsrapportar frå dei nasjonale medisinske kvalitetsregistera	Årleg	Kort vurdering av eget resultat og på kva måte resultatet skal følgjast opp.
				<p>I vitenskaplege publikasjonar: 54 I større nasjonale kvalitetsforbetningsprosjekt i regional regi: 2 (pågåande). Det er i tillegg fleire mindre prosjekt og kvalitetsforbetningsarbeid der bidrag ikkje kan talfestast.</p> <p>I <i>Strategi for arbeidet med medisinske kvalitetsregister i Helse Vest (2016-2020)</i> er auka bruk av kvalitetsregister og registerdata til kvalitetsforbetring og forskning eit sentralt mål. Det blir jobba målretta for å oppfylle dette.</p>