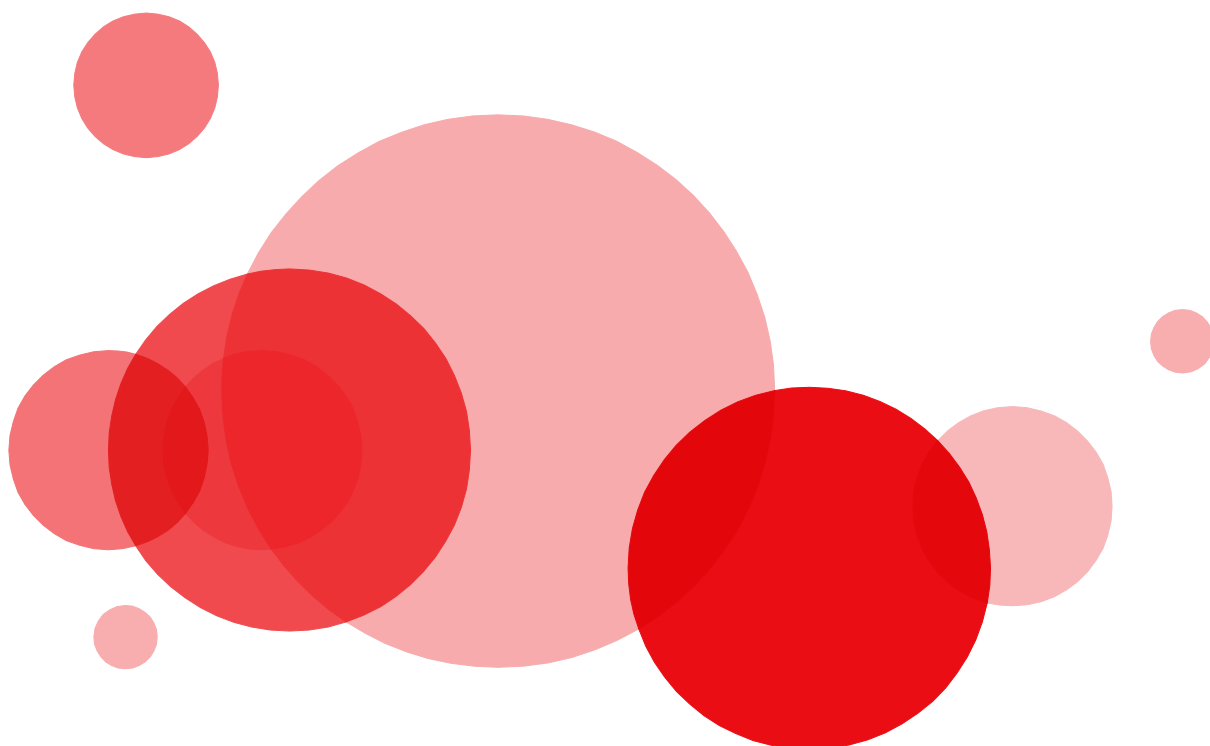


**Årleg melding 2012  
for  
Helse Vest RHF  
til Helse- og omsorgsdepartementet**



## Innhald

1.	Innleiing .....	3
1.1	Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag .....	3
1.2	Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2012 .....	4
2.	Rapportering om krav i oppdragsdokument for 2012 .....	6
2.1	Særskilde satsingsområde.....	6
2.1.1	Kvalitetsforbetring .....	6
2.1.2	Pasienttryggleik .....	9
2.1.3	Tilgjenge, brukarvennlegheit og brukarmedverknad .....	12
2.1.4	Samhandlingsreforma.....	13
2.1.5	Kreftbehandling.....	14
2.1.6	Behandling av hjerneslag .....	21
2.1.7	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna behandling av avhengnad.....	22
2.2	Andre område .....	25
2.2.1	Psykisk helsevern .....	25
2.2.2	Habilitering og rehabilitering .....	28
2.2.3	Behandling av kronisk utmattingsyndrom / myalgisk encefalopati.....	30
2.2.4	Barn og nyfødde som treng intensivbehandling.....	33
2.2.5	Kjeveleddsdisfunksjon .....	34
2.2.6	Beredskap og smittevern .....	34
2.2.7	Førebygging .....	36
2.3	Utdanning av helsepersonell.....	37
2.4	Forsking .....	41
2.5	Innovaasjon .....	43
3.	Rapportering på krav i føretaksprotokoll .....	44
3.1	Økonomiske krav og rammevilkår for 2012.....	44
3.1.1	Rapportering om økonomi .....	44
3.1.2	Likviditet og driftskredittar .....	45
3.1.3	Investeringar og kapitalforvaltning .....	45
3.2	Organisatoriske krav og rammevilkår for 2012.....	47
3.2.1	Oppfølging av samhandlingsreforma .....	47
3.2.2	Internkontroll og risikostyring .....	51
3.2.3	E-helse .....	56
3.2.4	Tiltak på personalområdet .....	56

3.2.5	Regjeringa sin eigarpolitikk .....	62
3.2.6	Kjøp av helsetenester frå ideelle institusjonar.....	63
3.2.7	Kvalitet i anskaffingsprosessane .....	63
3.2.8	Landsdekkjande utbygging av Nødnett.....	64
3.2.9	Stabs- og støttefunksjonar .....	65
3.3	Andre styringskrav for 2012.....	65
3.3.1	Rapportering til NPR.....	65
3.3.2	Bruk av IKT – funksjonalitet ved dokumentasjon av medisinsk aktivitet .....	68
3.3.3	Fritt sjukehusval .....	68
3.3.4	Rekneskapshandbok .....	68
3.4	Andre aktuelle saker i 2012 .....	68
4.	Styret sitt plandokument.....	69
4.1	Utviklingstrender og rammevilkår.....	69
4.1.1	Utviklinga innanfor opptaksområdet.....	70
4.1.2	Økonomiske rammeføresetnadar.....	75
4.1.3	Personell og kompetanse .....	77
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringar .....	79
4.2	Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar.....	82
4.2.1	Overordna mål og strategiar – HELSE 2020 .....	82
4.2.2	Prioriterte helsefaglege utviklingsområde.....	83
4.2.3	Medisinske støttefunksjonar.....	90
4.2.4	Forsking.....	91

## 1. Innleiing

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

«Styret skal innan 15. mars kvart år sende ei melding til departementet som omfattar

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

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

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

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

### 1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag

Helse Vest reviderte i perioden 2010–2011 den overordna mål- og strategiplanen «Helse 2020». Planen skal gi retning for utviklinga fram mot 2020, leggje grunnlaget for prioriterte tiltak dei neste fire åra og vere styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektportefølje.

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

«Helse 2020» gir uttrykk for denne felles visjonen, desse felles verdiane og desse felles målsetjingane for heile føretaksgruppa:

#### «Vår visjon er:

Fremme helse og livskvalitet

#### Våre verdiar er:

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

#### Våre mål er:

*Trygge og nære sjukehusenester*

- Våre pasientar skal bli møtte av kompetente team som har fokus på deira situasjon.

- Våre pasientar skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet.
- Våre pasientar skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling.
- Våre pasientar skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar.
- Våre pasientar skal erfare at vi styrkjer arbeidet med førebygging og rehabilitering.

#### *Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk*

- Vi systematiserer behandlingsskjema og utviklar betre prosessar.
- Vi samlar sjeldne og komplekse tenester på færre stader.
- Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk.
- Vi er opne om våre prioriteringar og resultat.

#### *Ein framtidretta kompetanseorganisasjon*

- Våre medarbeidarar og leiarar tek ansvar og skaper gode resultat.
- Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass.
- Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på beste kunnskap.
- Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling.
- Vi styrkjer omdømmet vårt gjennom kloke val.»

## **1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2012**

I 2012 heldt medarbeidarane i Helse Vest fram arbeidet for å oppnå gode resultat. Ein sa at 2011 var det beste året i Helse Vest si ti år lange driftshistorie, og ein kan no konstatere at føresetnadene ligg endå betre til rette for å halde oppe og vidareutvikle trygge og gode helsetenester på Vestlandet etter 2012.

Helse Vest fekk i fjor tilført 22 milliardar kroner. Årsresultatet enda på 549,8 millionar kroner i pluss, godt over dei budsjetterte 317,9 millionar kronene. Det økonomiske overskotet i Helse Vest går mellom anna til investeringar i bygningar, medisinteknisk utstyr, IKT og ambulansekøyretøy. For å møte investeringsbehovet i spesialisthelsetenesta fram mot 2020 er det nødvendig med eit resultat på minimum 400 millionar kroner årleg. Sjølv om det samla resultatet for Helse Vest er positivt, var det to av helseføretaka som hadde utfordringar med å halde budsjetta sine. Men alle helseføretaka gjekk i balanse, eller betre.

Frå 2013 ligg ein ny modell til grunn for finansieringa av helseføretaka på Vestlandet. Alle føretaka støtta opp om modellen for inntektsfordeling som blei vedteken sommaren 2012. Modellen fangar opp endringar i føresetnadene, slik at den økonomiske fordelinga blir så rettferdig som mogleg. Endra føresetnader gjeld mellom anna endringar i pasientflyt og demografi. Tre av føretaka får ein auke i tilskota med den nye modellen. I tillegg kjem eit strukturtilskot for to av føretaka, Helse Førde og Helse Fonna. Helse Bergen får etter den nye modellen ein nedgang i finansieringa, og får derfor ein periode på to år til omstilling.

Helse Vest investerte i 2012 1,545 milliardar kroner. Dette er noko under den budsjetterte investeringa. Forklaringa er at det er fleire prosjekt som ikkje har den same framdrifta som var føresett då budsjettet blei fastsett. Styret i Helse Vest har vedteke å utarbeide eit femårig langtidsbudsjett i kvart helseføretak og for føretaksgruppa samla kvart år. Langtidsbudsjettet

skal sikre god økonomistyring og planlegging, slik at ein blir i stand til å handtere investeringar som er nødvendige for å sikre god og trygg pasientbehandling i åra som kjem.

Helse Vest RHF har gjennom heile 2012 lagt vekt på å redusere talet på fristbrot og på å redusere ventetidene for behandling i spesialisthelsetenesta. Dette skjer gjennom å etablere gode rutinar og god oppfølging når det gjeld handtering av tilvisingar og vurdering og oppfølging av pasientar, slik at ein sikrar at nye fristbrot ikkje oppstår. Ved utgangen av 2012 var talet på fristbrot nede i 3 prosent for Helse Vest totalt, målt både ut frå då ventande og behandla pasientar. Nedgangen er på 2 prosent frå året før. Helse Vest reknar med, og forventar, å nå målet om berre unntaksvise fristbrot i 2013.

Helse Vest var i 2012 nær ved å nå målet om å komme ned i ei ventetid på 65 dagar i snitt for alle typar behandling, og for pasientar med prioritet låg ventetida godt under dette målet. Den gjennomsnittlege ventetida for alle som fekk påbegynt behandling i desember 2012, var 71 dagar (58 dagar for prioriterte og 99 dagar for dei utan prioritet). Framover arbeider vi for at pasienten skal få oppgitt ein konkret behandlingsdato idet han eller ho blir tilvist til sjukehus, og altså ikkje må oppleve å måtte vente på å få oppgitt ein dato for behandling.

Gjennom 2012 følgde Helse Vest òg tett opp arbeidet med å unngå korridorpatientar, og utviklinga har vore stabil det siste året. Sidan den månadlege rapporteringa tok til i mars 2010, har talet på korridorpatientar i Helse Vest samla gått kraftig ned. I det psykiske helsevernet finn ein no berre unntaksvise korridorpatientar, mens ein framleis har ein del utfordringar i somatikk, og då særleg i Helse Stavanger.

Helse Vest arbeider for at alle epikriser skal bli sende innan sju dagar etter at pasientbehandlinga er avslutta på sjukehuset. Dette målet er ikkje nådd. I desember månad 2012 blei målet nådd for 73 prosent av pasientane i somatikken, og for 75 prosent av pasientane i det psykiske helsevernet. Innan 2017 er målet at alle pasientar skal få epikrisa i handa i det dei dreg heim frå sjukehuset.

Pasienttryggleik er eit av dei viktigaste innsatsområda både no og i tida framover, og eit eige program for dette er på trappene i Helse Vest. På kvalitetskonferansen i 2012 blei det lagt fram ambisiøse mål for føretaksgruppa: Innan fem år skal vi halvere talet på pasientskadar som kunne vore forhindra. Og innan fem år skal vi heilt unngå alvorlege skadar eller pasientdødsfall som kunne vore forhindra. Alle føretaka i Helse Vest deltek i pasienttryggleikskampanjen «I trygge hender». Det er etablert gode læringsnettverk og prosjekt. Leiinga i føretaka følgjer aktivt opp eigne resultat, både frå GTT-undersøkinga som er gjennomført, og frå undersøkinga av kulturen for pasienttryggleik i dei ulike organisasjonane i 2012. Den nye meldeordninga til Kunnskapssenteret blei innført sommaren 2012, innan fristen, og det er lagt ned godt informasjonsarbeid i samband med dette.

2012 var året då samhandlingsreforma blei sett i verk, og det er inngått avtalar for samarbeidet mellom helseføretaka og kommunane. Avtalane gjeld òg utvikling av døgntilbod for akutthjelp i kommunane, førebyggjande tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling. Oppsummert ser ein ei riktig og viktig utvikling frå døgnbehandling til dagbehandling. Tala frå 2. tertial 2012 viser at talet på liggjedøgn for utskrivingsklare pasientar i føretaka i Helse Vest er halvert, til 1,4 % av alle liggjedøgn i somatiske sjukehus. (Året før var talet 2,8 %.)

Helse Vest ligg heilt i front når det gjeld IKT. Mange av dei viktige systema for styring og støttedfunksjonar er godt etablerte og i robust drift. Det dreier seg både om system for fag, som felles elektronisk pasientjournal, og system innanfor økonomi og HR. Helse Bergen var det første føretaket i landet som innførte e-resept, i 2012. E-resept gir auka pasienttryggleik, enklare rutinar og betre kontroll med ressursar. Det gir meir effektiv og presis informasjonsutveksling mellom sjukehus, apotek og pasient.

Helse Vest kan elles vise til gode resultat på forskjellige andre område, som forskning, innkjøp/ e-handel og personalområdet.

Ein kan peike på fleire utfordringar som vil vere i fokus i det vidare arbeidet i Helse Vest, og satsinga framover vil særskilt dreie seg om dei høge måla Helse Vest har sett seg for pasienttryggleik og kvalitet på tenestene – på alle område. Ein skal redusere ventetider gjennom betre oppfølging og meir effektiv drift, og ved å tildele time ved første gongs tilvising. Ein skal kvitte seg med fristbrot og vidare nå målsetjinga om at pasientane skal få epikrisa i handa når dei blir utskrivne frå sjukehuset. Ein viktig føresetnad for å lykkast i å nå desse måla og takle andre utfordringar, er at ein òg tek vare på dei gode resultatane ein har nådd på områda økonomi og IKT, i tråd med tiltaksplanen i strategien «Helse 2020».

## **2. Rapportering om krav i oppdragsdokument for 2012**

### **2.1 Særskilde satsingsområde**

#### *2.1.1 Kvalitetsforbetring*

##### Mål for 2012:

- Godkjende nasjonale medisinske kvalitetsregister har felles infrastruktur og nasjonal dekning.

Helse Vest har ansvar for 13 nasjonale medisinske kvalitetsregister. Framdrifta når det gjeld registerdrifta i den nasjonale infrastrukturen er i rute. I tråd med nasjonale føringar er MRS (Medisinsk registreringssystem) den føretrekte tekniske løysinga for nasjonale register, mens andre løysingar kan bli tekne i bruk når det er særskilde behov for det. I Helse Vest er MRS utvikla for seks register (Nasjonalt kols-register, Norsk diabetesregister for vaksne, Norsk intensivregister, Nasjonalt kvalitetsregister for leppe-, kjeve-, gane-spalte, Nasjonalt krossbandregister og Norsk MS-register) og planlagt for fire register (Norsk hoftebrotregister, Norsk leddproteseregister, Norsk porfyriregister, Norsk nyrebiopsiregister). Tre register får ei anna teknisk løysing grunna særskilde behov (Nasjonalt register for invasiv kardiologi, Norsk register for langtids mekanisk ventilasjon, Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sjukdommar). Utvikling av MRS for MS-registeret har vore utfordrande med omsyn til å få til ei løysing som klinikanane er heilt nøgde med, og denne prosessen er enno ikkje ferdigstilt.

Når det gjeld dekningsgrad, har sju register 100 % nasjonal dekning (leppe-, kjeve-, gane-spalte, leddprotese, hoftebrot, krossband, MS, porfyri og nyrebiopsi). Intensivregisteret og register for organspesifikke autoimmune sjukdommar har 90 % dekning, og diabetesregisteret har 63 % dekning. Kols-registeret er førebels blitt sett i drift i eitt føretak, men 80 % er eit realistisk dekningsmål når dei i år tek MRS-løysinga i bruk også i andre helseføretak i Noreg. Dei to siste registra (langtids mekanisk ventilasjon og invasiv kardiologi) er under utvikling.

- Årleg rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregister skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringa synleggjer i kva grad registra oppfyller formålet sitt.

Alle nasjonale register i Helse Vest rapporterer etter same mal. Det blir arbeidd med å utarbeide ein felles nasjonal mal i samarbeid med det nasjonale servicemiljøet i Tromsø. Ein tek sikte på å ha dette klart ein gong i 2013.

Helse Vest, ved Fagsenter for medisinske register, har for 2012 laga eit rapporteringsskjema til bruk for nasjonale kvalitetsregister som er forankra i regionen. Skjemaet er godkjent av Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregister, og er distribuert for fri gjenbruk til dei andre helseregionane. Rapporteringa skjedde hausten 2012, og fall saman med ei økonomievaluering av registra. Rapporteringa vil gi grunnlag for ei evaluering av finansieringsmodellen som er brukt fram til no, og vil hjelpe Helse Vest RHF i arbeidet med å lage ein ny strategi for satsinga på kvalitetsregister i Helse Vest i 2013. I rapporteringa er det gjort greie for på kva måte formåla blir oppfylte.

- Tiltaka i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksette innanfor eige ansvarsområde. Tiltaka blir lagde ut på [www.nhrp.no](http://www.nhrp.no) etter at handlingsplanen er behandla i styringsgruppa for prosjektet i byrjinga av februar 2012.

Det er førebels ikkje utarbeidd konkretisering av tiltaka i handlingsplanen til Nasjonalt helseregisterprosjekt frå Helse Vest RHF si side, men slike konkretiseringar er under utarbeiding. RHF-et er i gang med å utarbeide ein regional strategi for den vidare satsinga på kvalitetsregister i Helse Vest. I denne strategien inngår det ein handlingsplan som tek omsyn både til handlingsplanen til Nasjonalt helseregisterprosjekt, til den nasjonale strategien og til handlingsplanen for arbeidet med nasjonale medisinske kvalitetsregister i Noreg for perioden 2012–2015. Dette er i samsvar med planane som er utvikla av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregister ved SKDE.

Den overordna føringa for den vidare satsinga på kvalitetsregister i Helse Vest vil leggje innspel frå helseføretaka i Helse Vest til grunn. I tillegg byggjer den regionale strategien på ei evaluering av nytte-effektane til registra i regionen, på ein gjennomgang av finansieringa av (økonomien til) registra i regionen og på ein gjennomgang av dekningsgraden og bruken av registerdata i føretaka i regionen. Ein ventar at strategien vil vere ferdig tidleg i 2013.

- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevjande metodar er teke i bruk lokalt og regionalt.

Helse Vest har leia samarbeidet med Kunnskapssenteret, Helsedirektoratet, Legemiddelverket og RHF-a om å utvikle eit skjema for mini-metodevurdering (mini-HTA<sup>1</sup>). Det er også utarbeidd eit notat om bruken av mini-HTA, spesielt om mini-HTA sin plass som del av system for innføring av ny teknologi. Det er laga ei rettleiing for bruken av sjølve skjemaet.

Skjemaet og rettleiaren er godkjende av Helse- og omsorgsdepartementet og blir publisert på [www.minimetodevurdering.no](http://www.minimetodevurdering.no). Dette er no blitt utvikla som ein nasjonal standard. Det er planlagt føretaksvis introduksjonsseminar og eit nasjonalt introduksjonsseminar i januar 2013.

---

<sup>1</sup> HTA står for «Health Technology Assessment». Det er eit støtteverktøy når ein skal ta avgjerder som gjeld innføring av nye metodar i sjukehus.



- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomitear er lagt til grunn for verksemda i komiteane (jf. brev av 18. november 2011 frå Helse- og omsorgsdepartementet).

Alle helseføretaka meldar om at dei har lagt det nasjonale mandatet til grunn for verksemda i dei kliniske etiske komiteane.

- Det er god kvalitet i rapporteringa frå psykisk helsevern til Norsk pasientregister.

Det blir arbeidd med å sikre dette i helseføretaka, men det er framleis behov for forbetringar. Det er kontinuerleg fokus på og oppfølging av dette gjennom datavarehus - prosjektet «Heilskapleg styringsinformasjon». Helse Vest RHF, i samarbeid med NPR, gjennomførte opplæringsseminar om registrering for det psykiske helsevernet og for TSB i alle helseføretaka i mars 2012.

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger har gjennomført mellom anna desse tiltaka for å sikre god rapportering frå det psykiske helsevernet og frå tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige:

- Det skjer kontinuerleg opplæring når det gjeld å gjere korrekt registrering i DIPS.
- Det blir arrangert workshops for gjennomgang og korrigeringar for alle avdelingar kvar gong det kjem tilbakemeldingar frå NPR – det vil seie kvart tertial.
- Det er etablert felles rutinar for heile divisjonen. Rutinane skal følgjast dagleg, kvar veke og kvar månad.
- Innan den 10. i kvar månad må alle einingar sende inn 20 DIPS-rapportar for gjennomgang og for tilbakemelding ved for store avvik.
- Kvar veke blir det teke ut rapportar frå kvar eining som blir sende ut til einingane for tilbakemelding.

#### *Helse Fonna*

Det er framleis behov for å sikre betre kvalitet på aktuelle rapporteringar, og for å sikre ei felles forståing av innhaldet i dei ulike parametrane. Det er dessutan behov for å arbeide meir med å etablere gode og felles rutinar når det gjeld den reint tekniske sida av rapporteringa.

Ressurspersonar frå Klinikk for psykisk helsevern deltek i Helse Vest si prosjektgruppe som skal betre kvaliteten på rapporteringa. Det er etablert eit system for vidareføring av dette i heile klinikken.

#### *Helse Bergen*

Det er etablert brukarforum med representantar som har fagleg kompetanse og rapporteringskompetanse. Dette skal bidra til å sikre gode rutinar for rapportering. Ein har òg nettverk for superbrukarar i DIPS som bidreg til å sikre god registrering.

#### *Helse Førde*

Rapporteringane frå det psykiske helsevernet blir gjort i samsvar med rutinar for dette.

### 2.1.2 Pasienttryggleik

#### Mål for 2012:

- Alle sjukehus og helseføretak deltek i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen i tråd med vedtak i styringsgruppa, og rapporterer data til sekretariatet for kampanjen innan fastsette tidsfristar.

Alle helseføretaka har delteke i læringsnettverk i den nasjonale kampanjen på innsatsområda «Trygg kirurgi med særleg fokus på postoperative infeksjonar» og «Samstemming av legemiddellister». Dei deltek no i læringsnettverket «Behandling av hjerneslag», og planlegg å delta i nye tiltak. Nasjonalt læringsnettverk for å forhindre fall hadde si første samling i oktober 2012 i Helse Vest. Læringsnettverk for å hindre infeksjonar ved bruk av sentralvenøst kateter og læringsnettverk for å hindre urinvegsinfeksjonar i samband med bruk av kateter, er også starta opp, med deltakarar frå regionen.

GTT-gransking er gjennomført, og årsrapport for 2011 er levert innan tidsfristen (GTT (Global Trigger Tool) er ein standardisert prosedyre for strukturerte journalundersøkingar.)

Måling av pasienttryggleikskultur er gjennomført med ein samla svarprosent på over 70 % i Helse Vest. Analysen er gjennomført, og arbeidet med skadetal og pasienttryggleikskultur blir følgt opp i helseføretaka. Helse Vest er representert i det nasjonale fagrådet for kampanjen, der leiaren er frå Helse Bergen. Helse Vest har pilotsjukehus for fleire av tiltaka i kampanjen.

I Helse Vest er data frå pasienttryggleikskulturundersøkinga analyserte på føretaksnivå og på nivå 2 i alle helseføretak. Det er rapportert til pasienttryggleikskampanjen på føretaksnivå, i tråd med avtalen utforma av styringsgruppa for kampanjen.

- Leiinga i helseføretaka følgjer aktivt opp eigne resultat i kampanjen.

Det blir arbeidd aktivt med å følgje opp eigne resultat.

#### *Helse Stavanger*

Leiinga i helseføretaket er jamleg orientert om dei enkelte tiltaka og resultat i kampanjen, og følgjer dei opp. Det er etablert ei styringsgruppe for pasienttryggleikskampanjen i Helse Stavanger. Med i gruppa er kvalitetsutvalet i føretaket og direktørane for dei kliniske divisjonane.

#### *Helse Fonna*

Resultata frå pasienttryggleikskampanjen og GTT er presenterte for linjeleiarane og for styret i Helse Fonna HF. Felles samling for alle leiarar, tillitsvalde og verneorganisasjonen blei gjennomført i november 2012.

#### *Helse Bergen*

Helse Bergen har hatt ein grundig prosess med å gjennomgå resultat i målinga av pasienttryggleikskulturen. Resultat frå målinga på føretaks- og klinikknivå er presentert for og diskutert med leiinga, tillitsvalde, vernetenesta og medarbeidarane i alle klinikkar, postar og poliklinikkar. På bakgrunn av gjennomgangen er kvar klinikk blitt oppfordra til å knyte tiltak til eigen strategiplan, med sikte på å betre pasienttryggleiken. GTT-tala er offentleggjorde.

### *Helse Førde*

Helse Førde har organisert kampanjen i forbetningsprogrammet sitt. Det er faste rapporteringsmøte, og klinikkdiriktøren er prosjekteigar for det området som treffer den enkelte klinikk. Pasienttryggleikskampanjen er fast sak i kvalitetsutvalet, og teamleiarar for ulike innsatsområde presenterer arbeidet som blir gjort i klinikk. Styret får presentert resultat og statusen undervegs.

- Helse Vest RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta, utarbeidd ein informasjonspakke om handtering av endringar i meldeordninga og sikra at denne informasjonen når ut til alle tilsette.

Helse Vest, ved ei arbeidsgruppe med representantar frå føretaka, har samarbeidd tett med Kunnskapssenteret i samband med innføringa av den nye meldeordninga for § 3-3-meldingar. Helse Vest har ein samla installasjon av avviksmeldingssystemet Synergi.

Som einaste region nådde Helse Vest målet med å setje i verk meldeordninga innan tidsfristen 1.7.12. Minimumskrava er dekte, og Synergi kan nyttast. Det må arbeidast vidare med å få inn nødvendig funksjonalitet i meldeordninga.

Som ein del av dette arbeidet er det utarbeidd og distribuert ein regional informasjonsfoldar, tilpassa avvikssystemet Synergi. Foldaren er distribuert i helseføretaka.

Andre tiltak i HF-a:

### *Helse Stavanger*

Helseføretaket har gjennomført desse informasjonstiltaka:

- Det er halde opne informasjonssamlingar for alle tilsette. I tillegg er det gitt informasjon i leiarmøte, i kvalitetsutvalet, i møte for hovudtillitsvalde og i arbeidsmiljøutval i føretaket.
- Regional informasjonsbrosjyre er delt ut og gjort tilgjengeleg for alle tilsette. Det er lagt ut informasjon om endringar i meldeordninga på intranett, og det er distribuert brosjyrar på alle avdelingar. Den regionale nanolæringa på intranett er tilgjengeleg for alle tilsette.

Det er gjennomført interne revisjonar når det gjeld handtering av uønskte hendingar, der meldeordninga også har vore eit tema.

### *Helse Fonna*

Føretaket legg vekt på læringspotensialet. Terskelen for å melde skal vere låg, slik at føretaket kan fange opp risikoområda tidleg. Statistikk og oversikt over hendingar er under utarbeiding.

Helse Fonna har informert og undervist (gjennom linjeleiinga, førelesingar, kvalitetsutvalet, intranettet og e-læring) om ny meldeordning frå 1.7.12. Informasjonsmateriell er blitt vidareformidla etter kvart som det er blitt tilgjengeleg, og er også lagt ut på nett.

### *Helse Bergen*

Helseføretaket trykte opp og distribuerte informasjonsmateriell til tilsette før 1.7.12, og har òg distribuert informasjon på nett.

### *Helse Førde*

Føretaket har delteke i utforming av nanoleksjonar for å dra lærdom av uønskte hendingar. Leksjonane er sende ut elektronisk via e-post til alle tilsette.

Helseføretaket begynte i januar 2012 å informere i klinikk og i avdelingsmøte om den varslede nye ordninga. Informasjonsbrosjyre blei sendt til alle avdelingar og einingar i Helse Førde i juli månad, og er òg tilgjengeleg på intranett. Informasjon om den nye meldeordninga blei gitt i kvalitetsutval og pasienttryggingssutval, gjennom undervisning i auditoriet og gjenteken informasjon på intranett, og ved undervisning i avdelingar/seksjonar. Det er også gitt undervisning av enkeltpersonar der det har vore nødvendig.

Talet på meldingar har auka og talet på § 3-3 meldingar om alvorlege hendingar har auka, etter at meldingane begynte å gå direkte frå meldaren, og ikkje gjennom pasienttryggingssutvalet.

- Det er sikra nødvendig kompetanse og rutinar ved bruk av pasientadministrative system.

DIPS e-læring er hausten 2012 blitt lagd inn i Helse Vest sin Læringsportal, og opplæringa vil såleis bli dokumentert.

Sjå òg rapportering under kap. 3.2.2 *Internkontroll og risikostyring*.

### *Helse Stavanger*

For å følgje opp dette har helseføretaket mellom anna sett i verk desse tiltaka:

- Faste DIPS-kurs for turnuslegar
- E-læring – stor gjennomgang av nye e-læringskurs frå DIPS, slik at føretaket har oppdatert tilbod til ferievikarar
- E-læring og workshops i medisinsk koding
- Kurs for andre helsepersonellgrupper ved behov
- I Psykiatrisk divisjon er det dedikert ein eigen medarbeidar som arbeider i full stilling med DIPS-relaterte spørsmål og med å gi service til primærbrukarane.

### *Helse Fonna*

Helse Fonna har i 2012 sett i verk desse tiltaka når det gjeld kompetansebygging i bruk av DIPS:

- Plan for opplæring av nytilsette er utarbeidd.
- E-læringskurs er gjorde tilgjengelege.
- Skriftlege prosedyrar for rett bruk/registrering er utarbeidde og gjort tilgjengelege på intranettet.
- Påbygg/repetisjon er gjennomført ved hyppige feilregistreringar. Dette gjeld særleg legegruppa og merkantilt personale.
- Plan for opplæring av nytilsette fungerer ikkje tilfredsstillande, og er under revisjon.

### *Helse Bergen*

Det er utarbeidd aktuelle rutinar, og alle rutinane ligg føre i elektronisk kvalitetshandbok. Kritiske område for informasjonsflyt blir jamleg overvakte. Det er utarbeidd nanolæring (ei kort e-læring) for ein god del område, og det er arbeid i gang på fleire område. Dette vil vere eit kontinuerleg arbeid.

### *Helse Førde*

Helse Førde har e-læringskurs på alle område når det gjeld rett bruk av IKT-system. Det er obligatoriske kurs for dei som bruker pasientadministrative system.

#### *2.1.3 Tilgjenge, brukarvennlegheit og brukarmedverknad*

##### Mål for 2012:

- Det er sett i verk tiltak for å betre informasjonen til pasientar og pårørande om fritt sjukehusval.

Helse Vest har halde fram med arbeidet med å betre informasjonen til pasientar og pårørande om fritt sjukehusval. Helse Vest har delteke i ein opplysningskampanje i samarbeid med Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst, der ein har gitt breiare informasjon til befolkninga, mellom anna ved annonsering, og til fastlegane og deira pasientar.

Nasjonale brevmalar blir nytta av helseføretaka. Der blir det gitt informasjon om fritt sjukehusval. Alle helseføretaka har informasjon om fritt sjukehusval på nettsidene sine. Det blir arbeidd fortløpande med å ha oppdatert korrekt ventetidsinformasjon. Helse Fonna gir òg egne informasjonkort til pasientar og pårørande.

Helse Bergen sitt prosjekt «den informerte pasient» har som mål å kvalitetssikre brev/informasjon som går til pasientane. Prosjektet har kartlagt og analysert informasjonsskriv som går til pasienten, og har gjennomført ei spørjeundersøking. Med bakgrunn i dette vil det bli utforma ein rapport med forslag til tiltak. Tiltaka vil bli gjennomførte i neste fase av prosjektet.

- Alle helseføretak har styrebehandla mål og strategiar for brukarmedverknad.

Helse Vest RHF har gjennomført eit regionalt arbeid for å komme fram til felles mål og strategiar når det gjeld brukarmedverknad. Ei regional arbeidsgruppe, med deltaking frå helseføretaka og alle brukarutvala, har utarbeidd forslaget til felles mål og strategiar, som blei vedteke av styret i Helse Vest RHF i desember 2012. Arbeidet vil bli følgt opp i ein fase 2 med fokus på standardisering av retningslinjer og rutinar for brukarmedverknad. Mål og strategi for brukarmedverknad i Helse Vest er blitt send til helseføretaka for behandling i styra der.

Helseføretaka behandlar «Mål og strategiar for brukarmedverknad i Helse Vest» i januar og februar, og legg dette til grunn for det vidare arbeidet i helseføretaka.

- Resultat frå pasienterfaringsundersøkingar, registrering og rapportering av uønskte hendingar og andre kvalitetsmålingar er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka.

Dette blir det arbeidd med i helseføretaka, sjølv om dei har komme ulikt langt.

### *Helse Stavanger*

Alvorlege pasientrelaterte uønskte hendingar vil bli offentleggjorde på nettsidene i første del av 2013.

### *Helse Fonna*

Uønskete hendingar er førebels ikkje offentleggjorde på nettsida, men dette er vurdert.

### *Helse Bergen*

Alvorlege uønskete hendingar blir offentleggjorde på nettsidene. På grunn av omlegginga av meldeordninga vil føretaket, i samarbeid med Kunnskapssenteret, leggje ut talet på meldingar og kva type hendingar det gjeld. Nokre av dei mest alvorlege vil bli omtalte.

### *Helse Førde*

Helse Førde har som mål å offentleggjere resultat av pasienterfaringsundersøkingar, registrering og rapportering av uønskete hendingar og andre kvalitetsmålingar på nettsida si. Det blir no arbeidd med å etablere eit trygt system for å kvalitetssikre korleis data om uønskete hendingar blir lagt ut, slik at ein ikkje bryt teieplikta overfor pasientane. Helse Førde har utvikla nettstaden Samhandlingsbarometeret, og på sikt er det òg tenkt at ulike kvalitetsindikatorar skal leggjast ut her.

## *2.1.4 Samhandlingsreforma*

### Mål for 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtalar når det gjeld dei lovpålagde elementa, med frist 31.1.2012 og 1.7.2012.

Det blei inngått 11 avtalar mellom helseføretaka og kommunane innan fristen 1. juli 2012. Avtalane omfattar også samarbeid om førebyggjande tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

Vi viser òg til rapportering i kap. 3.2.1 *Oppfølging av samhandlingsreforma*.

- Det er lagt inn eit eige punkt i avtalane som gjer greie for akutthjelp-tilboda i kommunane, i tråd med rammene for tilskotsordninga, slik at partane ser akutthjelp-tilboda sine i samanheng og kan bli samde om løysingar som er tenlege for pasientar, kommunar og helseføretak og hindrar etablering av dobbelkapasitet eller nedtrapping av tilbodet i helseføretaka utan at det er etablert tilbod i kommunane.

Utvikling av døgntilbod for akutthjelp i kommunane inngår som ein del av dei lovpålagde delavtalane som blei inngått før 1.7.2012. Denne delen av avtalane er av generell karakter, og er i hovudsak lik for alle kommunar. Den seier noko om rammer og den vidare prosessen.

Avtalen skal i neste omgang utfyllast med særavtalar om det konkrete tilbodet i kvar kommune. Særavtalane skal leggjast til grunn for oppretting av plassar og søknader om midlar til Helsedirektoratet.

Det er berre ni kommunar som i 2012 har vore i posisjon til å opprette eit tilbod, og som søkte om midlar frå Helsedirektoratet innan fristen 1.7.12. For perioden 2013–2015 vil søknadsfristen vere 1. mars i det aktuelle året.

Helse Vest RHF vil understøtte helseføretaka i arbeidet med å lage ein plan for innfasing av døgntilbod for akutthjelp i kommunane, og i arbeidet med å sikre at tilbodet har den nødvendige kvaliteten.

- Avtalar om jordmortenester, medrekna følgjetenesta for gravide, er inngått innan 1.7.2012.

Tenesteavtale nr. 8 om jordmortenester blei inngått innan 1.7.2012. Særavtale (under tenesteavtale nr. 8) om beredskap og følgjeteneste er inngått med ein del av dei kommunane dette gjeld. Ein ventar at dei resterande avtalane vil bli ferdigstilte i første halvår 2013.

### 2.1.5 *Kreftbehandling*

#### Mål for 2012:

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsar i forløpa for kreftpasientar.

Det blir arbeidd godt med dette i helseføretaka.

I regionen er kapasiteten innanfor gastroenterologi og urologi betra, ved at ein fekk nye avtalespesialistar i gastroenterologi (Sandnes) og urologi (Stavanger) hausten 2012. Det er i tillegg gjort ei omprioritering av ein avtaleheimel i Bergen frå gynekologi til gastroenterologi.

For å sikre god nok kapasitet når det gjeld røntgen- og laboratorietenester, blei det hausten 2012 inngått nye avtalar mellom Helse Vest og private røntgeninstitut og mellom Helse Vest og private laboratorium. Avtalen som gjeld røntgen, omhandlar direkte tilvising, og intensjon med avtalen er å avlaste sjukehusradiologane for visse pasientgrupper, slik at ventetida for pasientar som skal utgreiast i sjukehus, blir kortare.

Det er innført ein ny og felles prioritetskode, «kreftforløp20», for alle helseføretak i Helse Vest. Prioritetskoden blir nytta ved tilvisingar der spesialisten som vurderer tilvisinga, har velgrunna mistanke om kreft, og avgjer om pasienten skal omfattast av forløpstider for kreftbehandling.

Helse Vest RHF ønskjer å poengtere at det ikkje blei funne avvik hos nokon av helseføretaka i Helse Vest i det landsomfattande tilsynet med handtering, vurdering og utgreiing av kolorektal kreft (2012). I tilsynsrapportane får styringssystema i hovudsak god omtale. Det blir poengtert at flaskehalsane er kjende, og at tiltak i hovudsak er sette inn, sjølv om forløpstidene i varierende grad er følgde. Prioriteringa av desse pasientgruppene fører til forlenga ventetid for andre pasientgrupper, mellom anna kronikarar.

#### *Helse Stavanger*

Eigne forløpskoordinatorar er tilsette på fagområde med stort pasientvolum og logistikkutfordringar. For lågvolumsgrupper er det utpeika ein koordineringsansvarleg.

Radiologisk avdeling har utvida kapasiteten ved oppretting av Røntgen Sandnes primo mars 2012. I tillegg har avdelinga innført øymerkt tid for kreftutgreiing på enkelte fagområde. Avdelinga er vidare avhengig av avtalen med Curato, som tek (etter)kontrollar og dermed frigjer tid for sjukehuset til primærdiagnostikk.

Patologi er framleis ein flaskehals. Det er tilsett personale i to nye overlegestillingar, og det er to ledige LIS-stillingar.

Føretaket arbeider med å betre logistikk/arbeidsflyt ytterlegare og utdanne nye spesialistar. Utfordringa er den lange svartida ved undersøkingar der kreft er mindre sannsynleg. Det er utfordringar med skopi-kapasitet i gastromedisin og mangel på urologar. Føretaket arbeider

aktivt for å betre kapasiteten på desse områda. Helseføretaket har påbegynt eit konstruktivt samarbeid med dei nye avtalespesialistane i gastroenterologi og urologi. Mange pasientar er overførte til desse spesialistane.

### *Helse Fonna*

Dei kreftformene som foreløpig er følgde tettast, er kreft i tjukktarm, brystkreft og lungekreft.

Kapasiteten i Helse Fonna innanfor patologi er auka frå 2011 til 2012. Dette gir seg utslag i kortare gjennomsnittlege svartider. Auken er eit resultat av målretta arbeid med rekruttering av patologar og hjelpepersonale, auka ressursar til leiinga, arbeid med kvalitet, fokus på HMS og reduksjon av sjukefråvær. I tillegg er det lagt rett for IKT-forbetringar knytte til integrasjon mellom patologiesystem og EPJ. Talet på rekvisisjonar stig med om lag 10 prosent kvart år, slik at det framleis vil vere nødvendig med tiltak for å sikre samsvar mellom oppgåver og ressursar.

Innanfor radiologi har føretaket redusert ventetida for CT og MR det siste året. Årsaka ligg i hovudsak i dei nye avtalane mellom Helse Vest RHF og private røntgeninstitutt.

Kirurgisk klinikk har også i 2012 retta særleg merksemd mot kreftpasientar. Klinikken sine egne manuelle teljingar viser at klinikken har gode resultat når det gjeld forløpstider ved behandling av pasientar med brystkreft, tarmkreft og gynekologisk kreft. Desse manuelle teljingane avvik frå dei offisielle tala. Klinikken har varsla NPR om avvika, og prøver å avdekkje kva som kan vere årsaka. Avvika gjeld spesielt for pasientar med brystkreft og tarmkreft.

Når det gjeld pasientar med kreft i øyre-nase-hals-regionen, har føretaket utvikla eit nært samarbeid med Haukeland universitetssjukehus (HUS) om forløpa for desse pasientane. Urologiske kreftpasientar kjem raskt inn til utgreiing, men her blir ikkje tida målt. Alle pasientar med behov for radikal prostatektomi blir sende til HUS.

Status for forløpa for kreftpasientar i Medisinsk klinikk:

- **Tarmkreft:**  
Fylkeslegen gjennomførte våren 2012 ein revisjon som konkluderte med tilfredstillande utgreiing og behandling av pasientar med tarmkreft i Helse Fonna. Tilvisingar blir vurderte innan fem virkedagar. Dei fleste pasientane der det er sterk mistanke om kreft, får time innan ti virkedagar. Når diagnosen er stilt, får dei fleste pasientane time til behandling innan to veker.
- **Lungekreft:**  
Via kreftkoordinator koordinerer klinikken alle elektive pasientar til innlegging frå og med måndag til og med onsdag. Fredag i same veka blir svar på prøvar, eventuell PET-skanning, vurderte, og det blir gitt direkte tilvising til HUS for vurdering av operasjon eller ikkje, alternativt stråleterapi eller annan terapi. Kreftkoordinator følgjer opp forløpet til kvar enkelt pasient.
- **Nevrologisk kreft:**  
Pasientar der ein har mistanke om svulst i sentralnervesystemet, blir som regel innlagde for akutthjelp. Utgreiinga lokalt for primær hjernesvulst med radiologisk undersøking blir prioritert og raskt gjennomført.



### *Helse Bergen*

Føretaket har sett i verk fleire tiltak, som det òg blir arbeidd kontinuerleg med:

- Endra registreringspraksis av tilvisingane vil føre til at tilvisinga berre bruker éin dag før den kjem til avdelinga.
- Ved den kirurgiske eininga er alle forløpa gjennomgått, og ein er i dialog med dei respektive einingane for å optimalisere tidsrammene.
- Forløpa blir følgde nøye i alle ledd. Mellom anna har ein fokusert på registreringspraksis av tilvisingane inn til sjukehuset, og det vil bli arbeidd for at det berre skal ta éin dag frå tilvisinga kjem til postmottaket og til den er hos den mottakande avdelinga.
- Ein arbeider vidare med å auke kapasiteten for coloskopi i medisinsk undersøking.
- Ved Voss sjukehus har føretaket i 2012 fått utvida kapasiteten når det gjeld coloskopi og gastroskopi, og i tillegg er MR-kapasiteten styrkt for å avlaste HUS med biletdiagnostikk.
- Kveldsdrift for MR-undersøkingar blei sett i gang hausten 2012.
- Alle barn der ein har mistanke om kreft, blir innlagde som ØH-pasientar.
- Eit internt arbeid ved ØNH-avdelinga er sett i gang for å få interne rutinar for tilvisingar og utgreiing av kreftsjuke pasientar i samsvar med regionale rutinar for tilvising.
- Bruk av strålemaskinar blir avgrensa av talet på stillingar. Avdelinga prøver heile tida å finne gode løysingar for å nytte personell og utstyr optimalt.
- I samarbeid med ulike avdelingar arbeider ein kontinuerleg for å få bort flaskehalsar.
- Ein reviderer avdelingsinterne rutinar for pasientforløp for å etterleve kravet i 20-dagarsregelen.
- Det er planlagt samarbeidsmøte for å forbetre rutinane og pasientforløpet i regionen.
- Det blir lagt vekt på å få til standardiserte pasientforløp, som støttar 5-10-20-dagarsregelen for kreftpasientar.

### *Helse Førde*

Helse Førde har som mål at tilvisingar skal vurderast dagleg. Dette er nedfelt i prosedyre. Felles prioritetskode i Helse Vest, «kreftforløp20», blir nytta. Alle nye pasientar med denne prioriteten på ventelista blir slik raskt fanga opp.

Helse Førde tilsette frå 1.2.12 ein kreftkoordinator som har ansvar for denne oversikta. Vedkommande har ansvar for raskt å initiere og koordinere dei tiltaka som er bestemte av lege.

Utgreiing og behandling av kreftpasientar blir prioritert for å nå måla. Poliklinikkane nyttar timar avsette til akutthjelp og reservekapasitet, og tek inn pasientar utanom tider som er avsette til det. Enkelte dagar er sette av til bestemte undersøkingar for utgreiing av kreft, både på somatiske poliklinikkar og i radiologisk avdeling.

- 80 % av kreftpasientane får oppfølging innanfor tilrådde oppfølgingstider:
  - 5 arbeidsdagar frå mottaken tilvising og til tilvisinga er ferdig vurdert
  - 10 arbeidsdagar frå mottaken tilvising til utgreiing er sett i gang
  - 20 arbeidsdagar frå mottaken tilvising til behandling er sett i gang

Helse Vest RHF har utarbeidd eit omfattande notat om oppfølging av forløpstidene. Helseføretaka er bedne om å følgje dette opp. Mellom anna omhandlar notatet handtering av overføring mellom helseføretak, jf. at det må sikrast at informasjon om pasientrettar som pasienten skal ha, blir overført, og at ansiennitetsdatoen er korrekt.

Det er òg sett ned ei regional arbeidsgruppe i Helse Vest for monitorering av kreftforløp (forløpstider for kreftbehandling).

Måla om forløpstider er ikkje nådd på alle område i Helse Vest, men ein er svært oppteken av å nå måla.

#### *Helse Stavanger*

Måla blir stort sett nådde på dei fleste fagområde – som gynekologi, kreft hos barn, brystkreft og hemato-onkologisk kreft. Det er framleis utfordringar når det gjeld gastroenterologisk kreft (særleg colonoskopikapasitet) og prostatakreft. Prostatabiopsiar merkte «kreftforløp» skal ein ha svart på innan sju dagar.

Ifølgje nasjonale kvalitetsindikatorer per 2. tertial 2012 får godt over 90 % av pasientane med brystkreft påbegynt si behandling innan 20 dagar. Tilsvarende tal for colonkreftpasientar og lungekreftpasientar er 53 % og 44 %. Helseføretaket sine interne tal i 3. tertial 2012 indikerer at forløpstidene innanfor både colonkreft og lungekreft er forbetra. Ifølgje DIPS-rapport fekk 96 % av lungekreftpasientane per november 2012 påbegynt si behandling innan 20 dagar. Tilsvarende prosentdel for pasientar med tjukktarmskreft var 86.

Det er ei utfordring at dei fleste pasientar som blir tilviste til skopi, blir tilviste til undersøking for mogleg kreft, men at svært få viser seg å ha kreft. Det er berre dei som har klare symptom på kreft, som det er mogleg å prioritere til eit raskt «kreftforløp».

#### *Helse Fonna*

Alle pasienttilvisingar blir i hovudsak skanna inn same dag, eller seinast dagen etter at tilvisinga er motteken i Helse Fonna. Tilvisingar på pasientar der det er mistanke om kreftsjukdom blir raskt vurderte (innan fem dagar). Det er på alle fagområda ein praksis for å prioritere desse pasientane på operasjonsprogrammet. Det er god dialog mellom behandlarar og støttettenesta om forløpa for kreftpasientar.

Det er gjennomført ei obligatorisk samling for leiarar og prioriteringsansvarlege, der retningslinjer og tilrådingar er gjennomgått.

Ny kvalitetsindikator viser at målalet om at 80 % av pasientane skal få behandling innan 20 virkedagar, ikkje er nådd. Eigne manuelle registreringar indikerer betre resultat, og føretaket vil arbeide vidare med å kvalitetssikre tala. Normkrav er gjort godt kjent i føretaket, og klinikkane oppdaterer standard pasientforløp, som inkluderer normtala.

#### *Helse Bergen*

Tilvisingar blir vurderte innan fem arbeidsdagar. Enkelte einingar startar utgreiing innan ti arbeidsdagar, men det manglar kapasitet ved enkelte undersøkingar for å nå dette målet. Dette gjeld mellom anna radiologiske tenester og coloskopi. På grunn av manglande kapasitet når det gjeld levering av operative tenester og venting på stråleterapi, blir ikkje målet om påbegynt behandling innan 20 arbeidsdagar alltid nådd. For medikamentell kreftbehandling blir fristane haldne.

Enkelte einingar har nådd målet, men det er fleire flaskehalsar som krev tiltak før alle når målet om 80 %. Vi viser til tiltak i punktet om flaskehalsar i forløpa.

For å nå målet er det mellom anna nødvendig å redusere ventetida på tenester frå støtteavdelingane. Særleg gjeld dette for radiologiske tenester og patologitenester. Dette er eit av satsingsområda i Helse Bergen. Det er mellom anna starta opp eit prosjekt som skal utarbeide ein strategi for medisinske støttetjenester.

Mange kreftpasientar har brukt opp store deler av ventetida før Helse Bergen får søknad om behandling. Saman med dei andre sjukehusa i Helse Vest blir det arbeidd med å få til betre rutinar for dette.

Det er sett i verk eit kveldsprosjekt med stråleterapi for at ventetida på behandling ikkje skal bli for lang.

Det blir gjennomført lokal overvaking av tidsbruk og pasientstraum for å sjå kvar det er mogleg å gjere forbetringar.

### *Helse Førde*

Pasientadministrativt system har per i dag ikkje gode nok rapportar som viser om ein når måla. Dei nasjonale kvalitetsindikatorane viser historiske ventetider for tre utvalde kreftformer. I påvente av regionalt prosjekt om monitorering av forløpstider har Helse Førde i mellomtida ført manuell statistikk for å dokumentere i kva grad ein når måla.

Dei siste publiserte tala for 2. kvartal 2012 syner ei markant betring i måloppnåing samanlikna med 2. kvartal 2011, men målet om at 80 % av pasientane skal få påbegynt behandling innan dei normerte 20 virkedagane frå motteken tilvising, er framleis ikkje nådd.

Ei medverkande årsak til dette kan vere at det for ein stor del av pasientane (33 % av alle som fekk påbegynt kreftbehandling i 2012) ikkje er mistanke om kreft ved vurdering av tilvising. Dei blir dermed ikkje prioriterte til særskilt rask utgreiing. Ventetida blir dermed lang om ein måler ventetida frå tilvising, og ikkje frå datoen for mistanke.

Helse Førde har ført manuell statistikk over ventetider for alle kreftforløp i 2012. Statistikken viser at ca. 90 % av tilvisingane er vurderte innan fem virkedagar. I tillegg syner helseføretaket sine tal at 90 % har fått påbegynt utgreiing innan ti virkedagar, og at 84 % har fått påbegynt behandling innan 20 virkedagar. I denne statistikken er alle kreftdiagnosar, inkludert residiv, og alle behandlingsformer tekne med. Ventetida er målt frå datoen for motteken tilvising der det var mistanke om kreft ved vurdering av tilvisinga, og frå datoen for mistanke der det ikkje var mistanke om kreft ved vurdering av tilvisinga.

- Pasientar som er blitt tilviste med mistanke om kreft, har fått utnemnt ein eigen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om kva som skjer når, om rettar og om ventetider. Det vil ofte vere ein fordel om denne kontaktpersonen også har ei aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.

Helseføretaka har i stor grad utnemnt kontaktpersonar. Der dette foreløpig ikkje har vore mogleg, er det funne andre ordningar.

### *Helse Stavanger*

Ordning med kontaktperson og koordinator er sett i verk i Kirurgisk divisjon og i Kvinne-  
barnedivisjonen.

I Medisinsk divisjon gjeld denne ordninga: Pasientane har sin eigen kontaktperson på sjukepleie- og legesida. Gastropasientar der ein har mistanke om kreft, får namn på lege og sjukepleiar som dei kan kontakte. Sjukepleiar ved lungedagpost fungerer som kontaktperson/koordinator. Kreftkoordinator innanfor colorektal kreft er tilsett i samarbeid med Kirurgisk divisjon.

### *Helse Fonna*

Helse Fonna har tilsett koordinatorar for pasientar med dei hyppigaste kreftformene. Kirurgisk klinikk har to sjukepleiarar med funksjon som kreftforløpskoordinator på fagområda gastroenterologisk kirurgi og mammae/endokrinologi. Frå januar 2013 begynner klinikken i tillegg med kreftforløpskoordinator når det gjeld urologi. Klinikken har også planar om å etablere kreftforløpskoordinator når det gjeld gynekologi og ØNH.

I Medisinsk klinikk har ein oppretta kreftforløpskoordinator på Lungeseksjonen, Nevrologisk seksjon, Hematologisk seksjon og ved Stord sjukehus. Det er eit nevro-onkologisk team, som består av ein nevrologisk kreftsjukepleiar, ein eigen sekretær og ein overlege, som følgjer opp denne pasientgruppa.

### *Helse Bergen*

Ved dei fleste einingane som behandlar kreftpasientar, får pasientane ein kontaktperson. På grunn av vaktordningar har enkelte einingar etablert direkte vakttelefon som kreftpasientane kan ringje til. Telefonen er berbar, og ein av overlegane har han med seg.

Det blir kontinuerleg arbeid for å forbetre koordineringa for kreftpasientar.

### *Helse Førde*

Kreftkoordinatoren har oversikt over alle pasientforløp som er prioriterte med felles regional kode for kreftmistanke. Koordinatoren er delaktig i koordinering av utgreiing og behandling og i å gi informasjon til pasienten, og følgjer pasientforløpet tett fram til påbegynt behandling i eige eller eit anna helseføretak. Koordinatoren er ein kontaktperson og eit bindeledd mellom pasient/primærlege og dei ulike avdelingane/helseføretaka. Nordfjordkommunane har frå hausten 2012 tilsett felles kreftkoordinator, som skal ha arbeidsstad ved Nordfjord sjukehus. Dette gir høve til samhandling.

- Utdanningskapasiteten for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert. (Sjå også kap 8 – Utdanning av helsepersonell.)

Alle helseføretak har gjennomgått og vurdert utdanningskapasiteten. Helse Vest RHF har rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet innan utgangen av 2. tertial. Generelt opplever helseføretaka at ekstern rekruttering er vanskeleg, og må i hovudsak satse på intern rekruttering. Det gjeld begge spesialitetane. Det er derfor behov for fleire LIS-stillingar. Fagområdet onkologi har vore i sterk utvikling gjennom mange år, og denne utviklinga vil halde fram. Den nasjonale utdanningskapasiteten på fagområdet onkologi har over tid vore for låg, samtidig som fagområdet har vore i sterk ekspansjon. Det er generelt færre søkjarar til utlyste stillingar i patologi enn i onkologi. Ein konsekvens av dette er mellom anna at

spesialistar utdanna ved dei to store universitetssjukehusa blir verande der, og såleis ikkje fyller nye stillingar i dei to mindre helseføretaka (HF Førde og HF Fonna).

Alle kreftdiagnosar blir stilte av patologar. Det er ei utfordring at patologi er ein spesialitet med svak rekruttering. Utdanning i patologi krev meir intensiv oppfølging enn utdanning i kliniske fag. Det er generelt ei utfordring å sikre tilstrekkeleg mange obduksjonar til å kunne fylle utdanningskrava for spesialisering i patologi. Nye diagnostiske og terapeutiske metodar er svært ressurskrevjande, spesielt innanfor patologi. Det er behov for å styrkje bemanninga ytterlegare på dette fagfeltet for å kunne innfri krava og mogleggjere moderne behandling, spesielt av kreftpasientar. Å prioritere vidare rekruttering av patologar, mellom anna ved utdanning av eigne patologar, er derfor avgjerande om ein skal halde diagnostikktilbodet på eit optimalt nivå. Verken utdanningskapasiteten eller rekrutteringssituasjonen er tilfredsstillande i dag.

Det er i gang eit telepatologiprojekt i Helse Førde, der diagnostisering blir utført ved hjelp av bilete på ein dataskjerm i staden for med mikroskop. Målet er å få eit system for telepatologi i heile regionen. Dette vil effektivisere arbeidsdagen for patologane og betre samhandlinga mellom patologane på tvers av helseføretaka.

- Tiltak for å redusere ventetida for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksette.

Helse Vest tok imot 6,6 mill. kroner som ekstra tilskot for å redusere ventetida for denne pasientgruppa. Fordelinga til helseføretaka blei basert på aktivitet og aktivitetsauke. Det blei rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet om statusen for brystrekonstruksjonar innan 1. oktober 2012, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument for 2012. Vi viser til denne rapporteringa for detaljar.

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger ved Kirurgisk divisjon har sett i verk utgreiings- og behandlingstiltak slik at føretaket no har tilstrekkeleg kapasitet til å ta hand om eiga befolkning innanfor dei tilrådde tidsrammene (direkte, 3–6 månader og 12 månader, avhengig av type rekonstruksjon). Dette har vore mogleg gjennom ein betydeleg innsats frå alle faggrupper og frå avdelingsleiinga som har ansvar for dette behandlingstilbodet.

#### *Helse Fonna*

Sekundærplastikk for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft blir ikkje utført i Helse Fonna, og det er heller ikkje målet i nær framtid. Pasientar med behov for sekundærplastikk får denne behandlinga ved Stavanger universitetssjukehus eller Haukeland universitetssjukehus. Spesialist i brystkirurgi har skolert seg i primærplastikk.

#### *Helse Bergen*

Helseføretaket har auka kapasiteten med ein operasjonsdag per veke for rekonstruksjon av bryst. DIEP-operasjonar blir prioriterte så høgt som mogleg. Helseføretaket aukar kompetansen og aktiviteten for primær rekonstruksjon ved avdelinga for bryst og endokrinkirurgi. Det er sett i verk mange tiltak.

#### *Helse Førde*

Helse Førde vil frå 1.3.13 ha tilsett plastikkirurg. Frå andre halvdel av 2013 vil ein dermed truleg kunne gjere primær rekonstruksjon. Sekundær rekonstruksjon er større inngrep som krev to kompetente plastikkirugar, og dette behovet vil ikkje Helse Førde kunne

imøtekomme så langt ein ser i dag. Pasientar med behov for sekundærplastikk får denne behandlinga ved Stavanger universitetssjukehus eller Haukeland universitetssjukehus.

- Det er lagt til rette for gjennomføring av vidareutdanning i samsvar med kriteria for den nasjonale piloten på kompetanseområdet palliativ medisin.

#### *Helse Stavanger*

Ein anestesilege er for tida under utdanning for å oppfylle krava til kompetanseområdet palliativ medisin. For at utdanninga skal bli godkjend, må legen ha praksis ved eit anna føretak som har palliative senger. Alternativt må Helse Stavanger opprette palliative senger. Helseføretaket har sett ned ei prosjektgruppe som utgreier spørsmålet om etablering av palliative senger i Helse Stavanger.

#### *Helse Fonna*

Helse Fonna har ein lege som held på med vidareutdanning i palliativ medisin. Denne legen blir ferdig med vidareutdanninga i 2013.

#### *Helse Bergen*

I november 2012 blei det sendt søknad frå Helse Bergen om å bli godkjend som utdanningsstad for kompetanseområdet palliativ medisin.

#### *Helse Førde*

Avdeling for kreft, blodsjukdommar og lindrande behandling (kreftavdelinga) har to overlegar med godkjenning på kompetanseområdet palliativ medisin. Kreftavdelinga har palliativt senter, det vil seie palliativt team og palliative senger. Det blei i desember 2012 sendt søknad til Helsedirektoratet om å bli godkjend som utdanningsstad på kompetanseområdet palliativ medisin. Det er ikkje oppretta utdanningsstilling for kompetanseområdet.

### *2.1.6 Behandling av hjerneslag*

#### Mål for 2012:

- Alle helseføretak som behandlar pasientar med hjerneslag, rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.

Norsk hjerneslagregister er ikkje sett i verk på nasjonalt plan.

- Det er sett i verk tiltak for å gjere helse- og omsorgstenesta og befolkninga merksam på symptoma ved akutt hjerneslag.

Helse Vest RHF driv heile tida informasjonsarbeid om FAST (F=fjes, A=arm, S=språk, T=tale) symptoma ved akutt hjerneslag, mellom anna i magasinet for sjukehusa for Vestlandet, på nettsider og i sosiale medium. I Helse Vest har også Helse Stavanger og Helse Bergen gjennomført eigne informasjonskampanjar om symptomgjenkjenning, retta mot befolkninga. Det er dialog i føretaksgruppa om kampanjearbeid og for å få til ein einsarta og heilskapleg budskap i kommunikasjonen. Det er i tillegg teke initiativ til ein nasjonal informasjonskampanje, der mellom anna alle helseregionane, Helsedirektoratet og pasienttryggleikskampanjen er aktuelle aktørar.

### 2.1.7 *Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna behandling av avhengnad*

#### Mål for 2012:

- Det samla tilbodet innan TSB er styrkt.

Kapasiteten innanfor TSB blei betydeleg utvida i 2011. Vi viser til årleg melding for 2011 for detaljar om dette.

Helse Vest RHF har i 2012 overført 5 mill. kroner til LAR i Helse Bergen for å styrkje arbeidet der.

For å bidra til å styrkje kompetansen arrangerte Helse Vest RHF opplæringsdag i november for heile regionen om ny prioriteringsrettleiar og TSB, og det blei arrangert workshop og diskusjon. Målet var å samkøyre praksis og oppnå lik forståing av vurderingsarbeidet.

Helse Vest RHF har sett i gang eit prosjekt for å utnytte kapasiteten betre. «Ledig Plass» er eit program der ledig kapasitet i døgnavdelingar for TSB blir registrert. Målet er å få betre oversikt over og oppnå ei betre utnytting av kapasiteten i behandlingstilbodet. For å teste programmet sette RHF-et i gang eit pilotprosjekt hausten 2012 med utvalde døgnavdelingar og vurderingseiningar. RHF-et arrangerte opplæring for heile regionen (vurderingseiningar og døgneiningar) i november, og programmet skal takast i bruk av alle einingar frå 1.1.2013. Helse Stavanger har vidare driftsansvar for programmet.

#### *Helse Stavanger*

Arbeids- og velferdsdirektoratet har gitt kr 650 000,- til forskingsarbeid knytt til JobbResept. Midlane blir mellom anna brukte til å frigjere arbeidskapasitet til ein psykolog i teamet som vil utføre forskning. For 2012/2013 inneber dette ekstern finansiering av éi ekstra stilling i teamet.

Ordninga med ruskonsulentar, som skal intervensere overfor pasientar med rusproblematikk innlagde ved somatiske avdelingar, er i 2012 styrkt med éi stilling.

#### *Helse Fonna*

Føretaket har dei siste tre åra hatt ein auke i talet på pasientar som får tilbod i ruspoliklinikkane. Talet på pasientar i LAR har auka med om lag 25 %. BrukarPlan viser at av rundt rekna 1000 kartlagde brukarar i kommunane, får om lag 46 % eit tilbod i spesialisthelsetenesta.

Klinikk for psykisk helsevern har vore særleg oppteken av rusproblematikk i det ordinære tenestetilbodet. I samband med «Plan for psykisk helsevern» er det gjort ein gjennomgang av rusfeltet og arbeid med tiltak for å vidareutvikle behandlingstilbodet for denne pasientgruppa. I planen blir det særleg lagt vekt på å sikre robuste fagmiljø på sjukehusnivå og DPS-nivå med sikte på denne pasientgruppa. Behandlingstilbod for personar med rusproblematikk vil bli betre integrert i det ordinære behandlingstilbodet, og eksisterande behandlingstilbod skal utviklast vidare.

Det samla tenestetilbodet har ikkje fått tilført nye ressursar i 2012. Ungdomseininga, som tilbyr langtidsrehabilitering av unge rusavhengige med psykiske lidingar, har redusert tilbodet frå åtte til sju senger på bakgrunn av historisk beleggprosent.

Eit samhandlingsprosjekt mellom Helse Fonna, Haugaland A-senter, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest og kompetansesenteret KoRus Vest Stavanger vil etter planen starte opp som eit pilotprosjekt tidleg i 2013. Samhandlingsprosjektet blir kalla «Samarbeidsmodell for tidleg intervensjon og meir saumlaust behandlingsforløp for pasientar innlagde på Medisinsk klinikk med eit risikofylt rusmiddelinntak».

#### *Helse Bergen*

Det har vore ein jamn auke i talet på tilsette i eininga som behandlar pasientar med rusproblem. Helseføretaket har også fått fleire senger på Floen i tråd med planverket, og eininga har oppretta ein seksjon for samhandling for å utnytte kapasiteten maksimalt.

Gjennom systematisk arbeid med oppbygging av lokal kapasitet har det vore mogleg å redusere talet på gjestepasientar. Talet på gjestepasientar er blitt redusert frå 70, som var det høgaste talet, i 2010, til om lag 30 ved utgangen av 2012. Døgnplassar i lokalområdet blir meir effektivt utnytta enn døgnplassar i eksterne helseføretak.

#### *Helse Førde*

Avdelingane har fleire stillingar med kompetanse på rusfeltet, og har stillingar som spesialkonsulentar på rusfeltet. Talet på ruskonsulentar auka med vel to årsverk i 2012, og koordinatorfunksjonen auka med 40 %. Det har vore ein auke både i liggjetid og i talet på polikliniske konsultasjonar i 2012. TSB er integrert med resten av det psykiske helsevernet, noko som gir eit godt tverrfagleg tilbod, både når det gjeld vurderingar og i behandlingssituasjonen.

- Det er i samarbeid med kommunane etablert behandlingførebuaende tiltak for pasientar med rett til behandling mens dei ventar på behandling.

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger ved Psykiatrisk ungdomsteam Stavanger og Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes samarbeider med Stavanger og Sandnes kommune om behandlingførebuaende tiltak for pasientar med rett til behandling, mens dei ventar på behandling. I tillegg er TSB-institusjonar i Helse Stavanger innstilte på å samarbeide med tilvisande instans/kommunar om behandlingførebuaende tiltak før innlegging for behandlingssopphald. Avdeling for unge vaksne samarbeider med Korfor (regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest RHF) for å utvikle nye metodar og ny praksis når det gjeld behandlingførebuing. Arbeidet med behandlingførebuaende tiltak blir også sett i samanheng med tiltak for å arbeide fram gode pasientforløp. Det er laga retningslinjer for samarbeid med Stavanger kommune om N1 («Nummer 1»), som er eit behandlingførebuaende tilbod til pasientar over 25 år. Retningslinjene for samhandling med Stavanger kommune om K46 er reviderte.

#### *Helse Fonna*

Helse Fonna har teke opp spørsmålet om det skal etablerast eit behandlingførebuaende tilbod saman med kommunane i opptaksområdet. Pasientane i Helse Fonna får som regel eit poliklinisk tilbod mens dei venter på institusjonsplass.

#### *Helse Bergen*

Helseføretaket planlegg tiltak for å sikre dette. Pasientar som er tilviste til døgnbehandling, får poliklinisk behandling fram mot innlegginga.



### *Helse Førde*

Korte ventetider gjer dette uaktuelt for poliklinisk behandling. Når det gjeld døgntilbod, er det i 2012 utarbeidd prosedyrar på Tronvik som omhandlar samhandling med pasient, tilvisar og kommune i ventetida før innlegging. Prosedyrane presiserer mellom anna at alle pasientar skal få tilbod om behandlingstørbuande samtale på institusjonen.

- Talet på pasientar som fullfører TSB, er auka.

På grunn av manglande basisdata og mangel på tidlegare forskning har det så langt vore vanskeleg å evaluere dette.

Problemstillinga vil vere sentral når ein tek til med å nytte det nye medisinske kvalitetsregisteret for TSB. Det er gjennomført utprøving av registeret i Helse Vest i 2012. Arbeidet med å søkje om konsesjon for kvalitetsregister for rusbehandling er òg påbegynt i 2012.

Helse Stavanger ved TSB ønskjer, gjennom eit pilotprosjekt, å innføre ein kvalitetsindikator som skal rapportere om kor stor del av brukarar under 23 år som får avbrote behandlinga (jf. rapport frå Nasjonal strategigruppe II – for psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, mars 2012).

- Det er auka merksemd på og kompetanse i behandling av pasientar som er avhengige av anabole androgene steroid og har skadar som følgje av det.

Det er auka merksemd omkring behovet for å auke kompetansen i helseføretaka, sjølv om det er ulikt i kva grad tiltak er sette i verk.

### *Helse Stavanger*

Det er auka merksemd omkring, og kompetanse i, behandling av pasientar som er avhengige av anabole eller androgene steroid og har skadar som følgje av det.

Nytt kartleggingsverktøy for rusavhengige, som inkluderer kartlegging av personar som er avhengige av anabole steroid, er tidlegare utvikla og teke i bruk ved Psykiatrisk ungdomsteam i Stavanger.

### *Helse Fonna*

Det har vore gjennomført kurs for personell på dette fagområdet. Ein er også oppteken av at behandlarar skal kartleggje mogleg bruk av steroid hos pasientar. Haugaland A-senter byggjer no opp kompetanse på dette området.

### *Helse Bergen*

Avdeling for rusmedisin (AFR) har arrangert eit internasjonalt symposium om dette temaet, og har sett i gang eit samarbeid med Universitetet i Bergen om tilnærming til problemet. Likevel er det ikkje mogleg å setje i gang behandlingstiltak i nær framtid, grunna manglande personalressursar i LAR. I tillegg er det føreslått for universitetet at ein tek inn undervising om androgene anabole steroid i utdanninga av legar.

I november blei det gjennomført eit møte mellom AFR og Universitetet i Bergen for å planleggje oppstart av eit behandlingstilbod for pasientar som nyttar dopingmiddel.

### *Helse Førde*

Talet på pasientar i Helse Førde med denne typen problematikk er lite. Nasjonale og regionale kurs blir òg tilbydt til Helse Førde. Lokalt har dette vore eit tema på det årlege «Rusfagleg forum» i Sogn og Fjordane fylkeskommune, der dei fleste tilsette i TSB i Helse Førde deltek.

## **2.2 Andre område**

### *2.2.1 Psykisk helsevern*

#### Mål for 2012:

- Regionale og lokale planar for redusert og rett bruk av tvang er gjennomført som ledd i den nasjonale strategien på området.

Regional plan blei ferdigstilt hausten 2011, og alle helseføretaka har no utarbeidd lokale planar i samsvar med den regionale planen og den nasjonale strategien.

Den regionale handlingsplanen har eit tidsperspektiv frå 2011 til 2015. Det er i planen spesielt lagt vekt på lett tilgjengelege tilbod, utoverretta verksemd og å ha tett og fleksibel samhandling med kommunane for at fleire skal ønskje frivillig behandling. Den regionale planen for redusert og rett bruk av tvang omfattar tenester for både barn, unge og vaksne.

### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger har sett i verk lokale planar for redusert bruk av tvang som ledd i den nasjonale strategien på området. Føretaket har mellom anna i fleire år hatt terapeutisk meistring av aggresjon som eit satsingsområde ved Psykiatrisk divisjon.

### *Helse Fonna*

Klinikk for psykisk helsevern har utarbeidd ein plan for redusert og rett bruk av tvang. Ein eigen handlingsplan knytt til planen for redusert og rett bruk av tvang er under arbeid. Det er sett ned ei arbeidsgruppe med representantar frå ulike seksjonar i klinikken, brukarar og kommunane. Arbeidsgruppa la fram forslag til konkrete tiltak i desember 2012.

### *Helse Bergen*

Det er mellom anna utarbeidd lokal plan. Det er lagt opp til ei opplæring i lovverket, og det er utarbeidd kurs for fastlegar som startar opp i februar 2013. Det er gjennomført samhandlingskonferansar med kommunane, og det er utvikla ei eiga utdanning knytt opp mot bruk av tvang.

### *Helse Førde*

Helse Førde er framleis det føretaket i landet som nyttar minst tvang. Dei regionale planane er følgde opp, særleg når det gjeld tilgjenge til tenester på DPS-nivå og brukarmedverknad. Det er utarbeidd felles prosedyre for heile fagfeltet for å sikre kvaliteten kring bruk av tvang, og ein har lagt særleg vekt på førebyggjande tiltak for å unngå bruk av tvang.

Ungdomsavdelinga (UPH) er ikkje godkjend for tvangsinnleggingar, men kan bruke tvangsmiddel mot pasientar i akutte situasjonar. Vedtak om tvangsmiddelbruk blir ført i

protokoll. Det er svært sjeldan behov for tvangsbruk ved UPH. Det blir lagt stor vekt på førebyggjande tiltak, slik at ein unngår situasjonar der det er behov for tvangsbruk.

- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjonar med fastlege, i skolehelsetenesta, på helsestasjon, med barnevernet o.a., også for pasientar som ikkje er viste vidare til spesialisthelsetenesta.

#### *Helse Stavanger*

Helseføretaket har rutinar for dette, og har praktisert desse rutine gjennom fleire år. BUPA har ordningar som sikrar at dei er til stades på helsestasjonar. Avdeling for unge vaksne og BUPA har sett i gang eit samarbeidsprosjekt med samlokalisering på eit legekontor i Stavanger. Eit omfattande samarbeidsprosjekt med BUF-etat, «Avklarande team», har etablert ei samordning av utgreiing av barn og unge som fell mellom fleire stolar. Tiltaket er i gang og samlokalisert i lokala til BUF-etat.

#### *Helse Fonna*

Samlokalisering mellom BUP og DPS på Stord gjer at det ligg til rette for samarbeid, spesielt i forhold til pasientane i aldersgruppa 17–18 år. BUP Haugesund deler utekontor i Vindafjord kommune med Haugaland DPS 1–2 dagar i veka, slik at det også her ligg til rette for samkonsultasjonar med samarbeidspartnarane.

Ved behov blir det kalla inn til felles møte i samband med overføringar frå BUP til VOP.

BUP Haugesund har eit systematisk samarbeid i form av rettleiing til Psykisk helseteneste for barn og unge i kommunane. Anonyme saker blir drøfta, for eksempel om pasienten bør visast til BUP, eller om andre tiltak bør setjast i verk. KIDSA-teamet deltek også i ulike interkommunale prosjekt, som Haugalandsløftet og Modellkommuneprosjektet. Ved BUP Stord/Kvinnherad arbeider ein med å få på plass felles samarbeidsprosjekt.

#### *Helse Bergen*

Det er lagt til rette for dette i dei rutine ein har. Ved enkelte einingar har ein faste samarbeidsorgan for å styrkje dette samarbeidet.

#### *Helse Førde*

Avdelingane har faste samarbeidsmøte med kommunane der det mellom anna er tilbod om at saker kan diskuterast anonymt. Tilbodet blir i ulik grad nytta frå kommunane si side.

- Det blir gitt opplæring i, og tilbod om, eksponeringsterapi ved tvangslidingar.

Opplæring er mellom anna under førebuing i eit nasjonalt prosjekt, og det er oppnemnt kontaktpersonar i alle helseføretak. Opplæring vil begynne i 2013, jf. nasjonalt prosjekt.

#### *Helse Stavanger*

Helseføretaket har dette som eit tilbod og ein standard i behandlinga av tvangslidingar (OCD) i Psykiatrisk divisjon.

#### *Helse Fonna*

Ved Haugaland og Karmøy DPS er det tre spesialistar, to psykologspesialistar og éin

legespesialist, som alle har vidareutdanning i KAT (kognitiv åtferdsterapi) med eksponering for tvangslidingar. Spesialistane rettleier andre behandlarar slik at pasientar som har behov for ei slik behandling, får det.

#### *Helse Bergen*

I Psykiatrisk divisjon er det etablert eit eige behandlingstilbod knytt til tvangslidingar både for vaksne, barn og unge. Tilbodet er utvikla i tråd med dei overordna tilrådingane som er gitt. Det er òg lagt inn ein forskingsdel i tilbodet, slik at ein over tid vil få ny kunnskap om behandlingseffekt.

#### *Helse Førde*

Helse Førde har i mange år hatt høg kompetanse på dette feltet. Ingen særlege tiltak er blitt gjennomførte i 2012. Helseføretaket deltek med personell både i styringsgruppa i Helse Bergen, som skal sjå på OCD-behandling, og i det nasjonale utvalet som ser på det same.

Det er ikkje sett i gang eiga opplæring i eksponeringsterapi innanfor det psykiske helsevernet for barn og unge. Nokre av behandlarane i avdelinga har denne kompetansen allereie. Desse behandlarane blir nytta i pasientsaker der eksponeringsterapi er tilrådd behandlingsmetode.

- Kompetansen i ambulansetenesta dekkjer både psykiske og somatiske lidningar.

Det er lagt til rette for dette på ulikt vis i helseføretaka.

#### *Helse Stavanger*

Ambulansetenesta gjennomfører fire fagdagar i året med teoretisk undervisning/oppdatering, men mest av alt praktisk trening med case/simulering med rettleiing. Her legg ein vekt på rus, somatikk og psykiatri. Ambulansetenesta har i 2012 hatt eigen psykiatriambulanse i drift alle kvardagar frå kl. 09.00 til 21.00. Alt personell som deltek i denne tenesta, får tilbod om systematisk opplæring i TMA (terapeutisk meistring av aggresjon).

#### *Helse Fonna*

Det er blitt gjennomført felles møte mellom leiinga for ambulansetenesta og seksjonen for spesialisert behandling, der ein har drøfta korleis Helse Fonna kan sikre eit behandlingstilbod, anten i spesialisthelsetenesta eller i kommunane.

For å auke kompetansen i ambulansetenesta har Klinikk for psykisk helsevern gitt tilbod om undervisning på personalmøte. I tillegg er det lagt til rette for at lærlingar i ambulansetenesta kan hospitere i Klinikk for psykisk helsevern.

#### *Helse Bergen*

Temaet har vore oppe på fagdagar både i ambulansetenesta og i AMK. Psykiatriambulansen har eit langskift kvar dag gjennom heile året.

#### *Helse Førde*

Tilsette i ambulansetenesta stettar krava i forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Læreplanen for dei tilsette dekkjer både somatikk, psykiske lidningar og rusrelaterte lidningar. Ambulansetenesta handterer dei fleste pasientane på eiga hand, men blir styrkt med kompetansen ved den aktuelle avdelinga der det er behov. Dette skjer anten ved støtte til avgjerder eller ved fysisk deltaking. Det blir vurdert eit prosjektarbeid for å utarbeide eit eige

tilleggskurs innanfor rusproblematikk og psykiatriske lidningar. Eit fåtal av oppdraga i dekningsområde gjeld rusproblematikk og psykiatriske lidningar.

### 2.2.2 *Habilitering og rehabilitering*

#### Mål for 2012:

- Den medisinskfaglege kompetansen i habiliteringstenestene er styrkt.

Helseføretaka har i liten grad styrkt den medisinskfaglege kompetansen i habiliteringstenestene i 2012. Det blir arbeidd med å betre rekrutteringa av legar til feltet.

#### *Helse Stavanger*

Ein legg stor vekt på å utvikle kompetansen og tenesta innanfor barnehabiliteringsfeltet. Det blei i 2012 gitt tilbod til barn utan språk med behov for alternativ kommunikasjon, og intensive tilbod til barn med alvorlege spise-/ernæringsvanskar. Det er behov for å betre rekrutteringa av legar til barnehabiliteringsfeltet, og det blir vurdert å tilføre eit NR-nummer for Lege i spesialisering (LIS).

Kvinne- og barnedivisjonen har utfordringar knytt til nye pasientgrupper som blir viste til avd. Barnehabilitering Østerlide. Det er no planlagt å heve aldersgrensa frå 16 til 18 år. Dette vil krevje auka kompetanse og kapasitet for denne målgruppa.

#### *Helse Fonna*

Helseføretaket arbeider framleis med å få på plass stabile legetenester i barne- og vaksnehabiliteringa, i tillegg til medisinskfagleg rådgivar/seksjonsoverlege. Legetenestene for barnehabilitering er knytt opp mot barneseksjonen, og legetenestene for vaksnehabiliteringa er knytt opp mot nevrologisk seksjon.

#### *Helse Bergen*

Helseføretaket arbeider med å få fleire LIS-legar, slik at den medisinskfaglege kompetansen kan styrkjast og ein kan få auka interesse for fagfeltet blant legar.

#### *Helse Førde*

Gjennom 2011 og 2012 har ein ved seksjon for habilitering av barn og unge hatt ei systematisk kompetanseheving når det gjeld diagnostikk og behandlingstilbod for barn med sosialspekterforstyrningar. Dette tilbodet var før ikkje tilgjengeleg internt i Helse Førde.

- Det er sikra tilstrekkeleg kapasitet innanfor spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstenester til ulike grupper, og etablert tilbod til pasientar med sansetap.

Det blir arbeidd med ulike tiltak for å sikre tilstrekkeleg kapasitet når det gjeld spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstenester til ulike grupper.

Helse Vest RHF utarbeidde tidleg i 2012 eit notat der det blei gjort klart kva for tilbod det er forventa at spesialisthelsetenesta skal ha til pasientar med sansetap. Notatet blei vidareformidla til helseføretaka i Helse Vest.

Det finst diagnostiske tilbod og tilbod om hjelpemiddel til pasientgruppa, og alle helseføretaka har i varierende grad lærings- og meistringskurs. Andre tilbod blir omtalte nedanfor.

### *Helse Stavanger*

Det er press på kapasiteten både når det gjeld spesialisert habilitering og når det gjeld rehabiliteringstenester for vaksne, jf. rapport frå Riksrevisjonen i 2011.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Lassa, har gjennomført ei omorganisering og styrkt tenesta med seksjonsleiarar på fagfelte habilitering, rehabilitering og fysikalsk medisin. Det blir arbeidd med planar om å opprette dagpost / ambulant verksemd for å styrkje kapasiteten i spesialisert rehabilitering.

Føretaket har frå mai 2012 oppretta ei ny LIS-stilling ved Medisinsk divisjon ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, kalla Lassa, som vil auke kapasiteten og kompetansen.

Spesialiserte barnehabiliteringstenester ved avd. Barnehabilitering Østerlide har greidd ut tenestebehovet innanfor spesialisert habilitering på bakgrunn av anslått behov/populasjon (jf. Helsedirektoratet sin handlingsplan for habilitering av barn og unge), og har behov for å auke kapasiteten i tida framover.

Helse Stavanger har etablert desse tilboda til pasientar med sansetap:

- Barnehabiliteringa Østerlide har etablert eit tilbod til barn i si målgruppe, som er barn med sansetap.
- Medisinsk divisjon ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Lassa, har tilsett synspedagog i 30 % stilling for utgreiing/oppfølging av hjerneslagpasientar med synsproblematikk, som ein del av eit rehabiliteringsforløp.

### *Helse Fonna*

Kapasiteten i spesialisert habilitering er ikkje blitt auka i 2012, men ligg stabilt på eit minimumsnivå. I tillegg til at ein følgjer med på situasjonen internt i helseføretaket, vil styrking av tilbodet i kommunane, og rettleiing til kommunane gjennom bruk av teknologiske løysingar, vere viktige tiltak i tida framover.

Helse Fonna har utvida det spesialiserte rehabiliteringstilbodet til å omfatte ni døgnplassar. Dei spesialiserte rehabiliteringsplassane flytta inn i nyrenovert sengepost med universell utforming på Stord sjukehus i februar 2012.

Seksjon Fysikalsk medisin og rehabilitering har i 2012 vidareutvikla det polikliniske tilbodet til pasientar med rygg- og skulderproblem.

Føretaket har til no ikkje etablert eige rehabiliteringstilbod til pasientar med sansetap.

### *Helse Bergen*

Habiliteringstenesta har gjort endringar for å utnytte kapasiteten endå betre. Likevel er det for liten kapasitet, spesielt i samband med diagnostisering, både når det gjeld utviklingshemming og når det gjeld autisme / Aspergers syndrom.

Klinikken har ikkje hatt tilstrekkelege ressursar til å etablere stilling for synspedagog.

### *Helse Førde*

Helse Førde har tilstrekkeleg kapasitet til å gi rehabilitering til personar som treng det etter akutt skade og sjukdom. Hovudgrupper av pasientar er pasientar som treng rehabilitering etter

hjerneslag, traume eller amputasjonar. Det er også tilstrekkeleg kapasitet ved habiliteringseininga for barn.

Det finst lærings- og meistringstilbod til pasientar med høyrselshemming, inkludert tilpassing av høyreapparat. Når det gjeld menneske med synshemming, har ein ikkje kunna tilby denne typen tilbod i samarbeid med Lærings- og meistringssenteret i 2012.

Øyre-nase-hals-avdelinga ved Høyrselssentralen og Lærings- og meistringssenteret har i 2012 samarbeidd om å gi tilbod til menneske med høyrselstap og til tinnitusråka, og har arrangert teknisk kurs for høyreapparatbrukarar. I 2013 tek ein sikte på å utvide repertoaret av tilbod til denne brukargruppa.

- Det er auka merksemd på pasientar med narkolepsi, spesielt ved dei regionale fagmiljøa for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

Det regionale fagmiljøet i Helse Vest har vore i ein omorganiseringsprosess i 2012. Helse Bergen har fått oppgåva med å koordinere det regionale fagmiljøet. Etablering av eit regionalt fagmiljø er i rute. Det er tilsett leiar, som tok til i jobben i juni. Det er oppretta referansegruppe som skal sikre at mandatet blir følgt opp, også når det gjeld narkolepsi. Utgreiing, behandling og oppfølging skjer i helseføretaka.

### *2.2.3 Behandling av kronisk utmattingsyndrom / myalgisk encefalopati*

#### Mål for 2012:

- Tilbodet til pasientar med CFS/ME er gjennomgått med tanke på om det bør givast ved eitt eller fleire sjukehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og formålstenleg ressursbruk.

Tilbodet er gjennomgått. Det blir i dag gitt eit utgreiingstilbod i alle helseføretaka. Det varierer kva slags behandling og vidare oppfølging som blir gitt.

Det ligg ikkje føre evidensbasert grunnlag for å seie kva tiltak som gir behandlingseffekt for denne pasientgruppa. Helse Vest tilrår ei løysing der primærutgreiing/grunnutgreiing startar lokalt i kvart HF. Det er konkludert med at det skal opprettast to regionale funksjonar/einingar for pasientar med stort behov for avklaring, og som ein kan tilvise til ved behov for endeleg vurdering og funksjonsvurdering (mellom anna i forhold til trygderettsvurdering). Slike funksjonar er eller skal bli oppretta i Helse Bergen og Helse Stavanger (sjå under punktet om poliklinikk).

Det er også etablert ei regional arbeidsgruppe som skal bidra til å sikre ei likeverdig og adekvat tilnærming i Helse Vest si føretaksgruppe når det gjeld diagnostisering, tilbod/helsehjelp og oppfølging av pasientar med CFS/ME. Arbeidet med dette skal gjerast våren 2013.

Arbeid som blir gjort i helseføretaka, er for eksempel:

#### *Helse Stavanger*

Barneavdelinga har etablert gode prosedyrar for barn med ME. Prosedyrane omfattar mellom anna pasientdiagnostikk, behandlingsplanar, tverrfaglege møte med kommunane og overføringsmøte med aktuelle kommunar.

### *Helse Fonna*

Helse Fonna har utarbeidd eit standardisert opplegg og gir tilbod om utgreiing av pasientar med CFS/ME. Enkelte pasientar er blitt viste til Frihamnsenteret i Skånevik.

Helse Fonna har hatt planleggingsmøte mellom nevrologar, psykiatrar og indremedisinarar for denne pasientgruppa, men har førebels ikkje ein konkret utgreiingsmodell eller konkrete tilbod. Ein avtalespesialist i psykiatri (20 % stilling i Klinikk for psykisk helsevern) har spisskompetanse på CFS/ME, og gir tilbod om second opinion-vurderingar i Helse Fonna. Generell klinisk utgreiing og differensialdiagnostikk (nevrologi) blir gjort i Helse Fonna. Ein standardisert plan for utgreiing er planlagt utarbeidd.

Helse Fonna har per i dag ikkje eit eige behandlingstilbod for CFS/ME-pasientar, men tilbyr desse pasientane behandling med vekt på ei kognitiv tilnærming i ordinære døgnpostar og poliklinikkar i Klinikk for psykisk helsevern.

### *Helse Bergen*

ReHabiliteringsklinikken har på vegner av Helse Bergen oppretta ein tverrfagleg poliklinikk.

I samband med Gardia-utbrotet i Bergen (Svartediket) blei det sett i gang eit forskingsprosjekt knytt til koplinga mellom Gardia og kronisk utmattingssyndrom. Prosjektet blir leidd av ein overlege frå Helse Bergen. Klinikk for psykosomatisk medisin deltek med to psykiatrar. Det blir arbeidd med klinisk utgreiing, laboratoriemessig utgreiing, fMRI og kognitiv/edukativ behandling av pasientar med fatigue-symptom etter gardiasis hausten 2004. Det er produsert fleire artiklar. Helse Bergen har medforfattarar i to artiklar. I forhold til kliniske oppgåver har klinikk for psykosomatisk medisin eit aktivt samarbeid med nevrologisk avdeling når det gjeld utgreiing av ME.

Nevrologisk avdeling arbeider systematisk med utgreiing av pasientar med trøytteikssymptom. Det blir brukt internasjonalt aksepterte kriterium for CFS/ME. Nevrologisk avdeling driv for tida inga forskning på feltet ut over at dei deltek i studiane som blir gjennomførte i kreftavdelinga. Nevrologisk avdeling vil på sikt gjennomføre epidemiologiske studiar.

### *Helse Førde*

Helseføretaket har i lengre tid arbeidd systematisk og målretta for å utvikle ei heilskapleg behandlingsskjede for menneske med kronisk utmattingssyndrom / myalgisk encefalopati i Sogn og Fjordane.

Den tverrfaglege prosjektgruppa har hatt representantar frå ulike fagområde/einingar: Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, Praksiskonsulentordninga (PKO), Psykisk helsevern, nevrologi, pediatri, indremedisin og Lærings- og meistringssenteret. Erfaringane og forslaga frå dette arbeidet vil bli tekne med vidare i den regionale gjennomgangen.

Ein har etablert ein modell der rehabiliteringsmiljøet ved Førde sentralsjukehus i samarbeid med Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter tek det medisinskfaglege ansvaret. Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering (ANRR) har ansvar for den tverrfaglege koordineringsfunksjonen knytt til utgreiing og medisinsk behandling av vaksne med CFS/ME internt i Helse Førde. Barneavdelinga tek det medisinskfaglege ansvaret for koordinert utgreiing og behandlingstilbod for barn og unge under 16 år med CFS/ME i Helse Førde HF.



Det kan òg ofte vere formålstenleg med hospitering frå pårørande og sentrale samarbeidspartnarar mens brukaren oppheld seg ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter.

- Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.

Helse Vest har konkludert med at det i første omgang bør opprettast polikliniske tilbod i Helse Stavanger og Helse Bergen, som også skal dekkje dei andre to helseføretaka. På sikt bør eit slikt tilbod bli etablert i alle helseføretaka.

Den tverrfaglege poliklinikken i Helse Stavanger er under planlegging. Arbeidet med dette byggjer vidare på det arbeidet som i dag blir gjort i regi av dei forskjellige involverte avdelingane og Lærings- og meistringscenteret.

Rehabiliteringsklinikken i Helse Bergen har allereie etablert ein tverrfagleg poliklinikk, men ein har framleis utfordringar når det gjeld å få ei effektiv drift. Årsaka er dei spesielle utfordringane denne pasientgruppa har.

Ingen av helseføretaka har oppretta faste ambulante team enno. I Helse Stavanger blir dette planlagt som ledd i samarbeidet mellom tre somatiske divisjonar og Psykiatrisk divisjon. I Helse Fonna kan tilbodet givast ved behov.

- Det blir tilbode lærings- og meistringskurs til pasientar med CFS/ME.

Dette blir tilbode i Helse Stavanger og i Helse Bergen.

#### *Helse Stavanger*

Det blir arrangert lærings- og meistringskurs for foreldre til barn og unge med CFS/ME og til vaksne pasientar med CFS/ME 1–2 gonger per år. Undervisning blir gitt av ulike fagpersonar og kompetente brukarar, som alle har brei erfaring og mykje kunnskap om dei utfordringane denne pasientgruppa står overfor. For vaksne har det vore vanskeleg å sikre eit robust tilbod til desse pasientane.

#### *Helse Fonna*

Helse Fonna gjennomførte kurs for foreldre til barn med ME i 2011, men det har ikkje vore arrangert lærings- og meistringskurs for denne pasientgruppa i 2012. LMS har ikkje tilbod til vaksne med ME/CFS.

#### *Helse Bergen*

I 2012 blei det gjennomført to kurs. Kwart kurs bestod av åtte kursdagar. Til saman på desse to kursa var det 40 deltakarar.

#### *Helse Førde*

Barneavdelinga vil vinteren 2013 tilby pasientopplæringstilbod/meistringskurs for foreldre/nærpersonar til barn og ungdom med CFS/ME.

- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetenesta.

Dette blir gjort i varierende grad. Det planlagde regionale arbeidet for å sikre eit likeverdig tilbud til denne pasientgruppa (sjå over) vil òg kunne heve kunnskapsnivået i helseføretaka. Dette vil kunne gi eit betre grunnlag for kunnskapsoverføring til kommunane.

Eksempel på tiltak som allereie blir gjort, er Helse Stavanger sin informasjon til fastlegane om utgreiings- og tilvisingspraksis for pasientar med ME/CSF. Føretaket, ved Kvinne- og barnedivisjonen, har òg utvikla gode rutinar for diagnostisering og behandling, og for samarbeid med kommunane når det gjeld barn med ME.

#### 2.2.4 Barn og nyfødde som treng intensivbehandling

##### Mål for 2012:

- Tilbodet til barn og nyfødde som treng intensivbehandling, er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og fornuftig ressursbruk.

I Helse Vest blir tilbodet gitt ved dei fire største sjukehusa. Intensivbehandling av dei minste premature og nyfødde med kompliserte lidningar blir gjort ved Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus. Ein har vurdert det slik at det ikkje er grunnlag for vesentlege endringar i den noverande funksjonsfordelinga, men det kan vere behov for mindre forbetringar. Det er sett ned ei arbeidsgruppe som mellom anna skal gi ei vurdering av kvalitet, kompetanse og ressursbruk innanfor nyføddintensivbehandling i regionen. Gjennomgang av behandlingstilbodet til dei minste premature skal gjennomgåast særskilt, og skal ta for seg heile kjeda, frå fostermedisin, svangerskapsovervaking og fødselshjelp og til behandling av den nyfødde.

Av kompetanseretta tiltak i helseføretaka kan vi nemne:

##### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger har utvikla gode rutinar for tilbod til nyfødde og barn som treng intensivbehandling. Nasjonale/regionale retningslinjer blir følgde. Data blir plotta inn i «Nyføddprogrammet» utvikla ved Rikshospitalet, og rapportar blir tekne ut månadleg. Rapportane blir brukte til å forbetre kvaliteten og til å samanlikna med tilbod gitt i andre helseføretak.

##### *Helse Bergen*

Aktuelle einingar i Helse Bergen er i ferd med å avslutte ein rapport der dei har gjennomgått eigne erfaringar.

##### *Helse Førde*

Barn og nyfødde som treng intensivbehandling, blir behandla i intensivseksjonen og i kuvøseavsnittet på barneavdelinga ved Førde sentralsjukehus. Mange barn må til større avdelingar for behandling, i hovudsak Helse Bergen. Det blir utarbeidd samarbeidsavtale mellom barneavdelinga og avdelinga for akuttmedisin for å optimalisere tilbodet både på pleiesida og på legesida for barn i intensivseksjonen. Men det viktigaste bidraget for å sikre adekvat kompetanse til desse barna er ei vel fungerande transportteneste. For kuvøsebarn er dette sikra gjennom at barnelege og luftambulanselege saman gjennomfører intensivtransportane. For større barn er det luftambulanselege som tek seg av transporten, og kvalitetssikring blir gjennomført opp mot nasjonal standard for luftambulanselegar.

### 2.2.5 *Kjeveleddsdysfunksjon*

#### Mål for 2012:

- Det er sett i verk tiltak for å styrkje tilbodet om utgreiing og behandling av personar med invalidiserande kjeveleddsdysfunksjon (TMD).

Helsedirektoratet fekk i 2012 i oppdrag å utarbeide utkast til eit tverrfagleg utgreiings- og behandlingssopplegg for pasientar med invalidiserande tilstand av TMD, i samarbeid med fagfolk i Noreg og internasjonalt. Helse Bergen blei bede om å leie prosjektet, og det er laga ein plan og eit tilbod for utgreiing og oppfølging av pasientar med invalidiserande kjeveleddsdysfunksjon.

Tilbodet i Helse Bergen er for personar med TMD som har ført til betydeleg reduksjon i livskvalitet, lange sjukmeldingsperiodar, uførleik osv., og som ønskjer å få dette utgreidd i ei tverrfagleg gruppe. Behandlingstilbod skal framleis givast i det enkelte helseføretaket.

### 2.2.6 *Beredskap og smittevern*

#### Mål for 2012:

- Beredskapsplanane i regionen og i helseføretaka er oppdaterte og tilpassa med utgangspunkt i erfaringane frå handteringa av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidlegare hendingar.

Helse Vest RHF sin reviderte regionale plan «Regional plan for helsemessig og sosial beredskap (2012–2014)» blei styrebehandla i desember 2011. Helseføretaka følgjer opp og oppdaterer sine planverk.

#### *Helse Stavanger*

Beredskapsplanen til Helse Stavanger er revidert og blei vedteken i styret i april 2012. I tillegg er det utarbeidd delplanar som langt på veg dekkjer erfaringar frå terrorangrepet 22. juli 2011. Det står igjen nokre justeringar i forhold til NOU 2012:14 Rapport frå 22. juli-kommisjonen. Beredskapsplanen og delplanar er tilpassa regional beredskapsplan og dekkjer område innanfor eksternt og intern beredskap. Det er under utarbeiding beredskapsplan for trusselsituasjonar/terror mot sjukehuset. Det er planlagt nytt møte med aktuelle divisjonar i januar 2013 når det gjeld oppfølging etter terrorangrepet 22. juli 2011.

Ifølgje den regionale planen skal det haldast minst fire øvingar per år. Dette er sikra i helseføretaket sin plan for beredskapsøvingar i 2012. Det er etablert øvingsutval saman med nødetatane, der også fylkesmannen deltek. Organisering av samarbeidsstrukturen er under revisjon.

#### *Helse Fonna*

Planen er rullert ved at Helse Fonna sin overordna plan er revidert i forhold til den regionale planen. Revidert plan blei behandla av styret i Helse Fonna i desember 2012. I samband med revidering av planen for Helse Fonna er det òg påbegynt ei revidering av delplanane med utgangspunkt i erfaringane frå handteringa av terrorangrepet 22.7.2011, andre tidlegare hendingar og den regionale beredskapsplanen. Dette gjeld særleg planane for traume/masseskadar, psykososial omsorg og kommunikasjon. Desse delplanane vil bli ferdigstilte innan januar 2013.

### *Helse Bergen*

Helse Bergen har fulgt opp Regional plan for helsemessig og sosial beredskap. Helse Bergen gjennomfører jamleg revisjon av beredskapsplanane i etterkant av større hendingar og øvingar. Føretaket arbeider no med å utarbeide desse planane:

- Beredskapsplan for bortfall av kommunikasjon (mobil, radio, fasttelefoni, calling, Internett/intranett)
- Beredskapsplan for hendingar som rammar eige personell
- Nasjonal beredskapsplan for brannskadebehandling

Når det gjeld 22. juli-kommisjonen sin rapport, blei styret i Helse Bergen hausten 2012 orientert om mellom anna oppfølgingsarbeidet. Det blei då gjort greie for korleis føretaket har fulgt opp tilrådingar i rapporten.

Det er utarbeidd plan for øvingar i helseføretaket, både for interne øvingar og for øvingar saman med andre etatar og kommunar.

### *Helse Førde*

Regional plan for helsemessig og sosial beredskap (2012–2014) er aktivt brukt i beredskapsarbeidet i Helse Førde. Planverket er delvis revidert, men det vil i 2013 bli gjennomført ein større planrevisjon for å forenkle og modernisere planverket.

Helse Førde sin beredskapsplan er delvis revidert med utgangspunkt i erfaringane frå handteringa av terrorangrepet 22. juli 2011, andre tidlegare hendingar og den regionale beredskapsplanen. Det vil i 2013 bli gjennomført ein større planrevisjon for å modernisere og forenkle planverket – arbeidet med dette er sett i gang.

Konkrete oppgåver som det blir arbeidd med (utover generell planrevisjon):

- Kommunikasjons-/informasjonsberedskap – er under revisjon. Skal vere ferdig til utgangen av januar 2013.
  - Psykososial støtteteneste – planrevisjon er i gang. Erfaringar frå hendingar i dei siste åra og «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» blir innarbeidd. Arbeidet er venta avslutta i 1. kvartal 2013.
  - Innføring av automatisert varslingsystem (UMS) – arbeid er i gang. Ein arbeider med å konfigurere systemet og lage prosedyrar for bruk.
  - Kommunikasjonsløysingar ved svikt i kritisk infrastruktur – det blir arbeidd for å nytte eksisterande teknologi best mogleg, i tillegg til å kartleggje alternativ og systematisere dei. Helse Førde har her tett samarbeid med fylkesmannen si beredskapsavdeling og dei andre nødetatane i dette arbeidet.
  - Læringsnettverk for beredskapsplanlegging – Helse Førde deltek i eit nettverk saman med fylkesmannen og ti kommunar for å betre beredskapsplanlegginga internt og på tvers – blir nytta aktivt i planrevisjon.
- Det er frå og med 1. september 2012 sett i verk kontinuerleg registrering av alle dei kirurgiske prosedyrane som inngår i NOIS og blir utførte på det enkelte sjukehus.

Dette blir gjort i alle helseføretaka, men det blir òg meldt om at det etter omlegging til DIPS har vore utfordrande å gjere registreringa med same datakvalitet som tidlegare. Det er arbeid i gang for å korrigere dette, og mest sannsynleg vil kvaliteten på dataleveransar til NOIS vere tilfredsstillande i 2013.

Det blir også meldt frå enkelte helseføretak at heilårleg infeksjonsregistrering og rapportering krev ressursar til innsamling av data, og ikkje minst til analyse og oppfølging av resultatata.

### 2.2.7 Førebygging

#### Mål for 2012:

- Dokumentasjon når det gjeld ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følgjer med pasienten når han/ho flyttar til eit anna tenestenivå eller mellom behandlingseiningar.

Det blir i hovudsak arbeidd systematisk med dette i helseføretaka.

#### *Helse Stavanger*

Føretaket har lagt stor vekt på screening av pasientar som kjem inn. Eit pasientnært forskingsprosjekt er etablert, og samarbeidet mellom Medisinsk divisjon, Kirurgisk divisjon, Forskingsavdelinga og Universitetet i Stavanger fungerer godt.

- Medisinsk divisjon registrerer ernæringsstatus hos alle pasientar og har sett i verk tiltak for ytterlegare å styrkje arbeidet med å forbetre ernæringsstatusen til pasientane. Tiltak for å betre dette er etablering av ein «ernæringskole» to gonger per år. Det skal oppnemnast to tilsette frå kvar post som skal arbeide saman i ei gruppe for å halde fokus på arbeidet med ernæring. Føretaket har kontakt med kommunane via praksiskonsulentordninga for å orientere og invitere kommunane til ernæringskolen.
- I Kirurgisk divisjon blei det i april 2012 vedteke å setje i gang eit prøveprosjekt med i første omgang 100 pasientar.
- Avdeling Barneklubben har begynt med systematisk kartlegging av ernæringsstatusen hos barn ved innlegging. Dette blir dokumentert og bringa vidare ved eventuell overflytting til annan behandlingssinstans.
- Psykiatrisk divisjon har ei aktiv arbeidsgruppe som arbeider med kosthald, ernæring og fysisk aktivitet. Divisjonen er med i nettverket for helsefremmande sjukehus, både på nasjonalt og på europeisk nivå. Det blir arbeidd systematisk med å forbetre kosttilbodet til pasientane i divisjonen. Alle sengepostar er involverte i dette arbeidet, i samarbeid med kantinen, kjøkkenet på Forus og leverandørane.

Helseføretaket vil arbeide vidare med å forbetre overføring mellom tenestenivåa av dokumentasjon som gjeld ernæringsstatus.

#### *Helse Fonna*

Ernæringscreening og -behandling er dokumentert i varierende grad i Helse Fonna. Arbeidet med å rulle ut screeningsverktøyet i alle aktuelle einingar blir intensivert i 2013.

#### *Helse Bergen*

Helse Bergen har etablert systematikk som legg til rette for dette, og temaet blir kontinuerleg følgt opp.

#### *Helse Førde*

Helse Førde har over tid fokusert på at ernæringsstatusen er ein viktig del av pasientbehandlinga, særleg hos eldre skrøpelege og hos misbrukarar. Det er starta opp eit eige kvalitetsprosjekt på området, der systematisk registrering ved eige skjema og målingar av BMI (via høgde og vekt) skal inngå som ein obligatorisk del av pasientjournalen. Det blir

arbeidd med å få skjemaet inn i EPJ for elektronisk utfylling og med høve til å ta ut rapportar. Prosjektet vil gå vidare i kommande år, og med ei klar målsetjing om at ernæringsstatusen skal vere ein naturleg del av pasientbehandlinga og følgje med pasienten ut igjen til primærhelsetenesta.

- Helseføretaka rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR.

Alle helseføretaka skal no vere i gang med rapportering. Helse Fonna starta opp arbeidet med innføring av personskaderegistrering i DIPS-modul hausten 2012, med mål om full implementering av registreringa frå 1.1.13.

Helsedirektoratet har gjennomført møte med alle RHF og HF i juni om dette. På dette møtet blei det uttrykt behov for eit enkelt, nasjonalt registreringsverktøy. Helsedirektoratet har i ettertid opplyst at Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å setje ned ei referanse-/arbeidsgruppe med deltakarar frå RHF-a. Denne gruppa skal følgje utviklinga, drøfte vanskar og fremme forslag til løysingar.

- Sjukehusa har etablert tilbod om tobakksavvenjing i tråd med faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet.

Det er i varierende grad etablert slike tilbod.

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger har utarbeidd og godkjent ein overordna plan for tobakksfritt sjukehus. Det blir arbeidd med å konkretisere måla i planen.

#### *Helse Fonna*

To av sjukehusa i Helse Fonna gir tilbod om kurs for tobakksavhengige.

#### *Helse Bergen*

Helse Bergen har ein plan for dei kols-pasientane som røykjer og som deltek i kols-rehabiliteringa.

#### *Helse Førde*

Tobakksavvenjing er ein integrert del av kols-skolen. Utover dette blir det ikkje arrangert kurs i tobakksavvenjing i Helse Førde.

## **2.3 Utdanning av helsepersonell**

### Mål for 2012:

- Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektoren og aktuelle kommunar er ivareteken og utvikla.

Helse Vest RHF har kontakt med universiteta og høgskolane i regionen for å sikre at utdanningsinstitusjonane tilbyr utdanning som er i tråd med behova i helseføretaka, og for å sikre at helseføretaka tilbyr relevant praksisopplæring og mange nok praksisplassar. Dette er ein del av oppgåvene som mellom anna er tillagde samarbeidsutvala med høgskolar og universitet. Det er også etablert nye arbeidsprosessar for å førebu praksisperiodane i

helseføretaka. Dette skal bidra til å styrkje førebuinga til praksisperiodane både for studentar og for rettleiarar. Studentar får tilgang til alle e-læringskurs før praksisperioden tek til. Rettleiarar og studentar har òg fått forholda lagt til rette for dokumentasjon og evaluering av oppgåvene som inngår i praksisperiodane. Studentane vil i praksisperioden opparbeide dokumentasjon av oppgåver og evaluering, som gir grunnlag for vurdering av om praksisen er gjennomført og bestått.

Alle helseføretaka har samarbeidsmøte med universiteta og høgskolane om praksis i helseføretaka, og om rett dimensjonering og innhald i utdanningane. Dimensjonering og kvalitet i studia og praksisperiodane er sentrale tema for aktørane.

Helse Stavanger gjennomfører samarbeidsmøte med universitetet kvart semester. I tillegg har føretaket avtale med utanlandske universitet om praksisplassar for sjukepleiarstudentar frå Canada, Portugal og Storbritannia.

Helse Fonna deltek i eit nettverk med utdanningsinstitusjonane, og har skriftlege og forpliktande avtalar. Avtalane regulerer kor mange studentar som skal i praksisopplæring, og kva plikter partane har. Føretaket sikrar sine plikter og stiller til rådvelde nødvendige ressursar for å rettleie studentar. Det er årlege møte mellom den lokale høgskolen og representantar frå praksisfeltet. Føretaket har samarbeid med kommunar i samband med lærlingordninga, men har for tida ingen forpliktande samarbeidsavtale. Det er avtalt ny kontakt for å regulere slikt samarbeid tidleg i 2013. I samanheng med samhandlingsreforma er det inngått forpliktande avtale om samarbeid når det gjeld forskning og kompetanseoppbygging.

Helse Bergen har etablert eit godt samarbeid med universitet og høgskolar, og det er etablert faste samarbeidsmøte på direktør-/rektornivå. Universitet og høgskolar deltok i utarbeiding av felles tenesteavtalar mellom føretak og kommunar, og det er etablert fleire felles prosjekt relatert til utvikling av føretaket som utdanningsarena. Internasjonalisering er i aukande grad aktuelt i utdanning av helsepersonell, og Helse Bergen har derfor i 2012 lagt særleg vekt på å systematisere utdanningstilbod for mottak av utanlandsk helsepersonell.

Helse Førde har etablert faste samarbeidsmøte med høgskole, universitet og kommunar. Desse møta er strategisk viktige for å få i stand ei god praksisopplæring. Praksisopplæringa følgjer planen som er utarbeidd. Hovudvekta er lagt på rapportering og vidare utvikling / nye tiltak.

Sjukehusapoteka har dialog med universitetet. Kompetanseheving er eit satsingsområde, og sjukehusapoteka og utdanningsinstitusjonane skal vidareutvikle dialogen. Dette er nedfelt som tiltak i strategiplanen for Sjukehusapoteka Vest.

Helse Vest IKT er ikkje ein formell studieinstitusjon, og har derfor ikkje noko formelt samarbeid med universitets- og høgskolesektoren.

- Det er utvikla planar for etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka som medverkar til å løyse utfordringane i sektoren.

Helse Stavanger har sett i verk fleire planar for kompetanseheving av helsepersonell. Det er etablert samarbeid med Universitetet i Stavanger om spesialutdanning i anesthesi-, intensiv-, operasjons- og barnesjukepleie. Hausten 2012 starta føretaket opp med ei desentralisert deltids paramedic-utdanning med 29 deltakarar. Dette er eit samarbeid mellom Helse

Stavanger HF, Helse Fonna HF og Høgskolen i Lillehammer. To modular er gjennomførte. Vidareføring av utdanninga er ute på anbod. Psykiatrisk divisjon ved Helse Stavanger har ei eiga undervisnings- og forskingsavdeling som tilbyr systematisk opplæring og vidareutvikling av kompetanse for alle typar helsepersonell i divisjonen. Avdelinga tilbyr òg kurs og utdanningar til samarbeidspartnarar, mellom anna til kommunane og til andre divisjonar ved sjukehuset. Psykiatrisk divisjon har ei eiga utdanning for dei med treårig høgskoleutdanning i relasjons- og individualterapi for å auke kompetansen slik at ein kan gå inn i oppgåver med større klinisk ansvar både på sengepostar og i poliklinikk.

Helse Fonna utarbeidde i siste halvdel av 2011 planar for kortsiktige og langsiktige behov for kompetanse i føretaket. Desse planane identifiserer kritiske fagområde. Prioriteringar i etter- og vidareutdanningane er basert på desse planverka. Føretaket har vidare gjort ei kartlegging i klinikkane med omsyn til kortsiktig behov for etter- og vidareutdanningar. Føretaket prioriterer til kvar tid å ha leiarar i masterprogram og deltakarar i nasjonalt toppleiarprogram. Det er utarbeidd modell/program for leiarutvikling i føretaket. Føretaket er i gang med delprogram knytt til introduksjon av nye leiarar, nettverksgrupper og kartlegging av medarbeidarar med leiartalent. I 2012 er det gjennomført leiaropplæringsprogram etter planane, med månadlege opplæringstilbod. Tema i dette programmet har vore leiing, system, kvalitet, fag, økonomi og HR. Det er òg regionale prosessar i gang når det gjeld leiarutvikling, der føretaket er bedt om å delta.

Helse Bergen har teke i bruk det regionale systemet for klinikkvise kompetanseplanar gjennom bruk av Kompetanseportalen. Føretaket har utvikla planar for vidareutdanning i dei helsefaglege utdanningane. For å imøtekomme utfordringane med spesialsjukepleiarar i anestesi, operasjon og intensiv, er det sett i verk fleire tiltak, mellom anna planar om å auke internutdanninga på desse områda. Det er etablert eit heilskapleg program for målretta leiaropplæring og leiarutvikling for leiarar på ulike nivå. Gjennomføringa av dette går etter planen. Det er god dialog med utdanningsinstitusjonane når det gjeld dimensjonering og innhald i etter- og vidareutdanningane, i tråd med dei behova føretaket har. Fleire nye masterutdanningar er etablerte som følgje av desse behova. I samarbeid med vidaregåande skole vil Helse Bergen i 2013 etablere ei ny utdanning i spesialreinhold.

Det har i heile føretaksgruppa Helse Vest vore stor aktivitet når det gjeld det vi definerer som kunnskapsinnsatsen. Ein samla rapport for heile kunnskapsinnsatsen vil liggje føre innan utløpet av februar 2013. Det blir også fremma ei eiga sak for styret som dreier seg om kompetanse og rekruttering, basert dei analysane som ligg føre. Som del av resultatnotatet for 2012 vil vi også gjere greie for omfanget av opplærings-/kompetansetiltak. I 2012 var ein særskilt oppteken av å systematisere og betre utdanninga for turnuskandidatar, spesialistkandidatar i psykiatri og sjukepleiarar i trainee-stillingar. Det er i gang eit større arbeid med å utvikle ein overordna kompetansestrategi i eit meir langsiktig perspektiv. Dette arbeidet er planlagt slutført i 2013.

I Helse Førde er det utvikla planar for utdanning på nødvendige og kritiske område. I tillegg arbeider føretaket kontinuerleg med konkrete, årlege kompetanseplanar. Føretaket har òg etablert stipendordningar for viktige stillingstypar.



- Helse Vest RHF har medverka i arbeid med mogleg omlegging av turnusteneste for legar, inkludert iverksetjing av tiltak hausten 2012 som kan hjelpe på kapasitetsutfordringar i dagens ordning.

Helse Vest RHF har bidrege til dette arbeidet, saman med føretaka i føretaksgruppa. Det er lagt opp til at turnuslegar søkjer på ledige turnusstillingar i føretaka med ordinære tilsetjingsprosessar. Den første tilsetjingsprosessen blei starta i tråd med Helsedirektoratet sine føresetnader. Første tiltreding for turnuslegar i ny ordning blir 15. februar 2013. Helse Vest har etablert verktøy for å dokumentere gjennomføringa og resultatet av turnusperioden. Dette vil vere grunnlaget for vurderinga og kvalifiseringa ved fullført turnusteneste, der ein skal vurdere om kandidatane er skikka til klinisk arbeid. Både prosessane og systemstøtta skal bidra til å sikre god oppfølging med dei turnuslegane som føretaka tilset.

Helseføretaka har saman med Helse Vest RHF og Helsedirektoratet vore aktive bidragsytarar for å ta i bruk nye tilsetjingsprosedurar. Helseføretaka er godt førebudde til dei mange tilsetjingane av turnuslegar som skal skje hausten 2013.

- Det er analysert og lagt fram planar for framtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.

Helse Vest RHF og føretaka bidreg i analysearbeidet med å kartleggje framtidig kompetanse- og personellbehov i samarbeid med Helsedirektoratet, Spekter og andre aktørar. Helse Vest er òg deltakar i samarbeidsdialogen med høgskolar og universitet. Det er gjennomført analysar i kvart av helseføretaka. Det har vore krevjande å danne seg eit konkret bilete av langsiktige endringar og kva fagområde ein må prioritere framfor andre område. Arbeidet vil bli endeleg slutført med eiga styresak, som blir lagd fram for styret i Helse Vest i mars 2013. For fag som har si kjerneutdanning i vidaregåande skole, for eksempel helsefagarbeidarar, er det for Helse Stavanger oppretta eit eige opplæringskontor som viser til god rekruttering og høg kvalitet på lærlingane i helsefagarbeidarfaget. Helse Fonna har valt å etablere eigne lærlingplassar for helsefagarbeidarfaget. Så langt er erfaringa at eigne lærlingplassar i sjukehusa gir god tilgang på motiverte og dyktige lærlingar. Helse Bergen har framleis samarbeidsavtalar med kommunane for helsefagarbeidarlærlingane, men vurderer ei endring slik at ein får eigne tilsette lærlingar i føretaket, slik det er gjort i Helse Stavanger og Helse Fonna. Så langt har dei helseføretaka som har hatt samarbeid om utplassering av lærlingar frå kommunane, fleire tilgjengelege praksisplassar for lærlingar frå kommunane enn det er søkjarar til. Helse Førde har i 2012 ikkje hatt eigne lærlingar i helsefagarbeidarfaget. Dette er ei sak som har vore drøfta i føretaka, og det er planar om å opprette eigne lærlingplassar for dette faget. Føretaket skal ta ei avgjerd om dette i januar 2013.

- Utdanningskapasiteten for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert. (Sjå òg kapittel 6.6 Kreftbehandling.)

Sjå rapportering i kap. 6.6 Kreftbehandling.

- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er vidareført ved at kliniske stillingar er gjort tilgjengelege i helseføretaka i samarbeid med universiteta.

#### *Helse Stavanger*

Psykiatrisk divisjon har mange psykologar som forskar, og fleire med doktorgrad. Divisjonen vidarefører sitt samarbeid med Universitetet i Bergen om dobbelkompetanse. BUPA har for tida ei psykologstilling i dobbelkompetanseprosjektet. Dei andre avdelingane i Psykiatrisk divisjon er oppfordra til å rekruttere nye psykologar til dobbelkompetanseløp.

#### *Helse Fonna*

Det er lagt til rette for to psykologstillingar for dobbelkompetanseløp. Det er etablert samarbeidsavtale med UiB når det gjeld forskingsdelen fram mot Ph.D. (etter programmet for hausten 2017).

#### *Helse Bergen*

Føretaket har ein eigen systematikk- og utdanningsplan for dette.

Dobbelkompetanseutdanning er etablert både innanfor vaksenpsykiatri og på BUP-feltet. OCD-behandling og e-meistring er gitt prioritet.

#### *Helse Førde*

Psykiatrisk klinikk har ein psykologspesialist med dobbelkompetanse (i nevrologi og habilitering). Vidare har avdelinga ein barne- og ungdomspsykolog som snart er ferdig vaksenspesialist. Ein psykologspesialist er i eit postdoktor-opplegg, samtidig som han òg arbeider som kliniskar i avdelinga.

## **2.4 Forsking**

### Mål for 2012:

- Det er etablert ein felles database for kliniske intervensjonsstudiar i dei regionale helseføretaka innan 1. oktober 2012, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.

Helse Sør-Øst skal leie dette arbeidet. Arbeidet er forseinka, men er no i startfasen. Helse Vest har utnemnt representantar til arbeidet.

Arbeidet med felles database for kliniske intervensjonsstudiar skal vere ein del av arbeidet med felles forskingsadministrativt system for alle typar forskingsprosjekt, sjå neste punkt.

- Det er utvikla eit forslag til felles forskingsadministrativt system for alle typar av forskingsprosjekt, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.

Helse Sør-Øst leier dette arbeidet. Arbeidet er forseinka, men er no starta opp. Hausten 2012 er det gjort ei utgreiing av behov og forventningar. Skisse til nytt forskingsadministrativt system vil bli utarbeidd våren 2013, og sluttrapport er planlagt ferdigstilt før sommaren 2013. Helse Vest har utnemnt representantar til arbeidet.

- Helseføretaka har styrkt og vidareutvikla eigen infrastruktur for kliniske multisenterstudiar gjennom NorCRIN.

NorCRIN involverer i første rekkje Helse Stavanger og Helse Bergen, som arbeider nært saman. Arbeider er delt opp i ulike arbeidspakkar, og føretaka er involverte i tre av arbeidspakkane. Arbeidspakke 3 har tittelen *Establishment and training in Good Clinical Practise* og er leia frå regionen. Arbeidspakkane 8 og 9, *Overview over Norwegian Clinical research networks* og *Supply of study drugs*, blir leia av Helse Bergen. Arbeidet med arbeidspakkane er i startfasen. Deltaking i NorCRIN har foreløpig gitt få synlege resultat, mellom anna er finansieringa ikkje sikra, ettersom infrastruktur-søknaden bestilt av Noregs forskingsråd ikkje vil bli avgjort før hausten 2013. Det er venta at aktiviteten vil auke utover i 2013, ettersom mellom anna sekretariatsfunksjon for prosjektet no er etablert ved St. Olavs hospital.

- Helseføretaka har styrkt eigen infrastruktur og eiga forskning på biobankar gjennom deltaking i Biobank Noreg.

Arbeidet med å styrkje infrastrukturen er starta opp både på RHF-nivå og i føretaka. Avtalane med Biobank Noreg er underskrivne i Helse Vest RHF. Prosjektet «Biobank Noreg» har innføring av sporingssystem for biobankmateriale som hovudoppgåve i denne perioden.

Det er sett i gang eit utgreiingsprosjekt i Helse Vest som er tett knytt til det nasjonale biobankprosjektet. Rapport frå det regionale prosjektet skal leverast innan 1. april 2013. Det regionale utgreiingsprosjektet har særleg retta merksemda mot desse tre hovudområda:

- Skaffe oversikt over eksisterande biobankar i regionen
- Framtidig behov for lagring
- Organisering av biobanktenester

- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Sør-Øst RHF, og med deltaking frå NIFU, innan 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorar for forskingsaktivitet i helseføretaka og foreslått eventuelle endringar.

Helse Vest har utnemnt representant til arbeidet. Arbeidet blei først starta opp i desember 2012. Utkast til rapport vil etter revidert framdriftsplan vere klar i mai 2013, med oversending av endeleg rapport til Helse- og omsorgsdepartementet over sommaren 2013.

- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Vest RHF utvikla eit forslag til revidert instruks for samarbeid med universitet og høgskular. Departementet vil spesifisere oppdraget i eige brev. Arbeidet skal ha vore forankra i samarbeidsorgana mellom dei regionale helseføretaka og universitet og høgskular.

Helse Vest RHF har motteke spesifisert oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Det er i samarbeid med dei andre RHF-a og universitets- og høgskolesektoren utarbeidd eit forslag. Forslaget vil bli levert til Helse- og omsorgsdepartementet innan fristen 15. mars 2013.

- Helseføretaka har etablert meir effektive system for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseføretaka, og har rapportert i tråd med nye tidsfristar, jf. vedlegg 3.

Helseføretaka har rapportert i tråd med nye tidsfristar. Det blir arbeidd med å lage rutinar for å sikre effektive system for kvalitetssikring av grunnlagsdata. Dette arbeidet held fram.

- Helseføretaka har utarbeidd rutinar som sikrar at pasientar får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfelle kan nyttast til forskning, og informasjon om retten til å reservere seg.

Dette er i hovudsak sikra.

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger har enno ikkje opna opp for utvida samtykke og bruk av materiale frå rutineaktivitetar til forskning ved enkelte avdelingar. Men fire forskingsmiljø i helseføretaket har fått godkjent generelle biobankar. Desse bruker godkjent utvida samtykke til utvalde pasientar, som blir rekrutterte til aktuelle forskingsprosjekt. Slike aktivitetar er regulerte i internkontrollsystemet for forskning, som set krav til bruk av utvida samtykke og informasjon om retten til å reservere seg. På helseføretaket si heimeside for forskning vil det òg bli lagt til rette for at forskingsmiljøa kan informere deltakarar om statusen for slike aktivitetar, slik lova krev.

#### *Helse Fonna*

Føretaket sikrar at aktuelle pasientar på førehand er informerte om at humant biologisk materiale i visse tilfelle kan nyttast til forskning, og at aktuelle pasientar har fått høve til å reservere seg mot forskning på humant biologisk materiale.

Pasientar som har reservert seg mot at deira biologiske materiale blir nytta til forskning, skal registrerast i Nasjonalt reservasjonsregister.

#### *Helse Bergen*

Arbeidet med å leggje til rette for informasjon til pasientane er fullført. Det blir informert gjennom tre kanalar: 1) på føretaket sine nettsider, 2) via plakatar på poliklinikkane og i laboratoria og 3) i vedlegg til innkallingsskriv.

#### *Helse Førde*

Alle pasientar som er i denne målgruppa, blir informerte om høvet til å reservere seg. All forskning er i utgangspunktet basert på informert samtykke, men unntaket er når eit forskingsprosjekt for eksempel har fått godkjent unntak frå teieplikta.

## **2.5 Innovasjon**

### Mål for 2012:

- Dei regionale helseføretaka skal ha vidareført satsinga på innovasjon i helseføretaka, i tråd med nye føringar som blir formidla i eige brev.

Helse Vest følgjer opp satsinga på innovasjon gjennom eit eige regionalt nettverk. Ein er oppteken av innovasjon i dei enkelte HF-a, og regionalt er ein oppteken både av å ha ein god

innovasjonsprosess og å prioritere visse område. For 2012 er det regionalt sett av 2 mill. kroner for å stimulere til innovasjon, i tillegg til satsinga i det enkelte HF-et.

- Dei regionale helseføretaka skal, under leiging av Helse Sør-Øst og i samarbeid med Cristin, ha etablert ein ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorar i helseføretaka.

Helse Bergen og Stavanger deltar i møter og følgjer opp arbeidet, som blir leia av Helse Sør-Øst. Helse Bergen rapporterer om lite framdrift i arbeidet.

### 3. Rapportering på krav i føretaksprotokoll

Rapporteringa skal følgje strukturen for krav til omtale som er gitt i vedlegg 1 til føretaksprotokoll frå januarmøtet. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte skal leggjast til i avsnitt 3.4, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

#### 3.1 Økonomiske krav og rammevilkår for 2012

##### 3.1.1 Rapportering om økonomi

Førebels resultatprognose for 2012 viser eit overskot på 549,8 mill. kroner. Det er eit positivt avvik på 317,9 mill. kroner i forhold til budsjettet. Eigar har stilt krav om resultat i balanse. Resultatet er belasta med ekstra av- og nedskrivningar for totalt kr 70 mill.

Førebels resultat i føretaka:

	Foreløpig årsresultat		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	14 370	13 897	473
Helse Bergen HF	202 955	167 107	35 848
Helse Fonna HF	-22 541	0	-22 541
Helse Førde HF	-54 862	-40 000	-14 862
Helse Stavanger HF	5 207	50 000	-44 793
Helse Vest RHF	394 466	40 000	354 466
Helse Vest IKT AS	9 993	1 019	8 974
Til saman	549 588	232 023	317 565

Rekneskapen for 2012 er enno ikkje ferdig, og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i resultatet.

Føretaksgruppa har levert positive resultat for fjerde året på rad. Det gjenstår framleis eit arbeid med å få Helse Stavanger til å levere i tråd med resultatkravet. Avviket i Helse Fonna skuldast i hovudsak nedskrivning med til saman kr 19 mill. Avviket i Helse Førde skuldast og nedskrivning på til saman kr 15 mill. Helse Vest vil leggje sterk vekt på resultatoppfølginga også i 2013, for å sikre at alle helseføretaka leverer i tråd med resultatkrava. Helse Vest har likevel gjennom dei grepa som er gjorde, eit godt utgangspunkt for vidareutvikling av verksemda inn i 2013, både med omsyn til drift og med omsyn til investeringar.

### 3.1.2 Likviditet og driftskredittar

Helse Vest har ved utgangen av 2012 ei samla driftskredittramme i Noregs Bank på 1,888 mrd. kroner. Helse Vest har på same tidspunkt nytta 926 mill. kroner av denne driftskreditten. I fjor var bruken av driftskredittramma på 1,582 mill. kroner, og Helse Vest har derfor redusert bruken av driftskredittramma med 656 mill. kroner det siste året. Helseføretaka har fått tildelt driftskredittramme gjennom konsernkontosystemet. Føretaksgruppa har ein netto positiv likviditet ved utgangen av året på 255 mill. kroner.

### 3.1.3 Investeringar og kapitalforvaltning

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

Helseføretaka har med basis i gjeldande investeringsregime fått fastsett investeringsbudsjettet sitt for 2012 under sak 005/12 B. I samband med rullering av langtidsbudsjettet under sak 077/12B er det gjort justeringar i framdrifta for fleire prosjekt, og budsjettet for 2012 utgjer derfor 1,702 mrd. kroner.

I tabellen under er det gjort ei samanstilling på førebels investeringar i føretaksgruppa for 2012. Det er usikkerheit i tala då rekneskapen ikkje er ferdig avstemt og gjennomgått av revisor.

## Sammendrag

Samandrag investeringar 2012	Akkumulert	
	januar - desember	Budsjett 2012
Bygg	784 861	977 885
MTU	272 735	355 144
IKT	194 557	220 000
Anna	69 358	149 140
SUM	1 321 511	1 702 169

Samla investeringsbeløp for 2012 ligg an til å bli kr 1,322 mrd. Samla budsjetttramme for 2012 er på kr 1,702 mrd. Forskjellen ligg i at det er fleire prosjekt som ikkje har den same framdrift som var føresett då budsjettet vart fastsett.

Helse Vest har i 2012 fått tildelt lån på 140 mill. kroner til nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) i Helse Bergen HF. Det er utbetalt totalt 248 mill. kroner i lån til prosjektet per 2012. Samla låneramme til BUSP er på 700 mill. kroner i 2009-kroneverdi.

Per utgangen av 2012 er det bokført byggjelån på 257,2 mill. kroner. Dette vil bli konvertert til langsiktig lån når dei aktuelle prosjekta er ferdige.

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporteringsskjema for lån under opptrekk				
Helse Vest				
<b>Ettårig låneopptak</b>		Låneopptak 2012		Antatt/ Gjennomsnittlig levetid.
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2011		0		
Videreførte byggelån som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.12	Lånesaldo pr 31.12.11 (inkl. renter)	Låneopptak 2012	Tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.12 (eksl. renter 2012)	Antatt levetid
prosjekt x			0	
BUPA Stavanger	220 540 860,70		220 540 860,70	
Ombygging Sandviken trinn 2	46 859 522,80		46 859 522,80	
			0,00	
Sum tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.11	267400383,5	0	267400383,5	
<b>Byggelån for videreføring</b>	Lånesaldo pr 31.12.11 (inkl. renter)	Låneopptak 2012	Sum byggelån for videreføring pr 31.12.2012 (eksl. renter 2012)	
Prosjekt x			0	
BUSP Bergen	108 411 083,43	140 000 000,00	248 411 083,43	
Kronsminde	7 650 959,99		7 650 959,99	
Omfordeles fra Helse Førde	1 221 933,53		1 221 933,53	
			0,00	
Sum byggelån for videreføring	117 283 976,95	140 000 000,00	257 283 976,95	
<b>Sum byggelån (før konvertering)</b>	<b>384 684 360,45</b>			
<b>Sum låneopptak 2012</b>		<b>140 000 000,00</b>		
<b>Sum låneopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.12</b>			<b>267 400 383,50</b>	

- Legg prinsipp og føringar i *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* frå Helsedirektoratet til grunn i planprosessar. Revidert rettleiar legg mellom anna til grunn at investeringsprosjekt skal forankrast i dei overordna strategiplanane til dei regionale helseføretaka og i helseføretaka sine utviklingsplanar.

Kravet om å leggje prinsipp og føringar i «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» frå Helsedirektoratet til grunn i planprosessar er formidla vidare til helseføretaka i styringsdokumentet. Rettleiaren er i tillegg oversend helseføretaka i eige brev og drøfta i Regionalt Eigedomsutval. Alle helseføretaka har teke rettleiaren i bruk i pågåande prosjekt.

- Etablerer ein nasjonal database for registrering av sjukehusbygg i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka. Helse Sør-Øst RHF er bedt om å leie arbeidet.

Helse Vest RHF har delteke i nasjonal anskaffing for etablering av nasjonal database. Helseføretaka er gjort kjende med kravet gjennom styringsdokumenta og arbeidet i Regionalt Eigedomsutval. Alle helseføretaka er i gang med registreringsarbeidet.

- Sørger for at kvart helseføretak, som ein del av økonomisk langtidsplan, inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygningar. Det skal rapporterast om status for arbeidet per 2. tertial.

Saka er behandla i Regionalt Eigedomsutval for å sikre lik handtering av kravet. Alle helseføretaka har gjennomført kartlegging av vedlikehaldsstatusen for sine bygningar, og det er etablert praksis / overordna strategi for korleis etterslepet i vedlikehald skal handterast/reduserast.

## 3.2 Organisatoriske krav og rammevilkår for 2012

### 3.2.1 Oppfølging av samhandlingsreforma

- Medverkar til at samhandlingsavtalane med kommunane blir dimensjonerte slik at befolkninga sine behov for gode og heilskaplege helse- og omsorgstenester blir sikra, og at avtalane i tilstrekkeleg grad omfattar samarbeid om førebyggjande tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling

Det er inngått 11 avtalar mellom helseføretaka og kommunane innan fristen 1. juli 2012. Avtalane omfattar også samarbeid om førebyggjande tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling. Samarbeid mellom helseføretaket og kommunane når det gjeld helsefremmande og førebyggjande arbeid, er avtalefesta i delavtale 10. Avtalen konkretiserer ansvarsområde for oppfølging, mellom anna kompetanseoppbygging og kompetanseoverføring.

Eksempel på korleis avtalane blir følgde opp i helseføretaka:

#### *Helse Stavanger*

Samhandlingsutvalet har identifisert alle område der utvalet har fått ei særleg rolle for å følgje opp avtalane. Det blir utarbeidd handlingsplan og oppretta ulike fagråd i tråd med dette. Oppretting av epidemiologisk forum er føreslått i denne samanhengen.

#### *Helse Fonna*

Samhandlingsutvalet mellom Helse Fonna og kommunane har utarbeidd ein eigen handlingsplan for å følgje opp avtalane. Samhandlingsutvalet opprettar faglege nettverk for systematisk å kunne følgje opp ulike satsingsområde i avtalane, mellom anna førebyggjande og helsefremmande arbeid.

Helse Fonna har saman med Høgskolen Stord/Haugesund og kommunane etablert ein ny struktur gjennom «helsetorgmodellen». Sentralt i modellen står ei felles forskings- og utviklingseining. Denne eininga vil følgje opp prosjekt og faglege nettverk og har desse funksjonane:

- Felles analysegruppe
- Bidra til målretta utdanning og kompetansehevingstiltak
- Informasjon og kommunikasjon
- Faglege nettverk
- Utviklingsprosjekt med strukturert evaluering
- Oppfølging av ulike prosjekt og prosjektleiarar
- Framskaffe evidensbasert kunnskap før ein set i gang nye prosjekt/tiltak
- Erfaringsutveksling – erfarings- og forskingskonferansar – temasamlingar



- Stimulere til forskning – Ph.D.-kandidatar

FOU-eininga følgjer opp dei ulike samhandlingsprosjekta mellom helseføretak, høgskole og kommunane. Fleire av prosjekta handlar om førebyggjande arbeid, for eksempel helseteam for eldre, fallførebygging, utoverretta geriatrisk verksemd, kols-prosjekt og læring og meistring.

- Sørgjer for at helseinstitusjonar som ein eig, eller som mottek tilskot til verksemda frå Helse Vest RHF, medverkar til å fremme folkehelse og førebyggje sjukdom og skade, i tråd med ny bestemming i spesialisthelsetenestelova § 2-1 a, og følgjer opp den lovpålagde rettleiingsplikta overfor kommunane, jf. § 6-3 i spesialisthelsetenestelova

Helseføretaka er bedne om å arbeide systematisk for å fremme folkehelse og førebyggje sjukdom og skade, og følgje opp den lovpålagde rettleiingsplikta overfor kommunane i tråd med dei aktuelle lovparagrafane.

Det er teke inn i bestillinga for 2012 til private, ideelle institusjonar at krav i spesialisthelsetenestelova §§ 2-1 a og 6-3 skal følgjast opp. Det er i avtalar med alle private institusjonar (både ideelle og kommersielle) stilt eit generelt krav om at gjeldande lovverk skal følgjast.

Eksempel på kva som blir gjort i helseføretaka:

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger er partner i nettverket «Partnerskap for folkehelse». Føretaket er også medlem i «Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester».

Samarbeid, rettleiing og bidrag opp mot primærhelsetenesta skjer i hovudsak direkte mellom fagmiljøa og primærhelsetenesta.

#### *Helse Fonna*

Det er etablert eit fagleg nettverk for læring og meistring der føretaket og alle kommunane er representerte. Nettverket skal lage ein handlingsplan for føretaksområdet. Enkelte kommunar legg dette arbeidet saman med arbeidet knytt til Frisklivssentral, andre vel andre løysingar.

Helse Fonna bidreg med rettleiing og kompetanse både når det gjeld metodikk (kurs i helsepedagogikk) og når det gjeld fag. Prosjekt etter «helsetorgmodellen» har prøvt ut modellar for samarbeid på ulike område, som kols, hjartetrim og helseteam for eldre. I 2013 vil ein arbeide konkret med å gjere prosjekt om til god praksis.

Helse Fonna er representert i styringsgruppa og med fagkompetanse i «Haugalandsløftet» – eit prosjekt der helsesektoren og skolesektoren samarbeider. Ein er særleg oppteken av tidleg intervensjon i skole og barnehage.

Psykisk helsevern har starta opp prosjektet «De viktige små» innanfor barne- og ungdomspsykiatrien. I dette prosjektet samarbeider føretaket med helsestasjonar og fastlegar, og legg ein plan for systematisk og tidleg oppfølging av deprimerte mødrer og barna deira.

#### *Helse Bergen*

Avtaleverket er under operasjonalisering. Habiliteringstenesta har utvikla tilbod innanfor temaet «Utviklingshemming og livsstil/overvektsproblematikk» og «Utviklingshemming og seksualitet». Innanfor revmatologi blir pasientar informerte om risikoen ved å røykje og føretaket deltek elles i informasjonsarbeid om revmatisk sjukdom og osteoporose. Ein er i

denne sammenhengen svært oppteken av «friskeleggjering» av pasientar og unngå sekundære plager av sjukdommen.

### *Helse Førde*

Aktuelle konkrete tiltak som skal følgjast opp, er mellom anna auka fysisk aktivitet for barn i grunnskolen i fylket, tidleg identifikasjon og intervensjon overfor barn med åtferdsvanskar og vanskar i autismespekteret, tiltak når det gjeld ernæring for eldre, og deltaking i prosjektet «Trygge lokalsamfunn». Helse Førde tek sitt ansvar for kunnskapsoverføring mellom anna gjennom tilgjengeleggjering av forskingsresultat og anna styringsinformasjon, ved bruk av verktøyet «Samhandlingsbarometeret». Andre tiltak i samband med rettleiingsplikta har ikkje vore konkret drøfta enno, men dette vil bli følgt opp i 2013.

- Medverkar til å styrkje samhandlinga og stimulere til etablering av tilbod i kommunane, mellom anna døgntilbod for akutthjelp, i tråd med føringane i oppdragsdokumentet og i tråd med regelverket for tilskot

Utvikling i døgntilbod for akutthjelp i kommunane inngår i ein av dei lovpålagde delavtalane som blei inngått innan 1.7.12. Denne avtalen er av generell karakter, i hovudsak lik for alle kommunar, og seier noko om rammer og den vidare prosessen. Avtalen skal i neste omgang utfyllast med særavtalar om det konkrete tilbodet i kvar kommune. Særavtalane skal bli lagt til grunn for oppretting av plassar og søknader om midlar frå Helsedirektoratet.

Det var ni kommunar som søkte i 2012 i Helseregion Vest. For perioden 2013–2015 vil søknadsfristen vere 1. mars i det aktuelle året. Helse Vest RHF vil understøtte helseføretaka i arbeidet med ein plan for innfasing av døgntilbod for akutthjelp i kommunane, og i arbeidet med å sikre at tilbodet har den nødvendige kvaliteten.

- Tilpassar tilbodet i helseføretaka i forhold til etableringa av nye tilbod i kommunane

Dette er ein pågåande prosess i nær dialog med kommunane. I første omgang vil effekten vere knytt til færre liggjedøgn for utskrivingsklare pasientar, men etter kvart også knytt til etablering av døgnplassar for akutthjelp i kommunane.

Det er likevel fleire forhold som gjer dette utfordrande. Ein må vere trygg på at tilboda i kommunane gir ein stabil effekt. Tilbodet i helseføretaka kan ikkje endrast før dette er på plass. Samtidig er det også forventningar om at helseføretaka aukar aktiviteten, særleg på område der det er lang ventetid og fristbrot.

- Medverkar til samhandling og tilrettelegging av tenester i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunane, slik at desse områda ikkje blir nedprioriterte

Dette er følgt opp overfor helseføretaka og i arbeidet med avtalane. Eksempel på initiativ som er tekne i helseføretaka:

### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger, ved Psykiatrisk divisjon, har i 2012 teke initiativ og bidrege til gjennomføring av fleire samhandlingsseminar om TSB. På samhandlingsseminara deltek Jærkommunar, Dalane-kommunar og Ryfylke-kommunar, distriktpsikiatriske senter og private

ideelle organisasjonar som har avtale med Helse Vest RHF om å levere tilbod innanfor TSB. Nye samhandlingsseminar er under planlegging for 2013.

#### *Helse Fonna*

Gjennom kartleggingsverktøyet «BrukerPlan» får helseføretaket og kommunane kvart år ei oversikt over talet på kjende brukarar av kommunale tenester som har rusmiddelproblem. Dette gir den enkelte instans eit bilete av tenestetilbodet og kva utfordringar ein ser med tanke på behov og etterspørsel. Det gir òg eit godt grunnlag i arbeidet med å byggje opp tenestetilbodet. Kommunane og helseføretaket etablerte i 2012 eit rusforum, der ein saman drøftar utfordringar ein har på dette fagområdet.

#### *Helse Bergen*

Ein er oppteken av å integrere spesialisthelsetenester inn i kommunale tiltak. Når det gjeld rus og psykiatri, er det fleire større samhandlingsprosjekt i utvikling. Dei to viktigaste er «Rus og psykiatri pasient forløpsprosjekt» (RoP) og kompetanseutveksling.

#### *Helse Førde*

Dette har ikkje vore i fokus i 2012. Helse Førde og kommunane ønskjer i 2013 å prioritere eit arbeid med å revidere delavtalen om psykisk helse og etablere ein ny avtale på rusfeltet.

- Styrkjer forskning og innovasjon for å understøtte heilskaplege og koordinerte tenester i tråd med måla med samhandlingsreforma, jf. *Strategi 2011–2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling* frå Helse- og omsorgsdepartementet

Forskningsmidlar knytte til samhandlingsreforma blei tildelte for to år sidan. Tildelinga gjaldt for ein treårsperiode. I 2013 skal det regionale helseføretaket evaluere den treårige satsinga på forskning på samhandling og bruken av dei øyremerkte midlane til det formålet. Det vil bli vurdert korleis ny utlysing skal skje, mellom anna om det skal utlysast midlar kvart år, og om det skal vere ein auke av midlane. Evalueringsgruppa vil bli samansett av fagpersonar frå både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

For tida er det 3 mill. kroner per år som er sett av til dette på forskningssida. For innovasjon er det sett av 2 mill. kroner.

Helse Vest RHF deler òg ut samhandlingsmidlar til ulike prosjekt i helseføretaka og til private ideelle institusjonar. I 2012 blei det delt ut 10 mill. kroner til ulike samhandlingsprosjekt. Fleire av desse prosjekta er innovasjonsretta.

#### *Helse Stavanger*

Helseføretaket si eiga innovasjonssatsing på helse- og velferdsteknologi, «Helse Stavanger 2.0», har mellom anna eit mål om at etablering av nye velferdsteknologiske løysingar skal understøtte samhandling med førstelinjetenesta, i tråd med samhandlingsreforma. «Helse Stavanger 2.0»-programmet har foreløpig to hovuddelar: «eSeng 2015» og «eStøtte». Særleg under «eStøtte» tek ein for seg tema som dreier seg om samhandling. Under «eStøtte» finn ein konkrete forskings- og innovasjonsprosjekt som spesielt tek for seg telemedisinske løysningar med tanke på samhandling med kommunane på ulike område.

Andre prosjekt:

- «DiaFoto» – telemedisinsk oppfølging av diabetesrelaterte fotsår hos pasientar i kommunehelsetenesta. Dette prosjektet har fått både strategiske midlar til samhandling og forskingsmidlar til post doc-program frå Helse Vest RHF.
- «Teknologistøtte i sjukepleiefagleg rådgiving»
- «Teknologistøtte for Mobilt palliativt team, MPT»

Føretaket har også etablert eit samarbeidsprosjekt med tre Jær-kommunar om etablering av støtte til akutthjelp-tilbod. Dette prosjektet er tenkt utvida til fleire kommunar i regionen.

#### *Helse Fonna*

Helse Fonna, kommunane og høgskolen Stord/Haugesund samarbeider om ei felles FOU-eining der ulike samhandlingsprosjekt kan leggjast til rette for følgjeforskning. Eit eksempel på dette er eldreprosjektet i Haugesund kommune og Bømlo kommune, der resultatane no blir nytta i Ph.D.-arbeid.

#### *Helse Bergen*

Helse Bergen har bidrege aktivt for å oppnå målsetjinga i samhandlingsreforma på forskingsfeltet. Mellom anna har føretaket medverka til ein nasjonal universitetssjukehuskonferanse på Svalbard hausten 2012, der ein var oppteken av samspelet med kommunehelsetenesta. Allmenntilleggsmedisinsk forskingseining var godt representert på konferansen. I tillegg var samhandlingsforskning eit viktig tema på den årlege regionale forskingskonferansen til Det regionale samarbeidsorganet.

Ei viktig oppgåve for føretaket er å gi rettleiing til samarbeidsprosjekt med kommunehelsetenesta, for på den måten å byggje forskingskompetanse i kommunane.

#### *Helse Førde*

Helse Førde har oppnådd gode resultat gjennom sitt samarbeid med Høgskolen i Sogn og Fjordane i «Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane», mellom anna har ein målt ein auke i talet på forskingsprosjekt og publikasjonar. Med bakgrunn i avtalen om forskning og utdanning er det no sett i gang eit arbeid med å utgreie samarbeid om forskning, der også kommunane er med som partnarar, og der samhandling og heilskaplege/koordinerte tenester vil vere eit viktig område. Helse Førde har i 2. halvår 2012 hatt drøftingar med mange aktuelle instansar om forskingsbasert innovasjon. Siktemålet er å etablere ein samarbeidsmodell for dette i 2013.

- Rapporterer om status for samhandlingsreforma i oppfølgingsmøta, med særskild rapportering på 1. tertialmøte og 2. tertialmøte. Rapporteringa skal omfatte både tenestetilbod, kompetanse og økonomi. Det kan komme endringar i ØBAK som følgje av dette.

Dette er rapportert i både 1. og 2. tertialmøte med Helse- og omsorgsdepartementet i 2012.

### *3.2.2 Internkontroll og risikostyring*

- Styret har ein samla gjennomgang av tilstanden i helseføretaksgruppa minst éin gong per år med omsyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følgje opp avvik

Reviderte retningslinjer for risikostyring blei behandla av styret i Helse Vest RHF 7. mars 2012. I samsvar med retningslinjene blei styret presentert ein samla gjennomgang av risikobiletet per 2. tertial i styremøte 7. november 2012.

- Ved omstilling av verksemda, ved innføring av ny teknologi og ved organisasjonsendringar må det liggje føre risikovurderingar som viser kva konsekvensar tiltaket vil ha, også for andre delar av verksemda og for det samla tenestetilbodet til pasientane. Der det er risiko for uønskte hendingar, skal det etablerast særlege rutinar for overvaking og setjast i verk førebyggjande tiltak for å redusere risikoen.

Kravet om at det ved omstilling av verksemda, ved innføring av ny teknologi og ved organisasjonsendringar må liggje føre risikovurderingar om kva konsekvensar tiltaket vil ha, også for andre delar av verksemda og for det samla tenestetilbodet til pasientane, er gjort kjent for helseføretaka.

- Helse Vest RHF og helseføretaka i regionen følgjer opp rapportar frå ulike tilsynsorgan systematisk, for å sikre at tiltak blir sette i verk og at organisasjonen kontinuerleg lærer av gjennomførte tilsyn.

Styret i Helse Vest RHF får jamleg alle tilsynsrapportar førelagde. Oversikt over alle aktuelle tilsynssaker blir presentert for styret i kvart styremøte. Helse Vest har utvikla ein felles gjennomgåande systematikk for dette, som blir nytta i alle helseføretaka. Det er i styringsdokumenta til helseføretaka lagt vekt på kravet om systematisk oppfølging og læring av tilsynsrapportar.

Helse Vest RHF koordinerer kva for tilsynsrapportar som høver for utveksling av erfaringar. Desse rapportane blir samla i eit tilsynsnotat, som blir sendt til helseføretaka for oppfølging og læring. Helseføretaka gir tilbakemelding til Helse Vest RHF om korleis dei tilsende rapportane er blitt vurderte med tanke på læring. Aktuelle tilsynsrapportar blir også tekne opp til drøfting i det regionale kvalitetsforumet.

#### *Helse Stavanger*

Helseføretaket sikrar at alle relevante divisjonar blir involverte. Administrerande direktør får òg tilsendt alle rapportar frå eksterne tilsyn. Rapportane blir sende til revidert divisjon ved divisjonsdirektøren for oppfølging av eventuelle avvik og merknader. I tillegg blir alle rapportar distribuerte til leiargruppa og til alle deltakarar i tilsynet.

#### *Helse Fonna*

Utvalde tilsynsrapportar som omhandlar pasientar direkte, blir gjennomgått i kvalitetsutvalet, og viktige læringspunkt blir påpeika i referat til linjeleiinga.

Etter systemtilsyn blir leiarane informerte om tilsynsrapporten på leiarmøte i føretaket, og ved behov blir rapportane vidare følgt opp.

#### *Helse Bergen*

Det blir orientert om alle tilsyn i føretaks-arbeidsmiljøutvalet. Planar for å følgje opp dei avvika som det er peika på i aktuelle tilsynsrapportar, blir gjennomførte.

### *Helse Førde*

Alle rapportar frå fylkesmannen og Statens helsetilsyn blir lagt fram og gjennomgått på møte i pasienttryggingsutvalet. Kvalitetsutvalet får referat frå pasienttryggingsutvalet, slik at dei også får kjennskap til konklusjonane i alle rapportane. Rapportar frå alle tilsynsorgan blir følgt opp i kvar enkelt avdeling.

- Førespurnader frå Statens helsetilsyn og andre tilsynsorgan blir følgt opp og svarte på innanfor dei fristane som er sette.

Dette blir følgt opp i heile føretaksgruppa.

- Sikre at helseføretaka har metodar for å teste og overvake eventuell svikt i det pasientadministrative arbeidet, slik at tiltak blir sette i verk raskt

Helse Vest har etablert felles IKT-selskap, felles ansvarskart og regional løysing for sitt pasientadministrative system DIPS. Følgjande tiltak er sett i verk regionalt dei siste år for å møte utfordringane med risiko for feil i pasientadministrativt arbeid knytt til EPJ-system:

- Ein etablert regional felles forvaltning av DIPS gjennom Helse Vest IKT. Alle brukarar av EPJ og PAS kontaktar same kundesenter, som sikrar brukarstøtte i heile regionen.
- Helse Vest har etablert eit regionalt rammeverk for lik bruk og implementering av DIPS EPJ i alle føretaka (Felles EPJ).
- Regional felles forvaltning av EPJ i Helse Vest har, etter avdekkinga av svikt i utsending av brev sommaren 2010, sett i verk kontinuerleg og systematisk kvalitetssikringsarbeid med kontroll og oppfølging av ikkje ferdigstilte dokumenter, brev og laboratorie- og røntgensvar i DIPS. Arbeidet blir koordinert ved "EPJ-sentre" knytt til dei fire helseføretaka. Dette inkluderer mellom anna:
  - Overvaking ved hjelp av nye rapportverktøy frå DIPS ASA knytt til arbeidsflyt, ikkje utførte arbeidsoppgåver, ikkje utsendte dokument og ikkje godkjente dokument.
  - Sortering av ikkje utførte oppgåver og utsending til kliniske avdelingar
  - Personlig oppfølging av brukarar med mange uteståande oppgåver
  - Organisere personell til rydding i data og korrigering av feil
  - Organisere personell til ferdigstilling av oppgåver ein finner manglar ved
  - Løypande statusrapportering til leiinga.
- Regionalt ansvarskart regulerer ansvar for dei enkelte oppgåver mellom helseføretak og IKT-selskap.
- IKT-selskapet og EPJ-sentre i HF har samordna og tett samarbeid med DIPS ASA for å gjøre systemet sikrere i bruk. Avvik er lukka som følgje av at brukarane gjorde feil i DIPS brukargrensesnitt. Verktøy er vidareutvikla for overvaking av både intern elektronisk arbeidsflyt i DIPS og utveksling av oppgåver med andre system.
- IKT-selskapet har initiert og sett i verk ein regional gjennomgang, der DIPS ASA er gitt i oppdrag å organisere workshop-samlingar med helseføretak og Helse Vest IKT i kvar av dei fire databasane. Resultatet er ein regional oversikt over risikoområder og tiltak i dei ulike databasanes oppsett av arbeidsflyt og integrasjonar. Denne oversikten følgjes opp i regionale driftsmøter.

- Felles EPJ prosjektprogram har gjennomført eit prosjekt for sikring av beste praksis for behandling av eksterne tilvisingar.
- Helse Vest har gjennomført eit opplæringsprogram i alle HF for å styrke klinikanes kunnskap om juridiske krav til saksbehandling av tilvisingar og prioritert helsehjelp.
- IKT-selskapet har oppretta eit eget senter dedikert for teknisk automatisert overvaking av integrasjonar.
- Brev og andre resultat frå prosjektet «Glemt av sykehuset», eller andre regionale føringar frå andre RHF blir løypande implementert i Helse Vest Felles EPJ løysing.

Tiltak i helseføretaka er mellom anna følgjande:

#### *Helse Stavanger*

Det er etablert system på leiarnivå for gjennomgang av internkontrollen i føretaket for å avdekkje og korrigere systemsvikt på ulike område – mellom anna pasientadministrativt arbeid.

På det operative nivået er det utvikla ei rekkje vekesrapportar, som overvaker ulike element i det pasientadministrative arbeidet. Det blir kontinuerleg arbeidd med å finne gode system for å sikre god pasientadministrasjon. Eksempel på rapportar som blir følgt opp:

- Tilvisingar – ikkje komme i arbeidsflyt
- Ventande utan kontakt
- Dokument som ikkje er skrive ut eller sende
- Ikkje godkjende dokument – liste
- Statistikk over ikkje utførte arbeidsoppgåver

#### *Helse Fonna*

Analysesenteret ved Lovisenberg sjukehus analyserer pasientadministrative data frå DIPS og fangar gjennom dette arbeidet opp manglar og feilregistreringar. EPJ-senteret er internt kontaktpunkt og sender tilbakemeldingar til seksjonane saman med råd om korreksjonar, oppfølging og påminning om gjeldande prosedyrar. Meldingane blir sende til kontaktpersonar, med kopi til linjeleinga.

Vidare overvaker EPJ-senteret det pasientadministrative arbeidet i DIPS gjennom desse tiltaka:

- Utarbeider eigne rapportar (f.eks. arbeidsoppgåver som ventar både i private og felles arbeidsgrupper, og fastlegeoppdateringar) til oppfølging i dei ulike seksjonane og i føretaket
- Overvaker eventuelle feil i arbeidsflyten (f.eks. svar på biokjemiske prøvar, røntgenundersøkingar og patologiske undersøkingar), og overfører opplysningane til rett arbeidsgruppe eller lege
- Overvaker elektronisk utsende epikriser i samarbeid med Samhandlingseininga

#### *Helse Bergen*

Helseføretaket arbeider kontinuerleg med dette. Viktige prosessar blir overvakte og stikkprøvar tekne på andre område. Det er laga ansvarskart som fordeler ansvaret mellom Helse Vest IKT og Helse Bergen. Her er det inkludert kven som har ansvar for å følgje opp dei ulike rapportane, og kor ofte dei skal køyrast. Ansvarskartet blir regelmessig oppdatert også i det regionale samarbeidet.

Det blir send informasjon til nivå-2-leiar dersom det blir oppdaga større avvik. Det er under utvikling web-rapportar på dei mest kritiske områda, som usignerte patologisvar, røntgensvar og labsvar, ikkje utsende dokument o.a.

#### *Helse Førde*

Fagsenteret køyrer kvalitetsrapportar for ulike nøkkelfunksjonar regelmessig. Det er eit tett samarbeid med ulike yrkesgrupper ute i organisasjonen for å sikre at eventuell. svikt blir korrigert.

Helse Førde har utarbeidd ei ansvarsmatrise for å handtere «Fristbrot» og «Lang ventetid» per avdeling/lokalisering. Kvalitetskontroll blir organisert og gjennomført to gonger i månaden.

Det blir også køyrt kvalitetsrapportar frå Helse Vest IKT av ein meir overordna karakter. Det er utarbeidd ansvarskart som viser kva kvalitetsrapportar som skal køyrast og av kven, av føretaka ved Fagsenteret eller av Helse Vest IKT. Ansvarskartet er under revisjon. Helse Førde vil byggje vidare på dette og sikre at alle rapportar blir køyrde som avtalt både eksternt og internt.

Fagsenteret leier eit prosjekt kalla «Kvalitetsforbetring/rydding i Dips arbeidsflyt». Svikt som er avdekt gjennom prosjektet, blir gjennomgått og retta opp, og det blir sikra rett utføring gjennom opplæring retta direkte mot kvar avdeling.

- Følgje opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutinar med omsyn til organisasjons- og kompetanseutvikling

#### *Helse Stavanger*

For å følgje opp dette kravet har ein mellom anna etablert desse tiltaka:

- Faste DIPS-kurs for turnuslegar
- E-læring – stor gjennomgang av nye e-læringskurs frå DIPS – slik at føretaket har eit oppdatert tilbod til ferievikarar
- E-læring og etterfølgjande workshops i medisinsk koding
- Kurs for andre helsepersonellgrupper ved behov

#### *Helse Fonna*

Helse Fonna gjennomfører både elektroniske og fysiske kurs i medisinsk koding for legar. Kursa er definerte som obligatoriske for turnuslegar og LIS-legar. Det elektroniske kurset er obligatorisk også for vikarar. Føretaket gjennomfører kontroll kvart tertial av medisinsk koding og punching, og EPJ-senteret tilbyr opplæring.

#### *Helse Bergen*

Det er etablert samarbeid mellom Fagsenter for kliniske system og Fagsenter for administrative system for å sikre ein heilskapleg prosess.

Det er hyppige møte mellom fagsenteret i helseføretaket og Helse Vest IKT, der det blir diskutert endringar i organisasjonen. Det er også i gang eit arbeid for å lage ei leiaropplæring knytt til dei to fagsentra.

Det er etablert superbrukarnettverk med fleire samlingar i året. Superbrukarane har ansvar for å spreie informasjon vidare til sine respektive klinikkar. Det blir kontinuerleg lagt ut



nyheitssaker på Fagsenteret sine intranettsider, som superbrukarane abonnerer på. Her er det mellom anna lagt ut lenke til nye og endra rutinar. Det er laga oversikt over kva rapportar som skal følgjast opp. Det blir sendt ut e-post til nivå-2-leiarar over ikkje-utførte arbeidsoppgåver, med vekt på oppgåver som er «gløymde av sjukehuset».

### *Helse Førde*

Helse Førde har e-læringskurs på alle område når det gjeld rett bruk av IKT system. For pasientadministrative system blir det også halde kurs som er obligatoriske for dei som bruker systemet. Helse Førde arbeider for å betre kvaliteten på den elektroniske opplæringa gjennom Læringsportalen. Dette gjeld i hovudsak DIPS. Organisasjonen har eit ope tilbod om opplæring frå ressurspersonar i Fagsenteret.

Sjå òg rapportering under kap. 2.1.2 *Pasienttryggleik*.

### *3.2.3 E-helse*

Helseinformasjonstryggleiksforskrifta:

Helseføretaka har i samarbeid med Helse Vest IKT AS utarbeidd ei oversikt over alle fag- og spesialsystem som er omfatta av forskrifta, og sende oversikta til departementet innan fristen, som var sett til 1. juni. I tillegg sende alle helseføretaka innan 1. september dispensasjonssøknader når det gjeld dei krava i forskrifta som ein ikkje vil kunne innfri innan det tentative tidspunktet for iverksetjing av forskrifta, som var 1. januar 2013.

eResept:

Blir gjennomført som eit eige prosjekt under programmet «Klinisk IKT». Pilot er gjennomført på Revmatologisk avdeling i Helse Bergen fire veker hausten 2012, inkludert opplæring av brukarar. Prosjektet overleverte rapport frå piloten med forslag til vidare prosess til programleinga i «Klinisk program» i desember 2012.

Nasjonale e-helse-prosjekt:

Helse Vest er aktiv deltakar i desse prosjekta på ulike nivå i prosjekt- og styringsgrupper.

### *3.2.4 Tiltak på personalområdet*

#### **Bemanning**

- Føretaksmøtet viste til at dei regionale helseføretaka og helseføretaka i regionen skal planleggje og setje i verk tiltak for å sikre rett bemanning med rett kompetanse, både på kort og på lang sikt. Det skal førast ein ansvarleg arbeidsgivarpolitikk, som medverkar til gode arbeidsplassar og god og rett bruk av medarbeidarane.

Føretaksgruppa har i fleire år lagt vekt på kompetanse, kompetanseheving og strategisk kompetansestyring. Dette er eit av dei viktigaste satsingsområda til føretaksgruppa. Det er viktig å synleggjere kunnskapsinnsatsen i helseføretaka. Ein har lagt særleg vekt på å kunne dokumentere kva innsats vi har gjort, og kva resultat vi har på området. Det har vore nødvendig å etablere eit kunnskapsgrunnlag med utgangspunkt i 2011 og 2012. Endeleg presentasjon av kunnskapsinnsatsen for 2012 vil vere klar medio februar 2013.

Føretaka har lagt ned eit betydeleg arbeid med å etablere gode kompetanseplanar og oppgåvurderingar som blir støtta Kompetanseportalen. Det gjeld heile livsløpet til alle kompetansetiltaka og utdanningstiltaka. Utvikling av prosessar og støtte i dette arbeidet skjer

øg som del av TOLK-prosjektet, som har fått betydeleg støtte av Innovasjon Noreg. Arbeidet vil halde fram i 2013 med ytterlegare satsingar gjennom prosess- og teknologistøtte. Kompetanseplanar og oppgåvevurderingar er strategisk viktige når føretaka skal identifisere kompetansebehov og satsingsområde for føretaka fram i tid.

Oppgåveplanlegging og oppgåvedeling vil i tida framover vere strategisk svært viktige tiltaksområde. Dette har vore tema som er blitt forsterka i 2012 med pilotprosjekt og delprosjekt for å vinne kunnskap om modellar, og vinne erfaring for å bidra til den organisasjonsutviklinga dette vil innebere. Arbeidet er viktig for å identifisere og kartleggje behova for vidare- og etterutdanning, og for å dimensjonere personellbehovet rett, basert på erfaringane frå dei pilotprosjekta og andre tiltaka som er gjennomførte i 2012.

Helseføretaka har kontakt med universitets- og høgskolesektoren for å sikre at studentane får den kompetansen føretaka etterspør. Tilsvarende arbeid er òg gjort mot utdanningane på vidaregåande nivå. Det er viktig å sikre god tilgang av dyktige lærlingar, spesielt i helsefagarbeidarfaget og ambulansesarbeidarfaget.

I tråd med prosjektføresetnadene i TOLK-prosjektet (T=teknologi, O=organisasjon, L=Leiing, K=kompetanse) vil Kompetanseportalen bli stadig forbetra for å støtte kompliserte utdannings- og læringsløp. Det vil no vere mogleg å etablere felles regionale kompetanseplanar for enkelte grupper eller stillingar i Kompetanseportalen. Det er lagt vekt på rettleiarstøtte for legar i spesialisering som gjennom utdanningsløpet sitt skal fullføre ei mengd prosedyrar også på tvers av helseføretaka. Opplæring for legar i spesialisering blir dokumentert gjennom Kompetanseportalen. All strukturert opplæring blir logga inn i Kompetanseportalen og godkjend av den opplæringsansvarlege.

TOLK-prosjektet har i 2012 også utvikla rammer for mobile løysingar og for tilgangskontroll på tvers av avdelingar/føretak. Dei nye løysingane som er utvikla i Kompetanseportalen, blir fortløpande tekne i bruk på tvers av faggrupper og i heile føretaksgruppa.

### **Obligatoriske kurs**

Det er etablert felles obligatorisk kurspakke for alle medarbeidarane, uavhengig av kva rolle og stilling ein har. Det er òg etablert ulike obligatoriske kurspakkar for ulike stillingsgrupper som rettar seg mot særskilde oppgåver ein skal vere kvalifisert for, for eksempel «Riktig prioritering» og andre fagspesifikke kurs. Dei obligatoriske kursa er tilgjengelege i Læringsportalen for alle, anten det er eigne tilsette, studentar, vikarar eller andre.

### **Studentprosessen**

Studentane som har praksisperiodar i føretaka, blir førebudde på praksisperioden på lik linje med nyttilsette medarbeidarar. Studentane blir registrerte i rekrutteringsportalen, og det blir oppretta kunnskaps- og kompetanseprofil i kompetanseportalen. Alle førebuingar dei skal gjere gjennom Læringsportalen for e-læringskurs er starten på opparbeidinga av deira eigen kunnskapsprofil. For dei studentane som kjem tilbake til føretaka i seinare semester, eller som får sommarjobbar under studietida og aller helst tek fast tilsetjing etter ferdig utdanning, blir alt som er gjennomført av kompetansetiltak under praksisperiodane, gjenbrukt. Det er starten på å bygge opp sin eigen kunnskapsprofil som basis for livslang læring og utvikling.

### **Oppgåveplanlegging**

I 2012 er det lagt ned mykje arbeid i å førebu arbeidet med avansert oppgåveplanlegging. Ein har i dette prosjektet valt å motivere minst to pilotavdelingar i kvart av helseføretaka. Dette

for å vinne erfaring og sikre metode- og prosessstøtte som vil bli tilgjengeleg for alle einingar. Ein har valt å prioritere legane i ulike spesialitetar i piloteiningane. Avansert oppgaveplanlegging, også på tvers av einingar, vil i tida framover stå heilt sentralt som eit viktig organisasjonsutviklingsprosjekt.

- legg til rette for å auke talet på lærlingplassar i helseføretaka for elevar i vidaregåande opplæring

Føretaka tar kvart år inn fleire lærlingar innan ambulansarbeidarfaget og helsearbeidarfaget. Helse Stavanger har i 2012 hatt 53 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget. Dette er det høgaste talet på helsefagarbeidarlarlærlingar i Helse Stavanger nokon gong. Føretaket har 14 lærlingar innan ambulansarbeidarfaget.

Helse Fonna har tidlegare samarbeida med kommunane om helsefagarbeidarlarlærlingane. I 2012 har føretaket for første gang tatt inn eigne lærlingar i dette faget. 7 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget har eigne kontraktar med føretaket. Føretaket har òg hatt 9 lærlingar innan helsefag frå kommunane til hospitering i løpet av 2012. Totalt har Helse Fonna hatt 20 lærlingar innan ambulansfaget i 2012. Vidare har Helse Fonna ein lærling innan institusjonskokkfaget.

Helse Bergen har hatt totalt 38 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget i 2012. 7 av desse lærlingane er såkalla TAF-lærlingar, som inneber at lærlingane får generell studiekompetanse i tillegg til lærebrev. Alle helsefagarbeidarlarlærlingane inngår i eit prosjektsamarbeid mellom helseføretaket og kommunane, der det er kommunane som har inngått lærlingkontrakt med elevane.

Helse Førde har, som nemnd tidlegare, ikkje hatt eigne lærlingar innan helsefagarbeidarfaget i løpet av 2012. Føretaket skal ta ei avgjerd på dette i byrjinga av 2013. I løpet av 2012 har Helse Førde hatt 12 lærlingar innan helsefaget frå kommunane inne til hospitering. Føretaket har òg hatt 19 lærlingar innan ambulansarbeidarfaget, og to lærlingar innan kokkefaget i løpet av 2012.

Helse Vest IKT har i 2012 hatt 4 lærlingar innan IKT-servicefag og dataelektronikk.

### **Heiltidsstillingar, mellombels stillingar og deltidstillingar**

- som hovudregel bruker ein faste heiltidsstillingar og avgrensar bruken av mellombels stillingar og deltidstillingar.

Føretaka har som hovudregel at ein skal bruke faste heiltidsstillingar og avgrense bruken av mellombels stillingar og deltidstillingar.

Helse Bergen har innført ein eigen prosedyre for avdelingar som har ledige deltidstillingar, for å sikre at føretaket i hovudsak lyser ut heile, faste stillingar eksternt. Dette blir følgt opp i praksis, og fleire tilsetjingar skjer no i kombinasjon mellom fleire einingar. Føretaket arbeider kontinuerleg med å sikre at mellombels tilsetjingar berre blir nytta unntaksvis.

Helse Førde har eit eige stillingsutval som kvar månad behandlar alle ledige stillingar før dei blir lyste ut.

I 2012 har det vore ein auke på om lag 330 faste heile stillingar. Sett i forhold til desember 2010 har det vore ein auke på 1800 faste heile stillingar i føretaksgruppa. Totalt er det ca. 70 fleire faste tilsette i føretaksgruppa i desember 2012 enn det var i januar 2012. Ser ein på perioden frå desember 2010 og fram til utgangen av 2012, har det vore ein auke på om lag 640 faste stillingar. Talet på mellombels stillingar er i den same perioden redusert med om lag 420. Det er blitt om lag 700 færre mellombels stillingar dersom vi ser på utviklinga sidan desember 2010.

- i samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane arbeide for at permisjonspraksis ikkje fører til unødvendige mellombels tilsetjingar

Føretaka følgjer krava i arbeidsmiljølova når det gjeld mellombels tilsetjingar. Føretaka samarbeider med arbeidstakarorganisasjonane for at permisjonspraksis ikkje skal føre til unødvendige mellombels tilsetjingar.

Helse Bergen har revidert rettleiarane sine for permisjonar. Informasjon og introduksjon til operasjonalisering av ei felles forståing for å unngå permisjonar som bidreg til deltid, er ein del av ei eiga opplæring for leiarane.

Stillingsutvala i Helse Førde sikrar at permisjonspraksisen ikkje fører til unødvendige mellombels tilsetjingar.

Helse Fonna har stillingsutval som skal ivareta at permisjonspraksis er i samsvar med målsettinga om færrest mogleg midlertidige tilsetjingar. Føretaket vil i leiaropplæringa også ha fokus på permisjonsrutinane.

Helse Stavanger har stillingsutval som sikrar at permisjonspraksisen ikkje fører til unødvendige midlertidige tilsetjingar.

- held fram arbeidet med å auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidsstillingar

Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen har etablert bemanningssenter. For dei medarbeidarane som har deltidsstillingar, vil det vere mogleg for føretaka å tilby auka stillingsstorleik gjennom fast stillingsdel knytt til bemanningssentra. Helse Førde har ikkje etablert bemanningssenter, men vil kunne tilby auka stillingsdel på tvers av avdelingar og i egne avdelingar. Det er òg mogleg å nytte «heiltidsmodul» i arbeidsplansystemet der medarbeidarar og leiarar saman kan finne gode løysingar, slik at ein får ein fleksibel og god bruk av auka stillingsdel, noko som også kan bidra til arbeid i fleire einingar.

- har system som gir oversikt over medarbeidarar i deltidsstilling som ønskjer større stillingsdel

Alle medarbeidarar med deltidsstillingar blir oppfordra av føretaka til å registrere ønske om stillingsstorleik i HR-systema. Leiarane vil straks kunne sjå kven som ønskjer større stillingsdel, og kor raskt medarbeidaren kan få ein høgare stillingsdel. Føretaka legg mellom anna til rette for at leiarane kan tilby auka stillingsdel i egne avdelingar, i andre avdelingar eller i kombinasjon med stillingsdel i bemanningssentra.

Den eksisterande elektroniske løysinga legg til rette for at medarbeidarane til kvar tid kan oppdatere profilen sin og gjere det klart om dei ønskjer auka stillingsdel eller ikkje.

- i samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane finne prosjekt eller gode tiltak som kan medverke til å auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidstillingar og gi fleire heiltidsstillingar. Det blir mellom anna vist til avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide saman for å etablere fleire heiltidsstillingar.

Føretaka og Fagforbundet gjekk i 2012 saman om prosjektet «Medarbeidarskap – moglegheiter og løysingar». Dette er eit prosjekt som har som målsetjing å redusere deltidbruken gjennom gode løysingar for både medarbeidarane og føretaka. Helse Vest har fått om lag 7,5 millionar kroner av VOX, nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk, for å gjennomføre prosjektet. Gjennom «Medarbeidarskap – moglegheiter og løysingar» har føretaka etablert og sett i gang åtte ulike delprosjekt for å redusere bruken av deltid.

Helse Bergen har sett i gang ei trainee-ordning for nyutdanna sjukepleiarar. Dei tilsette i dette trainee-prosjektet blir tilsette i full, fast stilling ved bemanningscenteret. I dei to åra medarbeidarane er med i trainee-ordninga, skal dei igjennom eit introduksjonsprogram og få systematisk kompetanseoppfølging og variert praksis. Trainee-sjukepleiarane skal innom fleire avdelingar for opplæring og få opplæring på fleire viktige fagfelt. Siktemålet er å gjere sjukepleiarane trygge og gi dei ferdigheiter som dei vil ha nytte av i ulike einingar i føretaket. Ved utgangen av 2012 har føretaket starta opp to kull med totalt 25 sjukepleiarar.

Gjennom trainee-prosjektet er det prøvd ut nye former for rekruttering og utveljing av nyutdanna personell, der søkjarane har nokså lik utdanningsbakgrunn, men lite arbeidserfaring. Denne framgangsmåten for rekruttering vil gi heile føretaksgruppa nyttig erfaring, og framgangsmåten kan på sikt vere aktuell for andre grupper òg, for eksempel legar.

Helse Stavanger har etablert eit delprosjekt der hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar ved medisinsk avdeling har fått tilbod om auka stillingsstorleik, mot å akseptere større fleksibilitet. Alle hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar er blitt spurde om dei ønskjer høgare stillingsdel. Fire medarbeidarar har fått auka stillingsdelen sin gjennom dette delprosjektet. Ordninga inneber at medarbeidarane tek ledige vakter på dei aktuelle avdelingane fram til dei har nådd stillingsstorleiken. Medarbeidarane som deltek, har fortrinnsrett på ledige vakter. Leiarane og medarbeidarane gjer ei oppsummering kvar tredje månad for å sjå til at medarbeidarane har hatt det avtalte talet på vakter som var intensjonen.

Både prosjektet i Helse Bergen og prosjektet i Helse Stavanger blei presentert på VOX-konferansen på Lillestrøm i oktober, der det var over 200 deltakarar.

Helse Førde har eit delprosjekt som er knytt til ein ruspost. Her har ti medarbeidarar fått auka stillingsdelen sin, og seks av desse medarbeidarane har gått opp til 100 % stilling.

Helse Fonna har delprosjektet «Frå deltid mot heiltid». Dette prosjektet er knytt til medisinsk klinikk og klinikk for psykisk helsevern. Målsetjinga med prosjektet er å finne rett kompetanse til rett oppgåve til rett tid. Føretaket har tilsett ein prosjektleiar på heiltid som har kartlagt oppgåvene og kompetansen i piloteiningane. Denne kartlegginga dannar grunnlaget for vidare planlegging av utviklingstiltak og løysingar for flåtestyring.

Helse Førde har tilsett ein heiltidskoordinator, som tok til i stillinga i september 2012. På same måten som Helse Stavanger og Helse Fonna skal Helse Førde kartlegge kompetanse og oppgåver i piloteiningane. Dette er ein metodikk som blei utvikla gjennom KLEM-prosjektet (K=kompetanse, L=leiing, E=endring, M=medarbeidarskap), som gjekk frå 2009 til 2012, og som var eit samarbeid mellom Helse Vest, Dossier og NTNU.

- Helse Vest RHF skal i 2012 rapportere om krava gjennom den fastsette rapporteringa for bemanning i ØBAK. Helse Vest RHF skal halde fram arbeidet med å auke kunnskapsgrunnlaget på området og rapportere om utfordringar og utviklinga i årleg melding. Dette gjeld særleg kravet om å auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidsstillingar og tilby fleire heiltidsstillingar. Det skal rapporterast om kva prosjekt eller tiltak som er sette i verk.

Helse Vest har levd opp til krava gjennom den fastsette rapporteringa for bemanning i ØBAK kvar månad i 2012. Gjennom 2012 har den gjennomsnittlege juridiske stillingsstorleiken auka frå 86,15 % til 86,67 %. Den gjennomsnittlege korrigerte<sup>2</sup> stillingsstorleiken har i 2012 gått opp frå 88,30 % til 88,66 %.

## Leiing

- å sikre gode system for å velje kandidatar og leggje til rette for at dei kan delta i det nasjonale programmet for leiarutvikling

Føretaka har etablerte system og rutinar for korleis dei vel ut sine kandidatar til det nasjonale programmet for leiarutvikling. Alle føretak deltek i programmet med eigne kandidatar. Helse Førde opererer med venteliste, og har per i dag fem personar på venteliste for deltaking i det nasjonale toppleiarprogrammet. Føretaka sine kandidatar blir vurderte av det regionale helseføretaket, og det blir gitt ei samla innstilling av kandidatar der heilskapen for heile føretaksgruppa blir gjennomgått. Direktørmøtet for Helse Vest vedtek endeleg innstilling av kandidatar før innstillinga blir send til det nasjonale programmet for leiarutvikling.

- sikre gode system for utvikling av framtidige leiarar på ulike nivå

Alle føretak har etablerte program for intern leiaropplæring. Føretaka arbeider med å vidareutvikle systematikken for utveljing av leiarar, og med å vidareutvikle tilbodet innanfor leiaropplæring og leiarutvikling.

I 2012 blei det semje om å etablere eit felles regionalt introduksjonsprogram for nye leiarar. Målsetjinga er å fokusere på forventningane som ligg til leiarrolla, og å skape ein regional identitet for leiarskapet.

Alle føretaka har kandidatar i dei felles regionale leiarprogramma «Psyk meg inn i ledelse» og «Frist meg inn i ledelse». «Psyk meg inn i ledelse» er eit program som er retta mot psykologar og psykiatrar, mens «Frist meg inn i ledelse» er eit leiarprogram som er retta spesielt mot kvinnelege legar.

---

<sup>2</sup> Korrigert for uføre, AFP osv.

På regionalt plan arbeider Helse Vest med å etablere ei felles regional leiarhandbok. Det er i 2012 gjort førebuingar til dette arbeidet.

- at nasjonal leiarplattform blir ferdigstilt innan utgangen av andre tertial 2012 og inneheld plan for systematisk vidareutvikling og revidering

Helse Vest og føretaka deltek i dette arbeidet og i styringsgruppa.

- at nasjonal leiarplattform blir teken i bruk som verktøy for leiinga og for å rekruttere, følgje opp og utvikle leiarar

Dei nasjonale forventningane til utøving av godt leiarskap er ein naturleg del av leiarskapet i føretaksgruppa, og rammene for dette er ein naturleg del av lokale og regionale leiarprogram.

Føretaka arbeider med å tilpasse og vidareutvikle dei lokale leiarprogramma sine slik at dei er i tråd med den nasjonale leiarplattforma.

Føretaka har utvikla eigne presentasjonspakker basert på nasjonal leiarplattform til bruk i opplæring av nye og eksisterande leiarar internt i føretaka.

Føretaka har alle etablert nettverksgrupper for leiarar. Desse ordningane er noko ulikt organiserte i dei forskjellige føretaka. I tillegg planlegg føretaka å etablere lokale mentorordningar for nye leiarar.

### 3.2.5 *Regjeringa sin eigarpolitikk*

Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF og helseføretaka i regionen:

- er kjende med krava som følgjer av regjeringa sin eigarpolitikk
- er kjende med krava til samfunnsansvar, særleg på områda menneskerettar, arbeidstakarrettar, miljø/klima og arbeid mot korrupsjon
- har retningslinjer og rutinar for å operasjonalisere og ta hand om samfunnsansvaret både i strategisk og i operasjonell styring av verksemda
- medverkar til moderasjon i leiarlønningane og er kjende med og følgjer retningslinjene for tilsetjingsvilkår for leiarar i statlege føretak og selskap, fastsette 31. mars 2011
- er kjende med Riksrevisjonen si undersøking av leiarlønner i Dokument 3:2 (2011-2012)

Styret har gjennom eigne styresaker gjort seg kjent med krava som følgjer av regjeringa sin eigarpolitikk og krava til samfunnsansvar.

Å vise samfunnsansvar inneber å halde seg open for alle som har legitime interesser til verksemda, og å drive verksemda slik at ho gir eit positivt bidrag til samfunnet. Helse Vest har utvikla etiske retningslinjer for heile føretaksgruppa. I tillegg til dei etiske retningslinjene er det utarbeidd ei omfattande samling av dokument som kvar for seg gir ei nærare etisk tilnærming på avgrensa område.

Helse Vest har også teke på seg ei leiande rolle i spesialisthelsetenesta si tilnærming til miljø- og klimaspørsmål, og det er i 2012 utarbeidd ny miljøpolitikk for Helse Vest. Helse Vest er også medlem av organisasjonen Initiativ for etisk handel og legg i innkjøpsarbeidet vekt på å

hindre sosial dumping.

Open kommunikasjon er ein viktig føresetnad for å ta samfunnsansvar. Helse Vest legg til rette for openheit og dialog med omverda og ulike interessentar, i tråd med den statlege kommunikasjonspolitikken.

### 3.2.6 *Kjøp av helsetenester frå ideelle institusjonar*

Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF:

- gjer seg kjend med samarbeidsavtalen når den ligg føre, og legg denne avtalen til grunn for sitt samarbeid med ideelle aktørar
- nyttar dei høva som ligg i regelverket for offentlege innkjøp, for å medverke til føreseielege rammevilkår for ideelle institusjonar, mellom anna vurderer lengre kontraktperiodar, i kva tilfelle det er tenleg å inngå rammeavtalar, og korleis slike avtalar skal utformast for å vere tilstrekkeleg føreseielege for dei ideelle organisasjonane
- har tydeleg forankring i leiinga når det gjeld innkjøpsaktiviteten, og sørgjer for at overordna mål kjem til uttrykk gjennom innkjøpsstrategiane til føretaket
- medverkar til å vidareutvikle gode kvalitetskriterium og -krav ved utforming av konkurransegrunnlag, slik at dei ideelle leverandørane sine reelle fortrinn og kvalitetar blir verdsette i samband med dei enkelte innkjøpa
- har gode rutinar for kontraktsoppfølging og samanhengande dialog med leverandørane for effektiv kontroll med at kontraktar blir oppfylte, og sørgjer for sanksjonering ved mangelfull yting, for å sikre kvaliteten i tenesta
- vidareutviklar samarbeidet med dei andre regionale helseføretaka om kompetanseutvikling om offentlege innkjøp, og sørgjer for at forholdet til ideelle organisasjonar blir ei særskild satsing i tida framover. Det er viktig å ha god kunnskap om tenestene og leverandørmarknaden gjennom dialog med dei ideelle organisasjonane.

Helse Vest RHF har gjort seg kjend med den avtalen Fornyings-, administrasjons- og kyrkjedepartementet har inngått med ideelle organisasjonar om prinsipp og retningslinjer for eit godt samarbeid mellom staten og ideelle sektorar. Avtalen er også presentert for styret i ei eiga sak.

Som del av førebuinga ved alle anskaffingar gjer Helse Vest RHF ei vurdering av kva høve som ligg i regelverket for offentlege innkjøp for å sikre føreseielege rammevilkår for leverandørane. Innkjøpsstrategien for den aktuelle anskaffinga blir forankra i styret gjennom eiga sak.

I siste konkurranse for kjøp av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige avgrensa Helse Vest RHF konkurransen til kun å gjelde private ideelle leverandørar.

### 3.2.7 *Kvalitet i anskaffingsprosessane*

- Helse Vest følgjer opp evalueringar med tiltak for å styrkje kvaliteten i offentlege innkjøp av helsetenester og i innkjøp generelt.
- Helse Vest følgjer opp forhold som Riksrevisjonen har peika på i si undersøking av nasjonale rammeavtalar for leige av helsepersonell.



Helse Vest gjennomførte i 2011 ei ekstern evaluering av kjøp av helsetenester i samband med tre konkurransar som blei gjennomførte i 2010. Dei tre konkurransane gjaldt kjøp av kirurgiske tenester, kjøp av spesialiserte rehabiliteringstenester og kjøp av tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Evalueringa blei presentert for styret i eiga sak på styremøte 5. september 2012.

Totalt sett viste evalueringa at gjennomføring av anskaffingane har hatt ein positiv innverknad på utvikling av innhaldet i tenesta, både frå eit pasientperspektiv og frå eit leverandørperspektiv. Rapporten peikar også på utfordringar og forbettringspotensiale i gjennomføring av anskaffing av spesialisthelseteneste. Helse Vest RHF vil i forbettringsarbeidet nytte dei tilrådingane som ein kan lese ut av rapporten.

### *3.2.8 Landsdekkjande utbygging av Nødnett*

- Helse Vest RHF deltek i å ferdigstille første byggjetrinn for Nødnett.
- Helse Vest RHF deltek i evaluering av første byggjetrinn og oppfølginga av denne evalueringa.
- Helse Vest RHF deltek i oppfølginga av gevinstrealiseringsplanen.
- Helse Vest RHF deltek i planlegging og gjennomføring av landsdekkjande utbygging av Nødnett.

Helse Vest RHF bidreg med fagfolk frå HF-a inn i det nasjonale arbeidet. Det er per i dag ikkje etablert eit formalisert regionalt prosjekt.

Helse Vest RHF har i budsjettet teke høgd for medfinansiering av første byggjetrinn. Det blei i 2011 gjennomført eit møte med Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) for å drøfte oppfølging og vidare arbeid i regionen. Helsedirektoratet har gjennomført ein møteserie med alle kommunar/helseføretak i kvart AMK-område i Helse Vest. Målet med møteserien har vore å orientere og gjennomgå førebunde tiltak for utbygging i Helse Vest.

Alle helseføretaka har delteke i møte om dekningsplanlegging i regi av Direktoratet for nødkommunikasjon.

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger har utarbeidd ein plan for kva tiltak som må på plass med omsyn til areal, utstyr, personell og opplæring og prosjektorganisasjon. Behovet for ny lokalisering av AMK-sentral i samband med nytt nødnett er under utgreiing.

Med omsyn til at utbygginga av eit nytt nødnett er utsett, er det ikkje etablert prosjektorganisasjon. Dette vil skje i 2013 og i samsvar med organiseringa av nødnett-prosjektet i Helse Vest RHF.

#### *Helse Fonna*

Helse Fonna har delteke på regionale informasjonsmøte. Føretaket har òg delteke på nasjonale informasjons- og arbeidsmøte/samarbeidsmøte med politi, brannvesen og direktorat. Helse Fonna har etablert ei tverrfagleg prosjektgruppe som er i avslutningsfasen med å utarbeide ein plan for innføring av nødnett i Helse Fonna.

### *Helse Bergen*

Det er sett av ressursar til arbeidet. Forprosjektet er gjennomført, og innføringsprosjektet skal startast.

### *Helse Førde*

Det er gjennomført eit forprosjekt i 2012 for å avklare kva eit nytt nødnett betyr for Helse Førde og gjere førebels kostnadsoverslag. Eigen prosjektorganisasjon er ikkje etablert enno, og ein vil prøve å få til ei felles tilnærming for føretaka i Helse Vest på dette området. Bygningsmessige og tekniske føresetnader for innføring av nødnett i AMK Førde får ein gjennom nytt bygg for prehospitale tenester, som er venta ferdig i 2014.

#### *3.2.9 Stabs- og støttefunksjonar*

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å delta i eit felles prosjekt for standardisering og harmonisering på økonomiområdet. Arbeidet med standardisert firesifra kontoplan skal fullførast i 2012. Det blir lagt til grunn at det blir teke initiativ til ytterlegare standardiseringar i 2012, mellom anna reglar for fordeling av felleskostnader/-inntekter.

Helse Vest deltek i arbeidet med å lage utkast til firesifra kontoplan. Det har vore gjennomført fleire møte mellom rekneskapsleiarane i dei regionale helseføretaka. Det står framleis igjen enkelte område som dei regionale helseføretaka må bli samde om. Nokre av utfordringane er òg knytte til forskjellar i rekneskapssystem og rapporteringssystem. Arbeidet vil halde fram også i 2013.

Helse Vest RHF har delteke i ei interregional arbeidsgruppe. Felles rapport blei overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2012. Det er identifisert åtte hovudområde for auka nasjonal og regional samhandling og standardisering.

### **3.3 Andre styringskrav for 2012**

#### *3.3.1 Rapportering til NPR*

##### Ulykkesskadar

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF lage ein tidsplan for gjennomføring av rapportering innan 1. mars 2012.

Alle helseføretaka skal no vere i gang med rapportering. Helse Fonna starta opp arbeidet med innføring av personskaderegistrering i DIPS modul hausten 2012, med mål om full implementering av registreringa frå 1.1.2013.

Helseføretaka arbeider med å betre kvaliteten. Helsedirektoratet har gjennomført møte med alle RHF og HF i juni om dette. På dette møtet blei det uttrykt behov for eit enkelt, nasjonalt registreringsverktøy. Helsedirektoratet har i ettertid opplyst at Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å setje ned ei referanse-/arbeidsgruppe med deltakarar frå RHF-a. Denne gruppa skal følgje utviklinga, drøfte vanskar og fremme forslag til løysingar.

##### Avtalespesialistar

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF følgje opp at avtalespesialistar registrerer prosedyre- og tilstandskodar, og at det blir rapportert elektronisk innan fristen til NPR.

Det er gjennom fleire år blitt stilt krav til denne rapporteringa i rammeavtalen med avtalespesialistane. Dei fleste rapporterer i tråd med avtalen. Helse Vest RHF vil vurdere nærmare oppfølginga av dei som ikkje rapporterer tilfredstillande. Dette er likevel ei utfordring, ettersom NPR publiserer data berre éin gong i året.

### Samhandlingsreforma

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sørge for at nye kodar blir tekne i bruk, og at det blir rapportert i tråd med spesifisering.

For å få meir kunnskap om samhandling mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta, har NPR forbetra kodeverka for rapportering av tilvisande eining og eining som det blir tilvist til. Alle helseføretaka har teke i bruk nye kodar og rapporterer om desse i tråd med spesifisering.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF leggje til rette for registrering av og rapportering om utskrivingsklare pasientar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Helseføretaka meldar at dei registrerer alle utskrivingsklare pasientar. Helse Vest RHF ønskjer å følgje opp at dette blir gjort av alle.

Som for avtalespesialistane er Helse Vest avhengig av at NPR publiserer informasjon om kva status er, for å kunne følgje opp på ein god måte. Helse Vest vil kontakte NPR for å høyre om det er mogleg å gi raskare og betre tilbakemelding på fleire at dei områda Helse Vest er bedne om å følgje opp. Det er òg ein føresetnad for gode data at funksjonaliteten i PAS/EPJ er god og understøttar meldingsformatet, og at tilstrekkeleg med opplæringstiltak er gjennomførte.

### Ventetider ved radiologi

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF i 2012 leggje til rette for at offentlege poliklinikkar og private røntgeninstituttt kan rapportere om ventetider til NPR frå 2013.

Helse Vest RHF har inngått nye avtalar med private røntgeninstituttt per 1.9.2012, og det er stilt krav i avtalane om rapportering av ventetider til NPR frå 2013.

Ikkje alle helseføretaka i Helse Vest rapporterer om ventetider til NPR for dei offentlege poliklinikkane. Det blir arbeidd for å få alle helseføretak til å gjere dette i 2013, og for å sikre at alle dei radiologiske einingane har gode rutinar for å registrere ventetider ved alle typar av undersøkingar.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sørge for at det ved nye avtalar med private røntgeninstituttt blir kravd rapportering om forventa ventetid for lågt prioriterte pasientar til informasjonstenesta *Fritt sjukehusval*.

Helse Vest RHF har inngått nye avtalar med private røntgeninstituttt per 1.9.2012, og det er stilt krav i avtalane om rapportering av forventa ventetid for lågt prioriterte pasientar til informasjonstenesta *Fritt sjukehusval*.

### Andre krav

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF informere NPR om nye avtalar med private tenesteytarar. Avtalepartane skal overhalde rapporteringsfristar og rapportere elektronisk. Alle private sjukehus og rusinstitusjonar skal rapportere om ventelistedata.

Helse Vest RHF informerer NPR om nye avtalar og har meldt inn oversikt over private sjukehus.

Helse Vest RHF har gjennom avtalane med private tenesteytarar stilt krav til rapportering og overhalding av fristar for rapportering. NPR melder tilbake til Helse Vest RHF dersom nokon ikkje rapportar tilfredsstillande. Det vil bli vurdert nærmare korleis ein skal følgje opp dei som ikkje rapporterer.

Den største utfordringa til Helse Vest i denne samanhengen er kvaliteten på rapporteringa frå private kommersielle aktørar. Ved fleire høve er beløpa som er blitt fakturerte Helse Vest direkte, avvikande frå den aktiviteten som blir rapportert til NPR. Systema for å fange dette er for dårlege, for det kan gå fem månader frå rapporteringa til NPR og til Helse Vest får informasjon.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sikre at sjukehusa har rutinar for kvalitetssikring av data før rapportering til NPR.

Ein er heile tida oppteken av å følgje opp dette gjennom datavarehuset - prosjektet «Heilskapleg styringsinformasjon».

Helseføretaka har rutinar for kvalitetssikring av data før rapportering til NPR. Rutinane og arbeid med kompetanseheving er stadig i utvikling. Målet er å sikre kvaliteten ytterlegare. Sjø òg rapportering under kap. 5.2 om det pasientadministrative arbeidet.

Eksempel på tiltak i helseføretaka:

#### *Helse Stavanger*

Helse Stavanger nyttar ei eiga Sharepoint-side laga av Helse Vest IKT, der føretaket kan gå inn og sjå på prøvekyring av NPR-meldinga før ho blir send inn. Eventuelle avvik eller uklare data blir diskuterte i rapporteringsforumet i føretaket, og nødvendige tiltak blir sette i verk for å betre data. Føretaket vurderer at dette er eit robust opplegg, som sikrar at det til kvar tid er best mogleg kvalitet på NPR-meldinga.

#### *Helse Fonna*

Analysen av data som blir gjennomført kvar veke ved Analysesenteret ved Lovisenberg sjukehus fangar opp manglar og feilregistreringar. EPJ-senteret er internt kontaktpunkt og sender tilbakemeldingar til seksjonane, mellom anna med råd om korleksjonar og oppfølging og påminning om gjeldande prosedyrar. Meldingane blir sende til kontaktpersonar med kopi til linjeleinga. I tillegg blir det teke ekstra kontrollar/prøvar på område der det erfaringsmessig har vore mange feil tidlegare – med tilbakemeldingar for rettingar. Ambisjonen er at alle data skal registrerast korrekt første gongen – slik at det ikkje er noko å rette.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF sikre at det er mogleg å identifisere behandlingsstaden i rapporterte data. Dette er nødvendig mellom anna for å kunne presentere ventelistestatistikk og kvalitetsindikatorar på korrekt nivå.

Data blir i all hovudsak registrerte slik at det er mogleg å identifisere behandlingsstaden i dei innrapporterte data. Det blir stilt krav til helseføretaka om å sikre dette. Problematikken blei teken opp på nasjonalt forum for ventelistestatistikk i september. I Helse Vest er utfordringane knytte til å identifisere enkelte behandlingsstader. Helsedirektoratet, som leier forumet, vil køyre ein prosess mot kvart RHF.

### 3.3.2 *Bruk av IKT – funksjonalitet ved dokumentasjon av medisinsk aktivitet*

Rutinane, prosessane og opplæringa er det opp til det enkelte HF å gjennomføre. Oppgraderinga av DIPS-løysinga (felles EPJ i Helse Vest) har gitt forbetra handtering av den medisinske kodinga.

### 3.3.3 *Fritt sjukehusval*

- Føretaksmøtet bad om at Helse Vest RHF i 2012 set i verk tiltak som sikrar at alle får informasjon og rettleiing om fritt sjukehusval.

Helse Vest har ført vidare arbeidet med å betre informasjonen til pasientar og pårørande om fritt sjukehusval. Helse Vest har teke del i ein opplysningskampanje i samarbeid med Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst, der ein har gitt breiare informasjon til befolkninga, til fastlegane og deira pasientar. Dette er gjort mellom anna ved annonsering.

Nasjonale brevmalar blir nytta av helseføretaka. Der er det informasjon om fritt sjukehusval. Alle helseføretaka har informasjon om fritt sjukehusval på sine nettsider. Det blir arbeid fortløpande med å presentere oppdatert og korrekt ventetidsinformasjon. Helse Fonna har òg egne informasjonskort som ein gir til pasientar og pårørande.

I Helse Bergen har ein del einingar, i samarbeid med Kommunikasjonsavdelinga, prosjekt gåande for å kvalitetssikre brev/informasjon som går til pasientane.

### 3.3.4 *Rekneskapshandbok*

Helse Vest har utarbeidd og implementert ny rekneskapshandbok. Det blei gjort greie for denne i føretaksmøtet 7.6.2012. Helse Vest har sendt boka ut til HF-a og legg til grunn at ho blir nytta i rekneskapsføringa. Rekneskapshandboka vil vere under kontinuerleg utvikling og forbetring, og det vil jamleg bli utarbeidd nye versjonar.

## 3.4 **Andre aktuelle saker i 2012**

Her omtaler vi eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

### Regional plan for kirurgi

I arbeidet med Helse Vest sitt strategidokument «Helse 2020», blei det vedteke å lage ein samla plan for kirurgi i regionen. Målet er ein plan som med basis i no-situasjonen og forventa utvikling trekkjer opp overordna prinsipp og føringar for utvikling av tenestetilbodet

i kirurgi i Helse Vest. Planen skal ligge til grunn for vidareutvikling av tilbodet i kirurgi i regionen og i det enkelte helseføretak.

På bakgrunn av dette har Helse Vest, i samarbeid med helseføretaka og tillitsvalde, i 2012 utarbeidd forslag til regional plan for kirurgi. Planen er send på høyring til helseføretaka, private ideelle sjukehus og det regionale brukarutvalet. Forslag til plan blir lagt fram for styret i Helse Vest i april 2013.

## **4. Styret sitt plandokument**

Denne delen av meldinga skal vise utviklingstrendar innan demografi, medisin, infrastruktur m. v. som vil kunne få betydning for helseføretaket og sørge for ansvaret. Kapittel 4.1 skal synleggjere behov i framtida, mens kapittel 4.2 skal beskrive styret sine planar for å møte desse utfordringane.

### **4.1 Utviklingstrender og rammevilkår**

Behovet for helsetenester er venta å auke som følgje av endra samansetnad i befolkninga, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og som følgje av at forventingane til helsetenestene endrar seg.

Utviklinga er godt omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) der det m.a. kjem fram følgjande om utviklinga:

Det har skjedd ei endring i sjukdomsutviklinga i det 20. århundre. Dei dominerande sjukdomsgruppene er blitt hjarte- og karsjukdommar, kreft, diabetes type 2, luftveggssjukdommar, muskel- og skjelettsjukdommar, ulykker og psykiske lidningar. Dette er sjukdommar som langt på veg har sin årsak i levevanar. Hjarte- og karsjukdommar og kreft er årsak til nesten to tredeler av alle dødsfall. På grunn av aukande levealder har pasientar med kroniske lidningar etter kvart blitt den største pasientgruppa i helsetenesta. Muskel- og skjelettlidningar er årsak til nær halvparten av sjukefråveret og ein tredel av uførepensjonane. Psykiske lidningar er utbredt.

Andre generelle trekk ved utviklinga er ei rivande medisinsk teknologisk utvikling, endring i synet på og haldning til helse og sjukdom, utdanningskapasitet, auken arbeidsmigrasjon m.a. av helsepersonell og ikkje minst ei kraftig auke av den eldre befolkninga. Alle desse forholda har ressursmessige konsekvensar for spesialisthelsetenesta. Ei meir detaljert omtale av utviklinga og konsekvensane for Helse Vest er gitt i kap. 4.2

Utvikling av vegsamband, ulike transportløysingar og elektronisk kommunikasjon vil vere viktige føresetnadar for helsetenesta.

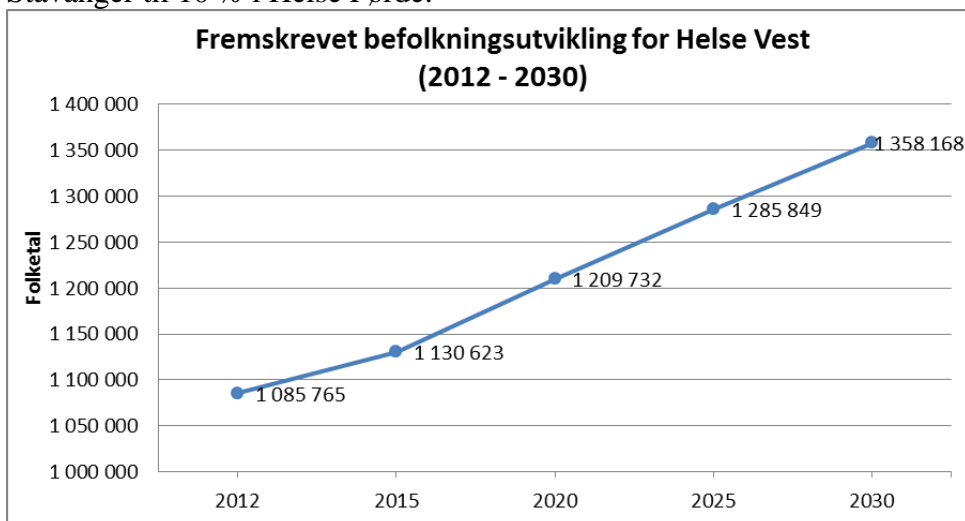
Bruk av informasjonsteknologi vil være eit av hovudverkemidla for både effektiv sjukehusdrift og auka pasienttryggleik framover. Arbeidet med vidareutviklinga av IKT og bruken av IKT må byggje på samhandling i heilskaplege kjeder, effektive pasientforløp og medverknad frå pasientar og pårørande.

#### 4.1.1 Utviklinga innanfor opptaksområdet

Behovet for helsetenester innanfor opptaksområdet er venta å auke som følgje av dei same forholda som omtala under pkt. 4.1.; endring av at både samansetnaden i befolkninga, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og forventingane til helsetenestene endrar seg. Plandokumentet byggjer på HELSE 2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

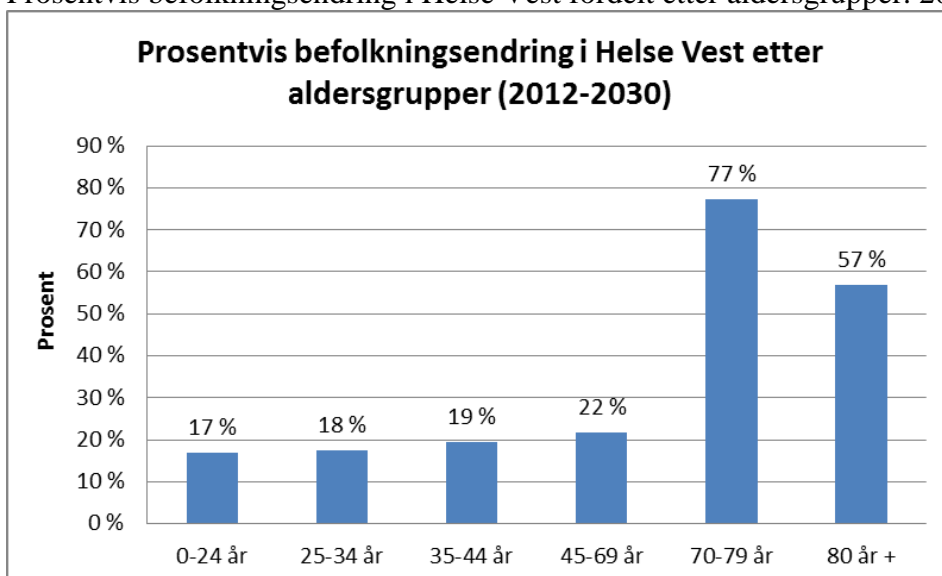
##### 4.1.1.1 Befolkningsutvikling

Det er venta ein auke i folketalet i Helseregion Vest på 24 % i perioden 2012–2030<sup>3</sup>. Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 29 % i Helse Stavanger til 10 % i Helse Førde.



Den største auke vil komme i aldersgruppa 70–79 år, som vil auke med 77 % frå 2012 til 2030. Talet på eldre vil auke mest i den sørlegaste delen av regionen. Den nordlegaste delen kjem likevel til å ha prosentvis flest innbyggjarar over 70 år. Talet på eldre vil òg auke sterkt etter 2030.

Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper. 2012-2030:



<sup>3</sup> Statistisk Sentralbyrå (SSB) Framskrivning av folkemengda (2012–2040), mellomalternativet (MMMM).

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

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

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

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

#### *4.1.1.2 Sjukdomsutvikling*

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

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



Det meste av 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.

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

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

Ei meir usikker, men potensielt krevjande utfordring er knytt til epidemiar og utvikling av multiresistente bakteriar. Stor reiseaktivitet og rask transport av personar frå kontinent til kontinent kan føre til sjukdomsspreiing av så stort omfang at det er snakk om verdsomspennande utbrot (pandemiar). I tillegg kan vi sjå oppblomstring av smittsame sjukdommar som i dag ikkje lenger blir oppfatta som store helseproblem i Noreg, og multiresistente bakteriar kan bli importerte frå utanlandske sjukehus gjennom utveksling av helsetenester på tvers av landegrensene.

Erfaringane frå svineinfluensapandemien blir nytta i den vidare beredskapsplanlegginga.

#### 4.1.1.3 Helsefagleg utvikling

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

#### Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

Område	I dag	Mulig utvikling mot 2020
Biletddanning og biletddannande utstyr	Ulike metodar blir brukte til å kartleggje anatomi for å diagnostisere sjukdom.	Omfattande utvikling av nye metodar for større detaljering av struktur og funksjon (PET) og i kombinasjon med behandling.
Miniinvasiv kirurgi	Blir brukt i relativt stort omfang Robotkirurgi er under utvikling.	Laparoskopiske og endoskopiske prosedyrar vil vere hovudoperasjonsmetodar.
Kardiologisk miniinvasiv intervensjon	Brukt til diagnostikk og behandling hos store pasientgrupper.	Fleire og meir komplekse former er venta. Mindre invasive metodar fører til at fleire eldre kan behandlast.
Vaksinar	Blir i hovudsak brukte til førebygging av akutte	Blir viktigare i behandlinga av ei rekkje sjukdomsgrupper.

	infeksjons- sjukdommar og mot nokre kreftformer.	
Vevs- og organdyrking (Tissue engineering)	Forskning med sikte på å dyrke vev frå pasienten. Behandling med stamceller som blir utvikla til ønskt type vev.	Nydyrka vev frå pasienten sjølv blir viktigare, spesielt innanfor rekonstruktiv kirurgi og som delar av organ. Biomateriale kan forbetre ledd osv.
Gentesting	Under innføring. Identifiserer gen som er ansvarleg for sjukdom.	Meir ”personleg” medisin med tilpassa behandling. Aukande bruk for å identifisere risiko for sjukdom.
Farmakogenomikk	”Skreddarsaum” av behandling hos enkeltindivid/grupper er teke i bruk.	Har venteleg nådd eit betydeleg omfang som gir grunnlag for tilpassa behandling.
Genterapi	Førebels brukt med lite hell.	Defekte gen som gir opphav til sjukdom, kan korrigjerast.
Nanoteknologi og nanomedisin	Brukt til å nå cellulære element (”mål”) med behandlande medikament.	Gjer det mulig å gi medisinar direkte til området som treng dei. Dermed kan dosen reduserast.
Stamcelle-behandling	Eksperimentelle dyreforsøk med godt resultat, ikkje nådd same resultat med pasientar.	Usikkert når og i kva omfang dette kan bli nytta i medisinsk behandling

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

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

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

Utviklinga peikar òg i retning av kvalitativt betre behandlingformer og betre ressursutnytting. Nye kirurgiske metodar gir til dømes forenkla behandling, betre resultat, mindre komplikasjonar og kortare postoperativ liggjetid, noko som kan føre til reduserte liggjetider, auka bruk av dagbehandling og poliklinikk.

Betre behandlingmetodar gjer at fleire overlever med skadane sine, og det fører igjen til at det blir lagt større vekt på mellom anna rehabilitering, habilitering og tilbod som har med læring og meistring å gjere.

Innanfor psykisk helsevern er det venta at utviklinga går i retning av meir poliklinisk behandling, dagbehandling og ulike former for ambulante tenester i samarbeid med kommunale tenester.

Ei hovedutfordring innanfor den helsefaglege utviklinga, er å føregripe når og på kva måte ny medisinsk teknologi påverkar og gjer det mulig å endre og utvikle tenestetilbodet.

Det er etablert ein database for varsling av nye medisinske metodar, MedNytt. Kunnskaps-senteret står for utviklinga, initiert av Helse Vest. Databasen er eit hjelpemiddel for å styre innføringa av nye metodar i tråd med dokumentert kunnskap, noko som er viktig for at

ressursane skal komme store pasientgrupper til gode. Det er vesentleg at databasen blir brukt aktivt i helseføretaka.

Som ei vidareføring av dette arbeidet har Helse Vest, i samarbeid med Kunnskapssenteret, utvikla ei metode for gjennomføring av Mini-metodevurdering, tidlegare kalla Mini-HTA (Health Technology Assessment). I det vidare arbeidet er det på nasjonalt plan jobba med å klargjere indikasjonane for når metoden skal nyttast, og ein ønskjer også å revidere den delen av metoden som gjeld økonomivurdering. Mini-metodevurdering gir ei kort vurdering av effekt, tryggleik, kostnader, ressursbehov og implikasjonar for pasient og organisasjon ved innføring av nye metodar. Verktøyet skal sikre forankring av avgjerder på leiarnivå og gi betre dokumentasjon av avgjerdsprosessane. Mini-metodevurdering er ein del av eit større system for å sikre gode prosessar og godt kunnskapsgrunnlag ved innføring av nye metodar i helsetenesta.

#### 4.1.1.4 Forventningar til helsetenesta

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

Hovudtrekk ved forventningane som folk har til helsetenesta:

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

#### 4.1.1.5 Behov for aktivitetsvekst

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

Det skuldast auke i befolkninga og fleire blir eldre og andre faktorar som medisinteknisk utvikling, endring i helsetilstand og forventingar.

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

Samhandlingsreforma legg til rette for at ein større del av veksten kan skje i kommunane. Det må likevel påreknast vekst i spesialisthelsetenesta. Det er vanskeleg å gi presise tal for dette. Det er særleg vanskeleg å sjå for seg kva konsekvensar den medisintekniske utviklinga får.

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2014 (datert 16.11.12) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd ein aktivitetsvekst på om lag 2,5 % i 2014 innan somatikk. Det tek høgde for demografisk vekst, nødvendig realvekst og ekstra aktivitet for å redusera ventetida. Det er tilrådd at aktivitetsveksten innan psykisk helsevern blir 3 % for vaksne og 3 % for barn og unge. Det inneber også ein aktivitetsvekst for å redusera ventetida. I tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd ein aktivitetsvekst på 3 %.

#### 4.1.2 Økonomiske rammeføretnadar

##### **Drift:**

Endeleg inntektsramme 2013 for helseføretaka er fastsett i møte den 06.02.2013 under sak 009/13 B Konsernbudsjett 2013. Det blei i denne saka fatta vedtak om følgjande resultatkrav:

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus- apoteka vest	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2013	90 000	34 000	165 000	5 000	13 000	1 000	0	308 000

Det er i budsjettopplegget lagt til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 2 % på nasjonalt nivå frå 2012 til 2013. Prognosen for 2012 er basert på aktivitet pr. første tertial 2012 for ISF og rekneskap pr. mai 2012 for poliklinisk aktivitet. Det er lagt til rette for ein vekst på 6,5% frå prognose for 2012 til 2013 innafor poliklinisk aktivitet som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorie og radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF ordninga er det lagt til rette for ein vekst på 1,7% frå anslag for 2012 til 2013. Til fråtrekk kjem auka pasientbehandling i kommunane som følgje av oppretting av nye tilbod. Dette er vurdert å utgjere om lag 0,8% av ISF aktiviteten.

Den generelle veksten i pasientbehandlinga er utrekna på heile inntektsgrunnlaget til helseføretaka, og gjeld derfor all pasientbehandling innan somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Det er lagt til grunn ein gjennomsnittleg marginalkostnad på 80% for den auka aktiviteten.

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

basisfinansieringa. Spørsmålet er og om framtidig aktivitetsvekst i RHF-a må reflektere store forskjellar i befolkningsvekst. Gjennom den modellen som blir praktisert i dag, får ikkje Helse Vest dekning i forhold til reell vekst i folketal, medan andre regionar får dekkja vekst utover reell vekst i folketal.

Helse Vest har ved inngangen til 2013 framleis omstillingsutfordring i forhold til dei resultatkrava som er sett. Helse Stavanger har eit negativt budsjettavvik i 2012. Samtidig står Helse Stavanger overfor store investeringsplanar i åra som kjem, og har derfor behov for å levere stødige gode resultat. Helse Fonna har henta seg inn igjen hausten 2012, men har framleis ein vei å gå før dei leverer stødige på det resultatnivå som er fastsett i langtidsbudsjettet. Det er derfor framleis behov for omstillingstiltak for å nå eit resultatkrav som sikrar at dei er i stand til å løyse dei store investeringsprosjekta som ligg føre i dei kommande åra.

For å sikre ei tett og god oppfølging av føretaka blir det rapportert månadleg på økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet. For dei føretak som eventuelt ikkje leverer på dei fastsette krava, må det og rapporterast på status på dei tiltak som skal setje helseføretaka i stand til å nå dei fastsette mål.

### **Investeringar:**

Helse Vest skal basere sine investeringsplanar på heilskaplege utgreiingar av framtidig behov for kapasitet og tilbod på regionnivå. Helse Vest skal tilpasse sin strategi for investeringar slik at den underbyggjer og blir gjennomført i tråd med nasjonal helsepolitikk og dei føringar som ligg i samhandlingsreforma.

Helseføretaka må styre og prioritere sine investeringsplanar innafor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramme. Det blir her vist til styresak 077/12 B Langtidsbudsjett 2013-2017.

Helse Vest har i langtidsbudsjettet lagt opp til eit samla resultatnivå på minimum kr 460 mill. i slutten av langtidsperioden for å handtere dei store investeringsprosjekta som ligg føre.

Sjølv med eit resultatnivå i denne størrelsesorden vil ikkje dette aleine vere tilstrekkeleg for å løfte større sjukehusutbyggingar. I dei nærmaste åra er det særleg Helse Bergen dei store investeringsbehova ligg. Deretter vil utbyggingsprosjektet i Helse Stavanger ha behov for omfattande investeringsmidlar. Føretaket er i gang med å utgreie ulike alternative løysingar for korleis dei kan handtere dette økonomisk og finansielt. Dette er eit forhold som vi må komme nærmare tilbake til når utgreiingsarbeidet har kommen lengre. Det vil uansett vere behov for å skape vesentleg høgare resultat i åra som kjem dersom ein skal klare å løfte store investeringsprosjekt og sjukehusutbyggingar. I tillegg til eigne midlar vil det og vere behov for å ta opp lån til dei store prosjekta. Dette gjeld i tillegg til BUSP fase I som allereie er i gang, og BUSP fase II som vil komme dei nærmaste åra. I tillegg vil sjukehusutbygginga ved Helse Stavanger ha eit stort lånebehov. Lånebehovet knytt opp til desse to prosjekta vil Helse Vest komme attende til på eit seinare tidspunkt.

Under styresak 009/13 B har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2013:

### Samandrag investeringar (Budsjett 2013)

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	170 050	58 500	682 000	73 750	11 950			996 250
Medisinteknisk utstyr	127 525	40 000	100 000	20 780				288 305
IKT						220 000		220 000
Anna	77 800	15 500	98 500	22 470	6 150			220 420
Sum investeringar 2012	375 375	114 000	880 500	117 000	18 100	220 000	0	1 724 975

Det finansielle grunnlaget for gjennomføring av investeringsbudsjettet kan oppsummerast i følgjande tabell:

### Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2013:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	90 000	34 000	165 000	5 000	13 215	1 045	0	308 260
+ Avskrivning	230 669	123 554	485 000	107 000	4 276	144 479		1 094 978
+ Nedskrivning anleggsmidler	4 000							4 000
= Kontantstraum frå drifta	324 669	157 554	650 000	112 000	17 491	145 524	0	1 407 238
- Førebels resultatavik 2012	-40 000	-4 200	13 000		-900		350 000	317 900
+ Opptak av nye lån			185 000					185 000
- Avdrag lån	-51 146	-14 204	-50 000	-11 600				-126 950
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-16 300	-27 000	-20 000	-14 400		77 700		0
+ Sal av anleggsmidler			33 000	1 000				34 000
+ Midlar til utviklingsprosjekt NSH				17 000				17 000
+/- Likviditet overført frå 2012	92 040		180 000	-47 000	1 509			226 549
<b>Finansielt grunnlag</b>	<b>309 263</b>	<b>112 150</b>	<b>991 000</b>	<b>57 000</b>	<b>18 100</b>	<b>223 224</b>	<b>350 000</b>	<b>2 060 737</b>
+ Interne lån overført fra 2011/12	66 112			60 000				126 112
<b>Finansieringsgrunnlag investeringar inkl interne lån</b>	<b>375 375</b>	<b>112 150</b>	<b>991 000</b>	<b>117 000</b>	<b>18 100</b>	<b>223 224</b>	<b>350 000</b>	<b>2 186 849</b>

Det er viktig av helseføretaka no arbeider med å sikre resultatkravet og at det blir innarbeida tilstrekkeleg fleksibilitet i investeringsplanen slik at ein klarer å tilpasse seg eventuelle endringar i det finansielle grunnlaget.

#### 4.1.3 Personell og kompetanse

Føretaksgruppa har i fleire år fokusert på kompetanse, kompetanseheving og strategisk kompetansestyring. Dette er eit av dei viktigaste satsingsområda til føretaksgruppa. Det er viktig å synleggjere kunnskapsinnsatsen som skjer i helseføretaka. Det har vore eit særskilt fokus på å kunne dokumentere kva innsats og resultat vi har på området. Det har vore nødvendig å etablere eit kunnskapsgrunnlag med utgangspunkt i 2011 og 2012. Endeleg presentasjon av kunnskapsinnsatsen for 2012 vil være klar i løpet av medio februar 2013.

Føretaka har lagt ned eit betydeleg arbeid med å etablere gode kompetanseplanar og oppgåvevurderingar som blir støtta Kompetanseportalen. Det gjeld heile livsløpet for alle kompetansetiltaka og utdanningstiltaka. Utvikling av prosesser og støtte i dette arbeider skjer òg som del av TOLK-prosjektet som har fått betydeleg støtte av Innovasjon Noreg. Arbeidet vil fortsette i 2013 med ytterlegare satsingar gjennom prosess- og teknologistøtte. Kompetanseplanar og oppgåvevurderingar er strategisk viktig når føretaka skal identifisere kompetansebehov og satsingsområder for føretaka fram i tid.

Oppgåveplanlegging og oppgåvedeling vil framover være strategisk svært viktige tiltaksområder. Det er viktig for å identifisere og kartlegge behova for vidare- og etterutdanning og rett dimensjonering av personellbehovet, basert på erfaringane av dei pilotprosjekta og andre tiltak som er gjennomført i løpet av 2012.

Føretaka har alle etablert og sett i gang ulike prosjekt for å redusere bruken av deltid i føretaka. Desse prosjekta nyttar mellom anna samarbeid på tvers av avdelingane. Helse

Bergen har sett i gang eit traineeprosjekt blant nyutdanna sjukepleiarar. Traineesjukepleiarane blir heiltidstilsette, og skal innom fleire avdelingar for opplæring. Prosjektet starta opp i 2012. Ved utgangen av 2012 har det starta opp to kull med totalt 25 sjukepleiarar. Gjennom traineeprosjektet er det prøvd ut nye former for rekruttering og utval av nyutdanna personell, kor søkjarane har nokså lik utdanningsbakgrunn, men med lite arbeidserfaring. Denne framgangsmåten for rekruttering vil være aktuell for andre grupper òg, som for eksempel legar.

### **Helsefagarbeidarlærlingar og ambulansesarbeidarlærlingar**

Føretaka tar kvart år inn fleire lærlingar innan ambulansesarbeidarfaget og helsearbeidarfaget. Helse Stavanger har i 2012 hatt 53 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget. Dette er det høgaste talet på helsefagarbeidarlærlingar i Helse Stavanger nokon gong. Føretaket har 14 lærlingar innan ambulansesarbeidarfaget. Helse Fonna har tidlegare samarbeida med kommunane om helsefagarbeidarlærlingane. I 2012 har føretaket for første gang tatt inn eigne lærlingar i dette faget. 7 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget har eigne kontraktar med føretaket. Totalt har Helse Fonna hatt 20 lærlingar innan ambulansesarbeidarfaget i 2012. Helse Bergen har hatt 38 lærlingar innan helsefagarbeidarfaget i 2012, og 26 lærlingar innan ambulansesarbeidarfaget. Helse Førde har, som nemnd tidlegare, ikkje hatt eigne lærlingar innan helsefagarbeidarfaget i løpet av 2012. Føretaket skal ta ei avgjerd på dette i byrjinga va 2013. I 2012 har Helse Førde hatt 20 lærlingar innan ambulansesarbeidarfaget.

Helseføretaka har kontakt med universitets- og høgskulesektoren for å sikre at studentane får den kompetansen som er føretaka etterspør. Tilsvarende arbeid er òg gjort mot utdanningane på vidaregåande nivå. Det er viktig å sikre ein god tilgang til dyktige lærlingar spesielt innan helsefagarbeidarfaget og ambulansesarbeidarfaget.

### **Utviklinga i Kompetanseportalen og TOLK-prosjektet**

I tråd med prosjektføresetnadene i TOLK-prosjektet vil Kompetanseportalen bli stadig forbetra for å støtte kompliserte utdannings- og læringsløp. Det vil nå være mulig å etablere felles regionale kompetanseplanar for enkelte grupper eller stillingar i Kompetanseportalen. Det er lagt vekt på rettleiarstøtte for legar i spesialisering, som gjennom sitt utdanningsløp skal fullføre ei mengd prosedyrar òg på tvers av helseføretaka. Opplæring for leger i spesialisering blir dokumentert gjennom Kompetanseportalen. All strukturert opplæring blir logga og godkjent av opplæringsansvarleg inn i Kompetanseportalen.

TOLK-prosjektet har i løpet av 2012 òg utvikla rammer for mobile løysingar, og tilgangskontroll på tvers av avdelingar/føretak. Dei nye mulighetene som er utvikla i Kompetanseportalen blir fortløpande tatt i bruk på tvers av faggrupper og i heile føretaksgruppa.

### **Obligatoriske kurs**

Det er etablert felles obligatorisk kurspakke for alle medarbeidarane uavhengig av kva rolle og stilling ein har. Det er òg etablert ulike obligatoriske kurspakkar for ulike stillingsgrupper som rettar seg mot særskilde oppgåver ein skal være kvalifisert for, til dømes «Riktig prioritering» og andre fagspesifikke kurs. Dei obligatoriske kursa er tilgjengelege i Læringsportalen for alle, anten det er eigne tilsette, studentar, vikarar mv.

### **Studentprosessen**

Studentane som har praksisperiodar i føretaka blir førebudd på praksisperioden på lik linje som for nye tilsette medarbeidarar. Studentane blir registrert inn i rekrutteringsportalen og det

blir oppretta kunnskaps- og kompetanseprofil i Kompetanseportalen. Alle førebuingar dei skal gjere gjennom Læringsportalen for e-læringskurs er starten på opparbeidinga av sin eigen kunnskapsprofil. Dei studentar som sidan kjem tilbake til føretaka gjennom seinare semestre, eller at dei får sommarjobbar under studietida, eller helst tar fast tilsetting etter ferdig utdanning, fortset å registrere på same profil i Kompetanseportalen. Det er starten på å bygge opp kunnskapsprofilen sin som basis for livslang læring og utvikling.

### **Oppgaveplanlegging**

I løpet av 2012 er det lagt ned mykje arbeid i å forberede arbeidet med avansert oppgaveplanlegging. Ein har i dette prosjektet vald å motivere minst to pilotavdelingar i kvart av helseføretaka. Dette for å vinne erfaring og sikre metode og prosessstøtte, som vil bli tilgjengelege konsept for alle einingar. Det er vald å prioritere legane i piloteiningane i ulike spesialitetar. Avansert oppgaveplanlegging òg på tvers av einingar vil framover stå heilt sentralt som eit viktig organisasjonsutviklingsprosjekt.

#### *4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar*

##### **Generelt**

Dei siste større utbyggingane innanfor somatikk ved dei fire hovudsjukehusa i Helse Vest blei gjennomført på sytti- og byrjinga av åttitalet. Det er eit klart behov for å oppgradere og fornye store delar av denne bygningsmassen, både på grunn av den sterke aktivitetssauken 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 blir også føresett at helseføretaka lagar arealplanar og utviklingsplanar som omfattar verksemda, og korleis den kapital som ligg i bygningsmassen skal utviklast og fornyast i åra framover.

##### **Helse Stavanger**

Helse Stavanger HF har ein vanskeleg arealsituasjon. Deler av bygningsmassen som er oppført de 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 mulig. Det blir leigd lokale utanfor sjukehusområdet for ein rekkje aktiviteter, både for diagnostikk og behandling. Meir areal er planlagt leigd framover.

Det behov for å samle funksjonar som i dag ligg på ulike stader og gjere bygga meir funksjonelle. Det vil legge til rette for meir sambruk og samhandling mellom faggrupper, gi betre pasientforløp og meir effektiv drift.

Helse Stavanger har laga ein utviklingsplan og er inne i ein prosess kor framtidig utbyggingsløyising for heile dagens somatiske sjukehus er til vurdering. Det er samstundes behov for mindre utbyggingsprosjekt i dei næraste åra. Det gjeld:

- Ny dagkirurgisk eining som blir etablert i Hillevåg mot slutten av 2013.
- BUPA - nytt bygg er ferdig og tatt i bruk i 2012.
- Stavanger DPS – nytt bygg som blir ferdig i 2014. (Dette vil frigjere nokon leigde og nokon eigde lokale).



- MOBA III – kardiologisk intervensjon. Det er foreslått satt av nye kr. 20 mill. til fullføring av innreiing av lokale til kardiologisk intervensjon i 2013. Om prosjektet kan utførast i 2013 avheng av endeleg årsresultat.

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

Alternativa som skal utgreiast er:

- a) Nullalternativet (oppgradering av dagens bygg)
- b) Utbygging av sjukehuset på Våland
- c) Utbygging på ny tomt

Det blir parallelt gjort vurdering av føretaket si evne til å finansiere utbygginga.

Ei samla utbyggingsløyising enten det blir på dagens sjukehusområde eller ei ny tomt ligg i storleik på 10 milliardar kr.

### **Helse Fonna**

Det blei i 2011 gjort ei overordna bygningsteknisk kartlegging og vurdering av føretaket sine bygningar. Metoden som vart nytta gir eit totalbilete av den bygningstekniske tilstanden og tilpassingsdyktigheita for bygningsmassen.

Analysane som er gjennomførte må sjåast på som eit informasjonsunderlag for vidare strategisk og taktisk planlegging og utvikling.

Berekningane som ligg føre tyder på at det ligg føre eit teknisk behov for oppgradering (må-tiltak) på til saman 1 230 mill. kr. Vidare syner berekningane knytt til utvida vedlikehald (bør-tiltak) eit behov på til saman 480 millionar kroner. I sum utgjer det utbetringar for omkring 1,7 milliardar kroner som må gjennomførast over ein tidshorisont på 10 år.

Det er laga ein samla arealplan for føretaket. Arealplanen tek omsyn til føringane som er gjevne i samhandlingsreforma, «Plan somatikk», demografiske data og dei funna som blir gjort i kartlegginga av det bygningsmessige vedlikehaldet.

Når det gjeld landsverneplanen blei forvaltningsplanen for Stord sjukehus godteken av Riksantikvaren gjennom skriv datert 14. juli 2011. Føretaket er i ferd med å ferdigstille forvaltningsplanen for Valen sjukehus. Arbeidet med å utarbeide forvaltningsplanen for Jonatunet er påbyrja. Den samla forvaltningsplanen for Jonatunet vil bli ferdigstilt i 2013.

### **Helse Bergen**

Helse Bergen har, med basis i dei økonomiske resultatata dei siste åra, fått betre rammer for investeringane framover.

Senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) fase 1 går som planlagt og er forventa ferdigstilt mot slutten av 2015.

Når det gjeld BUSP fase 2 er føretaket i gang med ein fornya konseptrapport som inkluderer at føde/barsel blir ein del av det framtidige BUSP-konseptet. Ein rapport på konseptnivå blir ferdigstilt våren 2013 og vil bli gjenstand for ei ekstern kvalitetssikring. Saka vil bli fremja som ei konseptsak til styra i Helse Bergen og Helse Vest hausten 2013. Både for BUSP 1 og 2 ligg det inne eit behov for 50 prosent lånefinansiering. Lånefinansieringa for BUSP 1 er vedteken, men lån for BUSP 2 må innarbeidast i framtidige budsjett.

Arealplanen er revidert 2012. Sentralt i den reviderte arealplanen var det også viktig å ta omsyn til om på sikt å få etablert eit mor - barn senter i BUSP og etablering av sengebygg sør. Sengebygg sør skal nyttast dels som eit rokkeringsbygg for barneklubben, og i neste omgang dels gi kapasitet for å renovere sengeetasjane i Sentralblokka.

Helse Bergen har dei siste åra investert mykje i areal i psykisk helsevern og vil når BUSP fase 1 er ferdigstilt, samla sett ha ein svært moderne bygningsmasse for psykisk helsevern. Eit viktig punkt i arealplanen er å vidareutvikle Sentralblokka som det sentrale bygget for akuttmedisin og behandlings- og utgreiingsfunksjonar i Helse Bergen. Hausten 2013 vil det her bli opna 10 nye thorax- og dagkirurgiske operasjonsstover. Mottaksklinikken er vedteken på konseptnivå og vil i løpet av 2013 bli lagt fram til endeleg avgjerd på forprosjektnivå.

Investeringsprogrammet til Helse Bergen blir i all hovudsak finansiert gjennom avskrivningar på bygg og anlegg og ved at føretaket har overskot på drifta som blir kanalisert over til investeringsføremål. Unntaket frå dette er BUSP-utbygginga, som blir 50 prosent lånefinansiert.

Helse Bergen har eit omfattande investeringsprogram i medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Godt medisinsk-teknisk utstyr er ein viktig føresetnad for god og rasjonell drift, og for at føretaket leverer tenester av god kvalitet. Store investeringar i MTU har arealmessige konsekvensar. Måten dette arbeidet blir organisert på i Helse Bergen sikrar koordinering mellom bygginvesteringar og investeringar i areal.

### **Helse Førde**

Det er i 2012 arbeidd med arealplan for Nordfjord sjukehus, og ombyggingar er planlagt ferdigstilte i løpet av mai 2013. Ombyggingane vert gjort i samsvar med dei aktivitetane som er planlagt i «utviklingsprosjekt Framtidas lokalsjukehus.» Rusposten ved Nordfjord psykiatrisenter er teken i bruk i 2012, og det er planlagt ei mindre ombygging ved psykiatrisenteret for tilpassing til auka poliklinisk/ambulant drift og færre døgnopphald. Det er sett i gang arealplanlegging ved Førde sentralsjukehus, kor ein også vil komme i gang med bygging av helikopterbase.

Det er inngått avtale om sal av Florø sjukehus til Flora kommune, og det er lyst etter nye mindre lokalar til dei tenestene føretaket skal ha i Florø framover.

Helse Førde HF gjennomførte i 2011 ein overordna bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseføretakets eksisterande bygningsmasse. Til dette er MultiMap nytta, ein metode som er utvikla for mellom anna å gje eit totalbilette av den bygningstekniske tilstanden og kor tilpassingsdyktige større bygningssporteføljjar er.

Helse Førde har 50 % av sin eigedom relatert til tidstypisk vern knytt til Landsverneplanen.

Bygningsmassen ved Helse Førde HF er kartlagt med seks lokasjonar. I Lærdal (LSH) og Nordfjord er fleire av bygningane knytt saman. Bygningane er kartlagt separat grunna ulike

byggjeår og teknisk tilstand. Det er til saman kartlagt 35 einingar med eit bruttoareal på 93 001 m<sup>2</sup>. Størstedelen av bygningsmassen ligg på Førde sentralsjukehus og utgjer i overkant av 50 % av den kartlagde bygningsmassen.

Den gjennomsnittlege alderen for bygningsmassen er berekna til 31 år (arealvekta). Alderen på bygningsmassen spenner frå 2 år (Nordfjord Psykiatrisenter C Blokk) til 75 år (NSH A Blokk).

Bygningsmassen har ei gjennomsnittleg teknisk tilstandsgrad på 1,4. Dette er lågare (dårlegare) enn normalt ambisjonsnivå, som er definert som tilstandsgrad 1,0.

Estimert teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategoriar:

- Ca. 170 millionar kroner utgjer det primære behovet for kommande 5- års periode.
- Ca. 470 millionar kroner utgjør behovet for ytterlegare oppgradering for at bygningsmassen skal få en gjennomgåande tilfredsstillande tilstand.

## **4.2 Det regionale helseføretaket sine strategiar og planar**

### *4.2.1 Overordna mål og strategiar – HELSE 2020*

Å utvikle og omstille tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnytting og høg pasienttryggleik. Helse Vest RHF har revidert sitt strategidokument ”Helse 2020 Strategi for helseregionen – Visjon og mål, Strategi og handlingsplan”. Den reviderte versjonen blei vedteke av styret i juni 2011.

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

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

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

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

For å sikre god og trygg pasientbehandling satsar Helse Vest på forskning, utdanning og fagutvikling.

Ved vurdering av om nye metodar og teknologi skal takast i bruk, er det vesentleg å basere seg på den beste kunnskapen.

Samhandlingsreforma er ei retningsreform og vil ha stort fokus i åra framover.

Hovudfokuset er framleis på den kliniske kjerneverksemda. Det skal særleg leggast 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 pasientane får utgreiing og behandling innan fastsette fristar slik at det ikkje oppstår fristbrot
- å redusere ventetidene, særleg på område med lange ventetider, inkludert omfordeling av ressursar
- å følgje opp prioriteringsforskrifta og pasientrettane
- å vidareutvikle sjukehusstrukturen i tråd med den faglege og teknologiske utviklinga, rekrutteringa og auka spesialisering i dei kirurgiske faga
- å utvikle lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen
- å få sterkare fagleg integrasjon i alle helseføretaka og meir fagleg samhandling mellom helseføretaka, med mellom anna felles faglege retningslinjer og ved innmelding til og bruk av data frå medisinske kvalitetsregister
- å fordele kliniske funksjonar med lågt volum, mellom anna innanfor kreftkirurgien
- å styrkje forskinga mellom anna i dei mindre helseføretaka i samarbeid med universiteta og høgskulane
- å vidareutvikle arbeidet med å sikre høg kvalitet på tenestene
- å aktivt følgje opp den medisintekniske utviklinga og styre korleis ny teknologi og nye metodar blir innførte og brukte, etter kvart som det ligg føre dokumentasjon.

#### *4.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde*

##### *4.2.2.1 Sentrale faglege utviklingsområde*

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

##### *4.2.2.2 Unngå fristbrot og redusere ventetider*

Helse Vest har i 2012 vidareført fokuset på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Dette arbeidet vil halde fram også i 2013.

Hovudfokus vil framleis vere på etablering av gode rutinar for handtering av tilvisingar, vurdering av rettar, oppfølging av pasientane og sikre at fristbrot ikkje oppstår. Det skal etablerast gode rutinar og system for å sikre at fristbrot ikkje oppstår.

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

#### 4.2.2.3 Prioritering

Rett prioriterting i tråd med prioritertingsforskrifta er grunnlag for god pasientbehandling og god utnytting av ressursane. Det er utvikla nasjonale rettleiarar på dei fleste fagområda. Gode læringsprogram i bruk av rettleiarane er utvikla.

Helse Vest vil følgje opp:

- *Rettleiarar for prioriterting:* Rettleiarane skal nyttast å sikre ei meir einskapleg praktisering av prioritertingsforskrifta.
- *Opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå:* For å skape ei felles forståing for kriteria for prioriterting, må dei som skal prioritere, få opplæring. Det må skapast ei felles forståing for hovudprinsippa i prioritertingsforskrifta som grunnlag for prioriterting 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, til fellesskapet samt utviklar ein felles kultur.
- *Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioriterting:* Primærhelsetenesta har ein sentral rolle for utløyising 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.
- Obligatoriske e-læringskurs i prioriterting

#### 4.2.2.4 Regional kvalitetssatsing

Styret i Helse Vest vedtok i desember 2008 hovudlinjer for vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013 (sak 124/08). Utgangspunktet for kvalitetssatsinga er at ei god helseteneste kan bli enda betre. For å oppnå det vil kvalitetssatsinga understøtte dei pasientnære tenestene, dvs. kjerneverksemda, slik at kvalitetsarbeidet kan vere ein integrert del av den daglege verksemda. Kvalitetssatsinga er eit langsiktig arbeid og er forankra i HELSE 2020 og i styresak 117/05. Satsinga byggjer på Nasjonal helseplan.

Helse Vest arbeider saman med helseføretaka om prosjekt innanfor temaområda:

- kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd
- pasientfokus for å møte pasientane og pasientane sine behov på ein god måte
- lage system for fagleg utprøving og pilotering av nytt utstyr/ny teknologi som skal innførast i verksemda
- pasienttryggleik – redusere risiko for utilsikta hendingar
- måling av resultat som grunnlag for forbetring og for å vise fram at spesialisthelsetenesta leverer det samfunnet ønskjer

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

Vidare omfattar kvalitetssatsinga strategiske tiltak for å stimulere til kulturbygging og læring, med m.a. årleg kvalitetskonferanse, utdeling av kvalitetspris og tildeling av såkornmidlar til lokale kvalitetsforbetningsprosjekt.

Arbeidet med kvalitetssatsinga vil halde fram i 2013. Tiltaka i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen blir organisert via Kvalitetssatsinga, som felles regionale prosjekt. Det blir arbeidd med å utforme eit heilskapleg program for pasienttryggleik i Helse Vest med utgangspunkt i Kvalitetssatsinga

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

Helse Vest prioriterer fem ulike tiltak på området:

- Utvikling av konsistente prosedyrar for innføring av ny teknologi/metode.
- Delta i nasjonal utarbeiding av, og ta i bruk, system for tidleg varsling av nye medisinske metodar.
- Delta i nasjonal utarbeiding av eit nytt system for fagleg utprøving og pilotering av nytt utstyr/ ny teknologi som skal innførast i verksemda
- Forsering av arbeidet med å sikre felles pasientrelaterte IKT-løysingar i regionen, mellom anna elektronisk journalsystem og bruk av elektroniske hjelpemiddel for å sikre legemiddelbruken.
- Heilskapleg plan for organisering og bruk av telemedisin og IKT.

Helse Vest har leia samarbeidet mellom dei regionale helseføretaka i utarbeiding av eit system for mini-metodevurdering, tidlegare kalla mini-HTA (health technology assessment). Denne internasjonalt anerkjente metoden skaffar til veie eit kunnskapsbasert og transparent grunnlag for å ta avgjersler om innføring av nye medisinske metodar i helseføretaka. Det er utvikla eit skjema for mini-metodevurdering. Skjemaet har tre delar; del 1 er oppsummert kunnskapsgrunnlag inkl. vurdering av effekt, tryggleik, etiske aspekt, økonomi (kostnad/nytte) og organisatoriske forhold. Del 2 skal fyllast ut av fagfelle som kvalitetssikring og del 3 er ei oppsummering og saksunderlag for den som tek avgjerslene. Mini-metodevurdering er pilotert i Helse Bergen og Helse Stavanger.

Helse Vest har også deltatt aktivt i utvikling av det overordna systemet for innføring av nye metodar i helsetenesta. I åra framover skal dette sikre kvalitet og tryggleik for dei nye metodane som blir tekne i bruk og systemet skal strukturere prosessen med innføringa. RHFa får ei sentral rolle i å bestille metodevurderingar av potensielle nye metodar hos Kunnskapssenteret og Legemiddelverket. Kunnskapen som ligg i fagmiljøa blir sentrale for prosessen rundt innføring av nye metodar, både for å få fram gode framlegg til bestilling av metodevurderingar og for å gjennomføre sjølve vurderingane.

#### 4.2.2.6 *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 på kvalitet og effektivitet. Det blei i 2009 starta opp eit regionalt program knytt til utvikling av gode pasientforløp. Prosjektet har utvikla eit felles rammeverk, handbok for arbeid med pasientforløp, samt at det er etablert eit nettverk for erfaringsutveksling. Regional koordinering skal understøtte dette. Arbeidet er integrert i den regionale kvalitetssatsinga.

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

#### 4.2.2.7 *Oppfølging av samhandlingsreforma*

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

Meldinga tar utgangspunkt i 3 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 førebyggje sjukdom
- Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbildet gir utfordringar som vil kunne true samfunnet sin økonomiske bæreevne

Sentrale stikkord for utfordringane er:

- heilskaplege pasientforløp, forløpstenking og tilrettelegging for at den einskilde kan meistre eige liv i størst mulig grad
- den venta veksten i behov må i størst mulig grad finne si løysing i kommunane kor førebygging og innsats i sjukdommen sin tidlege fase blir viktig.
- kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar
- styrkje spesialisthelsetenesta sin føresetnad for å levere gode spesialiserte helsetenester gjennom betre oppgåvedeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta
- prioriteringsavgjerdene må i større grad rettast inn mot heilskapen i pasientforløpa

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og endringar i spesialisthelsetenestelova for å understøtte samhandlingsreforma trådte i kraft frå 01.01.12. Det same gjorde forskrift om kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasientar.

I løpet av 2012 har helseføretaka inngått dei lovpålagte avtalene med kommunane i helseføretaksområdet.

Avtalane gir et godt rammeverk for den vidare samhandlinga til beste for pasientane. Talet på utskrivingsklare pasientar er kraftig redusert og kommunane begynner å utvikle døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp.

Samhandlingsreforma er ein retningsreform og Helse Vest vil vidareutvikle tenestetilbodet i tråd med tenkinga i reforma. Helse Vest har organisert oppfølging i eit regionalt prosjekt.

Prosjektets overordna mål er:

- å bidra til realisering av intensjonane i samhandlingsreforma gjennom å legge overordna rammer og sette felles retning for arbeidet i føretaksgruppa

Delmål for prosjektet er:

- å understøtte helseføretaka i samband med:
  - implementering og oppfølging av avtalane
  - innhente og systematisere erfaringar med avtalane som grunnlag for revidering og forbetring
- å understøtte helseføretaka i arbeidet med plan for innfasing av døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp i kommunane og utarbeide felles krav/standard for å sikre at døgntilbodet har nødvendig kvalitet
- bidra til vidareutvikling av lokale samarbeidstiltak med basis i avtalene og føringar i samhandlingsreforma og gjennom det m.a. bidra til å sikre gode pasientforløp med «trygge overgangar»
- bidra til utvikling og utveksling av gode eksempel på samarbeidstiltak i føretaksområda som kan understøtte samhandlingsreforma

- bidra til at samhandlingsreformas intensjonar også kan realiserast innan psykisk helse og rus
- bidra til utvikling av elektronisk samhandlingsløysingar, som kan understøtte realisering av samhandlingsreforma
- bidra til utvikling av relevant styringsinformasjon både i helseføretaka og samla for Helse Vest

#### 4.2.2.8 *Regional kreftplan*

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

Helse Vest har ein ny gjennomgang av funksjonsdelinga innan den kirurgiske kreftbehandlinga, i samband med arbeidet med Regional plan for kirurgi. Det er fokus på funksjonsfordeling der det er lågt volum på tenestene, jf oppdragsdokumentet i 2009. Den regionale planen er ute til høyring, og vil bli ferdigstilt våren 2013.

Det blir også gjort ein gjennomgang av to område innan kreftomsorga med større volum på tenestene. Det gjeld bryst- og prostatakreft. Det blir her vist til oppdragsdokumentet i 2010.

#### 4.2.2.9 *Regional plan for kirurgi*

I arbeidet med Helse 2020 blei det vedteke å lage ein samla plan for kirurgi i regionen. Målet er ein plan som med basis i nosituasjonen og forventna utvikling, trekkjer opp overordna prinsipp og føringar for utvikling av tenestetilbodet innan kirurgi i Helse Vest. Planen skal vere grunnlag for vidareutvikling av tilbodet innan kirurgi i regionen og i det enkelte helseføretak.

På denne bakgrunn har Helse Vest i samarbeid med helseføretaka og tillitsvalde i 2012 utarbeidd forslag til regional plan for kirurgi. Planen er sendt på høyring til helseføretaka, private ideelle sjukehus og det regionale brukarutvalet. Forslag til plan blir lagt fram for styret i Helse Vest i april 2013.

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

Arbeidet for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre held fram, særleg eldre med samansette lidningar og som har behov for tenester frå fleire faggrupper og nivå. Styret behandla eiga sak om spesialisthelsetenester til eldre 03.01.10, jf sak 15/09. Det er her m.a. lagt til grunn at det i alle helseføretaka må utviklast:

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

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



#### *4.2.2.11 Regional plan for hjerneslagsbehandling*

Det er i alle helseføretaka arbeidd med tilrettelegging og organisering av tilbodet til pasientar med hjerneslag. Som eit ledd i oppdraget om å utvikle regionale planar i eit forløpsperspektiv, er det utarbeidd ein ny regional plan for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Forløpsperspektivet omfattar både kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandlinga. Planen har eit tidsperspektiv frå 2012-2015.

Planen byggjer på dei nasjonale faglege retningslinjene og blir lagt til grunn for utvikling av tilbodet i regionen.

Det blir i denne samanheng vist til eige prosjekt om teleradiologi, kor teleradiologiske løysingar blir implementerte i føretak, og utprøving av teleslagnettverk. Det siste er utprøvd mellom Haukeland universitetssjukehus og Voss sjukehus og skal bli utvida til fleire av helseføretaka.

#### *4.2.2.12 Regional plan for psykisk helse*

Helse Vest har utarbeidd ein ny regional plan for psykisk helse (vedteke av styret i november 2011). Planen gir føringar for utviklinga frå 2011 til 2014. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen ligg til grunn. Den nye 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, samt meir spissa funksjonar ved sjukehusa
- Å leggje vekt på kompetanse- og kvalitetsutvikling, samhandling og brukarmedverknad

Det er grunn til å framheve psykisk helsevern for barn og unge. Ein ser ei positiv utvikling ved at fleire får tilbod. Ventetidsgarantien for barn og unge skal haldast.

Det må bli gjort ein innsats for å styrkje tilbodet til barn i aldersgruppa 0-7 år. Denne gruppa bør utgjere 20 % av dei behandla pasientane innan psykisk helsevern for barn og unge. Helseføretaka må sikre god nok kompetanse til å behandle barn med psykiske lidningar i aldersgruppa 0-7 år.

Det er framleis behov for å styrkje DPS-a m.a. med akuttfunksjonar og ambulante tenester heile døgnet, også for å redusere presset på akuttfunksjonane i sjukehusa i fleire av føretaka og sikre at ein unngår bruk av korridorsenger. DPS-a skal også ha kapasitet og kompetanse til å behandle pasientar med ROP-lidingar (både psykisk liding og rusavhengigheit).

Ein regional handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helsevern er utarbeidd (vedteke av styret i juni 2011) og skal ligge til grunn for arbeidet i helseføretaka. Planen gjeld frå 2011-2015. Helseføretaka sine lokale planar for redusert bruk av tvang, ligg òg til grunn for å styrkje behandlingstiltak basert på frivilligheit.

Pårørande må sikrast retten til informasjon og delaktighet. Tenestene må utformast slik at også dei pårørande sine interesser blir ivareteke.

#### 4.2.2.13 Avtalespesialistane

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

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytt til avtalespesialistane:

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

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

Det er etablert koordinatorordning som kan nyttast ved tilvising.

Det blir arbeidd vidare med å integrere avtalespesialistane i ”sørgje for”-ansvaret på ein betre måte, og for å gjere avtalepraksis til ein enda meir effektiv måte å løyse sentrale oppgåver i ”sørgje for” ansvaret på, m.a. skal samarbeidet mellom avtalespesialistane og sjukehusa / DPS-a styrkast.

#### 4.2.2.14 Regional plan for rus

Ein regional plan for utvikling av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar blei vedteken av styret våren 2006. Denne skal reviderast i løpet av 2013.

Gjeldande plan skal oppdaterast med tanke på nyare nasjonale føringar, spesielt med vekt på behandlingsforløp. Det vil bli sett på kapasitet på tilbodet og korleis tenestetilbodet bør organiserast. Det er eit mål at tenestene er tilgjengelege, individuelt tilpassa og blir ytt i eit nært samarbeid med kommunane.

Det overordna målet er:

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

Den gjeldande planen tilrår følgjande overordna strategiar:

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

Særlege utviklingsområde er:

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

Med utgangspunkt i den gjeldande regionale planen er det utarbeidd lokale planar i føretaksområda i samarbeid med dei private institusjonane. Tilbodet blir utvikla i tråd med dei overordna føringane.

Tilbodet skal framleis styrkjast. Private leverandørar leverer i dag ein stor del av dei spesialiserte tenestene på rusfeltet i regionen. Gjennom den siste anskaffinga er det lagt grunnlag for eit betre og meir framtidretta behandlingstilbod, jf. også samhandlingsreforma m.m.

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

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

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

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

Det er etablert eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, og i 2010 blei senteret utvida med ei regional vurderingseining for inntak til private rehabiliteringsinstitusjonar.

Regional eininga for rehabilitering ved alvorleg hovudskade er etablert i Helse Bergen.

Kjøp av rehabiliteringstenester frå private skal supplere tenestene i helseføretaka, og i 2010 blei det inngått nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjonar, der fagkompetansen blei styrkt og tilbodet blei differensiert. Avtalene blir vidareført i 2013.

#### *4.2.3 Medisinske støttefunksjonar*

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

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

Patologitenestene blir bygd opp i Helse Fonna og Helse Førde, mellom anna med bakgrunn i regional plan for patologitenester. Utfordringar med rekruttering av patologar gjer at oppbygging av tenesta går seinare enn planlagd.

Teleradiologiske løysingar blir utvikla og nytta i utveksling av bilete mellom helseføretaka og mellom einingar innan helseregionen

Helse Vest vil i 2013 vidareføre eit regionalt prosjekt for å få etablert felles rutinar innanfor radiologi på tvers av helseføretaka og dei private leverandørane av radiologitenester.

Det vil i 2013 bli sett i gang arbeid med ein samla plan for laboratorieverksemnda, m.a. for å utvikle felles rutinar for prøvetaking og analysar.

Regional beredskapsplan og regional smittevernplan er revidert i 2011 og blir følgt opp/skal følgjast opp i helseføretaka. Det er også laga eit revidert Tuberkulosekontrollprogram. Helse Vest vil i 2013 innføre HelseCIM som støtteverktøy for beredskapsarbeid i heile føretaksgruppa. Arbeidet med dette starta i 2012.

Helse Vest arbeidar også med innføring av virtuelt AMK for dei fire sjukehusføretaka. Eit forprosjekt, som blir slutført i juni 2013, skal skaffe eit best mulig avgjerdsgrunnlag for Helse Vest for å kunne sette i verk nødvendige tiltak for å kunne etablere og drive ein virtuell AMK-sentral. Målet er å få på plass robuste løysingar, som sikrar at alle AMK-sentralar i regionen heng saman i eitt og same system. Kontinuitet og kapasitet blir slik sikra ved at dei ulike sentralane kan avlaste kvarandre eller ta over for kvarandre. Operatørane må, på ein fullverdig måte, kunne handtere anrop frå alle AMK-områda i regionen. Alle arbeidsprosessane må kunne utførast frå alle sentralane. Det skal i prosjektet leggas til rette for eit nært samarbeid med brannvesenet og politiet sine nødsentralar.

#### 4.2.4 *Forsking*

Helse Vest vil framleis prioritere forskning, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Samarbeidsorganet med universiteta har her ei viktig oppgåve, både som pådrivar og som utviklar av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen. Dei fordeler òg pengar til forskingsprosjekt.

Det blir lagt vekt på

- å styrkje forskinga gjennom samarbeidsorganet med universiteta
- å styrkje forskinga særleg innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk, jf eigen strategiplan for forskning innan psykisk helse og utvikling av tilsvarande plan innan rusmisbruk
- å dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles system

Satsinga på forskarnettverk innan psykisk helse har m.a. gitt som resultat at det kjem fleire og betre søknadar om forskingsmidlar innan dette området, og ein større del av forskingsmidlane går til psykisk helse.

I regi av samarbeidsorganet med høgskulane/Universitetet i Stavanger er det lagt opp til eit samarbeid om praksisopplæringa, etter- og vidareutdanning. Det er utarbeidd ein strategisk plan for å styrkje helsefagleg forskning i regionen i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane og helseføretaka. Med bakgrunn i planen er det laga eit eige program for helsefagleg forskning i regionen, med middel frå samarbeidsorganet med universiteta. Programmet er forankra i Helse Bergen, og er eit samarbeid mellom helseføretak og Høgskulen i Bergen.

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

Det er oppretta eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger i 2011.