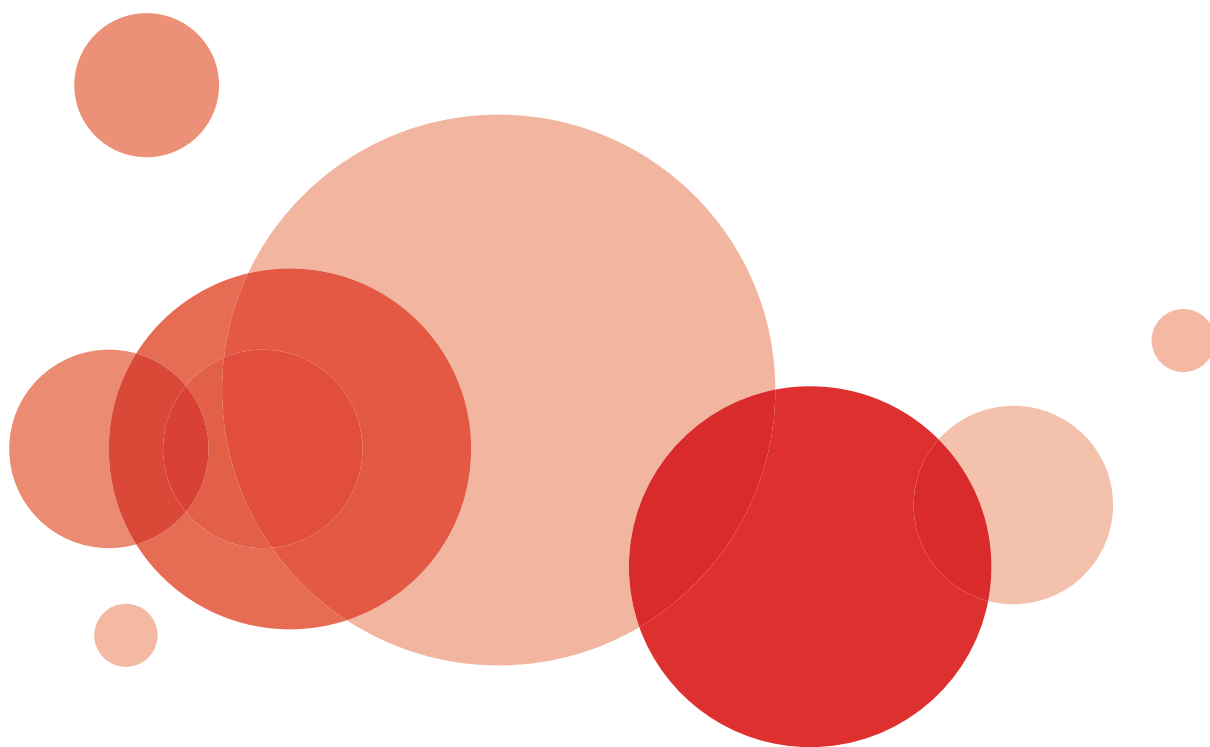


**Årleg melding 2011
for
Helse Vest RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**



Innhald

1.	Innledning.....	5
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	5
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011.....	6
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2011.....	8
2.1	Særskilte satsningsområder.....	8
2.1.1	<i>Ventetider, pasientprosess og fristbrot.....</i>	<i>8</i>
2.1.2	<i>Kvalitet og pasientsikkerheit.....</i>	<i>8</i>
2.1.3	<i>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.....</i>	<i>12</i>
2.1.4	<i>Psykisk helsevern.....</i>	<i>16</i>
2.1.5	<i>Kreftbehandling.....</i>	<i>19</i>
2.1.6	<i>Innovasjon.....</i>	<i>20</i>
2.2	Andre område.....	20
2.2.1	<i>Nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta.....</i>	<i>20</i>
2.2.2	<i>Habilitering og rehabilitering.....</i>	<i>20</i>
2.2.3	<i>Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.....</i>	<i>21</i>
2.2.4	<i>Hjerteflimmerbehandling.....</i>	<i>23</i>
2.2.5	<i>Behandling av sjukleg overvekt.....</i>	<i>23</i>
2.2.6	<i>Kronisk utmattingssyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME).....</i>	<i>25</i>
2.2.7	<i>Tilbudet til pasientar med astma og allergiske lidingar.....</i>	<i>25</i>
2.2.8	<i>Ernæring og mattryggleik.....</i>	<i>26</i>
2.2.9	<i>Beredskap og smittevern.....</i>	<i>27</i>
2.3	Utdanning av helsepersonell.....	27
2.4	Forskning.....	31
2.5	Rapportering på tilleggskrav til Oppdragsdokument 2011.....	32
2.5.1	<i>Jf. 6.4 Psykisk helsevern.....</i>	<i>32</i>
2.5.2	<i>Jf. 8 Utdanning av helsepersonell.....</i>	<i>32</i>
3.	Rapportering på krav i foretaksprotokoll.....	33
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2011.....	33
3.1.1	Resultatkrav for 2011.....	33
3.1.2	Rekneskapsmessig resultat.....	33
3.1.3	Styring og oppfølging i 2011.....	34

3.1.4	Investeringar og kapitalforvaltning	36
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011	38
3.2.1	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan.....	38
3.2.2	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruksjer.....	39
3.2.3	Regjeringens eierskapspolitikk	39
3.2.4	Tiltak på personalområdet.....	39
3.2.5	Intern kontroll og risikostyring	45
3.2.6	Kvalitet i anskaffelsesprosessen.....	46
3.2.7	Utvikling av IKT-området.....	48
3.2.8	Nødnett.....	48
3.3	Øvrige styringskrav for 2011.....	49
3.3.1	Miljø- og klimatiltak	49
3.3.2	Nasjonalt profileringsprogram	49
3.3.3	H-reseptordningen.....	50
3.3.4	KPP-regnskap.....	50
3.3.5	Parkering	50
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2011.....	50
4.	Styrets plandokument.....	51
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	51
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet	51
4.1.2	Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper. 2011-2020	52
4.1.3	Økonomiske rammeforutsetninger	57
Investeringar		58
4.1.4	Personell og kompetanse	60
4.1.5	Bygningskapital – status og utfordringer	61
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	65
4.2.1	Overordna mål og strategiar – HELSE 2020	65
4.2.2	Prioriterte helsefaglege utviklingsområde.....	66
4.2.3	Medisinske støttefunksjonar.....	72
4.2.4	Forsking.....	73

1. Innleiing

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

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

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

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

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

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

1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag

Helse Vest reviderte i perioden 2010-2011 den overordna mål- og strategiplan; 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 prosjektporfølje.

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

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

Vår visjon er:
Fremme helse og livskvalitet

Våre verdiar er:
Respekt i møte med pasienten
Kvalitet i prosess og resultat
Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Våre mål er:
Trygge og nære sjukehusenester
Våre pasientar skal bli møtte av kompetente team som har fokus på deira situasjonen.
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 behandlingsskjeda og utviklar betre prosessar.

Vi samlar sjeldne og komplekse tenester på færre stader.

Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk.

Vi er opne om våre prioriteringar og resultat.

Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon

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 2011

2011 er det beste året i Helse Vest si ti år lange driftshistorie. Mange av dei viktige systema for styring og støttetjenester er no etablerte og i robust drift. I 2012 og åra fram mot 2020 kjem Helse Vest derfor til å sette endå større trykk, kompetanse og ressursar inn på å løyse vår viktigaste oppgåve: Utvikle behandlingstilbodet til 1 million vestlendingar, med forsterka fokus på kvalitet og pasienttryggleik.

Helse Vest hadde i fjor eit budsjett på 21 milliardar kroner. Årsresultatet enda på 427 millionar kroner i pluss – ei tangering av rekordåret 2010 og ein kvart milliard betre enn budsjettet.

Helse Vest investerte i 2011 for 1,4 milliardar kroner, for 2012 er budsjettet for investering på 1,6 milliardar kroner. Det største investeringsprosjektet er for tida bygging av nytt Barne- og ungdomssenter i Bergen til totalt 3,5 milliardar kroner.

I 2011 hadde spesialisthelsetenesta 1.148.174 konsultasjonar i poliklinikk, døgnopphald og dagopphald innanfor somatikk. Dette er i snitt éin konsultasjon per innbyggjar. Talet på konsultasjonar har auka med nær 50 prosent på ti år.

Helse Vest var i 2011 nær ved å nå målet om å komme ned i 65 dagar ventetid i snitt for all type behandling – og oppnådde nedgang for alle behandlingsområde:

Ventetider for dei som blei tekne til behandling i 3. tertial 2011 og per desember 2011:

- Alle fagområde: 76 dagar (81 dagar i 3. tert 2010). Per desember 2011: 69 dagar
- Somatikk: 77 dagar (83 dagar i 3. tert 2010). Per desember 2011: 70 dagar
- BUP: 76 dagar (74 dagar i 3. tert 2010). Per desember 2011: 59 dagar
- PH vaksne: 47 dagar (54 dagar i 3. tert 2010). Per desember 2011: 44 dagar
- RUS/ TSB: tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) 78 dagar (64 dagar i 3. tert 2010). Per desember 2011: 63 dagar.

Innanfor psykisk helsevern for vaksne var ventetidene for vaksne 47 dagar ved utgangen av 2011. Året før var ventetidene for denne gruppa 60 dagar. Helse Vest arbeider for å avvikle all ventetid og vil i perioden fram mot 2015 legge til rette for at pasientane får time ved første gangs kontakt med spesialisthelsetenesta.

I desember 2011 var talet på fristbrot nede i 7 prosent for Helse Vest samla, for behandla pasientar. Ein må anta å nå målet om berre unntaksvis fristbrot i 2012. Gjennom 2011 følgde Helse Vest tett opp arbeidet med å unngå korridorpasientar, med særleg trykk på Helse Bergen og Helse Stavanger. Utviklinga på Vestlandet er god: Sidan den månadlege rapporteringa tok til i mars 2010, har talet på korridorpasientar i Helse Vest samla gått ned med eitt prosentpoeng til 2,4 prosent. Innanfor psykisk helsevern er utviklinga endå betre: Her er det berre unntaksvis korridorpasientar.

I 2011 blei fleire nye tilbod for rusmiddelavhengige etablert i regionen, mellom anna døgnplassar til utgreiing og stabilisering, oppsøkjande behandlingstenester, dagtilbod i større omfang og etablering av tilbod med akutt-timar i poliklinikkar og akuttinnlegging i institusjon i Bergen og Stavanger. Trass utvida tilbod, finst framleis pasientar som må vente lenge på rusbehandling. Ei viktig målsetting for 2012 er derfor å utnytte den samla behandlingsskapasiteten i regionen betre for å redusere ventetidene og forhindre fristbrot. Innføring av felles elektronisk pasientjournal (EPJ) er eit stort og viktig steg for å auke pasienttryggleik og bidra til meir effektiv sjukehusdrift. Helse Vest slutførte innføringa av felles EPJ for alle helseføretaka og dei private ideelle institusjonane i 2011. I alt har innføringa femna 2 000 prosjektdeltakarar, over 20 000 medarbeidarar har fått opplæring, og det er investert totalt 395 millionar kroner gjennom perioden. Siste halvår 2011 logga 22 145 unike brukarar inn i felles EPJ-systemet, det var konvertert kring 2 000 000 journalar og 50 000 000 journaldokument.

Helse Vest driv ei langsiktig regional kvalitetssatsing. Vekta er lagt på den delen av verksemda som er nærast pasienten. I 2011 blei dette arbeidet ytterlegare forsterka gjennom oppstartinga av den nasjonale pasienttryggleikskampanjen "I trygge hender". Som ledd i denne satsinga blei det i 2011 gjennomført systematiske journalgranskingar for å avdekkje skadar som pasientane er utsette for i samband med sjukehusopphaldet. Resultatet av desse såkalla GTT-målingane (Global Trigger Tool) for kvart føretak blei publiserte nasjonalt for første gong.

Dei 15 millionar kronene som Helse Vest i 2011 sette av til kvalitetssatsinga blei blant anna brukte til 10 regionale prosjekt. Midlane blei også brukt til 36 såkornprosjekt, som til saman blei tildelt 4,5 millionar kroner.

På bakgrunn av registrert forskingsproduksjon, blei Helse Vest i 2011 tildelt 109 millionar kroner i statleg tilskot til forskning og utvikling, 10 millionar kroner meir enn året før. I tillegg tilførte Helse Vest 28 millionar kroner, slik at den totale forskingsramma for 2011 blei på 137 millionar kroner.

På eitt år har Helse Vest dobla delen av innkjøpa som er gjort elektronisk. I 2011 blei 20 prosent av alle varer og tenester kjøpt digitalt, tilsvarande 1 milliard kroner. I snitt sendar føretaksgruppa 186 elektroniske ordrar dagleg til leverandørane – og talet er i rask vekst. Satsinga på elektronisk handel gjer Helse Vest til ei av dei leiande offentlege verksemdene på

området i Noreg, og på enkelte område også i Europa, som pilot i det felleseuropeiske e-handelsprosjektet kalla PEPPOL.

Helse Vest delte i 2011 ut 10 millionar kroner i prosjektstøtte for samhandlingstiltak i helseføretaka og dei private ideelle organisasjonane. Ramma blei dobla frå året før, og 23 samhandlingsprosjekt på Vestlandet fekk midlar til tiltak som støttar opp under samhandlingsreforma.

Det er arbeid aktivt i Helse Vest med å få fleire i full stilling og samtidig auke stillingsprosentane for dei som har deltidstillingar. I 2011 var det 1180 fleire som hadde full stilling enn året før. Helse Vest har nådd målet om ein gjennomsnittleg stillingsstørrelse på 87,8 prosent. Av målsettinga på 20 prosent redusert deltid, har Helse vest oppnådd 15,65 prosent. Framgangen er resultat av eit veldig godt samarbeid med helseføretaka og dei tillitsvalde.

Sjukemeldt sjukefråvære i føretaksgruppa var ved utgangen av 2011 på 6,36 prosent. I siste halvdel av 2011 var det samla sjukefråværet og det sjukmeldte sjukefråværet lågare enn tilsvarende tal i 2010. Tredje kvartal 2011 var det sjukmeldte fråværet for helse- og sosialektoren på 8,6 prosent. Føretaksgruppa i Helse Vest har til samanlikning 5,4 prosent. Helse Vest har ei målsetting om at det totale sjukefråværet ikkje skal overstige 5,5 prosent.

Det blei gjort ei revidering av strategien Helse2020 i 2011. Revideringa viser at nær alle tiltaka i dei konkretiserte handlingsplanane er gjennomførte i samsvar med framdriftsplanen. Konklusjonen frå revideringa er at det strukturerte planarbeidet har vore til hjelp for å allokere ressursane dit dei tener pasientane på Vestlandet best. Revideringa førte til ein tiltaksplan på 35 punkt for oppfølging fram mot 2015.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2011

2.1 Særskilte satsingsområde

2.1.1 Ventetider, pasientprosess og fristbrot

- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaka registrerer, kvalitetssikrar og rapporterer data om tilvisingar til Norsk pasientregister.

Alle dei fire helseføretaka i regionen er no over på felles pasientadministrativt system og rapporterer månadleg iht dei krav og fristar som Norsk pasientregister har sett opp.

Som ein del av den regionale satsinga på eige datavarehus er det og eit særskild fokus på datakvalitet og registreringsrutinar når det gjeld tilvisingar. Det er innført månadleg rapportering og styringsdialog mellom RHF-et og føretaka.

2.1.2 Kvalitet og pasienttryggleik

2.1.2.1 Kvalitetsforbetring

- Helse Vest RHF skal greie ut økonomiske sanksjonar for å unngå korridorpasientar.

Helse Vest RHF har valt å arbeide med andre tiltak enn vurdert økonomiske sanksjonar. Dette er grunngeve med at bruk av korridorplassar handlar om meir grunnleggjande utfordringar. Helse Vest RHF si strategi har medført ein reduksjon av korridorplassar, men det er framleis behov for å vurdere fleire verkemiddel for å nå målet.

Helse Vest har i første omgang valt å styrke føretaka si evne til å gjennomføre dei tiltak som blei føreslått i deira planar. Alle helseføretaka har hatt ein gjennomgang av bruken av korridorplassar og laga planar for korleis dagens praksis skal endrast. Ulike tiltak er/skal settast i verk. Det er fordelt 10 mill. kr ekstra til helseføretaka for gjennomføring av tiltaka.

Bruk av korridorplassar heng også saman med talet på utskrivingsklare pasientar og det er venta at samhandlingsreforma vil gi kommunane eit sterkt insitament til å bygge ut egne tilbud. På bakgrunn av at hovudårsaka til korridorpasientar i dei to største helseføretaka er at utskrivingsklare pasientar ikkje blir teke i mot i kommunane, er det vurdert som meir formålstenleg med stimulerande tiltak enn med økonomiske sanksjonar.

Helse Stavanger har hatt utfordringar med mange korridorpasientar innan somatikken, men det har vore ein reduksjon i løpet av 2011. Eit at tiltaka har vore å etablere eigen post for 16 utskrivingsklare pasientar i MOBA i Helse Stavanger. Innan psykiatrien har ein også hatt utfordringar med utskrivingsklare pasientar som venter på butilbod i heimkommunane.

Helse Fonna HF har tidlegare hatt ei særleg utfordring med korridorpasientar innan somatikk. Det er gjennomført eit prosjekt for å handtere dette. Dette har ført til at talet på korridorpasientar er kraftig redusert.

Helse Bergen har hatt ei særleg utfordring med korridorpasientar innan psykisk helse. Eit hovudtiltak har vore å opprette egne plassar for utskrivingsklare pasientar innan psykisk helse.

Korridorpasientar har vore ei mindre utfordring i Helse Førde.

- Helse Nord RHF ved SKDE og Helse Midt-Noreg RHF ved HEMIT skal sikre at dei elementa som må vere på plass for at eit nasjonalt medisinsk kvalitetsregister skal setjast i produksjon, er utvikla i 2011, mellom anna fungerande innregistreringsløysing, driftsmiljø, pålogging/autentisering og rapportering. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet.

Helse Vest har ei rekkje nasjonale medisinske kvalitetsregister, :

Norsk intensivregister
Nasjonalt kvalitetsregister for leppe-kjeve-gane-spalte
Nasjonalt kols-register
Norsk diabetesregister for voksne

Nasjonalt MS register og biobank
Nasjonalt korsbåndregister
Nasjonalt leddprotesregister
Nasjonalt hoftebruddregister

I tillegg er det fem register som ventar på formell godkjenning som nasjonale medisinske kvalitetsregister hos HOD:

Nasjonalt porfyriregister
Nasjonalt register for invasiv kardiologi
Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer
Norsk nyrebiopsiregister
Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon

Helse Vest har øymerka midlar til utvikling av kvalitetsregister og oppfølging av arbeidet. Registerfagleg kompetanse er bygd opp i det regionale Fagsenter for medisinske register. I tillegg er IKT-kompetanse spesifikt på kvalitetsregister og fellesløysingar sett av i Helse Vest IKT. Utviklinga blir følgt opp i regelmessige dialogmøte mellom HEMIT og Helse-Vest IKT, våre egne "noder" og representant for Helse Vest RHF.

HEMIT og SKDE har førelest på regional registerkonferanse og har og møtt på møte med registermiljøa og servicefunksjonane.

Helse Vest er aktivt involvert i det nasjonale arbeidet på dette området. I første tertial 2011 blei dei fire første nasjonale registra som er forankra i Helse Vest satt i drift på den nasjonale tekniske plattform MRS (Medisinsk Registrerings System). Dette gjeld Norsk Intensivregister, Nasjonalt KOLS-register, Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-gane spalte og Norsk diabetesregister for vaksne. MRS -løysinga for Norsk MS-register og biobank og Norsk korsbandregister nærmar seg ferdigstilling etter planen. Arbeidet med MRS-løysing for dei neste nasjonale registra vil bli starta primo 2012. I tillegg er Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon og Nasjonalt register for invasiv kardiologi i utvikling på OpenQReg, ein ekvivalent til MRS plattform som nyttast for dei nasjonale registra i Sverige.

I tillegg er det starta ein prosess for å perfektionere teknisk løysing for register for kroniske pasientar. Desse registra har andre krav til funksjonalitet enn det tverrsnittts-register har, og det må eit nasjonalt arbeid til for å få gode løysingar på plass også for denne type register. Som ein start på dette arbeidet blei det gjennomført eit arbeidsmøte i Bergen i oktober 2011, med deltakarar frå Hemit (Helse Midt), SKDE (Helse Nord), Helse Vest IKT, Helse Vest og registermiljø.

- Helse Vest RHF skal sikre at data frå nasjonale medisinske kvalitetsregister blir gjort tilgjengelege for bruk i tråd med formålet med registra.

Resultat frå registra blir i regelen presentert i årsmeldingar i anonymisert form. Dei einingar som deltek, får gjerne sine resultat benchmarka mot gjennomsnittet av alle einingar eller med sin kurve utheva mellom dei andre ikkje namngjevne kurvene. Helse Vest arbeider med å etablere ein Kvalitetsportal der resultat også frå registra kan justerast for pasientsamansetting og presenterast.

- Helse Vest RHF skal sikre at dei godkjende nasjonale medisinske kvalitetsregistra i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløysingar som er tilgjengelege for alle som skal levere og bruke data i samsvar med formålet til registra.

Av dei åtte nasjonale registra som er forankra i Helse Vest, er fire no i drift på felles elektronisk innregistreringsløysing (MRS), og to register er nær drift på MRS. Arbeidet med MRS-løysing for dei to siste registra startar 1. tertial 2012 (sjå over). For dei fire som er i drift er den tekniske løysinga tilgjengeleg for alle som skal levere og bruke data i samsvar med formålet til registra.

- Helse Vest RHF skal sikre at eigne einingar er i stand til å levere og å bruke data frå alle godkjende nasjonale medisinske kvalitetsregister, mellom anna etablere og sikre infrastruktur som gjer det mogleg med elektronisk kommunikasjon mellom eigne avdelingar og dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra.

Årlege regionale registerkonferansar skal vere med å gjere tilbodet kjend for fagfolka. I registerkonferansen 27. april 2011 blei det fokusert på bruk av registerdata i forbetningsarbeid og forskning.

Alle helseføretaka meldar om at dei rapporterer til nasjonale medisinske kvalitetsregister for dei aktuelle fagmiljøa, og at data frå registra blir nytta til internt kvalitetsarbeid.

Helse Vest er også aktivt med i etablering av løysingar som gjer elektronisk kommunikasjon mellom avdelingane og dei nasjonale registra mogleg, gjennom utvikling av MRS løysinga. MRS er ei web-basert teknisk løysing der alle avdelingar/føretak som leverer data til registra gjer dette over Norsk Helsenett. Alle data samlast i dei nasjonale registra. For dei nasjonale registra som er forankra i Helse Vest har Fagsenter for medisinske register i samarbeid med Personvernombodet utarbeidd og inngått databehandlaravtalar med alle føretak som leverer data til registra. Dermed kan alle føretak som leverer data også få tilgang til sine "eigne" data i det nasjonale registret. Dette er av stor betydning for føretaksspesifikt kvalitetsarbeid.

I tillegg til dei registra som er nasjonale har Helse Vest omlag 100 lokale og regionale kvalitetsregister.

Det blir tilrettelagt for at data blir brukt i tråd med formålet både for nye og eksisterande register. Det blir no starta ei analyseeining som skal tilby servicepakkar til registra. Desse servicepakkane skal innehalde malar for statistiske basisanalysar og grafiske framstillingar til bruk i rapportar for registra. Desse servicepakkane vil i fyrste omgang kome dei nasjonale registra til nytte, men på sikt også dei lokale og regionale registra. Servicepakkane er eit ledd i å synleggjere resultatata frå kvalitetsregistra og forbetre kvaliteten på tenestene.

- Helse Vest RHF skal bidra i arbeidet med å leggje til rette for bruk av mini-HTA i helseføretaka (mellom anna utvikling av mini-HTA-skjema og nødvendige støttefunksjonar) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta og Helsedirektoratet.

Som ein del av Kvalitetssatsinga har Helse Vest, i samarbeid med Kunnskapssenteret, utvikla ei metode for gjennomføring av mini-HTA. Som del av dette er det gjennomført mini-HTA utgreingar ved fleire av føretaka. I det vidare arbeidet er det jobba med å klargjere indikasjonane for når metoden skal nyttast, og ein ønskjer også å revidere den delen av metoden som gjeld økonomivurdering. Til sist skal ein arbeide vidare med spreining av

kunnskap om metoden, og det er planlagt eit regionalt møte for overføring av erfaringane i nær framtid.

2.1.2.2 Pasienttryggleik

- Helse Vest RHF skal sikre at alle verksemdene tek del i den nasjonale pasientsikkerheitskampanjen på dei nasjonale innsatsområda som styringsgruppa har vedteke, og rapporterer data til kampanjesekretariatet. I tillegg til rapportering i årleg melding blir det bedt om ei statusrapportering for helseføretaka sin medverknad i og resultat frå pasientsikkerheitskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

Dei ulike tiltaka i Pasienttryggleikskampanjen blir i regelen organisert som felles regionale prosjekt i regi av den regionale kvalitetssatsinga. Eit av føretaka er pådrivarorganisasjon og har prosjektleiinga og dei andre er deltakarar. Det blir sett av økonomiske og faglege ressursar til arbeidet.

I arbeidet med tiltaka blir det lagt vekt på å bruke erfaringar frå tidlegare prosjekt innan tilsvarende felt. Dette gjeld Smittevernprosjekt, innføring av sjekkliste for trygg kirurgi og det store regionale prosjektet vårt; Legemiddel og pasienttryggleik.

Helse Vest har etablert regional og lokale kampanjeleiarar. Vidare er det etablert GTT-team (GlobalTrigger Tool), rapporteringsansvarlege og team for gjennomføring av dei ulike tiltaka i kampanjen ved alle føretak. Private sjukehus og institusjonar er og representert i eit felles regionalt arbeid med pasienttryggleikskampanjen. Tiltaka i kampanjen blir organisert som felles regionale prosjekt i regi av den regionale kvalitetssatsinga. På denne måten er det oppretta tverrfaglege team i føretaka for å stå for tiltaka ”Samstemming av legemiddellister” og ”Trygg kirurgi med særleg fokus på postoperative sårinfeksjonar”. Det er eit felles regionalt prosjekt for å hindre fall blant eldre i sjukehus, med deltaking frå Helse Fonna, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale sjukehus. Det er plan for gjennomføring av pasienttryggleikskulturmålingar og det er etablert eit nettverk av deltakarar i alle institusjonar som skal støtte gjennomføringa av kulturundersøkinga.

Det er lagt til rette for at kampanjen sine tiltak for å trygge hjerneslagpasientar og pasientar innan psykisk helse skal bli organisert som felles regionale prosjekt.

Rapport om status for GTT-målingane er levert. Det har vore arrangert kurs i gjennomgang av pasientjournalar med metoden GTT for aktuelle medarbeidarar. Journalgjennomgangar ved GTT blir gjort og resultata blir rapportert inn til Kunnskapssenteret. Samla tal for pasientskadar og kategorisering av desse for 2010 er levert frå helseføretaka.

Det er laga ei oversikt over kva for pasienttryggleiksprosjekt dei ulike føretaka og sjukehusa med avtale med Helse Vest tar del i. Desse listene er formidla til kampanjesekretariatet.

RHF-et har rapportert til HOD etter 2.tertial.

2.1.3 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

- Helse Vest RHF skal auke kapasiteten innanfor TSB.

Kapasiteten innan TSB er betydeleg utvida i 2011, både hos helseføretaka og hos private avtaleleverandørar. I 2010 hadde Helse Vest 292 døgnplassar innan TSB ved utgangen av

året. I 2011 hadde Helse Vest til samanlikning 338 døgnplassar (12 av desse falt bort 31.12.2011). Dette er både offentlege plassar og avtaleplassar med private leverandørar.

Helse Vest har inngått nye avtalar med private ideelle leverandørar innan TSB gjeldande frå 2011 - 2014. Ramma for avtalene er 254 millionar per år. Dette er ei auke på 24 millionar kroner i 2011.

I 2011 er det etablert fleire nye tilbod for rusmiddelavhengige i regionen. Eigne døgnplassar er avsett til utgreiing og stabilisering. Utoverretta behandlingstenester blir gitt i, eller nær, heimen. Fleire institusjonar kan no gi eit dagtilbod til pasientar med behov for meir oppfølging og behandling enn det som poliklinikkane kan gi. Det er også etablert eit terapeutisk samfunn i regionen; eit av seks i Noreg. Dei nye tilboda gir eit meir fleksibelt tenestetilbod til pasientane og betre moglegheiter for samhandling om gode pasientløyper med kommunar, fastlege og anna spesialisthelseteneste.

Tall frå Norsk pasientregister (NPR) for TSB ved utgangen av 2. tertial 2011 viste at Helseregion Vest hadde lengst ventetid av alle helseregionane i landet, og var nest dårlegast når det gjaldt brot på behandlingsfristen.

Dei siste månadstala frå NPR gir likevel grunn til optimisme og ei tru på at kapasitetsauken og endringane i tilbodet har starta å gi effekt, sjå tabell under.

Tal for Helse Vest, behandla pasientar TSB samla:

	august 2011	september 2011	oktober 2011	november 2011
Median ventetid	78	69	76	57
Gjennomsnittleg ventetid	107	96	86	85
Tal fristbrot	26	16	13	9
Prosentdel fristbrot	17	10	8	6

Helseføretaka har tilført ressursar i 2011, i hovudsak for å auke kapasiteten:

Helse Stavanger

Helse Stavanger HF oppretta 2 nye polikliniske stillingar knytt til Dalane DPS og Psykiatrisk ungdomsteam i Sandnes. Oppsøkande behandlingsteam Dalane er eit nytt samhandlingstilbod for pasientar med alvorlege rus- og psykiske lidingar og eit lavt funksjonsnivå. Dette er et spleiselag mellom alle Dalane-kommunane og Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon. Teamet har fått økonomisk støtte både frå Helse Vest RHF og Helsedirektoratet. Erfaringa så langt tyder på at dette gir gode resultat.

I mai 2011 opna Veksthuset Rogaland. Veksthuset er ei døgneining med 15 plassar innan tverrfagleg spesialisert behandling. Denne etableringa har gjort det mogleg for Helse Stavanger HF å gi fleire pasientar med behov for behandling i eit terapeutisk samfunn eit lokalt behandlingstilbod. Belegget har sidan starten vore på over 90 %.

Helse Fonna

Det er etablert eiga avrusingsavdeling ved Haugesund sjukehus med fem senger. Avdelinga tek imot pasientar etter tilvising og er ikkje rekna som akutttilbod. Det er to–tre månaders ventetid. Talet på behandlingar innan fagområdet rus har auka i Helse Fonna frå 2010 til 2011.

Helse Bergen

Floen kollektivet har auka kapasiteten frå 12 til 18 plassar på Manger, og frå 9 til 16 plassar i Bergen. I tillegg er det opna ein stor poliklinikk for generelle ruslidingar i Avdeling for rusmedisin (AFR).

Helse Førde

Det er i budsjett 2011 gitt auka løyving for å sikre full utnytting av kapasiteten til rusposten på Tronvik. Kapasiteten er auka frå 12 til 15 senger og posten er no i full drift. Ei arbeidsgruppe er i gang med å planlegge ei ruseining ved Nordfjord Psykiatrisenter. Forventa oppstart av ny døgnpost er hausten 2012.

- Helse Vest RHF skal etablere behandlingførebuaende tiltak for rettighetspasientar i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunane.

Det er i varierende grad sett i gong behandlingførebuaende tiltak i samarbeid med kommunane. Helse Stavanger har fleire samarbeidstiltak med de største kommunane. Andre helseføretak har dialog med kommunane, men det er i mindre grad etablert konkrete behandlingførebuaende samarbeidstiltak. Pasientar får tilbod om m.a. poliklinisk oppfølging, spesielt i påvente av innlegging i institusjon.

Helse Stavanger

Helseføretaket har i fleire år hatt eit systematisk arbeid med behandlingførebuaende tiltak overfor rusmiddelavhengige. Samarbeidet mellom Psykiatrisk ungdomsteam Stavanger og K 46 i Stavanger kommune er eit døme på dette; tilsette frå spesialisthelsetenesta arbeidar på ein kommunal arena (døgneining og dagtilbod) for å sikre tidleg, heilskapleg og samordna innsats overfor unge som ønskjer seg ut av rusproblema. Dette bidreg òg til at pasientane kan få eit best mogleg vidare behandlingsforløp i spesialisthelsetenesta. I 2011 er det utarbeida ei (be)handlingsline som tydeleggjer ansvars- og funksjonsfordeling mellom dei ulike delane av kommunens helse- og sosialteneste og spesialisthelsetenesta for å hjelpe ungdommane i deira endringsprosess. Denne systematiseringa blir nytta også i utviklinga av andre behandlingførebuaende tiltak.

Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes og Sandnes kommune arbeidar saman om ”Startteam”; eit felles team mellom tilsette frå kommunen og spesialisthelsetenesta gir tidlegare innsats og raskare avklaring av behandlingsforløpet for den enkelte brukar/pasient. Noen får vidare oppfølging og behandling i poliklinikkar, mens andre får døgnbehandling. Tiltaket mottar økonomisk støtte frå Helsedirektoratet og har som mål å bidra til optimale pasientforløp.

Tilsette frå Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes arbeidar òg på Rusmeistringseininga i Stavanger fengsel, saman med tilsette frå fengslet. Det er fokus på endringsarbeid, førebuing og avklaring av vidare behandlingstilbod for innsette, som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp i TSB, og deira familiar. I 2011 har det vore færre søknadar frå innsette om å delta i Rusmeistringseininga.

Ruskonsulentane som har somatiske avdelingar som sin arbeidsarena, når fleire pasientar enn tidlegare. Dei har hatt samtalar med over 500 pasientar og bidrege med å avklare om og kva for endringsarbeid desse pasientane treng framover.

Helse Fonna

Det blir gjeve betre oppfølging av ruskonsulentar og/eller ved DPS-døgnopphald i påvente av ledig behandlingssjans på spesialinstitusjonar.

Helseføretaket har teke initiativ til å skape eit samarbeidsfellesskap med kommunane for mellom anna å ha dialog om behandlingssjansføbyggjande tiltak

Helse Bergen

Avdeling for rusmedisin (AFR) har i alle dei interne einingane sine sett i verk tiltak - 'Prehabilitering'. Dette inneber at pasientar som er tilvist til døgnbehandling, vil få poliklinisk behandling fram mot innlegginga.

Helse Førde

Samansette tiltak før, under og etter innlegging er ein føresetnad for god behandling. TSB ved post 6 på Tronvik har fokusert på å utvikle ein struktur gjennom samhandlingsmøte, kravstilling og kunnskapsoverføring til kommunar, og møtepunkt under innlegging. Dette arbeidet vil halde fram. Pasientar med rett til helsehjelp innan TSB, der helsehjelpa skal bli gitt ved innlegging i institusjon, får alltid tilbod om poliklinisk oppfølging frå «sin» poliklinikk i tida før innlegging.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å få fleire pasientar til å fullføre TSB.

Ulike tiltak er sett i gong i helseføretaksområda. I dei nye avtalene med private ideelle leverandørar er det lagt inn krav om at dei skal samarbeide med tilvisande instansar og spesialisthelsetenesta elles på ein slik måte at dei sikrar samanhengande pasientforløp, og unngår brot i oppfølging/behandling på pasientnivå. Det er føringar til dei private ideelle om å etablere gode pasientforløp. I regi av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) er det sett i gang eit større forskings- og kvalitetssikringsprosjekt knytt til eit medisinsk kvalitetsregister for rusbehandling, som vil bidra sterkt til auka kunnskap om dette temaet.

Helse Stavanger

Tiltak som kan sikre optimale pasientforløp er drøfta saman med helseføretaket sine samarbeidspartnarar både i kommunane og i spesialisthelsetenesta. Det er fokus på ei felles fagleg forståing. Helseføretaket sitt fokus er at det er viktig med ein trygg plass å bo og utsikt til meningsfulle aktivitetar for at pasientane skal sjå nytten av å gjennomføre behandlinga. Det er ikkje einigheit med alle kommunane enno om korleis dette kan bli gjort i praksis, slik at det framleis er mange pasientar utan fast butilbod som startar i behandling.

Alle einingar innan TSB arbeidar ut frå same modell for pasientforløp, men med differensiert innhald avhengig av pasientens totalsituasjon og funksjonsnivå. Det er lagt stor vekt på livsstilsintervensjonar, undervisning i riktig ernæring og fysisk aktivitet, i tråd med Psykiatrisk divisjons satsing på helse og livsstil. Resultata både for polikliniske og inneliggjande pasientar viser at fleire greier å fullføre sin behandling.

Helse Fonna

Det er etablert faste samarbeidsrutinar med kommunal rusteneste og «ute-dag» på NAV med oppsøkjande verksemd i Odda og på Husnes. Det er fleksibel bruk av døgnopphald på DPS-post ved kriser. Helse Fonna har i 2011 gjennomført eit opplæringsprogram for alle tilsette i

klirikken (600 fagfolk) for å auke kompetansen og informere om behandlingansvaret overfor denne pasientgruppa.

Ytre Sunnhordland samhandlingsteam v/Stord DPS gjev no tilbod til om lag 30 pasientar som før i liten grad har klart å gjere seg nytte av ordinært tilbod. Dette prosjektet er i år utvida til også å gjelde fleire brukarar innan rus- / psykisk helse-gruppa. Spesialisthelsetenesta er i ferd med å etablere eit nærare og tettare samarbeid med fastlegane ved å ha utedagar på ulike legekontor. Den årlege «Brukar-Plan»-kartlegginga i kommunane aukar bevisstgjeringa om felles utfordringar.

Innan rusområdet finst det nesten ikkje fristbrot. Hovudgrunnen er at det er rekruttert i ledige stillingar, og føretaket har gode samarbeidsavtalar med mellom anna Haugaland A-senter. Det er også jobba meir bevisst med å avslutte behandling for pasientar som er vurderte til ikkje å kunne dra nytte av vidare poliklinisk behandling i spesialisthelsetenesta. Det er lange ventelister til avrusing, og kapasiteten på avrusingssengene blir nytta fullt ut.

Helse Bergen

Avdeling for rusmedisin (AFR) har laga ein behandlingsplan. Deira neste steg er å lage strukturerte pasientforløp som er planlagt å sette i verk i 2012. Det er allereie ei klar betring når det gjeld fullføringa av behandlinga i dei einingane som har innført ein poliklinisk prehabiliteringsfase før døgntbehandling.

Det er sett i gang eit større forskings- og kvalitetssikringsprosjekt knytt til eit medisinsk kvalitetsregister for rusbehandling. Dette vil bidra sterkt til å auke kunnskapen om temaet.

Helse Førde

Fullføring av TSB er ein del av det daglege arbeidet til spesialkonsulentane i poliklinikkane, m.a. med møter i ansvarsgruppene. Det er høgt fokus på at pasientar som har rett til helsehjelp innanfor TSB, også er motivert til å fullføre denne behandlinga. Ansvarsgrupper er også sentralt for inneliggjande pasientar. Det blir jobba tett opp mot 1.linja. Små forhold muliggjer i større grad "saumlaus" samhandling mellom dei involverte tenestene.

- Helse Vest RHF skal bistå HOD og Helsedirektoratet i arbeidet med ny stortingsmelding om ruspolitikken.

Helse Vest RHF er representert i ei nasjonal ressursgruppe, oppretta av HOD ifb. med arbeid med stortingsmeldinga. Første møtet var i juni. Det er ikkje kalla inn til nye møter for ressursgruppa, da arbeidet med stortingsmeldinga er forsinka som følge av hendingane 22. juli. Helse Vest RHF leverte i april 2011 ein større rapport til Helsedirektoratet som ledd i arbeidet. KORFOR har levert eit større grunnlagsmateriale til arbeidet med stortingsmeldinga, etter bestilling frå HOD.

2.1.4 Psykisk helsevern

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for at nødvendige akuttfunksjonar kan etablerast ved DPS-a.

Det er sett i verk tiltak for å sikre dette. Dei fleste DPS-a har etablert akuttfunksjonar, men det gjenstår enno noko arbeid, m.a. når det gjeld døgntkontinuerlege tenester.

Helse Stavanger

Alle DPS-a har akuttberedskap, med medisinsk bakvakt. Det er ambulante team med beredskapstelefon, brukarstyrte senger og vekt på individuell plan. Ø-hjelp innleggingar kveld og natt er ikkje etablert ved DPS enno, men det er felles teneste for dette ved sjukehuset. Det er rask overføring til DPS for dei som skal ha dette tilbodet, for dei fleste innan 24 timer.

Helse Fonna

Det er etablert akuttambulante team ved Haugaland DPS / Karmøy DPS. Dei tek imot Ø-hjelp førespurnader 24 timar i døgnet og 7 dagar i veka. Teamet disponerer to krisesenger (brukarstyrte) ved Haugaland DPS.

Folgefonn DPS har oppretta observasjonsseng på allmennpost og har akutt- og krisetenester på dagtid i poliklinikken si opningstid. Pga. vakanse i spesialiststillingar er det ikkje mogleg på noverande tidspunkt med døgnopen akutt ambulant verksemd. Utanom dagtid blir akutt-tenester handterte av felles vaksystem med Valen sjukehus.

Stord DPS har ikkje akutt ambulant team. Dei har tilgjenge til observasjonsseng, men denne er ikkje brukarstyrt. Rehabiliteringspost på Stord DPS bruker ei seng i samråd med pasient til planlagde opphald. Dette er med på å førebyggje og stabilisere langvarige sjuke pasientar. Akutt- og krisetenester blir handerte av poliklinikken i ordinær opningstid. Utanom vanleg dagtid blir akutt-tenester handterte av felles vaksystem med Valen sjukehus.

Helse Bergen

Alle DPS, inkludert Voss DPS, har akutt- og krisetenester. Det er framleis behov for å styrkje den ambulante verksemda.

Det skal utarbeidast ein felles plan for å sikre auka tilgang. Dette arbeidet starta i november 2011.

Helse Førde

Det har vore arbeidd med styrking av ambulant verksemd i DPS-a i fleire år. To av DPS-a har fungerande ambulante team. Det er svært få akutte innleggingar sein kveld og natt. Det tredje DPS-et vil starte ein prosess i 2012 med å styrke poliklinikk og ambulant verksemd. Det er etablert psykiatrisk kriseteam med deltakarar frå alle DPS. Retningslinene for psykososial støttegruppe er revidert hausten 2011.

- Helse Vest RHF skal gå gjennom funksjons- og arbeidsfordeling innanfor psykisk helsevern med bakgrunn i tilråding frå Nasjonal strategigruppe II.

Tilrådingane er under implementering i helseføretaka. Helseføretaka har i stor grad nådd dei måla som er sett ift. ressursfordeling

Helse Stavanger

Helse Stavanger bruker litt over 21 % av ressursane på unge under 18 år, inkludert psykiatrisk ungdomsteam (PUT), men ekskl. poliklinikken i Avdeling for unge vaksne (AUV). Innan vaksenpsykiatrien (VOP) er 46% av ressursane fordelt til Spesialavdeling for vaksne og gjestepasientar psykiatri, 54 % til DPS-ane, inkl. Jæren DPS. TSB er ikkje med i berekninga.

Anbefalingane i dei fem rapportane frå Nasjonal strategigruppe II er innarbeida i divisjonen sin interne strategiplan og er gjennomført eller under gjennomføring.

Helse Fonna

Ressursfordelinga i Klinikkk for psykisk helsevern er for 2011:

DPS = 52,7 %

Sjukehus = 47,3 %

BUP = 17 %

Tilrådingane frå Nasjonal strategigruppe II blir følgde opp.

Helse Bergen

Det er utarbeidd ei klar funksjonsdeling mellom sjukehus og DPS-a gjennom dokumentet *Strategi for sjukehusfunksjoner*. I budsjettet for 2011 er det ei ressursfordelinga på 50/50 mellom DPS-a og sjukehuset.

Målsetjinga om at 20 prosent av ressursane innan psykisk helsevern skal vere knytt til barn og unge er ikkje nådd enno, men denne prosentvise fordelinga er lagt inn i budsjett for 2012.

Tilrådingane frå Nasjonal strategigruppe II er under implementering.

Helse Førde

Helse Førde har vedteke at økonomiske ressursar skal fordelast med 80 % til vaksenpsykiatri (VOP) og 20 % til barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Innan vaksenpsykiatri er fordelinga 63 % til DPS og 37 % til sjukehusfunksjonar. Tilrådd deling er implementert.

Innan rus er rusposten på Tronvik styrka. Det er i gang arbeid med, og planlegging for, oppstart av rusposten på Eid. Det er tilsett ruskonsulentar i alle poliklinikkar i VOP, og dei er ein del av poliklinikken sitt inntaksteam. Slik sett får alle tilvisingar ei tverrfagleg vurdering i høve rettar, fristar og behandlingstilbod. Alle avdelingar implementerer fortløpande nasjonale og internasjonale retningslinjer og rettleiarar. Kunnskapsbaserte og evidensbaserte utgreiings- og behandlingmetodar blir raskt implementert, og er også ein del av internundervisninga.

Det har vore arbeid aktivt med å følgje opp tilrådingane i rapportar frå Nasjonal strategigruppe II i 2011. Brukarrepresentantar tek del i alle prosessar og brukarane er og representert i klinikkrådet for psykisk helsevern.

- Helse Vest RHF skal bidra i Helsedirektoratet sin gjennomgang av ressursbruk, prioriteringar og arbeidsmåtar innanfor psykisk helsevern for barn og unge.

Helse Vest bidreg og har delteke med to representantar i eit første møte i Helsedirektoratet i april. Ingen ny førespurnad etter dette.

- Helse Vest RHF skal hjelpe Helsedirektoratet i tilknytning til oppdrag om utarbeiding av statusrapport og vurdering av status for ambulant verksemd innanfor psykisk helsevern og TSB.

Helse Vest RHF har ikkje fått nærmare spørsmål om dette p.t.

- Helse Vest RHF skal rapportere utskrivingsklare pasientar til DPS og kommunar til Norsk pasientregister.

Det er felt for utskrivingsklare pasientar i den årlege NPR-meldinga. Det er mogleg for alle helseføretak å rapportere på dette. Kvaliteten av rapporteringa vil bli kjend når NPR har gått gjennom rapporteringa for 2011. Helse Vest vil saman med NPR arrangere opplæring for helseføretaka om registrering av data innan psykisk helse og TSB. Opplæringa vil gå føre seg i mars 2012.

- Det skal setjast i verk eit pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet mens vi ventar på at det blir etablert ei ny særreaksjonsordning i 2011 for utilreknelege som utfører grove, vedvarande lovbrøt. Prosjektet skal gjennomførast i samarbeid med spesialisthelsetenesta, kommunale instansar, politi/kriminalomsorg og NAV. Formålet er å utvikle arbeidsmåtar/vinne kunnskap som kan bidra til å førebyggje dommar på ny særreaksjonsordning og som kan bidra til ei betre gjennomføring når dom ligg føre. Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjektet.

Helse Vest har ikkje fått invitasjon til dette p.t.

2.1.5 *Kreftbehandling*

- Helse Vest RHF skal etablere system for å sikre at den vedtekne funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i regionen blir følgd opp.

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. Det blei i 2008 vedteke ei nærare deling av oppgåver innan tre avgrensa område:

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

Alle helseføretaka følgjer opp den vedtekne funksjonsfordelinga innan kreftkirurgi i regionen.

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 vil bli sendt på høyring vår/sommar 2012.

Det blir også gjort ein gjennomgang av to område innan kreftomsorga med større volum på tenestene. Det gjeld bryst- og prostatakreft.

- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om planlegging og igangsetjing av eit pilotprogram for tjukktarms- og endetarmskreft.

Helse Vest deltek i ei arbeidsgruppe som arbeidar med dette.

2.1.6 Innovasjon

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med andre helseføretak setje i verk tiltak for å sikre innovasjonspotensialet knytt til offentlege innkjøp blant anna gjennom før-kommersielle avtalar.

Helse Vest deltek i den nasjonale koordineringsgruppa for innovasjon og i den spesifikke innovasjonsgruppa for IKT under Nasjonal IKT. Helse Vest har etablert eit eige regionalt nettverk i føretaksgruppa for den delen av innovasjon som ikkje er forskingsbasert, som tenester og organisasjonsutvikling, for stimulering, koordinering og samordning av innovasjonssatsinga regionalt.

Helse Vest har delteke aktivt i arbeidet med innovasjon og anskaffing leia av Helse Sør Aust.

2.2 Andre område

2.2.1 Nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta

- Helse Vest RHF skal implementere nytt styringssystem for nasjonale tenester frå den tida departementet bestemmer (Gjeld nasjonale kompetansetenester og nasjonale- og fleirregionale behandlingstenester)

Dei regionale helseføretaka har mottatt brev frå HOD om vidare oppfølging. Helse Vest er bedt om å leie arbeidet knytt til revidering av søknadsskjema for nasjonale tenester og rettleiar, oppdatere kjernemandat for referansegrupper i tråd med krav i forskrift og rettleiar, samt å oppdatere dagens elektroniske rapporteringsløsning (eRapport). Vidare må avviking av nasjonale behandlings- og kompetansetenester effektuerast.

Arbeidet har starta. I fyrste omgang vert det lagt til rette for å avvikle nasjonale tenester. Deretter blir det lagt til rette for å etablere nye behandlingstenester og den nye nasjonale kompetansetenesta for antibiotikahandtering. Alle dei nasjonale tenestene får referansegrupper etter krava i den nye rettleiaren.

2.2.2 Habilitering og rehabilitering

- Helse Vest RHF skal be samarbeidsorgana mellom dei regionale helseføretaka og universiteta og høgskulane om å gå gjennom fagplanar for utdanningane for å sikre tilrettelegging av praksis innanfor habilitering og rehabilitering, og understreke det ansvaret tenesta har som praksisarena for å sikre gode læringsvilkår innanfor fagfeltet

Styringskravet er følgd opp med ei sak til Samarbeidsorganet mellom Helse Vest og høgskulane. Det har blitt drøfta utvikling av tenestene i lys av føringar i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og føringar i samhandlingsreforma. Helse Vest vil følgje dette vidare opp både med høgskulane og i møte med Samarbeidsorganet med universiteta.

Helseføretaka tar ansvaret dei har som praksisarena for å sikre gode læringsvilkår. I tillegg til å ta i mot aktuelle studentar og lærlingar, er det også til dels lagt til rette for hospitering frå kommunane.

- Helse Vest RHF skal i 2011 kjøpe tenester frå private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i minst same omfang som i 2010. Det er ein føresetnad at det blir teke omsyn til forventa bruk av tenester i desse institusjonane frå andre regionale helseføretak.

Det blei inngått nye avtalar i 2010, der den totale ramma blei auka. Avtalene er vidareført i 2011 i same omfang.

2.2.3 Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralane.

Helseføretaka har sett i verk mange tiltak for å sikre dette styringskravet. Det er fokus på undervisningsopplegg for AMK-operatørar for å sikre språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralane. "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp" er arbeidsreiskapen i AMK-sentralen, på norsk og engelsk.

Helse Stavanger

AMK-sentralen i Helse Stavanger har jamleg fokus på utfordringar knytt til språk og kultur i internundervisning og personalmøte. Det er ein uttrykt del av minimumsstandard ved all handtering av ein 113-henvending. Etter saka i Sofienbergparken i Oslo har AMK-Stavanger forsterka dette arbeidet. Saman med Regionalt Akuttmedisinsk Kompetansesenter Helse Vest (RAKOS) har helseføretaket hatt ein aktiv rolle i samband med eit regionalt nettverksmøte i Helse Vest, der haldningar, kulturelle og språklige utfordringar var hovudtema. Ytterlegare planlagde tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse er:

- Etablere SMS-varsling til AMK. Her avventar ein KOKOM si løysning
- Etablere ein betre tolkefunksjon. Dette tas opp i Regionalt AMK-forum.

Helse Fonna

Alle AMK-operatørane har gjennomført resertifisering i 2011. Eit tema i dette undervisningsopplegget er fokus på korrekt framferd uansett kultur og språkbakgrunn. Medisinsk index er arbeidsreiskapen i AMK-sentralen, på norsk og engelsk. Det er også skaffa translatorar og oppslag på tysk og engelsk. Her er det oversetting av dei mest vanlege akutte medisinske problemstillingane. Det er også mogleg å bli sette i konferanse med Semantix, som har tolketeneste på døgnbasis.

Helse Bergen

Språk- og kulturkompetanse blir målt hos AMK-operatørane i "Lydlogg-prosjektet". Dette prosjektet går kort ut på at eit utval 113-samtalar for den enkelte operatør blir gjennomgått av fagutviklar. Basert på desse 113-samtalane får operatøren ein rettleiingsamtale med fagutviklar. Den enkelte tilsette får då ei direkte tilbakemelding med omsyn til kompetansen sin når det gjeld språk/kultur.

Helse Førde

Helseføretaket har implementert ulike system ved AMK Førde for å sikre dette:

- "Telefonoppførsel" retningslinje frå kvalitetshandboka.
 - Telefonskikk er fast innhald med eigen undervisningstime på våre utsjekkskurs for AMK operatørar
 - "Rutiner for bruk av tolketeneste i AMK og legevaktsentralen" retningsline frå kvalitetshandboka.
 - Engelsk versjon av "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp"
 - Brev til tilsette etter Sofienbergpark - saken 2007.
 - "Forslag til fagleg opplæring / oppfølging av AMK-operatørar " KoKom – vert nytta til utsjekk og resertifisering
 - Alle AMK operatørar har tilgang til lydlogg for aksjonar innan eige skift for å evaluere sambandstrafikken, enten sjølv eller saman med kollegaer. Dette vert gjort for å betre kunnskap og kvalitet.
 - Alle operatørane skal handtere naudsamalar på engelsk. For andre framandspråklege vil kompetansen vere sporadisk eller måtte gå via tolk.
- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle nasjonale krav til ambulansetilbud, både dei som blir brukte til akutte oppdrag, og dei som blir brukte til ordinær bårpasienttransport.

Helse Vest har deltatt med representant i arbeidet med å utvikle nasjonale krav til ambulansetilbud.

- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å etablere eit nasjonalt system for rapportering og gjennomarbeiding av data frå dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehusa.

Helse Vest RHF har representant med i styringsgruppa, og det er fleire fagfolk med i det nasjonale arbeidet.

- Ansvar for Radio Medico er frå 1. januar 2011 overført frå Helsedirektoratet/Helfo til Helse Vest RHF. Helse Vest RHF skal sørge for ei teknologisk oppgradering og organisatorisk forankring av Radio Medico som tilfredsstillar Noregs internasjonale plikter på dette feltet.

Drift av Radio Medico er lagt til Helse Bergen v/Norsk senter for maritim medisin (NSMM). Ei heilt nødvendig opprusting av tenesta er i gang.

Helse Bergen har utarbeidd organisatorisk og teknologisk modell som skal leggast til grunn for drifta. I modellen er det lagt stor vekt på at drift skal vere i tråd med dei internasjonale forpliktingar Noreg har, og å sikre eit godt tilbod til 80 000 arbeidstakarar på skip med norsk flagg. Innføring av ordinære arbeidstids- og avtaleordningar vil påverke lønnsutgiftene. Modellen vil slik generere høgare kostnader enn det som har vore nytta til tenesta før. Helse Vest fekk i 2011 0,8 mill til føremålet (og for 2012 eit samla tilskot på 1,8 mill.). Ved fordeling av midlane til Helse Bergen la Helse Vest inn ei ytterligere styrking på kr 1,5 mill

slik at Helse Bergen totalt fekk kr 2,3 mill frå Helse Vest til drift av Radio Medio. Det er altså lagt inn betydelege summar til dette frå Helse Vest si side i tillegg til tilskotet frå HOD.

2.2.4 *Hjerteflutterbehandling*

- Det blir bedt om statusrapportering for dette arbeidet innan utgangen av 1. tertial 2011.

Helse Vest RHF har rapportert på dette kravet til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Vest RHF bad i 2010 Helse Bergen om å auke kapasiteten for ablasjonsbehandling. Helse Bergen utarbeida ein plan for å auke kapasiteten til 280 AF prosedyrar pr år, jfr. nasjonal anbefaling. Ut over dette er det gjort ein ekstrainsats for å redusere ventetidene. Før dette var gjennomsnittleg ventetid på 2 år, medan ingen pasientar ventar lenger enn 6 månader pr. desember 2011. I 2011 har det blitt behandla ca. 380 pasientar.

Helse Bergen har nok volum til å gjennomføre 280 atrieflutter-prosedyrer pr år. Ein reknar det som sannsynleg at behovet vil auke til rundt 300-320 RFA for AF pr år.

2.2.5 *Behandling av sjukleg overvekt*

- Helse Vest RHF skal gå gjennom og eventuelt auke kapasiteten for utgreiing og behandling av sjukleg overvekt.

Det er same fokus på ventetider og fristbrot for denne pasientgruppa som for andre pasientgrupper. Helse Vest RHF har i styringskrava til helseføretaka hatt fokus på behandlingsforløp, god før- og etterbehandling, styrking av polikliniske tenester og samarbeid om strategiar for å betre kapasiteten. Alle dei fire einingane i Helse Vest er med i eit regionalt samarbeid. Helse Vest RHF har betydeleg forsking på overvekt som blir samordna frå Helse Bergen.

Det er utveksling av pasientar mellom dei ulike føretak i Helse Vest. Helse Førde har utført stort sett alle re-operasjonar av pasientar i Helse Vest. Pasientar med KMI > 50, spesielt med alvorleg metabolsk sjukdom, blir i hovudsak behandla i Helse Førde.

Det er likevel framleis underkapasitet og lange ventetider. Helse Stavanger har, med ekstra midlar frå Helse Vest RHF, auka operasjonskapasiteten ved å også operere på kveld og laurdagar.

Problematikken blir tatt opp i regional plan for kirurgi, som er under utarbeiding. Planen vil bli sendt ut til høyring vår/sommar 2012.

Helse Stavanger

Helse Stavanger har utarbeida ein forløpsbeskriving for utgreiing og behandling av pasientar med sjukleg overvekt. Tverrfagleg poliklinikk er utgreia i 2011, og startar opp januar 2012 i regi av Medisinsk divisjon. I Kirurgisk divisjon blir kapasiteten dobla innan kirurgi for sjukleg overvekt i 2012.

Det er også etablert eit samarbeid med Krokeidesenter avd. Nærland om preoperativt tilbod til utvalde pasientar.

Helse Fonna

Avklaring av operasjonsindikasjon blir gjort ved hjelp av standardisert søknadsskjema og tverrfagleg poliklinisk vurdering. Alle som fyller nasjonale krav for operativ behandling, blir først kalla inn på eit informasjonsmøte før dei blir vurderte på tverrfagleg poliklinikk, sidan det er viktig å avklare pasientane sin motivasjon før dei blir tekne til tverrfagleg vurdering. Kapasiteten i poliklinikk er pr. i dag godt dimensjonert i forhold til den operative verksemda.

I Helse Fonna blir det operert ca. 160 pasientar pr. år. Det blir nytta éin operasjonsdag i veka til operasjon av 4 pasientar med sjukleg overvekt. Så langt er dette volumet tilstrekkeleg til å halde fristane for behandlingssgaranti som blir sette i samsvar med nasjonal rettleiar. Det blir samarbeidd med primærhelsetenesta om oppfølginga av pasientane. Kontroll av pasientane skjer etter 3, 6, 12, 24 og 60 månader postoperativt ved tverrfagleg poliklinikk. Andre kontrollar går føre seg hos fastlegane. Fastlege skal engasjerast aktivt i seponering / nedtrapping av mellom anna medisinar for hypertensjon, diabetes og hyperlipidemi.

Helse Bergen

Helse Bergen førebur oppstart av ein tverrfagleg overvektspoliklinikk for barn, ungdom og vaksne. Det er sett av budsjettmidlar til dette. Den nye eininga bør bli ein pådrivar for regionalt samarbeid, for koordinering av dei ulike delane av behandlingsskjeda og for forskning og utvikling.

Det er generelt ei utfordring at tilbodet er mindre enn behovet/etterspurnaden.

Helse Førde

Ventetid til operasjon er redusert det siste året. Tid på venteliste før operasjon inneheld forkurs, kirurgisk vurderingssamtale, individuell samtale med anestesilege og journalopptak. Ved behov kan søvnklinikk, klinisk ernæringsfysiolog, psykolog, medisinar eller anna helsepersonell, kontaktast. Dette er eit ledd i å klargjere pasienten før operasjon. Forkurs for pasientar som skal opererast for sjukeleg overvekt er gjennomført tre gonger i 2011, og med gode tilbakemeldingar frå pasientane. Tilbakemelding frå fagleg hald innan anestesi og kirurgi indikerer at pasientane er betre førebudde på behandlinga no enn før. Kurset inkluderer pasientundervisning innan fagfelte ernæring, kirurgiske metodar for behandling av sjukleg overvekt, psykisk helse, fysioterapi, anestesi og sjukepleie. I tillegg får pasientane informasjon frå Lærings- og meistringssenteret og brukar.

Kirurgisk behandling av overvekt medfører mellom anna auka risiko for feilernæring og andre komplikasjonar som ikkje alltid kan oppdagast tidleg i eit kontrollregime. Helse Førde har derfor lagt opp til system for livslang oppfølging av disse pasientane.

Dei tverrfaglege gruppesamlingane er utvida til å dekke ulike tema innan fagfelte ernæring, psykisk helse, fysioterapi og fysisk aktivitet og sjukepleie.

For Helse Førde bør tal operasjonar auke til om lag 100 operasjonar kvart år, i tråd med kva klinisk forskning tilseier er nødvendig for å oppretthalde kvaliteten. I 2011 er det gjennomført om lag 80 operasjonar.

For å sikre et godt samarbeid med primærhelsetenesta har det i 2011 vore arbeid med å utvikle nettsider som gjev informasjon om dei ulike behandlingsskjema og oppfølging av behandling. Informasjon om kontrollrutinar, ulike skjema til bruk ved kontrollar i

primærhelsetenesta og kontakttider lettar kontakten mellom nivåa. Det er planlagt kurs for legar og anna personell i primærhelsetenesta om behandling av sjukleg overvekt. Dette vil bli gjennomført i første halvdel av 2012.

Arbeidet med tverrfagleg fedmepoliklinikk i Helse Førde har halde fram i 2011. Arbeidet inkluderer modell for pasientforløp med utgangspunkt i endra tilvisingsrutine, lokale ressursar og med definerte ressurs- og personellbehov. Det vil bli start av tverrfagleg fedmepoliklinikk når det er tilsett personell som kan ivareta det tverrfaglege i den nye behandlingsmodellen.

2.2.6 *Kronisk utmattingsyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)*

- Tilbodet om diagnostikk, behandling og rehabilitering, mellom anna lærings- og meistringstilbod til pasientar med CFS/ME, skal vere adekvat og i tråd med oppdatert kunnskap. Helse direktoratet skal innan utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført ei oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasientar med CFS/ME. På oppdrag frå Helse direktoratet går SINTEF Teknologi og samfunn gjennom tilbodet til pasientar med CFS/ME i Noreg. Departementet vil, på bakgrunn av råd frå Helse direktoratet, kome tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppa eit best mogleg tilbod om diagnostisering og oppfølging.

Alle helseføretaka i Helse Vest foretar utgreiingar av denne pasientgruppa.

Behandlingstilbodet for CFS/ME er framleis lite utvikla, men Helse Vest har for 2012 fått startmidlar til å sette i gong eit nasjonalt klinisk multisenterstudie på CFS/ME. Det blir gitt behandlingstilbod i helseføretaka, men tilbodet er framleis fragmentert og går føre seg ved de enkelte avdelingar. Det blir i hovudsak gitt ulike formar for lærings- og meistringstilbod. Det blir arbeida for å sikre betre pasientforløp i helseføretaka. Behandling som blir tilbode er m.a. psykoterapi, fysioterapi og smertebehandling. Det går føre seg eit samarbeid om oppfølging med kommunane. Helse Stavanger har hatt eit poliklinisk tverrfagleg utgreiings- og behandlingstilbod, inkludert rehabilitering, under planlegging. Dette har ikkje starta opp. Helse Vest RHF vil saman med alle helseføretaka gjere ei vurdering av behovet for ein eller fleire regionale polikliniske tilbod, i samsvar med oppdragsdokumentet for 2012.

Helse Vest har inngått avtale med både psykiater og spesialist i klinisk psykologi, knytt til Frihamnsentret i Skånøvik. Tre av helseføretaka nyttar dette tilbodet til behandling / rehabilitering.

2.2.7 *Tilbodet til pasientar med astma og allergiske lidingar*

- Helse Vest RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for førebygging og behandling av astma- og allergisjukdommar (2008–2012) etablere eit regionalt tverrfagleg kompetansmiljø for astma- og allergisjukdommar med vekt på rådgiving og kompetanseoverføring for eit best mogleg tilbod lokalt.

Tverrfagleg senter for spesialallergologi er etablert i Helse Bergen med basis i noverande allergiseksjon. Dette er gjort i eit samarbeid mellom Yrkesmedisinsk avdeling og Laboratorium for klinisk biokjemi (LKB). Som del av prosessen har Laboratoriet for klinisk biokjemi (LKB) vedteke å satse på å utvikle nye rutinar/metodar for allergi-diagnostikk, og har for metodeutvikling tilsett ein eksternt finansiert (Allergiseksjonen) overingeniør i 40

prosent stilling. Stillinga er planlagt utvida til 100 prosent i 2012. Utviklingsarbeidet vil dels gå føre seg i samarbeid med Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (AIT).

Allergibehandlande avdelingar har saman førebudd ei planskisse for implementering av den nasjonale strategien f.o.m. 2012.

2.2.8 Ernæring og mattryggleik

- Helse Vest RHF skal følgje opp denne rapporten frå Mattilsynet: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008–2009) Institusjonskjøkken.

Helse Stavanger

For å ivareta krav i ny ”Lov om matproduksjon og mattrygghet”, har Helse Vest IKT på vegne av Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF i siste kvartal 2011 utlyst anbod på nytt IT-basert produksjons- og logistikkprogram i helseføretaka si kjøkkenavdeling.

Det er vidare lyst ut stilling som kvalitetsansvarlig i kjøkkenavdelinga som skal handtere avdelinga sine prosedyrar og rutinar samt ha ansvar for undervisning og opplæring av tilsette.

I samarbeid med ernæringsfysiolog og Medisinsk divisjon har helseføretaket hatt eit prøveprosjekt for å betre rutinane med servering av glutenfritt brød og hindre kryssforureining av dette. Nye rutinar har blitt positivt mottatt og vil nå bli implementert i dei andre divisjonane i helseføretaket.

Alle postkjøkkenvertar, inkludert vikarar, har i løpet av 2011 gjennomført opplæring i hygiene / IK-mat (krav til internkontroll).

Helse Fonna

Helse Fonna nyttar IK–mat som ei overordna føring for oppfølginga av mattryggleiken. Helseføretaket har sett i verk eit prosjekt som skal sikre at føretaket sine driftsstader har ein einskapleg praksis i å handtere næringsmiddel, der ein i tillegg sikrar at alle ledd i produksjonen har tilfredsstillande kompetanse på fagområdet. Prosjektet skal også utvikle dei tilsette sin kompetanse innanfor EU sitt nye regelverk for næringsmiddelhygiene (hygienepakken) og tilpassing til HACCP-prinsippa (Hazard Analysis and Critical Control Point).

Helse Bergen

I Helse Bergen er internrevisjon av IK-mat systemet gjennomført i 37 avdelingar / postar. Utbyggingsplan av postkjøkken som blir betjent av kjøkkenfagleg personell er sett i verk, og eit nytt postkjøkken er tatt i bruk. Dette er eit kontinuerlig arbeid.

Helse Førde

Helse Førde har i 2011 etablert mattryggleiksavtale med Anticimex gjeldande for alle institusjonskjøkkene i føretaket. Denne avtalen inngår som ein integrert del av den einskilde kjøkkenseksjon i EK-handboka for Helse Førde. Dette samsvarar med råda som ligg i Mattilsynet sin rapport «Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008 – 2009). Råda omhandlar mellom anna

- leiing og overordna IK-mat rutinar
- grunnføresetnader – IK mat rutinar
- temperaturkontroll

- reinhald og skadedyrkontroll
- avvik, kundeføresurnadar og beredskap
- fareanalyse basert på HACCP
- opplæring og kompetanse

Implementering på dei einsskilte kjøkken er gjennomført i løpet av 2011. Kjøkkena ved Nordfjord sjukehus og Førde sentralsjukehus har hatt tilsyn frå Mattilsynet i 2011.

2.2.9 Beredskap og smittevern

- Helse Vest RHF skal følgje opp erfaringane frå handteringa av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidinga av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

”Regional plan for helsemessig og sosial beredskap (2012-2014)” er ferdig revidert, og skal bli lagt til grunn for ei rullering av dei lokale beredskapsplanane. Erfaringane frå handteringa av influensa A (H1N1) er følgd opp i dette arbeidet. Helseføretaka meldar om at dei følgjer opp erfaringane og at lokale beredskapsplanar mot pandemisk influensa er, eller skal bli, revidert i tråd med dette.

- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaksgruppa, med utgangspunkt i erfaringane frå handteringa av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbrotet på Island, oppdaterer og gjer nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane sine.

Sjå over angående regional beredskapsplan. Helseføretaka har i hovudsak gjennomført eller sett i gong gjennomgang av eigen plan m.a. med utgangspunkt i revidert regional beredskapsplan, ovannemnde erfaringar og erfaringar som ble gjort i hovudstadsområdet etter 22. juli 2011.

2.3 Utdanning av helsepersonell

- Helse Vest RHF må analysere framtidig behov for legespesialistar for å avdekke område der det kan bli diskrepans mellom forventna behov og tilgang på spesialistar. Det må setjast i verk tiltak for å bidra til auka utdanning i rekrutteringsutsette legespesialitetar. Regionale helseføretak bør samarbeide om denne oppgåva.

Det ligg føre talgrunnlag og noko analysar av behov for legespesialitetar i forarbeidet til Helse Vest RHF sitt strategidokument Helse2020. Føretaksgruppa Helse Vest har oversikt over framskriving av alderssamansettinga blant legane i Helse Vest. Det er behov for eit enda meir konkret analysearbeid for å avdekke framtidige behov for ulike legespesialistar, og i samanheng med dette gjenstår det prosessar og analysar knytt til kva oppgåver føretaka må prioritere. Det må vurderast om forholdet mellom dei ulike spesialitetane samsvarar med behov iht. epidemiologisk og demografisk utvikling. Helse Vest RHF tar initiativ ovanfor dei andre RHF-a for ei lik tilnærming og metode for dette arbeidet.

Når det gjeld tiltak for å bidra til auka utdanning så er dette eit pågåande arbeid i helseføretaka. Til dømes så har Helse Stavanger hausten 2011 kartlagt rekrutteringsutfordringane i føretaket. I samband med framtidig sjukehusutbygging, har dei

sett i verk eit arbeid med å kartlegge framtidig kompetansebehov og personellutvikling. Dette arbeidet inkluderer framtidig behov for legespesialistar.

Helseføretaka si erfaring er at utdanning og rekruttering av eigne legar fungerer best. Helse Vest RHF gjev også signal om å bidra til auka utdanning gjennom legefordingssystemet. Helseføretaka etterlever krava i legefordingssystemet. Det er eit pågåande samarbeid mellom regionane når det gjeld utdanning av geriatarar.

Føretaksgruppa Helse Vest har delteke i ein ny analyse av HelseMod2020 saman med dei andre regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Spekter. Grunnlagsmaterialet er lagt til grunn for analysen av behov og utfordringsbilete for eigen region. Arbeidet er i slutfasen ved utgangen av 2011 og vil bli lagt fram for styret i februar 2012.

- Helse Vest RHF skal sørge for at det blir etablert tilstrekkeleg mange lære plassar innanfor helsefagarbeidarutdanninga og ambulansesarbeidarutdanninga.

Føretak	Eigne lærlingar		Eksterne lærlingar	Lærlingar innan andre fag	Sum
	Ambulanse	Helsefagarbeidarar	Helsefagarbeidarar utplasserte frå kommunane		
Helse Stavanger	14	43			57
Helse Fonna	10		48		58
Helse Bergen	29	35		4	68
Helse Førde	20	0	7	2	29
Sjukehusapoteka Vest				9	9
Helse Vest IKT				4	4
Sum	73	78	55	19	225

Helse Stavanger er godkjent lærebedrift med eige opplæringskontor frå og med 2008. Opplæringskontoret har ansvar for administrative oppgåver i samband med lærlingordninga. Lærlingane blir tilsette i dei avdelingane dei skal arbeide i, og avdelingsleiaren der har personalansvar. Dei ulike avdelingane har eigne instruktørar med godkjent rettleiarkompetanse, og dei har ansvar for å rettleie lærlingane i det praktiske arbeidet.

Helse Bergen har TAF-lærlingar (teknisk allmennfag) innan helsefagarbeidarfaget. Dette er ein fireårig kombinasjonsutdanning, med teoriundervisning på skule og praksisopplæring i bedrift.

Helse Førde har ikkje eigne lærlingar innan helsefagarbeidarfaget, men føretaket planlegg etablering av eigne lære plassar for helsefagarbeidarar i 2012.

Helse Fonna er lærebedrift innan ambulansesarbeidarfaget. Helse Fonna samarbeider med sju kommunar i Haugesundsområdet om helsefagarbeidarlærlingane. Lærlingane har praksisopplæring i helseføretaket. Samarbeidsavtalen med kommunane er sagt opp, men gjeld fram til april 2012. Frå og med august 2012 vil helseføretaket ta inn eigne lærlingar innan

helsefagarbeidarfaget. Føretaket samarbeidar med dei vidaregåande skulane som utdannar helsesekretærar, og har elevar i praksisopplæring gjennom året.

Sjukehusapoteka Vest har hatt åtte apotekteknikarlærlingar og ein helsefaglærling. Helse Vest IKT har hatt fire lærlingar innan servicefag og dataelektronikk

- Helse Vest RHF skal bidra i Helsedirektoratet sitt arbeid med å skaffe betre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetenesta framover. Det skal særleg leggjast vekt på tilleggskompetanse utover grunnutdanningane.
- Føretaksgruppa Helse Vest har delteke i ein ny analyse av HelseMod2020 saman med dei andre regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Spekter. Grunnlagsmaterialet er lagt til grunn for analysen av behov og utfordringsbilete for eigen region. Arbeidet er i slutfasen ved utgangen av 2011 og vil bli lagt fram for styret i februar 2012.
- Helse Vest RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonane (Universiteta i Bergen og Oslo) sørge for tilstrekkeleg mange stillingar for tannlegar under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin.

I Helse Vest er det Helse Bergen som gjennom fleire år har utvikla eit velfungerande samarbeid med Universitetet i Bergen (UIB) om desse utdanningsstillingane for heile Helse Vest. I tillegg har Helse Stavanger inngått samarbeid med Rogaland fylkeskommune v/Fylkestannlegen i Rogaland med sikte på å få etablert stilling for tannlege under spesialisering i oral kirurgi ved Helse Stavanger. Dei to andre helseføretaka har ikkje eigne utdanningsstillingar. Helse Fonna har hatt éin tannlege som har hospitert for å kvalifisere seg til opptak i spesialistutdanninga i oralkirurgi ved Universitetet i Bergen.

- Dei fem regionale ressursentra om vald og traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging (RTVS) har fått i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrkje tilbodet til FN- og NATO-veteranar i alle regionar. Helse Vest RHF skal sjå til at opplæringa blir gjennomført i sin region.

RVTS er i Helse Vest lagt til Helse Bergen. Dei har utarbeidd eit program som skal sikre ivaretaking av gjennomføring av opplæringspakke i nært samarbeid med RVTS-Aust. Dette inneber gjennomføring av eit 2 dagers klinisk emnekurs for leger, psykologer og anna personell. Kurspakka er utarbeida i nært samarbeid med RVTS i dei andre regionane, Forsvarets Sanitet og NAV. Kursa vil være utgangspunkt for å etablere regionale nettverk der dei ulike aktørane inngår, og der RVTS'ane i kvar region vil ha ein koordinerande rolle. Kurs i Helse Vest blir avhelde i januar 2012.

- Helse Vest RHF skal heve kompetansen innanfor steriltforsyning. Dei regionale kompetansesentra for smittevern kan vere aktuelle samarbeidspartnarar ved utvikling og vedlikehald av opplæringsprogram.

Helseføretaka har kome ulikt langt ift. ei slik kompetanseheving

I Helse Stavanger er kompetanse i sterilforsyning ivareteke. Dei har ikkje hatt behov for nyutvikling av opplæringsprogram i 2011. Den samordna planen for «Kvalitet og samordning av sterilsentralene i Helse Vest 2006 – 2008» er planlagt revidert i løpet av 2012.

Helse Fonna har leiar for Sterilsentralen med sterilforsyningsutdanning frå Lovisenberg høgskule. Ny vurdering av kompetansebeholdning og utvikling av kompetanse er prioritert i 2012.

Helse Bergen sine medarbeidarar på Sterilsentralen gjennomgår 80 timars opplæring i Sterilforsyning. Dei får årleg påfyll. To av leiarane på Sterilsentralen har sterilforsyningsutdanning frå Lovisenberg høgskule. Sterilsentralen samarbeider med Kompetansesenteret og Teknisk avdeling om kurs i reingjering, desinfisering og sterilisering (vår og haust).

I Helse Førde er det avtalt plan med personell som skal starte utdanning innan sterilforsyningsfaget ved Lovisenberg høgskule.

- God kompetanse i bruk av strålekjelder i diagnostikk og behandling skal sikrast, både når det gjeld strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasientar og helsepersonell. Helse Vest RHF skal sørge for gode rutinar for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkeleg kompetanse i medisinsk fysikk.

Det er fokus på kompetanse og rutinar for undervisning i helseføretaka. Det er også utvikla et e-læringskurs i strålebruk, som er tilgjengeleg for alle tilsette gjennom Helse Vest sin Læringsportal.

Helse Stavanger

Helse Stavanger meiner dette krev opplæring på to områder; generell strålevern/strålebruk og apparatspesifikk opplæring. Helse Stavanger har følgjande kurs;

- E-læringskurs i strålebruk ved C-bue som for mange tilsette dekkjer grunnbehovet. I tillegg blir det gjennomført praktisk strålevernundervisning med røntgenutstyr ved behov.
- Apparatspesifikk opplæring blir i hovudsak utført av leverandør ved installasjon, men må bli repetert slik at alle kjenner utstyret godt.

Stråleterapeutar, radiografar, radiologar og onkologar har strålevern og strålebruk som ein del av sin utdanning. I tillegg skjer oppdatering via internundervisning, kurs og konferansar. Det blir gjennomført internundervisning av nyttilsette på seksjonen og anna personell i helseføretaket. Gjennomført opplæring blir dokumentert.

Helse Fonna

Helse Fonna har etablert internundervisning som tilfredsstillar krava frå Statens strålevern for alt personell som bruker ioniserande stråling i arbeidet. Etter godkjent kurs i strålevern, teoretisk og praktisk, samt spesifikk opplæring ved aktuelt utstyr, får den enkelte arbeidstakar bruksløyve. Det er inngått avtale mellom Helse Stavanger og Helse Fonna om kjøp av kompetanse innanfor medisinsk fysikk tilsvarande 0,75 årsverk.

Det er utpeika strålevernansvarleg og strålevernkontaktar som står for undervisning til alt personell som arbeider med stråling. Oppmøteprosent blant helsepersonell frå dei kliniske einingane er ei utfordring. Det blir gjennomført kartlegging av dette, etterfølgt av

opplæringstiltak. Systemansvarleg for Læringsportalen (i HR-området) hentar månadleg ut rapport på gjennomført e-læringskurs. Rapportane går til strålevernansvarleg i føretaket.

Helse Bergen

I Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk (Kreftavdelinga) går det føre seg ei revidering av bruk av radioaktive isotop. Strålevernansvarleg i Helse Bergen arbeider systematisk med å kontrollere og oppdatere rutinar for einingar med strålebruk i føretaket.

Dei store brukaravdelingane (Kreftavdelinga og Radiologisk avdeling) har gode rutinar og gjennomfører kontrollar. Seksjon for medisinsk fysikk ved Kreftavdelinga tilbyr strålevern hjelp og mottakskontrollar til mindre einingar i føretaket, etter kontraktfesta avtalar. Statens strålevern har nyleg hatt tilsyn med brachyterapi ved Kreftavdelinga. Rutinar og praksis blei godkjende. I november 2011 gjennomførte Statens strålevern tilsyn med stråleterapi i Helse Bergen. Avvika frå dette tilsynet vil bli følgt opp av Helse Bergen.

Helse Førde

Helse Førde har tilsett strålevernskoordinator. Kurs i strålehygiene for nye tilsette er gjennomført. Det er godkjende prosedyrar i EK-handboka for alle relevante tema innan strålehygiene. Kompetansebygging innan medisinsk fysikk skjer i samarbeid med Helse Bergen.

2.4 Forsking

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka leggje til rette for etablering av eit norsk nettverk for forskingsinfrastruktur for kliniske studium (norsk ECRIN) og søkje om norsk deltaking i ECRIN-nettverket.

Helse Vest RHF har aktivt teke del i utforminga av denne forskingsinfrastrukturen gjennom utforming av søknad om opptak i nettverket. Søknaden om opptak er sendt frå St. Olavs hospital til EU-nettverket hausten 2011. Den er no under handsaming av ECRIN-leiinga. Når stadfesting av godkjent opptak er motteke, vil det norske nettverket (NorCRIN) sende ein ny søknad til Noregs forskingsråd om midlar til denne infrastrukturen.

Samarbeidsorganet mellom Helse Vest og universiteta har handsama denne saka og har vedteke å støtte etableringa av det nye nettverket for forskingsinfrastruktur for kliniske studium (norsk ECRIN) frå 2012. Både Haukeland universitetssjukehus og Stavanger universitetssjukehus deltek aktivt i arbeidet.

- Helse Vest RHF skal setje i verk nødvendige prosessar og sikre at det blir avsett ressursar og kompetanse ved helseføretaka slik at Norsk vitskapsindeks kan nyttast som rapporteringsverktøy for vitskapelege publikasjonar i helseføretaka frå 2011.

Arbeidet med å innføre Norsk vitskapsindeks er gjennomført. Helseføretaka i vest var først blant dei fire regionale føretaka til å kome i produksjon. Resultata for 2010 målt i forskingspoeng er om lag på same nivå som kontrollmålinga NIFU har gjennomført. Det skal no arbeidast med å lære opp superbrukarar og klargjere for resultatmålinga for 2011 som har frist 1. mars 2012. RHF-et blir også involvert i dette arbeidet.

2.5 Rapportering på tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011

Det blir vist til tilleggsdokument til Oppdragsdokument av 1.7.2011.

2.5.1 Jf. 6.4 Psykisk helsevern

- I samarbeid mellom dei regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Norsk forening for kognitiv terapi ble det i 2010 gjennomført ein utgreiing om opplæringsprogram i eksponeringsterapi ved tvangslidingar. Departementet vil kome tilbake til dette i oppdragsdokumentet for 2012. Iverksetting av opplæring og undervisning føresetjar planlegging på fleire nivå, og departementet ber om at forberedande arbeid startar hausten 2011. Helsedirektoratet vil ta initiativ overfor de regionale helseføretaka for å hjelpe i implementeringsarbeidet.

Forberedande arbeid et ivareteke.

Hausten 2011 blei det gjennomført møte med Helsedirektoratet, Foreininga for kognitiv terapi og dei regionale helseføretaka.

Oppfølging er avtalt og det var eit nytt møte mellom foreininga og dei fire regionale helseføretaka 11. januar 2012.

2.5.2 Jf. 8 Utdanning av helsepersonell

- Det blir vist til oppgåva gitt i *Oppdragsdokument 2011* vedrørande analysar av framtidig behov for legespesialistar og iverksetting av tiltak på utsette områder. Ein del arbeid er gjort på området nasjonalt, regionalt og til dels lokalt, men ein ber med dette om at det regionale helseføretaket saman med helseføretaka i regionen utgreier helsepersonellbehovet i eit perspektiv som strekker seg fram mot 2020, og i tillegg utarbeidar ein plan for korleis riktig kompetanse og personell skal rekrutterast ikkje minst når det gjeld å kunne gjennomføre samhandlingsreforma.

Det blir vist til rapportering på krav under kap. 2.3 Utdanning av helsepersonell.

Fleire av helseføretaka har gjort eit kartleggingsarbeid i eget helseføretak. Dette vil bli sett i samanheng med eit regionalt arbeid.

Til dømes så har Helse Stavanger hausten 2011 kartlagt rekrutteringsutfordringane i føretaket. I samband med framtidig sjukehusutbygging, har dei sett i verk eit arbeid med å kartlegge framtidig kompetansebehov og personellutvikling. Helseføretaket har også hjelpt til med finansiering av eit prosjekt som forskingsstiftinga IRIS har gjennomført i 2011. Det er her gjort ei analyse av framtidsutsiktane mot 2030 for den regionale arbeidsmarknaden innan helse- og omsorgssektoren, og det er utforska strategiar for å møte utfordringane. I tillegg analyserar føretaket det framtidige helsepersonellbehovet i samband med revidering av verksemdsplanen.

Eit anna døme er Helse Fonna som har utgreidd helsepersonellbehovet fram mot 2020 og arbeid med strategi for rekruttering. Strategien er styrebehandla.

3. Rapportering på krav i føretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammevilkår for 2011

3.1.1 Resultatkrav for 2011

- Lovverket for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal haldast (mål: 0 % fristbrot for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp).

Det er et jamt trykk på dette ovanfor helseføretaka. Fristbrot og ventetider er tema i alle leiarfora i tillegg til Helse Vest RHF sine styremøte. Det er våren 2011 fordelt ytterlegare 10 mill til dette arbeidet i helseføretaka. Oppfølging av fristbrot har vore høgast prioritert. Målet om 0 % fristbrot er framleis ikkje nådd, og helseføretaka har lagt fram detaljerte planar for korleis målet skal bli nådd i 2012.

Delen fristbrot for alle pasientar som blei tatt til behandling i 2. tertial 2011 var på 11 %. Førebelse tal frå NPR syner at delen fristbrot for alle pasientar som blei tatt til behandling i 3. tertial 2011 var på 9,5 %. I desember var talet på fristbrot nede i 7 %

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta skal ned mot 65 løpedagar ved utgangen av 2011.

Det er månadleg oppfølging med helseføretaka og dei har lagt fram detaljerte planar for korleis målet skal bli nådd. Sjå rapportering over.

Den samla gjennomsnittlege ventetida for alle som blei tatt til behandling i 3. tertial 2011 var 76 dagar (Helse Vest sine egne tal). I desember 2011 var talet 69.

Den samla gjennomsnittlege ventetida for alle som framleis venta på behandling ved utgangen av 3. tertial 2011, både med og utan prioritet, var 87 dagar innan somatikken, 57 dagar innan BUP og 76 dagar innan VOP.

Resultatkravet til Helse Vest blei i føretaksprotokoll frå 28.01.2011 fastsett til eit resultat i balanse. For å handtere investeringsbehovet i føretaksgruppa har styret i Helse Vest fastsett eit strengare resultatkrav i 2011. Budsjettert resultatkrav er på kr 204,1 mill i 2011.

3.1.2 Rekneskapsmessege resultat

Førebels resultatprognose for 2011 viser eit overskot på kr 427 425 mill. Dette er eit positivt avvik i forhold til budsjett på kr 223 221 mill. Jamfør eigar sitt resultatkrav er dette eit positivt avvik på kr 427 425 mill. Førebels resultat pr. føretak er som følgjer:

	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest	13 541	13 800	-259
Helse Bergen	146 715	140 000	6 715
Helse Fonna	-75 710	10 000	-85 710
Helse Førde	-49 962	-40 000	-9 962
Helse Stavanger	5 007	40 000	-34 993
Fellesområde, føretaksgruppa	368 065	40 000	328 065
Administrasjonen	12 581	0	12 581
Helse Vest IKT	5 261	300	4 961
Årsresultat	425 498	204 100	221 398

Rekneskapen for 2011 er framleis ikkje ferdig og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor pårekna at det vil bli føretatt endringar i resultatet.

Føretaksgruppa har levert positive resultat for tredje året på rad. Det gjenstår framleis eit arbeid med å få Helse Fonna og Helse Førde i balanse. Dette er eit arbeid som vil ha høg fokus i 2012. Samla sett har det for heile føretaksgruppa vore tett fokus på økonomistyring og oppfølging av verksemda. Helse Vest har gjennom dei grep som er gjort eit godt utgangspunkt for vidareutvikling av verksemda inn i 2012 både med omsyn til drift og investeringar.

3.1.3 Likviditet og driftskredittar

Helse Vest fekk i utgangspunktet tildelt ei driftskredittramme på kr 2.300 mill ved utgangen av 2011. I Prop. 120 S (2010-2011) blei det gitt tilleggsøyving til å dekke auka pensjonskostnad på kr 302 mill. Anslaget for pensjonspremie var uendra og som følge av dette blei driftskredittramma ved utgangen av 2011 redusert med kr 302 mill. til kr 1.998 mill. Helse Vest har nytta kr 1.582 mill. gjennom likviditetslån hos Noregs Bank. Helseføretaka har fått tildelt driftskredittramme gjennom konsernkontosystemet. Føretaksgruppa har ein netto likviditet ved utgangen av året på minus kr 564 mill. (innskot bank minus driftskreditt).

3.1.4 Styring og oppfølging i 2011

- Helse Vest må sikre realistisk budsjettering i heile føretaksgruppa når det gjeld både postar for inntekter og postar for kostnader og i fordelinga av budsjetta gjennom året. God kvalitet i budsjetteringa er ein føresetnad for nødvendig styring og kontroll med verksemda i føretaksgruppa

Styret i Helse Vest har fordelt inntektene til helseføretaka i samsvar med gjeldande inntektsmodell samt fastsett resultatkrav til det enkelte helseføretak. Det er gjennomført kvalitetssikring av budsjetta i helseføretaka med tanke på å vurdere kvalitet samt avdekke risiko og behovet for kompensierende tiltak for å nå resultatmåla.

- Helse Vest skal rapportere til departementet ut frå det gjeldande opplegget som er etablert i ØBAK. Nytt får 2011 er at det og skal rapporterast kvar månad på indikatorar for ventetider og fristbrot.

Helse Vest har gjennom 2011 rapportert månadleg på opplegget som er etablert i ØBAK.

- Helse Vest skal gi tilbakemelding på tiltak for å unngå korridorpatientar på 1. og 2. tertialmøte 2011. Til 1. tertialmøte skal Helse Vest RHF og gi tilbakemelding på oppdraget med å utgreie økonomiske sanksjonar for å unngå korridorpatientar.

Det blei rapportert om status til HOD i 1. og 2. tertialmøte. Alle helseføretaka har no hatt ein gjennomgang av bruken av korridor plassar og laga planar for korleis dagens praksis skal endrast. Ulike tiltak er/skal settast i verk.

Helse Vest har i første omgang valt å styrke føretaka si evne til å gjennomføre tiltaka ved at det er fordelt 10 mill. kr ekstra til føretaka til dette formålet. Midlane er fordelt til alle føretaka. Hovudårsaka til korridorpatientar i dei to største helseføretaka er at utskrivingsklare pasientar ikkje blir teke i mot i kommunane. Det er på bakgrunn av dette at det er vurdert som meir formålstenleg med stimulerande tiltak enn med økonomiske sanksjonar.

I Helse Bergen blir det oppretta egne plassar for utskrivingsklare pasientar innan psykisk helse. Det er etablert eigen post for 16 utskrivingsklare pasientar i MOBA i Helse Stavanger.

- Helse Vest skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka delta aktivt i eit forpliktande samarbeid om å etablere felles standardar innanfor økonomi og logistikk, for å sikre effektiv drift, gi god og samanliknbar informasjon til leing og støtte for avgjerder, samt bidra til anna gevinstrealisering.

Dei regionale helseføretaka har i rapport datert 12. oktober 2011 gitt ein status for samordning av stabs- og støttefunksjoner. Lønsemdsanalyser som dei regionale helseføretaka har utarbeidd, viser at felles nasjonale løysingar og standardar for stabs- og støttefunksjonar kan gi høve for meir effektiv drift. Føretaksmøtet har bedt dei regionale helseføretaka lage eit forslag til vidare framdrift i arbeidet og korleis det vidare arbeidet bør organiserast. Det bør også skisserast korleis felles løysingar og tenesteproduksjon best kan organiserast nasjonalt. Framdriftsplan skal vere ferdig innan 1. april 2012.

- Helse Vest skal arbeide vidare med å utarbeide indikatorar for produktivitet og effektivitet gjennom kompetansenettverket.
- Helse Vest skal vidareføre arbeidet med å betre intern effektivitet ved hjelp av standardisering av arbeidsprosessar, med sikte på læring på tvers av dei regionale helseføretaka. Det skal rapporterast på arbeidet til oppfølgingsmøtet pr. 2. tertial 2011.

Helse Midt-Norge etablerte i samråd med kompetansenettverket ei arbeidsgruppe med ein representant frå kvart RHF. Grappa skulle utarbeide forslag til indikatorar og den hadde sitt første møte 6. juni. Det ble vidare gjennomført eit drøftingsmøte 23. august mellom RHF-arbeidsgruppa, NPR og Hdir/Samdata.

Eit utkast til rapport ble lagt frem for AD-møtet 19. desember. Rapporten beskriver eit konsept og ein plan for å etablere eit felles sett med indikatorar for kostnadsnivå og produktivitet for de fire regionale helseføretaka:

Det nasjonale indikatorsettet skal innehalde

- indikatorar for dei ulike tenesteområda (funksjonar)
- sentrale nøkkeltal (aktivitet, økonomi og HR) for å forstå forskjellar og endringar i indikatorane
- grunnlagstal og definisjonar

Ein pilot ble føreslått som neste steg.

AD-møtet har bedt om at fag-, HR- og økonomidirektørar skulle involverast i ein vurdering av på kva område det er størst behov for indikatorar og kva indikatorar som best bidrar til å måle auka intern effektivitet, og dernest få saka til ny behandling.

På bakgrunn av dette, og etter samråd med HOD, blir arbeidet vidareført inn i første halvår 2012.

3.1.5 Investeringar og kapitalforvaltning

Styret i Helse Vest har vedtatt å utarbeide eit 5-årig langtidsbudsjett i kvart helseføretak og for føretaksgruppa samla kvart år. Langtidsbudsjetta skal ha ei årleg rullering der ein tar opp i seg endra føresetnader og føringar frå styret og eigar.

Helseføretaka må som ein hovudregel styre og prioritere sine investeringar innafor den likviditet som ein klarer å skape gjennom drifta. Det blir her vist til sak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt grunnlag.

Helseføretaka har med basis i gjeldande investeringsregime fått fastsatt sitt investeringsbudsjett for 2011 under sak 018/11 B. Det samla investeringsbudsjettet for 2011 er på kr 1.471,4 mrd.

I tabellen under er det gjort ei samanstilling på førebels rapportering av investeringar i helseføretaka pr. 31.12.2011. Det er usikkerheit i tala då rekneskapen ikkje er ferdig avstemt og gjennomgått av revisor.

Helse vest RHF	utbetalt hittil pr 31/12 - 2011	
	Bygg	Utstyr
Prosjekter og bygningsmessige investeringer		
BUPA	95285	0
Stavanger DPS	1216	0
Dag/Thoraxkirurgi	36 994	
Barne og ungdomssenter - trinn I	79 254	
Krohnsmdde Fjell og Årstad	111 675	
Øvrige bygningsmessige investeringer	464 725	0
Utstyr. mv		
Medisinsk teknisk utstyr		338 702
IKT- utstyr		215 335
Annet		86 192
Sum totale investeringer	789 149	640 229
SUM investering 2011		1 429 378
Budsjettramme		1 471 439

Samla investeringsbeløp er på kr 1 429 mill. Samla budsjettramme for 2011 er på kr 1,506 mrd. Forskjellen ligg i at det er ulik framdrift på dei ulike investeringsprosjekta i føretaka. Den største forskjellen ligg i Helse Førde og Helse Vest IKT som begge har lågare gjennomføring på investeringane enn det som var føreset i budsjettet. Dei andre helseføretaka har mindre avvik i forhold til det samla investeringsbudsjettet.

Helse Vest har i 2011 fått tildelt lån på kr 103 mill. til ny barne- og ungdomsavdeling (BUPA) i Helse Stavanger HF og kr 108 mill. til nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) i Helse Bergen HF. Samla låneramme til BUSP er på kr 700 mill. i 2009-kroneverdi.

Pr. utgangen av 2011 er det bokført byggjelån på kr 379,1 mill. Dette vil bli konvertert til langsiktig lån når dei aktuelle prosjekta er ferdige.

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporteringskjema for lån under optrekk				
Helse Vest RHF				
Ettårig låneopptak		Låneopptak 2011		Antatt/ Gjennomsnittlig levetid.
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2011		0		
Videreførte byggelån som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.11	Lånesaldo pr 31.12.10 (inkl. renter)	Låneopptak 2011	Tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.11 (eksl. renter 2011)	Antatt levetid
prosjekt x			0	
Sum tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.11	0	0	0	
Byggelån for videreføring	Lånesaldo pr 31.12.10 (inkl. renter)	Låneopptak 2011	Sum byggelån for videreføring pr 31.12.2011 (eksl. renter 2011)	
Sandviken sykehus Trinn 2	45 583 074		45 583 074	
Krohnsminde	7 442 548		7 442 548	
Ufordelt lån	1 188 648		1 188 648	
BUPA Stavanger	113 957 686	103 000 000	216 957 686	
BUSP		108 000 000	108 000 000	
BUPA Stavanger			0	
Sum byggelån for videreføring	168 171 956	211 000 000	379 171 956	
Sum byggelån (før konvertering)	168 171 956			
Sum låneopptak 2011		211 000 000		
Sum låneopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.11			-	

3.2 Organisatoriske krav og rammevilkår for 2011

3.2.1 Oppfølging av samhandlingsreforma og nasjonal helse- og omsorgsplan

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF førebur seg på implementering av samhandlingsreforma frå 1. januar 2012, dette gjeld òg å leggje til rette for å følgje opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtalar mellom (regionale) helseføretak og kommunar.

Det er gjennomført samhandlingsmøte i kvart HF-område med representantar for kommunane, KS og fylkesmannen. Helse Vest RHF deltek i nasjonalt arbeid om m.a. styringsdata, pengestrømmar, rettleiar for avtalar og utarbeiding av avtalemal for samhandling mellom helseføretak og kommunar.

Det er etablert eit regionalt prosjekt med deltaking m.a. frå helseføretaka, og det har så langt vore mest fokus på dei lovpålagte avtalane.

Det er laga oversikt over tiltak som er satt i verk eller er under planlegging mellom føretaka og kommunane.

- Føretaksmøtet la til grunn at berørte kommunar og fylkeskommunar blir informerte om alle planlagde sal av eigedom, uavhengig av vurdering i forhold til tiltak som gjeld samhandling, og på eit så tidleg tidspunkt som mogleg.

Kravet er vidareformidla til helseføretaka i styringsdokumenta for 2011 og alle helseføretaka rapporterer om at det er dialog kring eigedomar som er planlagde for sal. Helse Fonna HF gjorde i 2011 avtale med Sauda kommune om overdraging av Sauda sjukehus. Salet er stadfesta av føretaksmøte i Helse Vest RHF 31. januar 2012.

3.2.2 Rettleiar for styrearbeid og fastsetting av instruksar

Helse Vest RHF har i samarbeid med dei andre regionane utarbeidd rettleiar for styrearbeid i helseføretak. Helse Vest RHF har tilpassa dokumentet til regionale forhold. Samtlege styre har motteke rettleiaren.

Det er utarbeidd instruks for styret og administrerande direktør både i Helse Vest RHF og helseføretaka i regionen. Denne blir gått igjennom for nye styremedlemmar.

3.2.3 Eigarpolitikken til regjeringa

Det er utarbeida ulike etiske retningslinjer i føretaksgruppa. Helse Vest har sett i gang eit arbeid med samanstilling til heilskaplege etiske retningslinjer for føretaksgruppa. Forslag til heilskaplege etiske retningslinjer er lagt fram og handsama i ulike regionale fora og endeleg forslag til heilskaplege etiske retningslinjer er blitt drøfta med konserntillitsvalde og konsernhovudverneombod. Heilskaplege etiske retningslinjer for Helse Vest vil bli lagt fram for styret i Helse Vest i mars 2012.

Styret og daglig leiing er kjent med krava til samfunnsansvar og handterer dette i den strategiske og operasjonelle styringa av verksemda. Styret og leiinga i Helse Vest RHF og helseføretaka er kjende med og rettar seg etter retningslinjene for leiarlønn.

Styret i Helse Vest RHF og styra i helseføretaka har i 2011 evaluert eiga verksemd etter felles mal for føretaksgruppa.

3.2.4 Tiltak på personalområdet

- Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutinar

Føretaksgruppa Helse Vest er ein gigantisk utdannings- og læringsarena i dobbel forstand. Det er gjort betydelege investeringar på kompetanseområdet, spesielt dei siste åra. Arbeidsplassen er ein av dei viktigaste lærings- og utviklingsarenaene som finst. Det er uråd å tileigne seg kunnskapen og ferdigheitene som trengst i spesialisthelsetenesta andre stader. Når grunnutdanninga er på plass, startar den livslange reisa for utvikling og læring. Ein kan ikkje bli ein dyktig legespesialist, spsjalsjukepleiar, helsefagarbeidar, teknisk medarbeidar eller økonom utan læring og vidareutvikling, individuelt eller i team.

Kompetanseportalen er etter kvart blitt eit naturleg hjelpemiddel for leiarar og medarbeidarar. Det er i 2011 lagt til rette for ei rekkje funksjonar, og fleire vil bli tekne i bruk i 2012.

Dette er eit viktig grunnlag for å ha det beste utgangspunktet for kompetanse og læringsløp i framtida. Det er basisen for å utvikle og behalde dei kompetente og dyktige medarbeidarane våre, uavhengig av kva stilling og oppgåve dei har i dag. I løpet av tre år har føretaksgruppa engasjert medarbeidarar til å utvikle sin eigen profil. For framtidens medarbeidarar skjer dette den dagen ein søker ei stilling, eller den dagen ein student/lærning for første gong blir registrert i HR-systema i helseføretaka. Det er starten på ei livslang læringsreise.

Medarbeidarar og leiarar har nytta Kompetanseportalen til kartlegging i tråd med føresetnadene i det sentrale lønnsoppgjeret. Kvalifikasjonar og kompetanse er kartlagt for om lag 9000 medarbeidarar i 2011.

Det er viktig at ein saman kartlegg kompetansen, anten det er formell kompetanse eller realkompetanse. Leiarane er nysgjerrige på kva kollegaene kan. Det er laga filmar og oppfordringar om å bidra til eigenevaluering av egne ferdigheiter på tre ulike nivå:

1. Eg treng rettleiing for å gjennomføre oppgåva.
2. Eg kan utføre oppgåva sjølvstendig.
3. Eg kan rettleie andre i gjennomføring av oppgåva.

Leiaren godkjenner eller rettleier medarbeidarane i samsvar med eigenevalueringa. Leiaren godkjenner, og så blir evalueringa ein del av dokumentasjonen.

Medarbeidarar som har arbeid ved fleire einingar, kan velje primærleiaren. Medarbeidarar opptrer ansvarleg og vel leiar konstruktivt etter arbeidsplass og oppgåver.

Dialogen mellom leiarar og medarbeidarar er viktig for å få til gode utviklingsplanar. Førebuing av medarbeidarsamtalar har auka med mellom 3 % og 16 % i helseføretaka, men det er framleis for få som gjennomfører og førebur medarbeidarsamtalar. Medarbeidarsamtalane er grunnlaget for utviklingsplanar, og verken leiarar eller medarbeidarar kan vere nøgde med gjennomføringsevna på desse områda i 2011.

Læringsportalen:

Læringsportalen er ein felles inngangsport til alle kurs og konferansar. E-læringskurs som blir utvikla, er tilgjengelege anten ein er tilsett, student, pårørande eller pasient.

Frå 2007 har føretaksgruppa Helse Vest aktivt lagt til rette for å sikre at alle kan ha oversikt over tiltak som blir stilte til disposisjon som del av kompetanse og læringsløp for medarbeidarar og leiarar. Det er viktig for medarbeidarane at dei gjer i kompetanseløpet, automatisk oppdaterer CV-en deira, at det inngår i dialogen med leiaren og ligg til grunn for utviklingsplanar. Det meste av det som skjer i Læringsportalen, er ikkje formell utdanning, men like fullt svært viktige aktivitetar.

Det er etablert eit felles regionalt nettverk for utvikling og produksjon av e-læring, eit kompetent miljø som dekkjer eit breitt spekter av kunnskap og kompetanse, pedagogisk så vel som organisatorisk kunnskap. Nettverket jobbar tett med fagmiljøa for å sikre eit høgt fagleg innhald. All e-læring som blir utvikla, er felles for føretaksgruppa Helse Vest. Prioritering og produksjon skjer i samarbeid mellom fag- og HR-direktørane i regionen.

Det er alt innført ei rekkje regionale obligatoriske kurs. Kurs som er spesifikke for eit helseføretak, for ei faggruppe eller for ei spesiell eining.

MiniKLEM:

Målet har vore å gi formell utdanning og forståing i organisasjonslæring. Å gå frå individuell læring til samskapt læring er spennande og mogleg om ein har kunnskap om prosess og metode. Det er utdanna 15 leiarar og medarbeidarar i eit tilrettelagt program ved NTNU med deltakarar frå heile føretaksgruppa.

Målet er å utvikle organisasjonsforståing som kan skape felles ambisjonar, skape grunnlag for samhandling og dele eit repetoar som evnar å skape felles historier, verktøy, språk og tiltak. Utdanninga skjer i samarbeid med ein leiar og ei gruppe medarbeidarar (sponsorar). Målet er å gjere ein studie av arbeidspraksis saman med aktørane sjølve.

Deltakarane skal beskrive den praktiske tilnærminga og erfaringane dei har fått.

- Pasientfokus – korleis ønskjer vi at pasientane skal oppleve oss?
- Organisering – kva kan vi vere best på?
- Læring og utvikling – korleis kan vi gi pasientane eit betre tilbod?
- Styling – korleis får vi mest mogleg ut av ressursane våre?

Læringsmålet er å gi teoretisk kunnskap om korleis organisasjonar endrar seg, og om utfordringar ved planlagd endring. Praktisk erfaring med tilrettelegging av samskapte læringsprosessar. Forstå sine personlege mogelegheiter og avgrensing som aktør i endringsprosessar.

Utsegn frå ein av leiarane som deltok:

”Hadde eg visst at det no er over etter bestått eksamen og endringa i eininga mi er gjennomført, hadde eg ønskt eg strauk så eg kunne få vere med ein gong til. Det er det beste eg som leiar har vore med på”

Rekruttering – kvalitet i prosess og resultat

Leiarar har fått opplæring i gode rekrutteringsprosessar. WHO-anbefalingane til etisk rekruttering er tekne inn i retningslinjene våre.

Føresetnadene om rekruttering i tråd med rettleiaren frå Helsedirektoratet er implementerte og ligg som aktivitetar i Rekrutteringsportalen. Det er felles måling av kvalitet i prosess og resultat. Dei 13 stega skal gi kvalitet i all rekruttering. Analysar viser likevel at det framleis er delar av prosessane ein må setje inn opplæringa på. Det er viktig at føretaksgruppa Helse Vest er profesjonell i behandlinga av søknadar. Like viktig er å kunne måle om ein for ulike grupper har nok søkjarar, eller om det er område der føretaka bør setje inn tiltak for å få fleire kvalifiserte søkjarar. Dette er viktig kunnskapsinformasjon for å måle om ein trekkjer til seg mange nok/ dei rette til ledige stillingar – det må stå i forhold til målet om å vere attraktive arbeidsgivarar.

- Faste stillingar og deltid

Føretaksgruppa Helse Vest har gitt alle medarbeidarar sjansen til å halde profilen for ønske om stillingsstorleik oppdatert. Det er gjort eit betydeleg arbeid i å motivere medarbeidarar til å registrere ønska sine, anten det er på kort eller lang sikt.

Gjennomsnittleg korrigert stillingsstorleik er auka til 87,87 % gjennom omfattande innsats i helseføretaka. 1180 fleire medarbeidarar har 100 % stilling. Faste tilsette har auka med 2,4% og mellombels tilsette er redusert med 4,3%

Helseføretaka har mobilisert medarbeidarar til engasjement gjennom

- informasjon på Internett/intranett
- varsel til alle medarbeidarar direkte i arbeidsplansystemet
- oppmoding til leiarane om å motivere deltidstilsette til å registrere profilen sin
- varsel direkte på mobiltelefon
- tema i leiarmøte
- varsling via tillitsvalde og vernetenesta
- brev til alle leiarar frå Helse Bergen

Vi er i ein fase der vi har skaffa oss eit betydeleg kunnskapsgrunnlag for det vidare arbeidet, på kort og lang sikt. Det vil danne grunnlaget for kva tiltak som kan gi ønska verknad, og kva føretaksgruppa skal kunne vente av leiarane, medarbeidarane, og framtidige nye medarbeidarar.

Kva ønskjer medarbeidarane så langt?

- 468 medarbeidarar ønskjer høgare stilling innan ein månad
- 155 medarbeidarar ønskjer høgare stilling innan 6 månadar
- 48 medarbeidarar ønskjer høgare stilling på lengre sikt
- 1318 ønskjer ikkje høgare stilling
- Om lag 8 % av dei fast tilsette ønskjer høgare stilling

Helseføretaka tilbyr dei tilsette ulike alternativ, dette er overkommelege utfordringar. Om lag halvparten av dei som får tilbod om høgare stilling, takkar nei

Kunnskapsgrunnlaget er særleg viktig for å danne seg eit felles faktabasert kunnskapsnivå for kva som er mogleg å få til av resultat som gir varig verdi.

Samarbeidsavtale mellom Helse Vest og Fagforbundet

I 2011 inngjekk Helse Vest ein samarbeidsavtale med Fagforbundet om å arbeide for å redusere den ufrivillige deltida. Det blei søkt om økonomisk støtte frå VOX til fleire ulike pilotprosjekt i føretaka i samband med dette. Helse Vest blei tildelt totalt 5,865 millionar kroner frå VOX, fordelt på to hovudområde. Hovudområde 1 er prosjekt som er retta mot organisering av arbeidet. Her har Helse Vest fått tildelt 4,165 millionar kroner.

Hovudområde 2 er prosjekt som er retta mot kompetanseheving av arbeidstakarane, og Helse Vest har fått tildelt 1,7 millionar kroner til dette formålet. Prosjektmidlane skal nyttast i løpet av to år. Styringsgruppa for VOX blei etablert på slutten av 2011.

Kvart føretak skal setje i gang eigne pilotprosjekt for å redusere deltid. Helse Bergen planlegg å etablere eigne ”matstover” for pasientane som del av satsinga på rett ernæring. ”Matstovene” skal vere bemanna med kompetent personell. Pilotprosjektet krev kompetanseheving innanfor service, matomsorg og hygiene. Helse Bergen har òg eit pilotprosjekt med kompetanseheving innanfor sikkerheit for omsorgsarbeidarar.

I tillegg har Spekter inngått avtale med Fagforbundet som er gjort gjeldande for heile spesialisthelsetenesta. Det er ein forpliktande avtale som skal gi redusert deltid og betre kompetanse blant dei sjukehusstilsette. Det er lagt vekt på at det skal utviklast samarbeidsformer som gjer sjukehusa til betre arbeidsplassar.

Avtalen mellom Spekter og Fagforbundet slår fast at det er behov for medarbeidarar med ulike kompetanse i sjukehusa. Det er lagt til grunn for samarbeid om å rekruttere, behalda og vidareutvikla kvalifisert personell til sjukehussektoren i åra framover.

Vi er stolte over avtalen som er inngått med Fagforbundet. Den gir moglegheiter som helseføretaka må ta ansvar for å prøve ut.

- Inkluderende arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.

Det er etablert HMS-råd der leiinga i Helse Vest møter hovudverneomboda og verneleiinga i føretaksgruppa for inspirasjon, læring og utvikling på HMS-området. Det har vore eit mål å byggje opp ei sterk verneteneste. Vernetenesta har ein naturleg plass i samhandlinga på alle nivå i føretaksgruppa. Det blir gjennomført samlingar for alle føretaka sine hovudverneombod og klinikkhovudverneombod to gonger i året. Målet er å nå dei måla som nesten er umoglege, saman og ikkje kvar for seg. Vernetenesta har på si side etablert fleire viktige strategiske føresetnadar for å nå måla:

Helseføretaka har for andre året på rad gjennomført vernerunde kvar veke. Erfaringane vil bli evaluerte våren 2012.

For første gong har helseføretaka testa ut bruken av digitale HMS-kartleggingar i 2011. Det er hausta erfaringar og gitt gode innspel. For første gong har ein klart å samle innspel frå svært mange medarbeidarar i ei grovkartlegging av kva område ein skal vurdere nærare i ei finkartlegging med bruk av IKT som støtte. Arbeidet er underlagt ei risikovurdering.

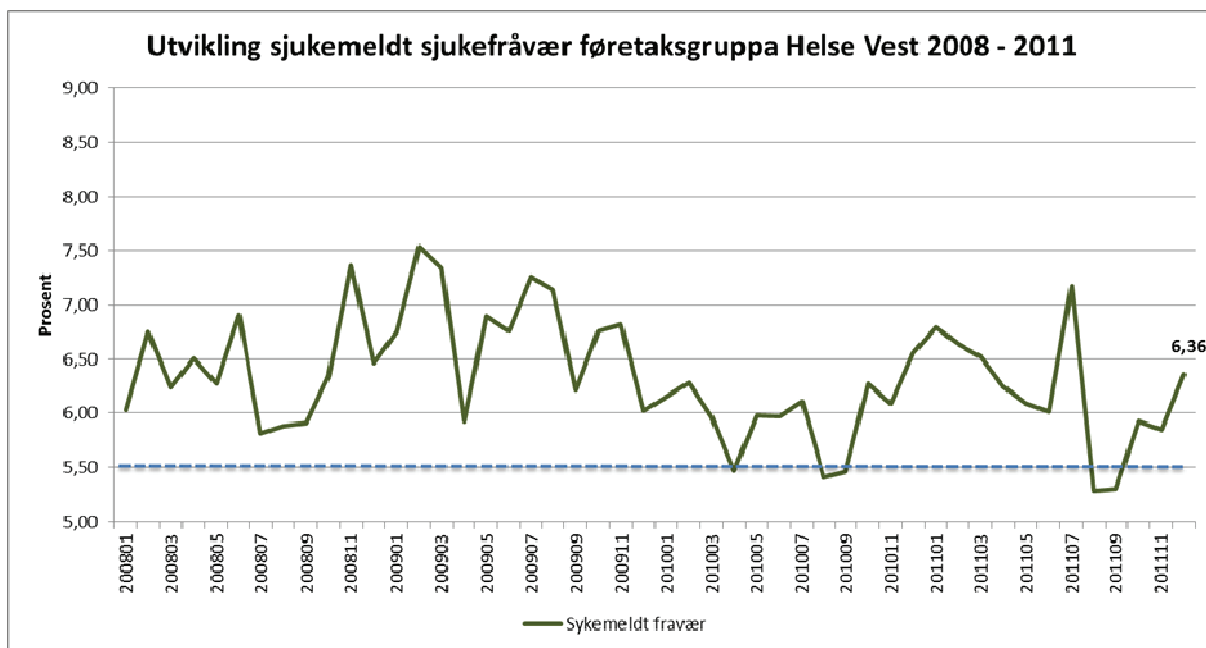
Føretaksgruppa Helse Vest har etablert eit HMS-råd – eit rådgivande utval for melding og behandling av HMS-hendingar melde i internkontrollsystemet Synergi. I tillegg har vi HMS-fagutval for HMS-leiarar og BHT.

Føretaksgruppa Helse Vest har sett seg ambisiøse mål: Det skal vere naturleg å førebyggje i det daglege arbeidet, og HMS skal vere ein integrert del av det ordinære.

Helseføretaka har samla om lag 60 ulike tiltak som har medverka til å redusere sjukefråværet. Det er ein kunnskapsbase som blir delt og nytta i heile føretaksgruppa Helse Vest.

Det er opparbeidd eit betydeleg kunnskapsgrunnlag og mykje analysemateriale frå 2002 og fram til no. Dette blir nytta for å finne tiltak som kan gi varige resultat. Eks. kva dag har vi mest sjukefråvær for kva aldersgruppe relatert til kva oppgåver ein har. Dette kunnskapsgrunnlaget er nødvendig for å få resultat. Vi skal unngå å kommunisere fråvær basert på mytar – det kan hemme resultat og bidra til urettvise påstandar.

Målet for sjukemeldt sjukefråvær er sett til 4,5 %, og det samla sjukefråværet skal ikkje overstige 5,5 %.



IA-arbeidet

Alle verksemdene i føretaksgruppa Helse Vest har inngått IA-avtaler og har vore IA-avtaleverksemdar frå første stund.

Det har vore ei utfordring å dokumentere kva tiltak som blir gjennomført. Det har vist seg at leiarar legg svært godt til rette for medarbeidarar for å førebyggje fråvær og unngå repeterande og langvarig sjukefråvær. Dette arbeidet var lite dokumentert. Leiarar har no fått støtte for desse prosessane. IA-modulen er utvikla for å hjelpe leiarane med å følgje opp IA-sakene på en strukturert måte, noko som igjen gjer det enkelt å rapportere/dokumentere IA-oppfølginga i organisasjonen. Det blir ikkje brukt eigenmeldingsskjema, alt fråvær blir handtert direkte i systemet.

Det er etablert malar og varslingar for leiarar så snart det blir registrert sjukefråvær. Føretaksgruppa Helse Vest ønskjer at alle leiarar set i verk IA-samtalar tidlegare enn det som ligg i den nasjonale IA-avtalen. Erfaring viser at det dette gir godt resultat.

- **Konsulentbruk**

Alle føretaka har eit bevisst forhold til, og avgrensa bruk av konsulentar i verksemdene.

- **Nasjonale leiarplattform**

Føretaksgruppa Helse Vest tek del i det nasjonale toppleiarprogrammet. I tillegg har helseføretaka etablert ulike lokale leiarprogram. Dei lokale programma legg dei nasjonale krava til leiararskap til grunn. I tillegg er det etablert mange tiltak for å støtte leiarane i arbeidsdagen deira. Det er introduksjonsprogram for nye leiarar, oppfølging og rettleiing, samlingar og undervisning.

Det er gjennomført samlingar for toppleiargruppene i heile føretaksgruppa Helse Vest. I 2011 blei det arrangert to samlingar i det regionale leiarprogrammet. Totalt deltok 63 toppleiarar frå verksemdene i føretaksgruppa Helse Vest i samlingane i 2011.

Tema skal vera krevjande, nyttige og dagsaktuelle, og dei skal utfordre til dialog og læring mellom helseføretaka. Helse Vest RHF har dessutan lagt til rette for at toppleiargruppene i kvart av helseføretaka vidarefører det regionale programmet til nærare problemstillingar og utvikling for si leiargruppe lokalt.

- **Permisjonspraksis**

Føretaka stiller seg positive til tilsette som får tilbod om stilling ved UNN, Longyearbyen sjukehus, og tilsette som deltar i internasjonalt solidaritetsarbeid. Føretaka gir permisjon så langt det er mogleg av omsyn til drifta.

3.2.5 Intern kontroll og risikostyring

- Styret skal sjå til at Helse Vest RHF har god intern kontroll og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekke avvik. Risikofaktorar som kan medverke til at måla til det regionale helseføretaket og helseføretaksgruppa ikkje blir nådd, skal identifiserast og det skal setjast i verk korrigerande tiltak som kan redusere risikoen for manglande måloppnåing. Styringssystema skal tilpassast risiko og det som er vesentleg i forhold til verksemdene sine målsettingar, og ha nødvendig forankring i leiinga i heile organisasjonen.

Helse Vest har utvikla og implementert system for risikostyring i føretaksgruppa. Systemet blir vurdert årleg og revidert. Alle helseføretaka har gjennomført risikovurderingar i tråd med gjeldande retningslinjer i 2011. Det gjennomført 2 dagars-kurs i risikostyring for alle helseføretaka, og dei fleste leiargruppene har gjennomgått eit kortare introduksjonskurs i risikostyring. Helse Vest har i samarbeid med Helse Nord oppretta ei eiga nettside med opplærings- og informasjonsmateriell og sentrale dokument i risikostyringa.

- Styret skal minimum ein gong per år ha ein samla gjennomgang av tilstanden i helseføretaksgruppa med omsyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følgje opp avvik. Det skal gjerast greie for styret sitt arbeid i årleg melding.

Styret har blitt orientert om det samla risikobilete i føretaksgruppa ved 1. og 2 tertial.

- Føretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av verksemda må ligge føre risikovurderingar av kva for konsekvensar tiltaket vil ha for andre deler av verksemda og det samla tenestetilbodet for pasientane.

Kravet er vidareformidla til alle helseføretaka i styringsdokumenta for 2011. Helseføretaka rapporterer at risikovurderingar blir gjennomført.

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF sikrar ei systematisk oppfølging av rapporter frå ulike tilsynsmyndigheiter, for å sikre at tiltak blir sette i verk og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Helseføretaka rapporterer månadleg til eigne styrer og til Helse Vest RHF på status og handsaming av tilsynssaker. Ved funn av avvik i systemrevisjonar gjennomført av Helsetilsynet, lagar Helse Vest eit samlenotat om saka, som blir sendt til HF-a, som i sin tur

vurderer i kva grad dei kan lære av saka. Dette melder dei tilbake til RHF-et innan tre veker. Desse sakane blir og tatt opp i Helse Vest sitt Kvalitetsforum.

3.2.6 Kvalitet i anskaffingsprosessen

- Helse Vest skal følgje anbefalingane frå dei regionale helseføretaka sitt fellesprosjekt knytt til ansvar for miljø og samfunn, delprosjekt innkjøp

Helse Vest RHF har i 2011 følgt tilrådingane frå dei regionale helseføretaka sitt fellesprosjekt knytt til ansvar for miljø og samfunn samt delprosjekt innkjøp ved slik det kjem fram nedanfor:

Etisk handel:

Tilråding frå delprosjekt innkjøp	Kva er gjort frå Helse Vest RHF
Alle dei regionale helseføretaka vedtar å setje etiske krav i sine anskaffingar på linje med dei etiske retningslinjene til Helse Sør-Øst	Helse Vest RHF har implementert etiske krav i sine anskaffingar gjennom å utvikle malar som nyttast ved kvar anskaffingsprosess.
Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt Norge bør vurdere å ha noko ressursar knytt til miljø- og samfunnsansvar i innkjøp regionalt.	Helse Vest RHF har heile 2011 hatt ei 100% stilling knytt til miljø- og samfunnsansvar.
Helse Vest, Helse Nord, Helse Midt- Norge og HINAS bør vurdere medlemskap i organisasjonen Initiativ for etisk handel for å sikre opplæring og støtte i arbeidet med etiske krav.	Helse Vest RHF har i heile 2011 vore medlem i organisasjonen Initiativ for etisk handel

Miljøvennlige innkjøp:

Tilråding frå delprosjekt innkjøp	Kva er gjort frå Helse Vest RHF
Regionane bør ta utgangspunkt i det arbeidet som er igangsatt i Helse Sør-Øst og Helse Vest mht regional kategoristyring og organisere arbeidet med miljøkrav i anskaffingar med dette utgangspunktet	Helse Vest RHF har organisert arbeidet med miljøkrav i anskaffingane gjennom den regionale kategoristyringsstrukturen.
Helse Nord og Helse Vest bør vurdere å inngå kontrollmedlemskap i Grønt Punkt Norge på same måte som Helse Midt- Norge og Helse Sør-Øst. Dette for å bidra til ein betre håndtering av emballasje på produkt som kjem frå utlandet.	Helse Vest RHF har i 2011 blitt kontrollmedlem i Grønt Punkt Norge.

I tillegg har Helse Vest RHF gjennom 2011 vore ein aktiv bidragsytar i arbeidet med å planleggje den nasjonale kompetanseininga for innkjøp knytt til HINAS. Denne eininga vil, i tråd med tilrådingane frå delprosjekt innkjøp, få eit særleg ansvar for å bidra til at innkjøp i spesialisthelsetenesta skjer med krav knytt til miljø og etiske leverandørkjeder.

- Helse Vest skal ta omsyn til dei ideelle institusjonane sitt behov for føreseieleg og langsiktige vilkår ved gjennomføring av innkjøp, og at det blir lagt til grunn avtalelengder som er på linje med andre samfunnssektorar.

Med utgangspunkt i dei ramevilkår som gjeld for inngåing av avtalar med private ideelle institusjonar, har Helse Vest RHF eit kontinuerleg fokus på å nytte dei moglegheitene som regelverket opnar for. Helse Vest vil innanfor dei rammer som regelverket for anskaffing set ivareta behovet for føreseielige og langsiktige vilkår for ideelle institusjonar.

- Helse Vest skal ved innkjøp av helsetenester sikra tilfredsstillande geografisk tilgjenge til tenester for befolkninga

Ved gjennomføring av kjøp av helsetenester i regionen legg Helse Vest RHF til rette for, så langt det er mogleg, å få til ei jamn geografisk fordeling av helsetenester for befolkninga i regionen.

- Helse Vest skal gjennomføre eksterne evalueringar av kjøp av helsetenester. Evalueringar må omfatte heile prosessen for innkjøp. Evalueringa skal m.a. omfatte konsekvensar for pasienttilbodet med omsyn til kontinuitet, geografisk tilgjenge, bredde og mangfald, og evne til fornying og utvikling. I tillegg bør evalueringar sjå på innkjøpet frå eit leverandørperspektiv med omsyn til at innkjøp skal vere føreseielege, ryddige og profesjonelle, samt konsekvensane av innkjøpet for framtidig konkurransesituasjon

Helse Vest har i 2011 satt i gang ekstern evaluering av kjøp av helsetenester av tre konkurransar som blei gjennomførte i 2010. Dei tre konkurransane er:

- kjøp av kirurgitenester frå private sjukehus
- kjøp av spesialiserte rehabiliteringstenester
- kjøp av tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Evalueringsrapporten vil venteleg vere klar innan mars 2012.

- Helse Vest skal ved eventuelle konkurranseutsetting av ikkje-medisinske funksjonar sikre at dei tilsette sine lønns-, pensjons- og arbeidsforhold ikkje blir svekka.

Gjennom dei nasjonale rammeavtalene om vikarleige må alle leverandører av vikarpersonell signere ein eigen kvalitetserklæring som garanterer for at innleigde medarbeidarar er sikra arbeidsforhold som er i tråd med arbeidsmiljølova.

3.2.7 *Utvikling av IKT-området*

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF deltar i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekt m.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske reseptar.

Helse Vest har deltatt aktivt i planlegging og gjennomføring av nasjonale IKT-prosjek gjennom samhandlingsstrukturen i Nasjonal IKT, samt deltatt i aktuelle styringsgrupper og prosjektgrupper i dei prosjekta som er styrt av Helsedirektoratet.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og Helsedirektoratet, sende over ein strategi for realisering av eResept, og mellom anna avklare val av løysing for autentisering første halvår 2011, og i tredje kvartal 2011 leggje fram planer for innføring av eResept i Helse Vest RHF.

Helse Vest har utarbeida strategi og plan for kortsiktig løysing av eResept, inkludert autentisering, og levert til HOD innan dei fristar som har vore sett.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å delta i arbeidet med vidareutvikling av regelverk om informasjonssikkerheit.

Helse Vest har deltatt i arbeidet på nasjonalt plan med oppdatering av regelverket, og det er gjort oppdatering tilsvarende i det regionale sikkerheitssystemet.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF om å delta i det nasjonale arbeidet med arkitektur og standardisering.

Det er levert ressursar frå føretaksgruppa i Helse Vest inn til arbeidet med arkitektur og standardisering i tråd med dei bestillingar som er gitt.

- Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka om å sikre ei systematisk oppfølging av krav til funksjonalitet og bruk av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system.

Helse Vest har gjort ein systematisk gjennomgang av sin systemstøtte med tilhøyrande rutinar og prosedyrar innan pasientjournal og pasientadministrative system. Det er gitt skriftleg svar til HOD på gjennomgangen inkludert forslag til forbetringsspunkt for vidare arbeid.

3.2.8 *Nødnett*

- Føretaksmøtet la til grunn at Helse Vest RHF bidrar til å ferdigstille første byggetrinn for naudnett.

- Føretaksmøtet la vidare til grunn at Helse Vest RHF deltar i planlegging og gjennomføring av landsdekkande utbygging av naudnett dersom dette blir vedtatt i Stortinget. Departementet vil leggje føringar for arbeidet når saka er avklart. Dette gjeld og styring av utbygginga og drifta av sambandsnettet

Helse Vest RHF deltek i styringsgruppa i det nasjonale arbeidet, og bidreg også med fagfolk frå HF-a inn i det nasjonale arbeidet.

Helse Vest RHF har i budsjettet tatt høgde for medfinansiering av første byggetrinn. Helse Vest RHF har etablert eit regionalt prosjekt som ledd i førebuing av lokal implementering. Det er gjennomført eit møte med Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) for å drøfte oppfølging og vidare arbeid i regionen.

3.3 Øvrege styringskrav for 2011

3.3.1 Miljø- og klimatiltak

Dei regionale helseføretaka har vidareført det nasjonale miljø- og klimaprojektet for ein ny fireårsperiode under leing av Helse Vest RHF. Det er utarbeidd ein gjennomføringsplan med sikte på ISO-14001 sertifisering av alle helseføretaka i landet innan utgangen av 2014. Prosjektet har i 2011 gjennomført ein piloteringsfase med fem utvalde helseføretak og eit regionalt helseføretak som pilotar. Helse Vest har delteke med to helseføretak som pilotar. Hensikta med pilotfasen har vore å nyttiggjere seg erfaringar før alle andre helseføretak etablerer sine prosjekt for innføring av miljøleing.

Det er i regi av prosjektet etablert ein nasjonal kompetanseining for arbeidet i Helse Bergen. Kompetanseininga fungerer som sekretariat for prosjektet. Hovudfokus i 2011 har vore oppfølging av pilotføretaka samt utarbeiding og gjennomføring av ulike typar kurs og rettleingsmateriell.

Den 1. desember blei det arrangert ein felles oppstartskonferanse for arbeidet med miljøleing der alle landets helseføretak deltok, og arbeidet i prosjektet er i rute i forhold til plan.

Med omsyn til dei tilrådde tiltaka i sluttrapporten frå 2010, så blir desse førebudd og gjennomført ved hjelp av eigne nasjonale delprosjekt.

Kravet om at det skal leggst til rette for klimavenlege løysingar og oppvarming er vidareformidla til helseføretak i styringsdokumenta for 2011.

3.3.2 Nasjonalt profileringsprogram

- Føretaksmøtet la til grunn av dei regionale helseføretaka og helseføretaka i regionen held seg til det nasjonale profilprogrammet når det ligg føre i 2011

Helse Vest RHF og helseføretaka har motteke den reviderte utgåva av nasjonalt profilprogram og starta implemeteringa av dei endringane som er lagt i programmet. Dette gjeld også for den reviderte utgåva av nasjonalt rammeverk for nettkommunikasjon.

3.3.3 H-reseptordninga

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Apotekforeninga, vurdere behovet for å forbetre oppgjersordninga mellom apotek og helseføretak for legemiddel i H-reseptordninga. Dette skal og omfatte vurdering av behovet for eventuelle endringar i regelverket. H-reseptordninga må og vurderast i lys av innføring av elektronisk resept.

Helsedirektoratet, Apotekforeninga og RHF-a har etter oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet vurdert behovet for forbetringar i oppgjersordninga for H-resept legemidlar som er administrert utanfor sjukehus. Hovudutfordringa er knytt til at HF-a har mangelfullt grunnlag for kontroll av at rekvirering og utlevering er i tråd med faglige retningsliner og i samsvar med oppgjersavtalen. Dette inneber mellom anna utilstrekkeleg kostnadskontroll. Vidare er oppgjersordninga hovudsakeleg basert på manuelle prosessar noko som kan medføre auka risiko for feil i oppgjerskrav, ressurskrevjande forvaltning samt at krava i mellom anna rekneskapslova vanskeleg let seg oppfylle. Prosjektgruppa har utarbeid ein prosjektrapport som mellom anna anbefalar innføring av ein lovheimel der lova gjer ein mulighet til å forskriftsfeste ei nærare regulering av oppgjersordninga slik at ein sikrar ei lik praktisering.

3.3.4 KPP-rekneskap

- Helse Vest skal i 2011 delta med minst eit helseføretak i KPP-prosjekta i samsvar med dei krav og fristar Helsedirektoratet set

Helse Fonna deltar i KPP-prosjektet. Føretaket har i 2011 gått over på nytt pasientadministrativt system (DIPS) som har gitt nye utfordringar og behov for tilpassingar til KPP modellen. Dei har i den samanheng etablert eit samarbeid med Helse Vest IKT om datauttrekk som gjer at ein no klarer å få ein meir dynamisk prosess rundt datauttrekk. Det har i den samanheng og blitt jobba med datasikkerheita knytt til behandling av data. Overgangen til DIPS har og ført med seg endringar i avdelingskodar som påverkar koplinga mellom aktivitet og økonomi. Her står det fortsatt igjen eit arbeid. Det har også blitt gjennomført organisatoriske endringar som har fått konsekvensar for KPP modellen. Føretaket jobbar vidare med å løyse dette forholdet. Helse Fonna vil i 2012 jobbe vidare med å utvikle KPP modellen og har mål om å bruke modellen meir aktivt i forbindelse med intern oppfølging. Dei er og interessert i eit nærare samarbeid med andre helseføretak, til dømes Sykehuset I Vestfold som nytte av same modell (KOSPA).

3.3.5 Parkering

Helse Vest RHF har følgd opp styringskrava gjennom styringsdokumenta og rapportering gjennom året. Alle helseføretaka rapporterar å vere i samsvar med dei føringane som gjeld.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2011

Helse Vest har i 2011 halde fram arbeidet med å bygge felles regionale system. Følgjande system kan trekkast fram:

- Økonomi og finans (2002 – 2005)
Oracle Financial, logistikk og innkjøp
- Datavarehus og styringsinformasjon (2004 – 2010)
økonomikube, HR-kube, helsefag, målekort og indikatorar
Profitbase, Corporater
- Personal og organisasjon (2005 – 2009)
MOT-program (Medarbeidar – Organisasjon – Teknologi)
Agresso, GAT, personal- og kompetanseportalar
- Felles EPJ løysing (2008 – 2011)
Pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal
felles prosedyrar og rutinar
- LOP – legemiddel og pasientsikkerheit (2011 -)

4. Styret sitt plandokument

4.1 Utviklingstrender og rammevilkår

Behovet for helsetenester er venta å auke som følgje av endra folkesamansetnad, 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. århundret. Dei dominerande sjukdomsgruppa er blitt hjerte- og karsjukdomar, kreft, diabetes type 2, luftvegssjukdomar, muskel- og skjelettsjukdomar, ulykker og psykiske lidingar. Dette er sjukdomar som langt på veg har sin årsak i levevanar. Hjerte- og karsjukdomar og kreft er årsak til nesten to tredeler av alle dødsfall. På grunn av aukande levealder har pasientar med kroniske lidingar etter kvart blitt den største pasientgruppa i helsetenesta. Muskel- og skjelettlidingar er årsak til mest halvparten av sjukefråværet og ein tredel av uførepensjonane. Psykiske lidingar er utbreidd.

Andre generelle trekk ved utviklinga er ein rivande medisinsk teknologisk utvikling, endring i synet på og holdning til helse og sjukdom, utdanningskapasitet, ei auka 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 omtala i kap. 4.2

Utvikling av vegsamband, ulike transportløyser og elektronisk kommunikasjon vil vere viktige føresetnader 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 pasientar og pårørande si medverknad.

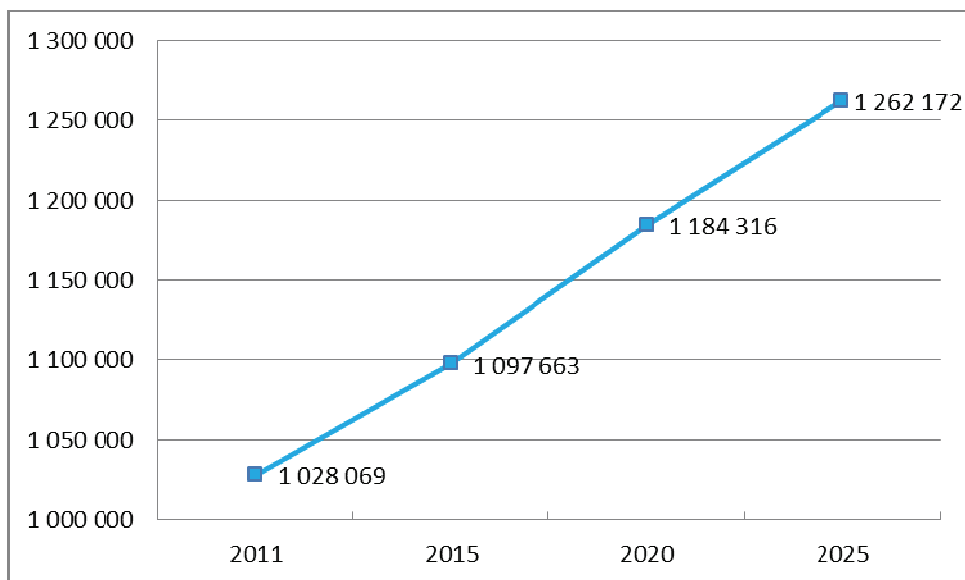
4.1.1 Utviklinga innanfor opptaksområdet

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 folkesamansetnaden, helsetilstanden

til folk, den medisinske teknologien og forventningane til helsetenestene endrar seg. Plandokumentet byggjer på HELSE 2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

4.1.1.1 *Befolkningsutvikling*

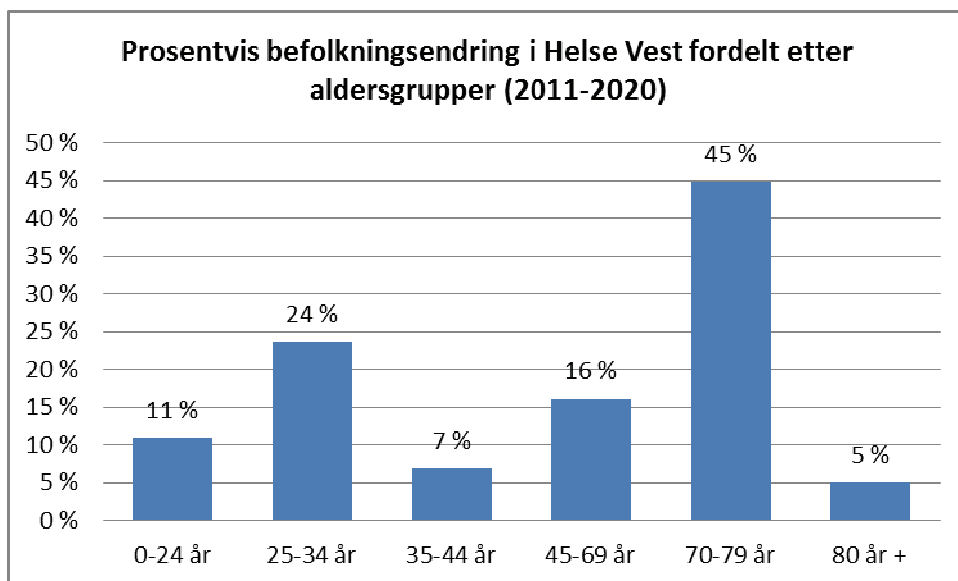
Det er venta ein auke i folketalet i Helseregion Vest på 15 % i perioden 2011–2020¹. Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 20 % i Helse Stavanger til 6 % i Helse Førde.



Helse Vest vil møte ei stadig eldre befolkning. Den største auken vil komme i aldersgruppa 70–79 år, som vil auke med 45 % frå 2011 til 2020. 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 2020.

4.1.2 *Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper. 2011-2020*

¹ Statistisk Sentralbyrå (SSB) Framskriving av folkemengda (2011–2100), 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 2020.

I framtida får dei eldre jamt over 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 lidningar.

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 den venta auken i behovet for tenester.

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

4.1.2.1 Sjukdomsutvikling

Det er venta ein auke i kroniske sjukdommar og livsstilsrelaterte sjukdommar. Hjarte-sjukdommar, lungesjukdommar, slag, kreft, diabetes og muskel- og skjelettplager vil auke i alle aldersgrupper. Desse pasientgruppene har kort liggjetid på sjukehus og 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 auken i ressursbehov vil vere knytt til den auka utbreiinga av kreft, utvikling av behandlingmetodar for kreft og større omfang av kroniske og vanlege sjukdommar i ei aldrande befolkning.

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

Ein ventar at det også vil bli fleire personar med psykiske lidningar i åra framover. Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk vil 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.

Det var i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 sett som mål at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkninga skal få eit spesialisthelsetenestetilbod. Med ein dekningsgrad på 4.1 prosent i regionen i 2010 er det behov for ein fortsett aktivitetsvekst også etter at opptrappingsplanen vart avslutta i 2008. Målet om 5 % dekning må nyanserast. Gjennom finansieringsmodellen som gjeld for RHF, utarbeida av Magnussen utvalet, er behovet for helsetenester for Vestlandet sett til ca. 90 % av landet for øvrig. Dette burde truleg og reflekterast i målsetting på 5 %, som så langt er lik for heile landet.

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 må nyttast i vidare beredskapsplanlegging.

4.1.2.2 Helsefagleg utvikling

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

Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

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

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

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

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

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

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

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

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

Det er etablert ein database for varsling av nye medisinske metodar, 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 Kunnskaps-senteret, utvikla ei metode for gjennomføring av Mini-HTA (Health Technology Assessment). I det vidare arbeidet er det jobba med å klargjere indikasjonane for når metoden skal nyttast, og ein ønskjer også å revidere den delen av metoden som gjeld økonomivurdering. Mini-HTA 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.

4.1.2.3 Forventningar til helsetenesta

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

Hovudtrekk ved forventningane som folk har til helsetenesta:

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

4.1.2.4 Behovet for aktivitetsvekst

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

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

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

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2013 (datert 07.12.11) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd ein aktivitetsvekst på om lag 2,65 % i 2013 innan somatikk. Det tek høgde for demografisk vekst, naudsynt realvekst og ekstra aktivitet for å redusera ventetida. Det er tilrådd at aktivitetsveksten innan psykisk helsevern blir 4,5 % for vaksne og 4,0 % 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 7,5 %.

4.1.3 Økonomiske rammeføresetnadar

Drift

Endeleg inntektsramme 2012 for helseføretaka er fastsett i møte den 01.02.12 under sak 005/12 B Konsernbudsjett 2012. Det blei i denne saka fatta vedtak om følgjande resultatkrav:

Forslag til resultatkrav 2012	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus Apoteka	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2012	50 000	0	167 000	-40 000	13 900	1 000	40 000	231 900

Det er i budsjettoppdraget lagt til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 1,4% på nasjonalt nivå frå 2011 til 2012. Anslaget for 2011 er ei prognose basert på aktivitet pr. første tertial 2011 for ISF, og rekneskap pr. mai for poliklinisk aktivitet. Det er lagt til rette for ein vekst på 6,5% frå anslag for 2011 til 2012 innafor poliklinisk aktivitet som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorie og radiologi. I dette anslaget ligg det ein aktivitetsvekst på 0% for refusjon av eigenbetalingar i samband med somatisk poliklinisk behandling, 6% innafor vaksenpsykiatri/rusbehandling, 5% innafor barne- og ungdomspsykiatri, 10% innafor offentleg laboratorieverksemd og 7% innafor offentleg radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF ordninga er det lagt til rette for ein vekst på 1,1% frå anslag for 2011 til 2012. Til fråtrekk i dette vekstanslaget kjem auka pasientbehandling i kommunane som følgje av oppretting av nye tilbod. Dette er anslått til å utgjere om lag 0,8% av ISF aktiviteten.

Den generelle veksten i pasientbehandlinga er berekna 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 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 RHF har ved inngangen til 2012 framleis omstillingsutfordring. Helse Fonna har eit negativt budsjettavvik i 2011. I Helse Førde gjenstår det framleis eit arbeid med å innrette drifta på ein slik måte at dei leverer eit resultat i pluss. Det er derfor framleis behov for omstillingstiltak i helseføretaka for å nå eit nødvendig positivt resultatkrav slik at ein kan vidareutvikle verksemda og løyse dei store investeringsprosjekta i kommande åra.

For å styre resultatet i tråd med kravet frå eigar, har Helse Vest RHF i styringsdokumenta for 2012 pålagt helseføretaka å rapportere kvar månad om den økonomiske utviklinga. For dei føretak som ikkje leverer i tråd med resultatkravet/økonomisk balanse, må det og rapporterast på status på dei tiltak som skal setje helseføretaket i stand til å nå resultatkravet.

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 den kommande samhandlingsreforma.

Helseføretaka må styre og prioritere sine investeringsplanar innafor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramme. Det blir her vist til styresak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt og driftsmessig grunnlag, samt til styresak 087/11 B Langtidsbudsjett 2012 – 2016.

Helse Vest har vurdert det som nødvendig med eit resultatnivå på mellom kr 400 - 500 mill. i løpet av 5-års perioden for å klare å handtere dei store investeringsutfordringane.

Sjølv med eit resultatnivå i denne størrelsesorden vil ikkje dette aleine vere tilstrekkeleg for å løyse investeringsbehova. Det er særleg i Helse Bergen og Helse Stavanger dei store investeringsbehova ligg. Sjølv om føretaksgruppa klarer å levere eit resultat i tråd med resultatkravet, vil ikkje dette vere tilstrekkeleg til å finansiere investeringsplanane. Det vil derfor vere nødvendig med lån til dei store investeringsprosjekta. Dette gjeld i første rekke nytt barne- og ungdomssenter (BUSP) i Helse Bergen, samt utbygging av .

Nytt barne- og ungdomssenter (BUSP) har ei samla kostnadsramme på kr 1,415 mrd. (2009-verdi) som utgjør det største finansielle løftet. Prosjektet er tildelt lån i statsbudsjett 2012 på kr 140 mill. Det er i 2011 gitt eit lån til prosjektet på kr 108 mill. Det er føresett at prosjektet blir finansiert med 50% lån over statsbudsjettet dei kommande åra, totalt kr 707 mill.

Helse Stavanger har tidlegare fått lån til prosjektet BUPA med kr 100 mill. samt kr 103 mill. i 2011. Føretaket har i tillegg fleire høgt prioriterte investeringsprosjekt som dei ikkje klarer å løfte utan at det blir gitt lån. For å sette Helse Stavanger i stand til å gjennomføre dei viktigaste investeringane har dei fått tildelt internt lån i 2012 frå Helse Vest på kr 90 mill. I tillegg til prosjektet BUPA er det prosjekta Stavanger DPS med ei kostnadsramme på kr 167 mill. og innreiing av 3. etasje MOBA med ei kostnadsramme på kr 146 mill. som høgt prioritert i investeringsplanen til Helse Stavanger. Helse Stavanger må i samband med rullering av langtidsbudsjett våren 2012 gjennomgå sin investeringsplan på nytt og gjere nødvendige prioriteringar og tilpassingar i forhold til det finansielle grunnlaget. Føretaket må uansett ta høgde for at prosjekt som eventuelt blir finansiert med interne lån i framtida, minimum må finansierast med 50% egne midlar. Det er derfor heilt nødvendig at Helse Stavanger klarer å levere eit resultat som minimum er i tråd med budsjettkravet.

Under styresak 005/12B har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2011:

Samandrag investeringar (Budsjett 2012)

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	211 000	44 400	594 000	22 000				871 400
Medisinteknisk utstyr	155 000	31 500	111 000	15 812				313 312
IKT						220 000		220 000
Anna	42 100	7 100	103 800	60 263	15 406			228 669
Sum investeringar 2012	408 100	83 000	808 800	98 075	15 406	220 000	0	1 633 381

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

Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2012:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	50 000	0	167 000	-40 000	13 897	1 019	40 000	231 916
+ Avskrivning	207 310	126 603	450 000	108 300	4 090	123 596		1 019 899
+ Nedskrivning anleggsmidler	0	0		0	0	0	0	0
= Kontantstrøm frå drifta	257 310	126 603	617 000	68 300	17 987	124 615	40 000	1 251 815
- Førebels resultatavvik 2011		-40 000	20 000	-15 000			273 000	238 000
+ Opptak av nye lån			140 000					140 000
- Avdrag lån	-40 000	-13 900	-50 000	-8 300				-112 200
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-25 000	-13 000	-50 000	-19 825		107 825		0
+ Sal av anleggsmidler	10 000	4 000						14 000
+ Gåver								0
+/- Likviditet overført frå 2011	116 462	-24 100	153 000					245 362
+/- Likviditet overført seinere år								0
+/- omfordeling likviditet - resultatkrav				40 000			-40 000	0
Finansielt grunnlag	318 772	39 603	830 000	65 175	17 987	232 440	273 000	1 776 977
+ Interne lån overført fra 2011		43 397		60 000				103 397
+/- omfordeling likviditet HF/RHF (interne lån)	90 000						-90 000	0
Finansieringsgrunnlag investeringar inkl interne lån	408 772	83 000	830 000	125 175	17 987	232 440	183 000	1 880 374

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

4.1.4 Personell og kompetanse

Utvikling av eit godt leiarskap og strategisk kompetansestyring er sentralt i føretaksgruppa. Det er etablert ein heilskapleg prosess for å støtte leiarar og medarbeidarar i deira utviklingsarbeid innanfor kompetanse og medarbeidarmedverknad til eigen utvikling. Medarbeidar- og kompetanseutvikling vil vere sentralt for både å tiltrekkje seg og halde på arbeidskraft, og å kunne utvikle arbeidskrafta i tråd med dei behova tenesteytinga krev. Føretaksgruppa vil dei neste 10 åra måtte erstatte meir enn 10.000 medarbeidarar som sluttar på grunn av alder. I tillegg kjem normal utskifting blant medarbeidarane kvart år. Den enkelte si utdanning og sosialisering inn i yrkesroller som helsearbeidarar må også ha fokus på haldningsskapande arbeid der også etiske og moralske aspekt kjem inn.

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

Å halde på medarbeidarar, ha god utvikling og førebu rekruttering i eit langsiktig perspektiv er eit tiltak i HELSE 2020. Heile kompetanseområdet er sett saman av kompetansekartlegging og oppgåvekvalifisering for alle medarbeidarar. Dette er viktige tiltak for å sikre at rett medarbeidar gjer dei rette oppgåvene. I tillegg er det etablert felles utviklingssamtalar med ei god rolledeleging og forplikting frå begge partar.

Kvalitet i rekruttering er implementert. Det er etablert faste rutinar for rekruttering innan Helse Vest, og det er lagt vekt på kvalitetssikring ved tilsetting av helsepersonell. Standardiseringa av rekrutteringsprosessen er det mogleg for å hente ut statistikk over korleis rekrutteringsprosessen i føretaka blir gjennomført. Prosessen vil bli vidareutvikla i 2012.

KLEM-prosjektet (Kompetanse, leiarskap, endring og medarbeidarskap) starta opp i 2009 og skal fortsette fram til 2012. KLEM er eit forsingssamarbeid mellom Helse Vest, NTNU og Dossier Solutions, og tar utgangspunkt i Helse2020. Den kunnskapen som dei deltakande einingane har fått gjennom KLEM-prosjektet har no begynt å gi positive resultat.

Talet på formelle utdanningsløp i Helse Vest var i 2011 på 4 6 55. Dette er på omtrent same nivå som for 2010. Totalt har føretaksgruppa hatt ca 13 000 formelle utdanningsløp frå 2009 til 2011.

4.1.5 Bygningskapital – status og utfordringa

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

Helse Stavanger er pr. november 2011 helseføretaket sine bygningsmessige anlegg rekneskapsført med 1,8 milliardar kr. Den totale bygningsmassen har eit bruttoareal på ca. 200 000 m². Leigde bygg er inkludert i bruttoarealet og utgjer ca. 20 %. Årlege leigekostnader utgjer 50 mill. kr. og årlege avskrivingskostnader for bygg er i 2011 138 mill. kr. Føretaket vil i komande år ha ein betydelig fallande kurve når det gjeld avskrivning av anleggsmassen for bygg. Fram mot 2020 vil dagens anleggsmasse bli redusert til 1,0 milliardar kr. og vil då ha ei årlig avskrivning på 85 mill. kr. Til 2040 vil årlig avskrivning vere kun 13 mill. kr. og anleggsmassen er da tilnærma 0 i verdi.

Denne situasjonen medfører ei nødvendig og betydelig oppgradering og utviding av dagens bygningsmasse i komande år.

Helse Stavanger har i dag ikkje ein optimal og effektiv bygningsmasse i forhold til dei tenestene som skal utførast. Dette gjeld særleg for den eldre bygningsmasse. Helse Stavanger HF har ein befolkning som er i stor vekst. For å kunne betene befolkninga med spesialisthelsetenester i komande år, er det heilt nødvendig å auke dagens kapasitet. Følgjande planar ligg føre i langtidsbudsjettet fram til 2016:

- Ny dagkirurgisk eining er planlagt etablert i 2012/13. Ein vurderer leige av lokale til formålet.
- BUPA - nytt bygg blir ferdigstilt i 2012 (Dette vil frigjere noko leigd og noko eigde lokalar).
- Stavanger DPS – nytt bygg blir ferdigstilt i 2013/14. (Dette vil frigjere noko leigde og noko eigde lokalar).
- MOBA – blir ferdigstilt innan 2014. (Dette vil gi auka kapasitet og meir effektiv drift for mottak og akutte tenester).

I tillegg planlegg ein ytterlegare kapasitetsauke frå 2017 og framover i tid. Dei planane som ligg føre fram til og med 2016 er ikkje tilstrekkelige til å kunne ivareta pasientbehandlninga fram mot 2025. Ytterligare tiltak med utvidingar er heilt nødvendige. Desse vil bli skildra i ny arealplan som er omtala nedanfor.

Alle byggeplanar skal forankrast i dei regionale føringane og strategiske dokument. Helse Vest RHF har framleis arbeid i gang i det regionale eigedomsutvalet som skal sikre lik forståing i strategi og planer samt å koordinere oppgåvene som blir utførde.

Helse Bergen

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

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

For BUSP fase 2 vil føretaket gå i gang med å oppdatere konseptrapporten/plangrunnlaget våren 2012. 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.

Helse Bergen skal revidere sin arealplan våren 2012. Utgangspunktet for denne revideringa er å ta omsyn til strategiske dokument som Helse 2020 og Helse Bergen sin reviderte strategiplan. Den reviderte arealplanen skal ferdigstillast slik at den kan byggjast inn i langtidsbudsjettet som blir lagt fram juni 2012. Sentralt i denne revideringa blir og målsettinga 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 dels for å gi et kapasitetsmessig grunnlag for, på sikt, å renovere sengeetasjane i Sentralblokken.

Høgt investeringsnivå framover er spesielt retta mot betre bygg for den psykiatriske verksemda i Helse Bergen (BUSP 1 og Kronstad DPS) og ombygging i Sentralblokken, blant anna nye operasjonssalar.

Helse Bergen sitt investeringsprogram, blir i all hovudsak finansiert gjennom avskrivningar på bygg og anlegg og ved at føretaket driv med driftsmessig overskot som blir kanalisert over til investeringsformål. Unntaket frå dette er BUSP-utbygginga, som blir 50 prosent lånefinansiert.

Investeringsprogrammet går i all hovudsak etter plan i forhold til framdrift og dei økonomiske rammene som er lagt.

Helse Fonna

I Helse Fonna har Konsulentselskapet Multiconsult AS gjennomført ei overordna bygningsteknisk kartlegging og vurdering av føretaket sin eksisterande bygningsmasse. Metoden som er nytta, er etablert som ein nasjonal og regional standard og indikerer eit totalbilde av den bygningstekniske tilstanden og tilpassingsdyktigheiten for større bygningsporteføljar.

Formålet med kartlegginga er å gje eit overordna bilete av den tekniske tilstanden for heile bygningsporteføljen. Rapporten peikar på bygningane sine strukturelle eigenskapar (tilpassingsdyktigheit) som grunnlag for kor utfordrande det kan vere å endre planløsning. Analysane som er gjennomførte må sjåast på som eit informasjonsunderlag for vidare strategisk og taktisk planlegging og utvikling. Det vil bli utført ein nærare gjennomgang og utarbeidd ein plan for framtidig vedlikehald av bygningsmassen.

Kartlegging og berekningar frå konsultentselskapet tyder på at det er eit teknisk oppgraderingsbehov for dei presserande forholda, det vil seie MÅ-tiltak på til saman 1 230 millionar kroner. Vidare syner berekningane knytt til utvida vedlikehald for utbetring av dei utilfredsstillande forholda, det vil seie BØR-tiltak, på til saman 480 millionar kroner. Dette må ikkje sjåast på som eit akutt behov, men må gjennomførast over ein periode på ti år. I sum utgjer det som er nemnt ovanfor, omkring 1,7 milliardar kroner som bør gjennomførast over ein tidshorisont på 10 år.

Rapporten blei vedtatt av føretakstyret den 21. desember 2011 med fylgjande ordlyd:

1. Styret tek framlagd rapport om bygningane sin vedlikehaldsstatus til orientering.
2. Styret ber administrasjonen setje i verk eit arbeid med å lage ein handlingsplan for å handtere prioritert vedlikehald av bygningsmassen i Helse Fonna HF innanfor dei gjeldane budsjettammer.

Arealplan

På bakgrunn av føringane som er gjevne i styringsdokumentet for 2011, har Helse Fonna starta arbeidet med å utarbeide ein samla arealplan for føretaket. Det er i denne samanhengen inngått ein avtale med Hospitalitet AS som støttar føretaket i arbeidet, og målsetjinga er at planen skal vere ferdig i løpet av mars 2012.

I arbeidet med å utarbeide arealplanen vil ein ta omsyn til føringane som er gjevne i samhandlingsreforma, plan somatikk, demografiske data og dei funna som er gjort i kartlegginga av det bygningsmessige vedlikehaldet. Det er utarbeidd eit eige mandat for prosjektet, der ein har lagt dei nødvendige føringane for kva prosjektet må ta omsyn til.

Landsverneplan Stord

Forvaltningsplanen for Stord sjukehus er utarbeidd i samsvar med kgl. res. 1. september 2006 og godteken av Riksantikvaren gjennom skriv datert 14. juli 2011. Forvaltningsplanen blei lagd fram for føretaksstyret den 21. desember 2011.

Føretaket har som målsetjing å ferdigstille forvaltningsplanen for Valen sjukehus i løpet av første kvartal 2012.

I tillegg er føretaket forplikta til å utarbeide ein forvaltningsplan for bygningsmassen på Jonatun. Dette arbeidet er sett i verk, med ei målsetjing om at planen skal vere ferdig medio 2012.

Helse Førde

Også Helse Førde Helse har i samarbeid med Multiconsult gjennomført ein overordna bygningsteknisk kartlegging og vurdering av bygningsmassen.

Bygningsmassen ved Helse Førde HF er kartlagt med seks lokasjonar. For Lærdal sjukehus (LSH) og Nordfjord helseområde heng fleire av blokkene saman. Blokkene er kartlagt separat grunna ulike byggjeår og teknisk tilstand. Det er til saman kartlagt 35 einingar med eit bruttoareal på 93 001 m². Størstedelen av bygningsmassen ligg på Førde Sentralsjukehus og utgjer i overkant av 50 % av den kartlagde bygningsmassen.

Den gjennomsnittlige alderen for bygningsmassen er berekna til 31 år (arealvekta). Går ein

ut frå en normal forventet levetid på om lag 60 år (vanleg betraktningstid ved ny oppføring av offentlege formålsbygg), tilseier det at bygningsmassen i gjennomsnitt har passert halve si levealder. Men bygningsmasse som er godt vedlikehalde teknisk sett, kan ha betydeleg lengre levetid enn 60 år. Landsgjennomsnittleg alder for sjukehus er ca. 40 år. Alderen på bygningsmassen spenner frå 2 år (Nordfjord Psykiatrisenter C Blokk) til 75 år (NSH A Blokk).

Teknisk tilstand på bygningsmassen

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 utgjør 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.

Tilpassingsdyktigheit - fleksibilitet, generalitet og elastisitet.

Bygningsmassen har gode mulegheiter i forhold til ulik bruk av bygningane og i forhold til å endre planløsning.

Krav til energiøkonomisering

Helse Førde har vyar om å bli meir energieffektive og vil difor sjå på alternative framtidige energiforsyningar, gjennom delprosjekt for dei einskilde sjukehusa i dei næraste åra. Målet kan vere fleksible energiløysningar i alle nye offentlige sjukehusbygg og framtidsmål for 2020 kan vere å halvere energiforbruket.

Universell utforming

Det blir lagt til grunn krav om universell utforming der ein planlegg for alle. Universell utforming er definert som ”utforming og samansetning av ulike produkt og omgjevnader på ein slik måte at dei kan brukast av alle menneske, i så stor utstrekning som mogleg, utan behov for tilpassing og ein spesiell utforming.”

Nyare tids kulturminne – landsverneplan

Helse Førde har 50 % av sin eigedom relatert til tidstypisk vern knytt til Landsverneplanen. Forvaltningsplan er ei oppfølging av Landsverneplan for spesialisthelsetenesta og føresegner gitt i kgl. res. ”Overordna føresegner om forvaltning av statlege kulturhistoriske eigedomar”. Forskriftsendingar har vore på høyring første halvdel av 2011.

Vernet skal sikre bygningar, park/hageanlegg og deira innbyrdes samanheng og oppretthalde opphavleg materialbruk, vegetasjon/bepantning samt kulturhistoriske verdiar knytt til anlegget som heilskap. Park- /uteområde skal bevarast og forvaltast som ein heilskap og den visuelle og funksjonelle samanhengen med verna deler av sjukehusanlegget skal oppretthaldast.

4.2 Det regionale helseforetaket 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. 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 sjukehus tjenester, heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk, og arbeide kontinuerleg for å utvikle ein framtidretta kompetanseorganisasjon.

For at pasientane skal oppleve sjukehus tjenestene 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. Forebygging og rehabilitering er område som må styrkjast.

For å oppnå heilskapeleg 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 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 leggjast vekt på:

- 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 følge opp prioriteringsforskrifta og pasientrettane
- å vidareutvikle sjukehusstrukturen i tråd med den faglege og teknologiske utviklinga, rekrutteringa og den auka spesialiseringa i dei kirurgiske faga
- å utvikle lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen
- å få sterkare fagleg integrasjon i alle helseføretaka og meir fagleg samhandling mellom helseføretaka med mellom anna felles faglege retningslinjer
- 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*

Handtering av tilvisningar, 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 2011 vidareført fokuset på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Det blir m.a. vist til eit eige venteliste-prosjekt. Dette arbeidet vil halde fram også i 2012 og vidare framover.

Hovudfokus vil framleis vere på etablering av gode rutinar for handtering av tilvisningar, 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 skal den gjennomsnittlege ventetida skal reduserast i tråd med nasjonale styringssignal.

4.2.2.3 *Prioritering*

Rett prioritering i tråd med prioriteringsforskrifta er grunnlag for god pasientbehandling og god utnytting av ressursane. Det er utvikla nasjonale rettleiarar på dei fleste fagområda. Gode læringsprogram er utvikla/under utvikling i bruk av rettleiarane.

Helse Vest vil følgje opp:

- *Nye rettleiarar for prioritering:* Dei nye rettleiarane skal nyttast og sikre ei meir einskapleg praktisering av prioriteringsforskrifta.
- *Opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå:* For å skape eit einskapleg system med ei felles forståing for kriteria for prioritering, må dei som skal prioritere, få opplæring. Det må skapast ei felles forståing for hovudprinsippa i prioriteringsforskrifta som grunnlag for prioritering og utarbeiding av kliniske retningslinjer. Opplæring og trening bør skje på tvers av spesialitetar, avdelingar og helseføretak, slik at ein får innsikt i utfordringane til den enkelte, til fellesskapet samt utviklar ein felles kultur.
- *Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering:* Helse Vest erkjenner den sentrale rolla forholdet til primærhelsetenesta spelar for prioritering i sjukehus generelt og for å kunne skape handlingsrom spesielt. Primærhelsetenesta har òg ei heilt sentral rolle som portvakt.

- *Overvaking av forbruksratar i regionen:* Helse Vest har som mål å få på plass praktiske løysingar for å kunne overvake fordelinga av ratane for tenesteforbruket i regionen.
- Obligatoriske e-læringskurs i prioritering

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 2012.

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.
- Ta i bruk system for tidleg varsling av nye medisinske metodar.
- Lage 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.
- Heilskapleg plan for organisering og bruk av telemedisin og IKT.

Kunnskapssenteret har i samarbeid med mellom anna Helse Vest utvikla ein database, MedNytt, som gir oversikt over nye metodar og vurderingar av metodane. I samarbeid med Kunnskapssenteret, har Helse Vest utvikla ei metode for gjennomføring av mini-HTA (health technology assessment), eit støtteverktøy knytt til avgjerd om innføring av nye medisinske metodar. Verktøyet er utprøvd i Helse Stavanger og Helse Bergen, og er ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest. Helsebiblioteket gir elles helsepersonell enkel tilgang til

kunnskapsbasert helsefagleg informasjon. Det må leggjast til rette for aktiv bruk av desse verktøya i helseføretaka.

4.2.2.6 Pasientlogistikk og prosessbetring

Det er grunn til å vente at betre organisering med heilskapelege pasientforløp internt i dei einskilde sjukehusa kan gi betydelege gevinstar både kvalitativt og effektivitetsmessig. 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 det er etablert eit nettverk for erfaringsutveksling. Regional koordinering skal understøtte dette. Arbeidet er integrert i den regionale kvalitetssatsinga.

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:

- heilskapelege pasientforløp, forløpstenking og tilrettelegging for at den einskilde kan mestre eige liv i størst mogleg grad
- den venta veksten i behov må i størst mogleg 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

Dei utfordringane som samhandlingsreforma skisserer må takast på alvor. Med aukande tal eldre vil samfunnet sin økonomiske bæreevne bli utfordra kraftig dersom det ikkje blir teke grep for å redusere behovet for tenester og møte behova på nye og betre måtar.

Førebygging, forløpstenking med vekt på heilskapelege tenester på tvers av nivåa og insitament til å løyse og møte problema på lågaste effektive nivå, er sentrale verkemiddel for å møte utfordringane.

Helse Vest vil vidareutvikle tenestetilbodet i tråd med tenkinga i reforma.

Primærhelsetenesta spelar ei sentral rolle som premissleverandør for spesialisthelsetenesta. Helse Vest vil bidra til planmessig, forpliktande og veldefinert samhandling med primærhelsetenesta. Helse Vest vil framleis ha fokus på utvikling av gode modellar for samhandlinga og understøtte samhandlingsreforma. Arbeidet vil byggje vidare på erfaringar

frå løysingar utvikla i enkelte helseføretak, og i stor grad trekkje vekslar på både dei enkelte helseføretaka og representantar frå kommunane i det vidare arbeidet.

Helse Vest vil organisere regional kunnskapsdeling av erfaringar med vellykka, praktiske løysingar som pr i dag er under utvikling i enkelte helseføretak.

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

Samhandlingsreforma er ei retningsreform. I 2012 vil det vere særleg merksemd på å få på plass dei lovpålagte avtalane. Avtalane skal leggje gode rammer for samarbeid og samhandling til beste for pasientane.

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.

Det blei i 2008 vedteke ei nærare deling av oppgåver innan tre avgrensa område:

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

Helseføretaka skal innrette sin praksis i tråd med den funksjonsfordeling som følgjer av denne saka og det som tidlegare er lagt til grunn i den regionale kreftplanen.

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 vil bli sendt på høyring vår/sommar 2012.

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 spesialisthelsetenester til eldre

Arbeidet for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre held fram, særleg eldre med samansette lidingar 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

Kompetansen innan geriatri må styrkjast og Helse Vest set i verk egne 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.

4.2.2.10 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 er på høyring vinteren 2012, og 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.

4.2.2.11 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. Målet om 5 % dekningsgrad er enno ikkje nådd og det må framleis gjerast ein innsats på dette området. Dekningsgrad er likevel ikkje aleine eit godt nok mål på tenestene. Det er grunn til å nyansera målet om 5 % dekningsgrad av to grunnar. Behovet for tenester vil variera mellom ulike befolkningsområde. Til dømes har Helseregion Vest generelt eit lågare forbruk av tenester. Det kan også stillast spørsmål ved om 5 % dekning i spesialisthelsetenesta avspeglar ei god arbeidsdeling med kommunane ikkje minst med innføring av samhandlingsreforma. Ventetidsgarantien for barn og unge skal haldast.

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.

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.

4.2.2.12 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 tilvisning.

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.

4.2.2.13 Regional plan for rus

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

Det overordna målet er:

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

Planen tilrår følgjande overordna strategiar:

- Utvikle basistjenester i alle helseføretaksområda.
- Utvikle lokale avtaler om arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private 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 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 ny anskaffing er det lagt vekt på å få eit betre og meir framtidssretta behandlingstilbod, jf. også samhandlingsreforma m.m.

Den regionale planen skal reviderast når den nye stortingsmeldinga om rusmiddelpolitikk ligg føre.

4.2.2.14 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 samanhengande 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.

I tråd med den nasjonale strategien og den regionale planen er habiliterings- og rehabiliteringstenestene i regionen styrkt dei siste åra. I første rekkje er habiliterings- og rehabiliteringstenestene i helseføretaka styrkt, men det er også etablert fleire regionale funksjonar:

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 2012.

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 bygde 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 2012 vidareføre eit regionalt prosjekt for å få etablert felles rutinar innanfor radiologi på tvers av helseføretaka og dei private leverandørane av radiologitenester.

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.

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, fordelar av middel og utviklar av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen.

Det blir lagt vekt på

- å styrkje forskinga gjennom samarbeidsorganet med universiteta
- å styrkje forskinga særleg innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk, jf eigen strategiplan for forskning innan psykisk helse og utvikling av tilsvarende plan innan rusmisbruk
- å 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 gjennomført eit eige prosjekt for å styrkje helsefagleg forskning i regionen i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane og helseføretaka. Det er med bakgrunn i dette prosjektet laga eit eige program for helsefagleg forskning i regionen leia frå Høgskolen i Bergen med middel frå samarbeidsorganet med universiteta.

Helse Vest har i 2007 oppretta to kompetansesenter på forskningssvake område, det vil seie 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.

