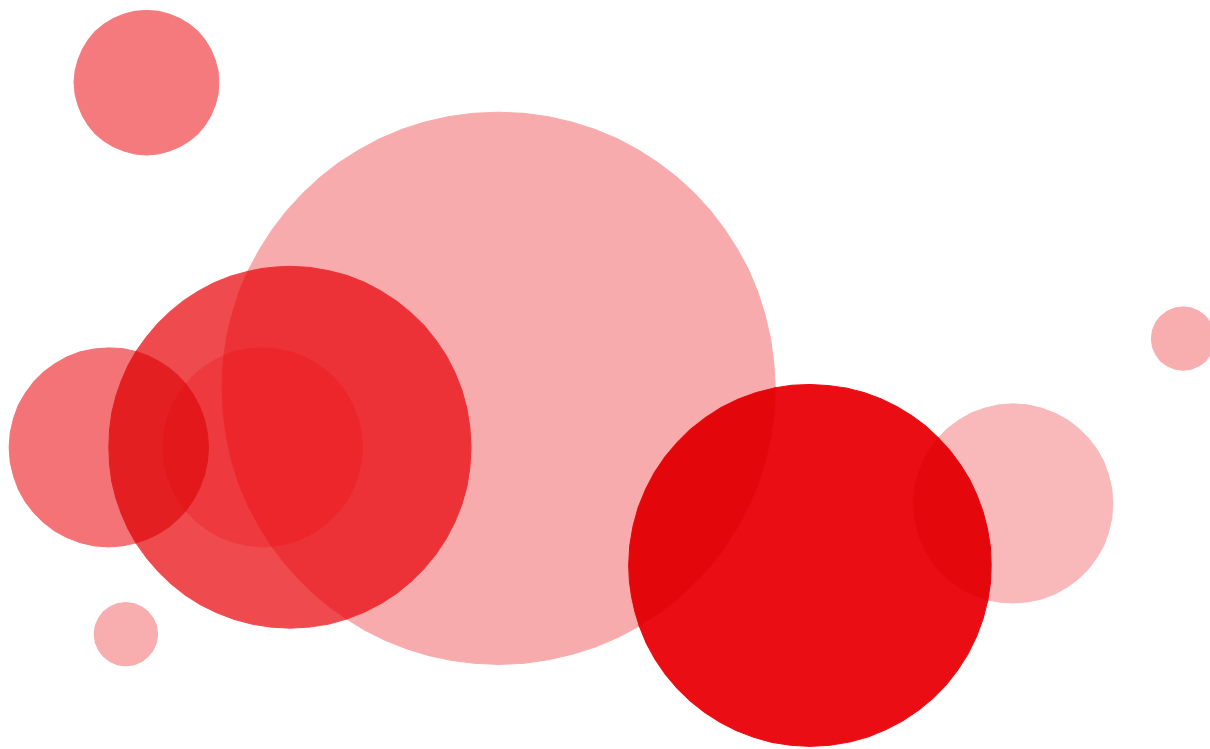


**Årleg melding 2013
for
Helse Vest RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**



Innhald

1.	Innleiing	3
1.1	Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag	3
1.2	Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2013	4
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013	5
2.1	Satsingsområde 2013	5
2.1.1	Tilgjenge og brukarorientering	5
2.1.2	Kvalitetsforbetring	6
2.1.3	Pasienttryggleik	8
2.1.4	System for å innføre nye metodar og ny teknologi	14
2.1.5	Samhandlingsreforma	14
2.1.6	Kreftbehandling	18
2.1.7	Behandling av hjerneslag	24
2.1.8	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling	24
2.1.9	Psykisk helsevern	26
2.1.10	Habilitering og rehabilitering	30
2.1.11	Behandling av kronisk utmattingssyndrom / myalgisk encefalopati	31
2.1.12	Fødselsomsorg	31
2.1.13	Barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og ann mishandling	32
2.1.14	Kjeveleddsdysfunksjon	33
2.1.15	Livsstilsrelaterte tilstander	33
2.1.16	Helseberedskap	36
2.2	Utdanning av helsepersonell	39
2.3	Forsking og innovasjon	52
2.3.1	Forsking	52
2.3.2	Innovasjon	55
2.4	Jf. tilleggskomiteen etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013)	56
2.4.1	Investeringar i IKT	56
2.4.2	System for å innføre nye metodar og ny teknologi	57
2.4.3	Helseberedskap	57
3.	Rapportering om krav i føretaksprotokoll	58
3.1	Resultatkrav og oppfølging for 2013	58
3.1.1	Resultatkrav 2013	58

3.1.2	Styring og oppfølging i 2013	60
3.1	Organisatoriske krav og rammer for 2013	63
3.1.1	Endringar i lov om helseføretak m.m.	63
3.1.2	Vidareutvikling av nasjonalt samarbeid	63
3.1.3	E-helse	63
3.1.4	Tiltak på personalområdet	64
3.1.5	Kartleggje omfanget av rapportering i spesialisthelsetenesta	74
3.1.6	Vurdere utvida opningstid for planlagd verksemd	74
3.1.7	Internkontroll, risikostyring og krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet	75
3.1.8	Eigarpolitikken til regjeringa	76
3.1.9	Kjøp av helsetenester frå ideelle institusjonar	77
3.1.10	Forenkla oppgjer for pasientreiser	77
3.1.11	Utvikling av nødmeldettenesta	78
3.1.12	Barn som tolk	78
3.1.13	Landsverneplan for helsesektoren – oppfølging av verneklasse 2	79
3.2	Andre styringskrav for 2013	79
3.2.1	Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)	79
3.2.2	Innføring av ny teknologi og nye metodar, vurdere rolla til LIS i system for innføring av ny teknologi	80
3.3	Andre aktuelle saker i 2013	81
3.3.1	Oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) – styrenes og ledelsenens ansvar for gjennomgang av virksomheten	81
4.	Plandokumentet til styret	83
4.1	Utviklingstrendar og rammevilkår	83
4.1.1	Utviklinga innanfor opptaksområdet	84
4.1.2	Økonomiske rammeføresetnadar	90
4.1.3	Personell og kompetanse	92
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringar	95
4.2	Strategiane og planane til det regionale helseføretaket	99
4.2.1	Overordna mål og strategiar – HELSE2020	99
4.2.2	Prioriterte helsefaglege utviklingsområde	100
4.2.3	Medisinske støttfunksjonar	108
4.2.4	Forsking	109
4.2.5	Utvikling av nye IKT-løysingar	110

1. Innleiing

1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag

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

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

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

Visjonen vår er:

Fremme helse og livskvalitet

Verdiane våre er:

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Våre mål:

Trygge og nære sjukehustenester

- Pasientane våre skal bli møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira.
- Pasientane våre skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet.
- Pasientane våre skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling.
- Pasientane våre skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar.
- Pasientane våre skal erfare at vi styrkjer arbeidet med førebygging og rehabilitering.

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk

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

Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon

- Medarbeidarane og leiarane våre tek ansvar og skaper gode resultat.
- Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass.
- Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på beste kunnskap.

- Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling.
- Vi styrker omdømmet vårt gjennom kloke val.»

1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2013

2013 var eit år med gode resultat i Helse Vest både når det gjeld kvalitet og økonomi. Føresetnadene ligg godt til rette for å vidareutvikle trygge og gode helsetenester på Vestlandet framover.

Helse Vest RHF har gjennom heile 2013 lagt vekt på å få ned talet på fristbrot og redusere ventetidene for behandling i spesialisthelsetenesta. I desember 2013 var talet på fristbrot nede i 2,5 prosent for behandla pasientar totalt i Helse Vest. Samla er det færre fristbrot ved utgangen av året enn ved starten av året. Utviklinga gjer at vi i 2014 er nærmare målet om at alle føretaka berre unntaksvis har fristbrot. Det er viktig for at pasientane skal få behandling til rett tid.

Helse Vest var i 2013 svært nær ved å nå målet om ei ventetid på maks 65 dagar i snitt for alle typar behandling. Den gjennomsnittlege ventetida for alle som fekk starta behandling i desember 2013, var 66 dagar (mot 71 for same perioden i 2012). Framover arbeider vi for at pasienten skal få time samtidig som han blir tilvist til sjukehuset.

Også i 2013 følgde Helse Vest opp arbeidet med å unngå korridorpasientar. Og det blei færre korridorpasientar i løpet av 2013. Tidleg i 2014 blei det òg sett i gang eit eige prosjekt som skal gjere rapporteringa om porridorpasientar meir eins i helseføretaka, og felles tiltak for å redusere talet på pasientar som ligg på korridor.

Helse Vest arbeider for at alle epikrisar skal bli sende frå sjukehuset innan sju dagar etter at pasienten er ferdig behandla. I desember 2013 blei dette målet nådd for 82 prosent av pasientane innanfor somatikk og 76 prosent av pasientane innanfor psykisk helsevern (mot 73 og 75 prosent i 2012). Målet at alle pasientar innan 2015 skal få epikrisen i handa når dei dreg frå sjukehuset.

Pasienttryggleik er eit av dei tre viktigaste innsatsområda for Helse Vest. I 2013 gjekk pasienttryggleiksprosjektet over i eit regionalt program for å sikre langsiktigheit og tyngde. Programmet skal gå til 2017. Alle føretaka i Helse Vest deltek, og det er etablert gode læringsnettverk og prosjekt. Leiinga i føretaka følgjer aktivt opp eigne resultat, mellom anna frå undersøkinga av pasienttryggleikskulturen i føretaka. Helse Vest har også utlyst eigne midlar for forskning på pasienttryggleik.

2013 var det andre året av Samhandlingsreforma. Alle helseføretaka, i samarbeid med kommunane, vurderer å utvikle ulike lokale desentraliserte samarbeidstiltak. Helse Vest utlyser og tildeler årleg samhandlingsmidlar for å støtte lokale samhandlingstiltak. Helseføretaka samarbeider med kommunane for å etablere døgntilbod om akutt hjelp i kommunane som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Mest halvparten av kommunane har oppretta døgntilbod om akutt hjelp. Utfordringa er at tilbodet så langt ikkje blir brukt nok, og dermed avlastar det sjukehusa berre i liten grad.

Helse Vest ligg heilt i front når det gjeld IKT. Mange av dei viktige systema for styring og støttelefunksjonar er godt etablerte og i robust drift, både system for fag – som felles elektronisk pasientjournal – og system innanfor økonomi og HR. I 2013 starta vi dessutan prosjektet «Alle møter». Det har som mål at planlegginga i sjukehusa og dialogen med pasientane skal bli betre, slik at fleire møter til timen på sjukehuset.

Når det gjeld den økonomiske situasjonen, viser resultatprognosen for 2013 eit overskot på 648,2 millionar kroner. Det er eit positivt avvik på 340,2 millionar kroner samanlikna med budsjettet. Alle helseføretaka gjekk i balanse eller betre.

Helseføretaka må som ein hovudregel styre og prioritere investeringane innanfor det overskotet dei greier å skape gjennom drifta. Det samla investeringsbeløpet for 2013 ligg an til å bli 1,397 milliardar kroner. Det økonomiske overskotet i Helse Vest går mellom anna til investeringar i bygningar, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og ambulansetøy. For å møte investeringsbehovet i spesialisthelsetenesta fram mot 2020 er det nødvendig med eit resultat på minimum 400 - 500 millionar kroner kvart år.

Fleire utfordringar vil vere i fokus i det vidare arbeidet til Helse Vest, og satsinga framover vil særleg dreie seg om dei høge måla Helse Vest har sett seg når det gjeld pasienttryggleik, kvalitet på tenestene, prosjektet «Alle møter» og den vidare systembygginga.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013

2.1 Satsingsområde 2013

2.1.1 Tilgjenge og brukarorientering

Mål 2013

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.

Det skal rapporterast på dette punktet i tabellrapportering for styringsparametrane.

- Resultat frå pasienterfaringsundersøkingar er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka og aktivt følgde opp.

Alle helseføretak offentliggjør resultata frå dei nasjonale pasienterfaringsundersøkingane (PasOpp) på nettsidene sine. Føretaka melder at resultata blir gjennomgått og følgde opp i organisasjonen. Ein arbeider med korleis lokale pasienterfaringsundersøkingar kan bli offentleggjorde.

Representantar for føretaka og frå dei private institusjonane med avtale med Helse Vest deltek i eit felles forum for brukarerfaringsundersøkingar. Eit spørjeskjema og eit elektronisk verktøy er utvikla for lokale pasienterfaringsundersøkingar. Det blir stilt IKT-ressursar til rådvelde.

- Pasientar som skal gjennom omfattande utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta, har fått utarbeidd ein behandlingsplan som blir dokumentert i journalen. Planen skal beskrive det planlagde pasientforløpet med tentative tidspunkt for dei ulike delane av forløpet. Planen skal vere eit arbeidsdokument for pasienten og behandlaren og blir revidert ved behov.

Dette er i hovudsak under implementering, men på langt nær fullført. Helseføretaka har òg kome ulikt langt i dette arbeidet. Det er stilt krav om denne typen plan for kreftpasientar i eit eige notat til helseføretaka om ventetider og fristbrot (behandla i direktørmøtet i Helse Vest i november 2012). Helseføretaka er bedne om å leggje notatet til grunn for arbeidet. Behandlingsplan er i størst grad utarbeidd for kreftpasientar og andre pasientgrupper det er utarbeidd pasientforløp for. Divisjonane i helseføretaka løyser dette på ulikt vis.

Helse Vest RHF vil framleis ha fokus på dette.

2.1.2 Kvalitetsforbetring

Mål 2013

- Helseføretaka har utarbeidd planar for å implementere sentrale anbefalingar i relevante nasjonale faglege retningslinjer.

Det er i liten grad utarbeidd eigne planar for implementering. Det er etablert rutinar som sikrar at nasjonale retningslinjer blir lagde fram for dei ulike fagmiljøa, som i stor grad er ansvarlege for implementeringa. Dei ulike fagområda arbeider kontinuerleg med å ta i bruk nasjonale faglege retningslinjer som ein del av fagansvaret og for å sikre kvaliteten på behandlinga. Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) har presentert og synleggjort alle sterke anbefalingar i Elektronisk Kvalitetshåndbok frå 1. juli 2013.

Område det er utarbeidd nasjonale retningslinjer for, er framleis avgrensa.

- Nasjonale medisinske kvalitetsregister leverer offentleg tilgjengelege årsrapportar baserte på ein felles mal.

Ein felles mal for alle etablerte kvalitetsregister er utarbeidd og teken i bruk av alle nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i Helse Vest.

- Det skal bli betre kvalitet i rapporteringa frå psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling til Norsk pasientregister.

Det er framleis behov for å betre kvaliteten på denne rapporteringa i alle helseføretaka. I ei tilbakemelding frå Norsk pasientregister er det særleg fire punkt som blir trekte fram som mangelfulle når det gjeld kvaliteten på rapporteringa: registrering av tilvisingsformalitet, registrering av lovgrunnlag, rapportering av utskrivingsklare pasientar og bruk av tvangsmidlar.

Innanfor psykisk helsevern blei prosjektet «Komplette og gode pasientdata i Helse Vest» avslutta i 2012. Målet var å betre datakvaliteten på pasientdata innanfor psykisk helsevern. Arbeidet med å betre datakvaliteten i psykisk helsevern har halde fram i ei arbeidsgruppe under felles EPJ.

Helseføretaka har sett i verk mange ulike tiltak for å betre kvaliteten på rapporteringa:

Helse Stavanger

- Det er kontinuerleg opplæring i korrekt registrering i DIPS.
- Det blir arrangert workshops for gjennomgang og korrigeringar for alle avdelingar etter kvar tertialvise tilbakemelding frå NPR.
- Det er etablert felles rutinar for heile divisjonen som skal følgjast dagleg, kvar veke og kvar månad.
- Kvar månad må alle einingar med for store avvik sende inn 20 DIPS- rapportar for gjennomgang og tilbakemelding.
- Rapportar per eining blir kvar veke tekne ut og sende til einingane for gjennomgang og tilbakemelding.

Helse Fonna

- Det er gjennomført ei samling i 2013 med alle vurderingseiningane innanfor TSB. Der blei internrevisjonsrapporten frå Helse Vest gjennomgått, og ein tok merknadane til etterretning.
- Kvaliteten på rapporteringa blir med jamne mellomrom teke opp som tema på TSB-møta.
- Kontorleiarane i klinikken gir opplæring i DIPS, slik at behandlarane legg inn / registrerer data korrekt.
- Tertiale NPR-tilbakemeldingar gjer det mogleg å rette opp feil og manglar i løpet av året og å ha auka fokus på det. Tilbakemeldingane frå NPR blir òg brukte til å gi tilbakemelding/opplæring til behandlarane.

Helse Bergen

Innanfor psykisk helsevern:

- DIPS-driftsutval: Representantar frå dei ulike klinikkane, faggruppene, EPJ-fagsenter og Helse Vest IKT har felles møte mellom seks og åtte gonger i året. Då tek dei opp ulike problemstillingar som spesifikt gjeld Divisjon psykisk helsevern.
- Dagpasientar: Det er utvikla ein ny rutine som skal sikre korrekt registrering av aktivitet og inntekter.
- Prosjekt «Takstregistrering i Divisjon psykisk helse»: Ein er i gang med å kartleggje og kvalitetssikre kva takstar som blir brukte, og i kor stort omfang dei blir brukte.
- Det blir gitt opplæring i vedtaksmodul i DIPS for sjukepleiarar.
- Superbrukarsamling: Ressurspersonar frå heile Divisjon psykisk helse har samling ein gong i månaden mellom anna for å sjå på datakvalitet, registreringspraksis, bruk av Nimes og andre aktuelle tema knytte til datakvalitet.
- Overvaking av ulike web-rapportar og tilbakemelding til aktuelle brukarar på kva dei må ordne opp i, mellom anna tertialrapporteringa frå NPR

- Deltaking i nasjonal arbeidsgruppe for å betre datakvalitet på registrering av tvang i psykisk helsevern (Helsedirektoratet og NPR)

Innanfor rusområdet er det, ut i frå føresetnadene, tilfredsstillande rapportering. Men oppsettet av DIPS er lite eigna for rapportering frå rusområdet. Det er ulike krav til oppsettet ut frå drift (interne krav) og styresmaktene (mellom anna NPR). Avdeling for rusmedisin har starta eit utgreiingsprosjekt for å finne ei løysing på problemet. Det er etablert ei prosjektgruppe der avdelinga samarbeider med Seksjon for e-helse og Seksjon for styringsdata i Helse Bergen, og dessutan med Helse Vest IKT, for å løyse utfordringane. Ein håpar å kunne oppnå ønskeleg kvalitet i rapporteringa i andre kvartal i 2014.

Helse Førde

Helseføretaket rapporterer i samsvar med gjeldande rutinar og krav.

- 100 prosent av epikrisane er sende ut innan sju dagar.

Det skal rapporterast på dette punktet i tabellrapportering for styringsparametrane

- Ingen korridorpatientar.

Det skal rapporterast på dette punktet i tabellrapportering for styringsparametrane

2.1.3 Pasienttryggleik

Mål 2013

- Alle sjukehus og helseføretak implementerer alle tiltakspakkane i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen «I trygge hender» og rapporterer eigne resultat.

Det ligg føre ein plan for å implementere tiltakspakkane i helseføretaka. Helseføretaka rapporterer eigne resultat. Det er ei regional organisering av tiltaka i kampanjen, der eit av helseføretaka er pådrivar for eit område, mens dei andre er deltakarar. Det blir sett av midlar til frikjøp av klinikarane i dette arbeidet.

Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013–2017 er vedteke av styret i Helse Vest. Det er etablert både styringsgruppe og programgruppe. Kampanjetiltaka blir vidareførte i programmet.

Helseføretaka rapporterer også følgjande:

Helse Stavanger

Føretaket har ein framdriftsplan for å spreie tiltakspakkane og følgje opp målingar og resultat. For områda fall, trykksår, urinvegsinfeksjonar (UVI) og sentralt venekateter (SVK) er implementeringsarbeida starta. Status for implementering blir rapportert i eige føretak, til Helse Vest RHF og til Kunnskapssenteret.

Helse Fonna

Føretaket gjennomfører no ein overgang frå pasienttryggleikskampanje til eit program med linjeforankring. Ansvar for dei forskjellige delane av dei nasjonale innsatsområda til Kunnskapssenteret blir fordelt til klinikkdirektørar og sentrale delar av føretaksadministrasjonen innanfor følgjande område:

- Trygg kirurgi
- Samstemming av legemiddel
- Førebygging av trykksår
- Førebygging av urinvegsinfeksjonar i samband med kateterbruk
- Førebygging av overdosedødsfall etter utskrivning frå rusinstitusjon/-avdeling
- Behandling av hjerneslag
- Førebygging av infeksjonar ved sentralt venekateter
- Førebygging av fall i helseinstitusjonar
- Førebygging av sjølv-mord i akuttpsykiatriske døgnavdelingar
- Leiing av pasienttryggleik
- Pasienttryggleikskulturmålingar
- Strukturert journalgjennomgang ved hjelp av Global Trigger Tool

Rapportering skjer nasjonalt ved hjelp av Kunnskapssentret sitt «Exstranet».

Helse Bergen

Føretaket er i rute når det gjeld den vedtekne planen. Dette blir kontinuerleg vurdert i samband med overgangen til regionalt program for pasienttryggleik. Mange tiltak er sette i verk, og fleire er planlagde i løpet av kort tid.

Nokre eksempel:

Augeavdelinga har implementert og bruker heile Trygg kirurgi med temperaturmåling, hårfjerning og sjekklister for å hindre infeksjonar. Avdelinga er òg i gang med «I pasientens fotspor» som ledd i Læringsnettverk for leiarar.

På Barneklubben er pilotprosjektet «Legemiddellister for barn» etablert. I samband med operasjonar er det innført trygg kirurgi / sjekklister, og på sengepost skal preoperativ sjekklister innførast.

Medisinsk avdeling har mellom anna prosjekt knytte til legemiddellister, venøse tilgangar og kateterinduserte urinvegsinfeksjonar.

På Nevroklubben er det sett i verk tiltak i samband med behandling av hjerneslag, trykksår og fall. Vidare er samstemming av legemiddellister og tiltak mot urinvegsinfeksjonar på veg. Nevroklubben har òg oppretta kvalitetsråd.

Ortopedisk klinikk har hatt fokus på fall med ein pilotsengepost, og var med på ein regional fallkonferanse. Fleire tiltak er under planlegging.

Voss sjukehus har sett i verk aktuelle tiltak innanfor Trygg kirurgi, slagbehandling og legemiddelsamstemming. Førebygging av fall er under planlegging.

Helse Førde

Helseføretaket arbeider systematisk og målretta med alle innsatsområda og tiltakspakkane i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen. Alle tre sjukehusa og institusjonane innanfor psykisk helse er involverte innanfor eit eller fleire aktuelle innsatsområde. Det er laga ein plan (2013/2014) for spreing av tiltaka.

Målingar blir gjennomførte etter kvar tiltakspakke, og data blir registrerte i extranett. Resultata blir i hovudsak nytta som grunnlag for forbetningsarbeid og oppfølging av dette lokalt på kvar eining. Det er òg rapportert resultat og framdrift til kvalitetsutvalet.

- Leiinga i helseføretaka set i verk tiltak for å følgje opp eigne resultat i kampanjen, kartlegginga av pasienttryggleikskultur, meldingar til Kunnskapssenteret og tilsynsrapportar.

Det er vedteke program for pasienttryggleik i Helse Vest for perioden 2013–2017. I Program for pasienttryggleik i Helse Vest er det lagt opp til rapportering på AD-nivå kvart tertial.

Helse Stavanger

Føretaket følgjer opp eigne resultat på dei ulike innsatsområda i kampanjen og set i verk tiltak der forbetring er nødvendig.

Resultata frå pasienttryggleikskulturmåling har berre vore tilgjengeleg på divisjonsnivå og er dermed i liten grad eigna til lokal oppfølging i avdelingane. Det vil bli endra ved ny måling i 2014.

Helse Fonna

Føretaket er i oppstartsfasen med å implementere «tavlemøte» på seksjonsnivå for resultatoppfølging ved innsatsområda til pasienttryggleikskampanjen. Pasienttryggleikskulturmålinga er brukt aktivt i organisasjonen som grunnlag for haldningsarbeid.

Helse Bergen

Den leiande staben i Helse Bergen var i møte med alle leiargruppene i føretaket i 2012 og har bidrege til at resultata har blitt trekte fram i arbeidet med å implementere forbetringstiltak i 2013. Dei fleste avdelingsvise leiargruppene har hatt oppfølging, og fleire deltok i den nasjonale leiarsamlinga om pasienttryggleik hausten 2013.

Helse Førde

Resultata frå GTT, kulturundersøkinga og frå ulike målingar på innsatsområda blir brukte til forbetningsarbeid lokalt på avdelings-/einingsnivå. Nokre slike tiltak er for eksempel arbeid med legemiddelhandtering, leiaropplæring og kulturbygging, innføring av kontinuerleg forbetring som arbeidsform på enkelte avdelingar og revidering av prosedyrar og rutinar.

- Helseføretaka har utarbeidd planar for opplæring i bruk av pasientadministrative system.

Helseføretaka i Helse Vest har hatt planar for opplæring i bruk av pasientadministrative system i mange år. Dei siste fem åra er det fokusert meir på regional samordning av opplæringsstrategi, planar og e-læring. Eit regionalt e-læringsteam (Helse Bergen) har eit regionalt ansvar for e-læringskurs. Det blir betalt lisens for DIPS e-læring frå DIPS ASA for alle føretak og institusjonar. Likevel er ein ikkje nøgd med løysinga for e-læring i regional læringsportal, og helseføretaka må derfor i stor grad basere seg på klasseroms- og auditoriumopplæring.

Program Klinisk IKT har i 2013 etablert ein felles opplæringsplan for DIPS som skal bli lagd til grunn i alle institusjonar. Denne regionale planen stadfestar at opplæring i DIPS PAS/EPJ er regionalt obligatorisk for alle tilsette som skal bruke DIPS PAS/EPJ. Nytilsette skal ha gjennomført opplæring før dei får starte med arbeid i DIPS. Alle leiarar med personalansvar for tilsette som bruker DIPS, skal ha opplæring i generell DIPS-funksjonalitet og ansvar for å følgje opp korleis eininga bruker DIPS. Det siste punktet er nytt, og det er basert på erfaringa frå prosjektet «Glemt av sykehuset» i Helse Sør-Øst.

Sjå òg Rapportering under punkt 5.7 *Intern kontroll, risikostyring og krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet* (Krav i føretaksprotokoll).

Andre tiltak i helseføretaka

Helse Stavanger

Planane for opplæring i bruk av pasientadministrative system omfattar mellom anna følgjande tiltak:

- Faste DIPS-kurs for turnuslegar
- E-læring – gjennomgang av nye e-læringskurs frå DIPS – slik at føretaket har oppdatert tilbod til ferievikarar
- Faste kursopplegg med e-læring og workshops i medisinsk koding for turnuskandidatar to gonger per år
- Kurs for andre helsepersonellgrupper ved behov
- EPJ-senteret til føretaket gir løpande rådgiving og service til primærbrukarane i DIPS-relaterte spørsmål

Helse Fonna

Helse Fonna har i 2013 hatt fokus på kompetansebygging i bruk av DIPS:

- E-læringskurs er gjorde tilgjengelege.
- Skriftlege prosedyrar for rett bruk/registrering er gjorde tilgjengelege på intranettet.
- Påbygging/repetisjon er gjennomført.

Det er behov for å arbeide betre med plan for opplæring av nytilsette.

Helse Bergen

Føretaket gjennomfører faste DIPS-kurs ein gong i månaden basert på sjølvutvikla eigentreningsprogram:

- Eigentreningsprogramma blir òg tilbydde som kurs i Læringsportalen for øving på eige hand.
- Føretaket har avtale med Universitetet i Bergen og Høgskulen i Bergen, slik at det blir gjennomført obligatorisk opplæring i DIPS før praksisperiodar for legestudentar, sjukepleiarstudentar og andre studentar.
- Føretaket har avtale med bemanningssenteret og arrangerer kurs i DIPS i samband med oppstart for nye turnuslegar to gonger i året.

Problemstillingar knytte til datakvalitet har vore tema på nivå 2- og nivå 3-møte og på eigne oppfølgingsmøte på avdelingane. Datakvalitet har vore eiga nyheitssak på intranett og har vore teke opp på eigne superbrukarsamlingar. Det er etablert eit nettverk av superbrukarar i DIPS som har jamlege møte for å byggje kompetanse og dele erfaringar. Dei fleste superbrukarane har om lag 20 prosent stilling for å ta hand om denne oppgåva. Dei har ansvar for å halde seg oppdaterte om aktuell informasjon, lære opp eigne tilsette, kontrollere datakvaliteten i si eiga eining og følgje opp interne rutinar i si eiga eining.

Det er òg utvikla tre web-rapportar for å kontrollere datakvaliteten. Desse rapportane speglar dei mest kritiske oppgåvene i DIPS:

1. Ikkje-signerte prøvesvar (røntgen-, laboratorie- og patologisvar)
2. Ikkje-godkjende brev og epikrisar (eldre enn 14 dagar gamle)
3. Ventande utan kontakt (opne tilvisingar utan planlagd kontakt)

Oversikta ligg på intranettet og viser talet på oppgåver og trendutvikling per avdeling. Her har ein teke utgangspunkt i prosjektet «Glemt av sykehuset», som Helse Sør-Øst har gjennomført.

I tillegg er det laga ei oversikt over kva rapportar avdelingane bør overvake, og kva rapportar som blir overvaka av Seksjon for e-helse.

For eksempel har føretaket fått utvikla ein rapport som dei bruker. Ved hjelp av rapporten kan rett fastlege registrerast før pasienten kjem til konsultasjon. Det er eit ledd i arbeidet med å redusere feilsending av epikrisar.

Helse Førde

To prosedyrar er laga for opplæring i DIPS.

- Det blir teken i bruk ein opplæringsplan i DIPS for nyttilsette, vikarar og studentar.
 - Opplæringa i DIPS består av klasseromsundervisning, trening ved pc og e-læring
 - Deltakarane er delte inn etter målgruppe og pensum.
- Nyttilsette, vikarar og studentar blir opplærte i å handtere elektronisk pasientjournal.
 - Det skal sikre at nyttilsette, vikarar og studentar har kunnskap nok til å jobbe elektronisk i pasientjournalen.

Organisasjonen har eit ope tilbod om opplæring frå ressursar i Fagsenteret. Delar av

opplæringa er / må bli obligatorisk for å sikre betre kvalitet på dataa i pasientsystemet.

Helse Førde jobbar kontinuerleg for å betre kvaliteten på den elektroniske opplæringa via Læringsportalen. Det gjeld i hovudsak DIPS.

- Helseføretaka legg på eigna måte ut informasjon om melde § 3-3-hendingar og om eigne resultat frå journalundersøkinga.

Det er plan for samtidig offentleggjering av GTT-tal i føretaksgruppa. Alle helseføretaka legg ut informasjon om melde § 3-3-hendingar.

Helse Stavanger

Føretaket publiserer § 3-3-meldingar på Internett. Det er utarbeidd rutinar for intern saksgang, mellom anna godkjenning før uønskete pasientrelaterte hendingar blir gjorde tilgjengelege på Internett. Publiseringa er à jour per desember 2013.

Journalgranskingsundersøkingar (GTT) blir utførte i tråd med nasjonale føringar. Det vil seie at føretaket granskar 240 tilfeldige journalar årleg. Resultata blir presenterte mellom anna for leiargruppa og styret, og dei blir publiserte på intranett og på heimesida til helseføretaket.

Helse Fonna

Helse Fonna starta hausten 2013 opp arbeidet med å etablere ein prosedyre for publisering av § 3-3-hendingar på www.helse-fonna.no. Dei første § 3-3-hendingane blei publiserte på nettsida i desember 2013.

Helse Bergen

Etter omlegginga av ordninga har ein ikkje funne det formålstenleg å leggje ut alle meldingar til Kunnskapssenteret, for meldingsmengda har auka sterkt. I staden vel ein ut meldingar anten fordi hendingane er alvorlege, eller fordi dei har særskild læringsverdi. Resultata frå journalundersøkingar blir lagde ut årleg i samarbeid med andre føretak i føretaksgruppa.

Helse Førde

Meldingar om uønskete hendingar ligg lett tilgjengelege på framsida til intranettsida til Helse Førde. Tilsette og leiarar får jamleg informasjon og tilbod om kurs og opplæring med fokus på å melde uønskete hendingar, inkludert § 3-3-hendingar.

Helse Førde offentleggjer òg § 3-3-hendingar på Internett/intranettet («Les og lær») når dei er ferdig sakshandsama, . Formålet er å lære av desse hendingane.

Resultata frå journalgranskningar blir informerte ut i klinikk/avdelingsråd og lagde ut på intranettet i eigna format.

2.1.4 System for å innføre nye metodar og ny teknologi

Mål 2013

- Etablere ein einskapleg og kunnskapsbasert praksis for å innføre nye metodar og ny teknologi i tråd med nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta

Helse Vest gav i 2013 Kompetansesenteret for klinisk forskning i Helse Bergen i oppdrag å etablere eit regionalt kompetansemiljø for metodevurderingar. Kompetansemiljøet skal mellom anna gi metodestøtte og støtte til praktisk gjennomføring av minimetodevurderingar i helseføretaka. I tillegg har Helse Bergen og Helse Stavanger etablert støttegrupper med nødvendig kompetanse for gjennomføring i egne føretak.

Helseføretaka i Helse Vest vil bidra med medisinskfagleg kompetanse i gjennomføringa av nasjonale metodevurderingar (hurtige og fullstendige), og helseføretaka vil gjennomføre egne minimetodevurderingar før medisinsk utstyr og prosedyrar blir innførte.

- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Vest RHF og i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta etablert dei regionale helseføretaka sine bestillarforum for metodevurderingar. Dei skal løftast til nasjonalt nivå innan 15. januar.

Dette er gjennomført, og Bestillarforum RHF blei etablert i 2013. Bestillarforum RHF består av fagdirektørane i kvart RHF og Helsedirektoratet, med Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk som observatørar. Bestillarforum RHF skal ha møte kvar månad for å prioritere mellom forslaga til metodevurderingar som er komne inn. Sekretariatet for Bestillarforum RHF ligg i Helsedirektoratet, og sekretariatet tek imot og koordinerer bestillingane.

- Dei nasjonale helseføretaka har delteke i den nasjonale arbeidsgruppa for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetenesta.

Helse Vest har delteke og bidrege i den nasjonale arbeidsgruppa for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta.

2.1.5 Samhandlingsreforma

Mål 2013

- Det er utarbeidd planar for desentralisering av spesialisthelsetenester i dialog med kommunane.

I alle føretaksområde blir det i samarbeid med kommunane vurdert å utvikle ulike lokale desentraliserte samarbeidstiltak der det er formålstenleg og i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma. Helse Vest RHF lyser ut og tildeler årleg samhandlingsmidlar for å støtte lokale samhandlingstiltak.

Helse Stavanger

Føretaket er representert i ei styringsgruppe for etablering av Stavanger lokalmedisinske senter der utvikling av eit interkommunalt rehabiliteringssenter har vore tema. Det er etablert ein plangruppe der representantar frå helseføretaket deltek saman med representantar frå nabokommunar. Mandatet til gruppa er å kartlegge behov og dimensjonere tilbod, fagleg innhald og samarbeidsområde. Delar av funksjonane for Stavanger lokalmedisinske senter, for eksempel frisklivssentralen, flytta i desember 2013 inn i lokale i Gamle Stavanger sykehus. Den offisielle opninga finner sted i januar 2014.

Helse Fonna

Utvikling av lærings- og meistringstilbod (LMS) i samarbeid med kommunane har vore eit satsingsområde i 2013. Det er etablert eit fagleg nettverk for tenesta som har kartlagt aktiviteten i regionen, og som skal utforme ein handlingsplan for oppgåvedeling og utvikling av LMS-tilbod.

Føretaket har, saman med praksiskonsulentane, diskutert løysingar for desentralisering av spesialisthelsetenester for aktuelle område.

Helse Bergen

Det er i eit samarbeidsprosjekt med Fjell kommune bestemt å utvide kapasiteten ved dialysesatellitten på Fjell frå fem til ti pasientar hausten 2013. I samarbeidsprosjekt med Kvam kommune er det etablert to dialysemaskinar i Kvam hausten 2013. Helse Bergen planlegg vidare å etablere fem dialysemaskinar i helsehuset i Nordhordland frå 2016.

Helse Førde

Utviklingsprosjektet «Framtidas lokalsjukehus» ved Nordfjord sjukehus blei avslutta i mars 2013. Sluttrapporten til prosjektet inneheld informasjon om framlegg til framtidige desentraliserte spesialisthelsetenester for Nordfjord, basert på følgjeforskning om pasientgrunnlag. Prosjektet omfatta både somatiske og psykiatriske spesialisthelsetenester. Kommunane i Nordfjord hadde høve til å komme med innspel i heile prosessen. Dei deltok i alle etablerte forum i prosjektet, og det var i tillegg jamleg eigne møte med fastlegane, den kommunale helse- og sosialleiinga og leiinga/politikarane elles. Styret for Helse Førde HF har undervegs i prosessen vedteke store delar av dei tenestene som blei føreslegne, og iverksetjinga av framlegga har gått for seg i heile 2013.

Også når det gjeld Indre Sogn, er det klargjort kva for desentraliserte spesialisthelsetenester Helse Førde har og tek sikte på å ha. Det har vore kommunikasjon med kommunane om dette. Dette er mellom anna knytt opp mot prosjektet Sogn lokalmedisinske senter.

Det er òg i gang eit arbeid med å avklare dei desentraliserte spesialisthelsetenestene i Florø. Det skjer i nær dialog med representantar frå kommunen i eit eige prosjekt.

For andre delar av fylket vil det i hovudsak vere sjukehuset i Førde som har lokalsjukehusfunksjonen.

For Sunnfjord / Ytre Sogn er arbeidet godt i gang, og her ventar ein på ei avgjerd om lokalisering av lokalmedisinsk senter.

- Helseføretaka samarbeider med kommunane om å etablere døgntilbod om akutthjelp i kommunane som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Dei regionale helseføretaka har gjort sitt til at nye døgntilbod om akutthjelp i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehusa. Les meir i Helsedirektoratet si rettleiing om kommunane si plikt til døgntilbod om akutthjelp.

Helseføretaka samarbeider med kommunane om å etablere døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane, som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Det regionale helseføretaket har gjort sitt til at nye døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehuset.

Helse Vest har etablert eit regionalt prosjekt der alle viktige problemstillingar blir drøfta og utkast til avtalar mellom helseføretaka og kommunane kvalitetssikra. Det gjeld òg avtalen om døgntilbod for øyeblikkelig hjelp i kommunane. Helseføretaka skal ikkje gå inn på avtalar som ikkje sikrar god nok kvalitet på tilbodet eller reelt sett kan avlaste sjukehuset. Det gjeld mellom anna krav til kompetanse, utstyr og responstid for lege.

Når tilbodet er oppretta, er det kommunen som har ansvar for at det er forsvarleg. Helseføretaka må bidra med råd og rettleiing, og gjennom samarbeidsorgana som er oppretta, må bruken av plassane følgjast og tiltak setjast i verk for å sikre eit godt tilbod som kan komme i staden for innlegging i sjukehus.

Nesten halvparten av kommunane har oppretta døgntilbod om øyeblikkelig hjelp. Utfordringa er at tilbodet ikkje blir brukt nok, og at det i liten grad avlastar sjukehusa så langt.

- Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetenester bør samlokalisrast med det nye kommunale tilbodet.

Alle helseføretaka har gjort slike vurderingar.

Helse Stavanger

Helseføretaket har vore i dialog med Klepp kommune for å vurdere om det er mogleg / behov for å desentralisere dialysetenester til Klepp helsesenter framfor i spesialisthelsetenesta.

Bruken av telekommunikasjon med videooverføring for rettleiing og støtte frå spesialisthelsetenesta har òg vore vurdert, utan at kommunen fann at det vil gi nokon meirverdi samanlikna med ei telefonkonferanseløysing. Helseføretaket er i dialog med Strand kommune om bruk av telekommunikasjon i samband med planane om å etablere kommunale ø-hjelpsenger.

I dialogen med Stavanger kommune om å etablere eit lokalmedisinsk senter har behovet for / ønsket om å knyte til seg spesialistar vore eit tema.

Helse Fonna

Samlokalisering blir vurdert som alternativ i etableringa av kommunale ØH-døgntilbod i fleire av sjukehusområda. Odda sjukehus og dei omliggjande kommunane har alt i gang eit samarbeid, og dei har utforma ein eigen avtale om leige av personell, utstyr og lokale.

Helse Bergen

Desentraliserte spesialisthelsetenester vil bli samlokaliserte i lokalmedisinske senter, vanlegvis saman med ØH-sengene.

Helse Førde

Det er etablert samlokaliserte tenester i Nordfjord, og tilsvarande blir vurdert i Sogn (Indre Sogn). For Sunnfjord / Ytre Sogn vurderer ein alternativ som eige bygg ved sjukehuset eller ei rein kommunal løysing knytt til Førde helsetun med Førde som vertskommune.

- Det er sikra at ordninga med betaling for utskrivingsklare pasientar ikkje har endra vurderinga av når ein pasient er utskrivingsklar.

Problemstillinga er drøfta i det regionale prosjektet, i samarbeidsorgana mellom helseføretaka og kommunane og i det nasjonale nettverket knytt til oppfølging av samhandlingsreforma.

Fleire kommunar har meldt at dei opplever at pasientar blir tidlegare skrivne ut. Kommunane tek imot utskrivingsklare pasientar tidlegare i tråd med reforma, og dei har fått overført midlar til det. Det går derfor kortare tid frå pasienten er utskrivingsklar, til utskriving faktisk skjer. Det vil seie at fleire pasientar er og blir opplevd som dårlegare når dei blir skrivne ut no, enn om dei hadde lege fleire dagar som utskrivingsklare på sjukehuset.

Det er likevel ikkje grunnlag for å seie at vurderinga av når ein pasient er utskrivingsklar, er endra. I forskrifta og avtalane om utskriving mellom helseføretaka og kommunane er det no fleire prosedyrekrav som må oppfyllest før pasienten kan få status som utskrivingsklar.

Det er likevel viktig å følgje med og overvake at pasientane får eit forsvarleg tilbod, både i spesialisthelsetenesta og i kommunane.

Helseføretaka melder om at det er dei medisinsk faglege vurderingane som ligg til grunn for vurderinga om når pasienten er utskrivingsklar.

Helse Stavanger

Helseføretaket har saman med kommunane etablert ei felles analysegruppe for å følge utviklinga etter innføringa av samhandlingsreforma. Analysegruppa har kartlagt om den nye betalingsordninga for utskrivingsklare pasientar medførte at pasientane blei melde utskrivingsklare frå sjukehuset tidligare enn før.

Analysane viser at behandlingstida i føretaket – før pasienten blei meld utskrivingsklar – i 2012 var uendra frå tidlegare år. I 2013 er behandlingstida noko redusert (til gjennomsnittleg om lag to døgn). Det kan ha samanheng med at samarbeidet mellom føretaket og kommunane er styrkt, at pasientforløpa er blitt smidigare, og at føretaket har tillit til at kommunane har den nødvendige kompetanse for å vareta pasientane etter utskriving. Trass i kortare behandlingstid før pasienten blir meld utskrivingsklar, har reinnleggingstalet lege stabilt på om lag 7 prosent dei siste fire åra.

Helse Fonna

Forskrift for utskrivingsklare pasientar ligg til grunn for samarbeidsavtalen mellom kommunane og føretaket. I føretaksrutinane, oppfølging i praksis og opplæring av personell er det lagt vekt på å følge definisjonen i forskrifta. Den slår fast at medisinsk vurdering skal leggjast til grunn når ein skal vurdere om pasienten er utskrivingsklar.

Helse Bergen

Avgjerda om å vurdere pasienten som utskrivingsklar, blir gjort på bakgrunn av medisinsk-faglege vurderingar på same måte som tidlegare. Temaet har blitt teke opp i ulike legegropper, og tilbakemeldingane er at endringa i betalingsreglane ikkje har ført til endra praksis.

Helse Førde

Gjennom arbeid med eige prosjekt (betre praksis for utskriving av pasientar), intern oppfølging / utarbeiding av rutinar og i fellessamling med kommunane er det forsøkt sikra at legar i helseføretaket vurderingar ut frå dei same kriteria som tidlegare. Det er ikkje registrert fleire klagar eller meldingar frå kommunane som tyder på at praksisen er endra.

2.1.6 Kreftbehandling

Mål 2013

- Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utgreinga og redusere flaskehalsane i forløpa for kreftpasientar.

Helse Vest RHF har utarbeidd eit detaljert notat med tiltak for å redusere ventetidene, få vekk fristbrot og nå målet om 20-dagarsregelen. Notatet gir klare føringar for korleis

utgreiingsforløpa skal forbeholdast. Helseføretaka er bedne om å leggje notatet til grunn for arbeidet. Dei melder om at det blir gjort.

Det er sett i gang / gjennomført mange tiltak i helseføretaka for å sikre dette.

Helse Stavanger

Det varierer i kva grad dei ulike forløpa er skriftleg dokumenterte. Følgjande kreftforløp er skriftleg dokumenterte per desember 2013:

- Kreft hos barn, gynekologisk kreft, prostatakreft, nyrekreft, blærekreft, hjernesvulst, brystkreft, colorectal cancer, cancer thyreoidea (skjoldbrukskjertelen – delforløp)

Forløp som er under revisjon/utarbeiding:

- Kreft hos pasientar innan øyre/nase/hals, lungekreft, endetarmskreft

Det blir etablert rapporteringssystem for kreftforløp (DIPS-rapportar og regionale løysingar). Eit nytt tiltak i 2013 er at kreftforløp blir registrerte i DIPS. Det gir betre oversikt og enklare rapportering. Vidare er det sett i gang eit prosjekt for å kartleggje potensielle flaskehalsar i behandlingsforløpa.

Det er etablert ei ordning med eigne kreftkoordinatorar innanfor nedre gastro og urologi og i Kvinneklinikken. Koordineringa for andre kreftformer blir teke i vare i form av koordinerande funksjon i deltidstillingar.

Utgreiingskapasiteten innanfor radiologi er framleis ein flaskehals. Det er betre kapasitet på MR etter at opningstidene blei utvida, men det er framleis utfordringar, spesielt på CT. Det er sett i gang ekstraordinær aktivitet hausten 2013 for å redusere ventetida.

Nukleærmedisin starta med ekstraordinær aktivitet i april 2013, noko som vil gi auka kapasitet for preoperativ skjelettscintigrafi før prostataoperasjonar.

Ein arbeider med følgjande tiltak for å løyse kapasitetsutfordringane:

- Kreftkoordinatorar for fleire grupper kan booke undersøkingar direkte.
- Radiologisk avdeling øyremerkjer timar på CT/MR for pasientar med colorectal cancer og har sett av eigne timer for CT-rettleia biopsi for lungekreftpasientar. Vidare lét avdelinga det stå nokre «ledige timer» til andre vanlege kreftundersøkingar.
- Ein avtale om preoperativ kardiologisk vurdering for fleire kreftpasientgrupper er formalisert.
- Kapasiteten er utvida i radiologisk avdeling. I det vedtekne budsjettet for Helse Stavanger for 2014 er det sett av eigne midlar for å løyse kapasitetsutfordringane i radiologi.

Avdeling for patologi har kapasitetsutfordringar både når det gjeld areal, utstyr og personell (legar, bioingeniørar, molekylærbiologar og støttepersonell).

Dei fleste prøvar som kjem til avdelinga og er merkte cito/prior/kreftforløp, blir prioriterte, og dei svarer ein på innan fem-sju arbeidsdagar. Det fører til at vanlege rutineprøvar blir lågare prioritert. Blant desse kan det òg vere prøvar med kreft.

Avdeling for patologi vil få nye areal og nytt utstyr for å effektivisere drifta. Elektronisk rekvisisjon og svar-funksjon vil bli etablert. Auka bemanning og oppgåvefordeling vil bli vurdert.

Helse Fonna

Helse Fonna greier ut ei rekkje krefttilstandar innanfor medisinske fag, for eksempel blodkreft, lungekreft og kreft i sentralnervesystemet. Voluma innanfor kirurgisk kreftbehandling i Helse Fonna er brystkreft, tjukk- og endetarmskreft og hudkreft. Eit notat frå Helse Vest RHF om ventetider og fristbrot er lagt til grunn i arbeidet med desse saksområda. Dei aller fleste pasientar med mistenkt kreft blir tekne hand om innanfor 20-dagarsregelen.

Det har i 2013 vore fokus på at mottak og skanning av tilvisingar er i tråd med det regionale notatet om skanning innan 24 timar. Per oktober 2013 var føretaket à jour med dette.

Når det gjeld utgreiing, har mammografi (røntgen av bryst) i periodar hatt for liten kapasitet. Utfordringa er først og fremst å ha nok røntgenlegar tilgjengeleg. Talet på pasientar til denne undersøkinga er tredobla etter at føretaket tok over for privat røntgeninstitutt hausten 2012. Sjølv om det er fast kveldspoliklinikk, har det likevel vore fristbrot og brot på 20-dagarsregelen i 2013 på grunn av venting på mammografi.

Det er starta prosjekt med å innføre talegjenkjenning for patologar og bioingeniørar. Ein har tru på at det vil frigjere ressursar frå skrivning som kan nyttast til å få betre flyt og effektivitet i mottaka og til å behandle preparat.

Koordinatorordninga på felte gastrokirurgi, brystkirurgi, øyre-nase-hals, lunge, hematologi og nevrologi er godt innarbeidd. Tilvisingar blir vurderte fortløpande, og ventelistene blir følgde opp kontinuerleg. Koordinatoren følgjer opp forløpa frå tilvisinga blir motteken, og har spesielt fokus på flaskehalsar.

Helse Bergen

Føretaket har mange tiltak på dei ulike avdelingane:

På Avdeling for kreftbehandling er timetildelinga kvalitetssikra og betra. Stråleterapien er meir effektiv. Trass i ferieavvikling var fire strålemaskiner i drift gjennom heile sommaren, og for første gong var det ikkje aukande ventetid på strålebehandling. Poliklinikkfleksibilitet er betra ved auke av legeressursar når det er større timebehov.

Klinikk for hovud-hals har hatt samarbeidsmøte med føretaka i regionen for å bli einige om pasientforløpa. Det er lagt inn nye diagnosegrupper for pasientar frå andre føretak enn Helse Bergen. Desse er tatt i bruk, og det forenkla måling av kvalitetsparametrane i 20-dagarforløpet. Det er oppretta ein eigen «krefttelefon», som ein lege har ansvar for. Ein sekretær er utnemnd som pasientadministrativ koordinator, og det er oppretta eit eige faksnummer for å korte ned tida som blir brukt til å få nok informasjon. Arbeidsfordelinga er avklart, og pasientane vil få ein eigen kontaktperson.

På Kvinneklubben er pasientforløpa kjende, og dei ulike undersøkingane er bestilte på førehand og samordna slik at operativ og/eller medisinsk behandling kan setjast i verk. Ved uventa kompliserte forløp blir det laga individuelle forløp. Det er òg etablert faste timar for undersøkingar ved Radiologisk avdeling.

På Lungeavdelinga er eit pilotprosjekt for kortare utgreiingstid for lungekreft avslutta, og resultatane viser at > 80 prosent av pasientane i pilotfasen er blitt utgreidde og har fått behandlinga starta innan 20 dagar. No opnar avdelinga for at alle pasientar med mistanke om lungekreft kjem direkte same dagen, eller dagen etter, til tumorpoliklinikken på Lungeavdelinga. Lungekirurgi og CT-rettleidd biopsi er framleis flaskehalsar som det blir arbeidd med på tvers av avdelingane.

Skopiar kan vere ein flaskehals. Voss sjukehus (VS) har auka kapasiteten på dette området og har gastroskopert fleire enn nokon gong på eit år. VS skal òg i større grad bidra i behandlingstilbodet til cancer colon-pasientane (tarmkreft) i Helse Bergen. Vidare har Voss sjukehus sett i gang eit prosjekt for å auke driftstida på MR. Det vil gjere det mogleg å utføre fleire cancerkontrollar. VS har òg fått ny lungelege og har starta opp igjen med bronkoskopiar. Ved somatisk poliklinikk gjekk talet på endoskopiar kraftig opp i 2013.

Ved Kirurgisk klinikk er den største utfordringa MR-kapasitet til utgreiing av prostatacancer. Helse Bergen har fått éi ny MR-maskin i 2012 og får to nye MR-maskiner i 2014.

Ved Barneklubben er det i praksis inga ventetid for pasientar med mistanke om kreft. Pasientane blir innlagde som ØH frå 1. linja. Tilsvarende blir pasientane flytta over til Barneklubben utan ventetid frå andre barneavdelingar i Helse Vest. Det same prinsippet gjeld for polikliniske tilvisingar. Klubben leverer på pasientforløp og ventetid og det er gitt opplæring i ny registreringspraksis. Opplæring av barneonkologar er gjennomført.

Føretaket har utvida kapasiteten på PET i 2013, og den vil bli ytterlegare utvida i 2014. CT-kapasiteten er utvida med éi maskin (per desember 2013).

Helse Førde

Helse Førde har hatt ei eiga stilling for kreftkoordinator frå desember 2012. Kreftkoordinatoren er med å koordinere utgreiinga og har kontakt med andre sjukehus som er involverte i utgreiinga og behandlinga. Det er innført prioritetskode «kreftforløp20» for merking og prioritet, og ein har starta opp med tverrfaglege møte for GI cancer og urologisk cancer i 2013.

- 80 prosent av kreftpasientane har forløp innanfor anbefalte forløpstider:
 - 5 arbeidsdagar frå mottaken tilvising til tilvisinga er vurdert.
 - 10 arbeidsdagar frå mottaken tilvising til utgreiing er påbegynt.
 - 20 arbeidsdagar frå mottaken tilvising til behandling er starta.

- Det er sett i verk tiltak for å betre informasjonen til kreftpasientar og koordinere pasientforløpa, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorar.

Det er sett i verk ulike former for informasjonstiltak ved alle helseføretaka. Det er oppretta kreftkoordinator i mange einingar, og det er aukande bruk av kreftkoordinator for å betre informasjon og koordinering.

- Det er bygd opp robuste fagmiljø med auka kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.

Helse Vest RHF har fått ekstra tilskot både i 2012 og 2013 for å redusere ventetida for denne pasientgruppa. Midlane er fordelte til Helse Stavanger og Helse Bergen basert på aktivitet og aktivitetsauke.

Helse Stavanger

Helseføretaket har ikkje ventetid utover den ventetida frå kreftbehandling til rekonstruksjon som er nødvendig ved enkelte behandlingsformer. Føretaket har gitt tilbod til Helse Bergen om å nyttiggjere seg av behandlingsskapasiteten i Helse Stavanger. Føretaket tek imot enkelte gjestepasientar frå Helse Sør-Øst. Den noverande kapasiteten blir vidareført i 2014.

Helse Fonna

Føretaket er framleis avhengig av eit nært og godt samarbeid med det plastikkirurgiske fagmiljøet i Helse Bergen og Helse Stavanger. Etter at rekonstruksjon av bryst, både primært og sekundært, har fått stort fokus, har utviklinga innanfor faget også medført endra teknikkar. Kirurgisk klinikk ønskjer å tilsetje ein plastikkirurg og å vidareutdanne brystkirurgen i 2014. Eit godt samarbeid mellom brystkirurgen og plastikkirurgen vil leggje til rette for eit optimalt behandlingstilbod, og i tillegg blir fagmiljøet meir robust.

Helse Bergen

Det blir gjennomført stadig fleire primære rekonstruksjonar av bryst, og det er bygd opp eit robust fagmiljø.

Helse Førde

Ved kirurgisk avdeling er nyleg den første primære rekonstruksjonen i samband med ablatio mammae gjennomført. Helse Førde vil sørge for å ha eit slik tilbod framover.

- Det er etablert fleire tilbod for pasientopplæring, likemannsarbeid og meistring, mellom anna Pusterommet og Vardesenteret.

Spesielt Helse Bergen har etablert mange ulike tiltak. Tiltaka blir i aukande grad innførte i dei andre helseføretaka òg.

Helse Stavanger

I Helse Stavanger er pasientopplæringa i aukande grad ein del av den ordinære pasientbehandlinga. Lærings- og meistringssenteret har lærings- og meistringstilbod til mange kronikargrupper.

Helseføretaket skal i samarbeid med Kreftforeninga etablere Vardesenteret i Helse Stavanger. Det skal etter planen stå ferdig i mai 2014. Vardesenteret er eit supplement til den medisinske behandlinga og bidreg til eit meir heilskapleg pasientforløp, med tilbod innanfor rehabilitering, meistring (mellom anna fysisk aktivitet og ernæring) og psykososial støtte, som er satsingsområda til senteret. Kreftramma skal kunne få informasjon, støtte og rettleiing, dei skal få ta del i aktivitetar, møte andre i same situasjon eller bare ha ein stad å kvile og finne ro. Aktivitetane på Vardesenteret vil vere i regi av Kreftforeninga eller helseføretaket i samarbeid med pasientforeiningane.

Helse Fonna

Det er ikkje etablert tilbod som Pusterommet eller Vardesenteret i Helse Fonna. Pasientopplæring er ein naturleg del av pasientforløpa i føretaket. Pasientane får ei individuelt tilpassa opplæring i samband med sjukdommen. Kirurgisk klinikk planlegg å etablere pasientundervising/-opplæring med relevante tema for pasientar med dei kreftsjukdommane klinikken behandlar. Føretaket formidlar informasjon om tilbod frå mellom anna Kreftforeninga, Montebellosenteret og NORILCO i tillegg til kontakt med ressurspersonar i kommunane.

Helse Bergen

Lærings- og meistringssenteret og Pusterommet er i drift. Det er dialog med kreftforeninga om å opprette eit vardesenter. Eksempel frå einingar i Helse Bergen:

På Barneklubben får kreftsjuke barn og familiane deira gjennom Barneprogrammet tilbod om musikkterapi og klovnebesøk i avdelinga. Elles er det tilbod om leiketerapi, og det er etablert «Pustehol» for pårørande på tvers av diagnosen til barnet. Lærings- og meistringssenteret (LMS) gir lokale undervisingstilbod til store pasientgrupper (for eksempel pasientar med nyoppdaga diabetes og lungesjuka).

Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk har pasientopplæring, likemannsarbeid, meistring og Pusterom i full drift. Eit vardesenter er i etableringsfasen, og avdelinga har ein representant i dette arbeidet. Føretaket er svært merksam på dette og er i ferd med å frigi aktuelle lokale. Det er stor aktivitet innanfor tidleg rehabilitering av kreftpasientar.

Klinikk for hovud-hals har etablert kontakt med pasientorganisasjonane. Kreftkoordinerande sjukpleiar vil få oppgåva med å informere om pusteromma og vardesentera. Det er kontakt med pasientorganisasjonane, og arbeidet vil bli vidareført.

På Kvinneklubben vil Seksjon for gynekologisk kreft i samarbeid med Høgskulen i Bergen, Kreftforeninga og Grieg Foundation i 2013/14 avslutte eit forskingsprosjekt om rehabilitering av kreftpasientar. Det handlar mellom anna om både meistring og opplæring. Seksjon for gynekologisk kreft har eit nært samarbeid med Kreftforeninga med utgangspunkt i likemannsarbeid.

Lungeavdelinga og Kirurgisk klinikk tilbyr kurs for pasientar og pårørande. Kursa blir arrangerte i samarbeid med Lærings- og meistringssenteret i Helse Bergen.

Voss sjukehus (VS) har dei siste åra etablert fleire tilbod for pasientopplæring, likemannsarbeid og meistring. VS legg no ned LMS og overfører ansvar for delar av pasientopplæringa til kommunane. Sjukehuset bidreg med kompetanseoverføring og vil bidra inn i dei kommunale tilboda som blir etablerte. Foreløpig har kommunane ikkje nytta dette tilbodet. VS vil framleis drive pasientopplæring på sjukehuset og vil i større grad støtte seg på LMS i Bergen.

Helse Førde

Tilbod om hjarterehabilitering blir gjennomført ved opplæring og har som mål at pasienten skal mestre sin eigen situasjon i kvardagen.

Likemannsarbeid har vore gjennomført i lang tid og vil halde fram som tidlegare. Det gjeld mellom anna pasientar med brystkreft.

2.1.7 Behandling av hjerneslag

Mål 2013

- 20 prosent av pasientane med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.

Det skal rapporterast på dette punktet i tabellrapportering for styringsparametrane.

2.1.8 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling

Mål 2013

- Det er behov for å gå gjennom den samlede kapasiteten innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og det bør vurderast om det er behov for å auke kapasiteten på feltet ytterlegare, særleg når det gjeld langtids plassar som er drivne av ideelle organisasjonar.

Ein gjennomgang av den samla kapasiteten viser at det er behov for ein auke for fleire målgrupper:

- Fleire plassar til avrusing og akuttbehandling både i Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen
- Fleire plassar til stabilisering for å sikre smidige behandlingsforløp
- Eit styrka regionalt tilbod til gravide og/eller familiar med små barn
- Fleire plassar til unge under 23 år (i Helse Bergen og i Helse Stavanger)

Plassane vil i hovudsak kjøpast privat. I tillegg vil Helse Vest halde fram med å utnytte den noverande kapasiteten betre.

- Det er etablert tilbod om brukarstyrte plassar innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Tre av fire helseføretak har etablert brukarstyrte senger ved utgangen av 2013. Føretaket som ikkje har etablert brukarstyrte senger, Helse Bergen, vil halde fram med å førebu etableringa av slike senger, med mål om å realisere slike senger i andre halvdel av 2014.

Helse Stavanger

Etablert ved Gauselskogen og Veksthuset Rogaland

Helse Fonna

Har etablert brukarstyrte senger ved alle DPS-a som gir tilbod til pasientar med alvorlege sinnslidingar og/eller rusproblem.

Helse Førde

Etablert ved rusposten på Eid og rusposten på Tronvik

- Det er etablert eit system ved somatiske avdelingar for å fange opp pasientar med underliggjande rusproblem og eventuelt vise dei vidare til tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

I tre av fire helseføretak er det system for å fange opp pasientar med underliggjande rusproblem. Det siste helseføretaket, Helse Førde, har etablert ein rutine for akutt behandling av rusmiddelbruk som klargjer ansvarsfordelinga mellom PHV og medisinsk avdeling knytt til pasientar med behov for *akutt* behandling av rusmiddelmisbruk i Helse Førde. Helse Vest vil be Helse Førde om å etablere system også for å fange opp pasientar med underliggjande rusproblem.

Helse Stavanger

I 2008 blei det tilsett ein eigen ruskonsulent. Målet med tilsetjinga var å intervensere i somatiske einingar ved føretaket i ein prosjektperiode. Frå 2010 har TOTI (tidleg oppdaging – tidleg intervensjon) vore ein del av drifta med to 100 prosent-stillingar som ruskonsulent. Det har blitt fleire pasientar for kvart år. I 2012 blei 215 pasientar tilviste til ruskonsulentane i TOTI, mens talet per 12.12.2013 var 520. 75 prosent av desse har aldri før søkt hjelp for rusvanane sine.

Helse Fonna

Det er utarbeidd forslag til prosjekt i klinikk for psykisk helsevern saman med medisinsk avdeling ved Haugesund sjukehus og Haugaland A-senter, kompetansesenteret KoRus Vest Stavanger og Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (Korfor). Prosjektet har som formål å kartleggje rusproblematikken hjå pasientar som er innlagde ved somatisk avdeling, og å sikre den vidare oppfølginga av dei. Det er søkt om eksterne prosjektmidlar via Helsedirektoratet. Som ein del av prosjektet vil ein i samarbeid med Korfor og Helse Stavanger samle erfaringar og lage ei oppsummering som kan brukast som inspirasjon for andre helseføretak i landet.

Helse Bergen

Det er ulike system ved ulike somatiske avdelingar. Ved Medisinsk avdeling er rusvurdering ein del av standard anamnese (sjukehistoria) ved innkomst. Denne avdelinga har mykje erfaring med rusrelaterte sjukdommar og har nyleg overteke ansvaret for akuttposten ved Bergen legevakt, som har spesielt fokus på pasientar med rusproblem. Lungeavdelinga deltek i Helse Vest-prosjektet om kartlegging av levevanar, og ortopedisk klinikk har etablert ei eiga rusgruppe. Det er eit godt samarbeid med Avdeling for rusmedisin.

- I samarbeid med kommunen er det etablert tilbod om lågterskel-LAR for den mest hjelpetrengande gruppa av opiatavhengige med samansette sjukdommar.

Det er berre Helse Fonna som har etablert tilbod om lågterskel-LAR i samarbeid med kommunen. Helse Stavanger og Helse Bergen er i dialog med kommunane om å etablere eit godt fagleg tilbod til dei mest hjelpetrengande opiatavhengige. Helse Førde viser til at Flora kommune (som har 1/3 av LAR-pasientane i Helse Førde) har eit lågterskel-LAR tilbod i tett samarbeide med Helse Førde. Resten av LAR-populasjonen bur spreidd og er såpass liten at det verken er formålstenleg eller kostnadseffektivt å etablere egne tiltak for desse pasientane. Tilgangen til behandling er lett som følgje av korte ventetider.

- Det er gjennomført brukarundersøkingar innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling i alle helseføretak.

Dette blei gjennomført som ei nasjonal PasOpp-undersøking i regi av Kunnskapssenteret i døgneiningar innanfor TSB i veke 37. Resultata vil bli følgde opp i møte med helseføretaka.

2.1.9 Psykisk helsevern

Mål 2013

- Det er utarbeidd ein regional plan for omstillinga av psykisk helsevern i tråd med signala som er gitt. Planen skal vise framdrifta for utviklinga av DPS, utviklinga og spissinga av sjukehusfunksjonane og overføringa av ressursar frå sjukehus til DPS.

Regional plan for psykisk helsevern blei styrebehandla i 2011. Denne planen vart teke signala som er gitt. Helseføretaka blei bedne om å leggje planen til grunn for den vidare utviklinga av tenesta.

Eksempel på tiltak i helseføretaka:

Helse Stavanger

Arbeidet med å omstille psykisk helsevern i tråd med Regional plan for psykisk helse og overordna nasjonale føringar er vidareført. Ressursfordeling er i samsvar med nasjonale retningslinjer. Føretaket byggjer no eit nytt Stavanger DPS.

Omstillingsprosjektet «På hjemmebane» er sett i gang hausten 2013. Det har som formål å redusere talet på liggjedøgn og talet på døgnplasser og styrkje det polikliniske tilbodet til pasientar som i dag blir lagde ofte inn og/eller har lange innleggingar. Meir hjelp heime vil auke livskvaliteten mykje for denne pasientgruppa. Samtidig skal pasientar med rusproblem/dobbeldiagnose eller volds- og utageringsproblem og pasientar som driv med sjølvskading, få eit betre tilbod.

Helse Fonna

Klinikk for psykisk helsevern har utarbeidd ein plan for psykisk helsevern 2012–2020 som legg vekt på nasjonale overordna føringar og på Regional plan for psykisk helse. Som eit resultat av planen har ein sett i gang ei større omstilling med sikte på å overføre ressursar frå sjukehus til DPS og på å spisse sjukehusfunksjonane. Helse Fonna har funksjonsfordelt på sjukehusnivå, og Valen sjukehus har føretaksovergrepande funksjon for psykose og tryggleikpsykiatri, mens Haugesund sjukehus har tilsvarande ansvar for rusbehandling og alderspsykiatri. Vidare har ein styrkt det polikliniske og ambulante arbeidet ved DPS og på BUP-feltet.

Helse Bergen

Ressursfordelinga mellom DPS og sjukehus er i samsvar med statlege føringar.

Helse Førde

Ressursfordelinga mellom DPS og sjukehus er i samsvar med statlege føringar. No er det berre akuttposten som er eit tilbod på sjukehusnivå innanfor psykisk helsevern for vaksne. I tillegg kjem to ruspostar på til saman 25 døgnplassar.

Psykiatrisk klinikk i Førde (PSK) har ansvar for både DPS og sjukehus. Vakt 24/7 blir vareteke av felles vakt mellom sjukehuset og DPS. PSK har styrkt poliklinikken og det ambulante tilbodet med to nye psykologstillingar. Oppsøkjande team (OP-teamet) er eit poliklinisk og ambulant tilbod som har fått ein liten ressursauke i 2013.

Ei omlegging ved Indre Sogn psykiatrisenter førte til at det blei fleire tilsette i poliklinisk aktivitet. Poliklinikken har blitt styrkt med eitt årsverk knytt til alderspsykiatri og rusbehandling.

Nordfjord psykiatrisenter (NPS) har i mange år vore langt framme når det gjeld å ta over oppgåver og jobbe ambulant.

- Helse Nord RHF har i samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) og andre regionale helseføretak vurdert korleis kliniske tenester til samiske pasientar skal vidareførast og organiserast. Det bør sjåast i samanheng med ein eventuell søknad om SANKS status som ei nasjonal kompetanseteneste.

Helse Nord RHF har ikkje kontakta Helse Vest RHF om dette.

- Akuttberedskapen ved DPS-a er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjonar der lokale forhold gjer det nødvendig.

Dei fleste DPS-a har etablert akuttfunksjonar, men det står igjen ein del arbeid når det gjeld den døgnkontinuerlege akuttberedskapen ved DPS-a. Dei DPS-a som ikkje har akutttilbod på kveld/natt, har etablert det i samarbeid med andre institusjonar.

Helse Stavanger

Alle DPS-a har akuttberedskap på dagtid. Mellom klokka 15.00 og klokka 08.00 og på helgedagar / i helger er det Akutt mottakspost ved Spesialavdeling for vaksne som varetek akuttfunksjonen for alle DPS-a, inkludert Jæren DPS.

Helse Fonna

Det er etablert akutt ambulant team (AAT) ved Haugaland og Karmøy DPS frå 08.00 til 23.00. Frå 23.00 til 08.00 sikrar tett samarbeid med eksisterande vaktssystem AAT-funksjonen. På Stord DPS er ein i gang med å planleggje eit akutt ambulant team knytt opp til den interkommunale legevakta med avgrensa opningstid. I tre fjerdedelar av opptaksområdet til Helse Fonna er det etablert akuttberedskap ved DPS-a. For dei resterande delane av opptaksområdet planlegg ein å etablere eit samarbeid mellom sjukehusfunksjonen og DPS-a for å vareta akuttberedskapen i løpet av 2014. Det er utarbeidd ein eigen overordna handlingsplan for akuttkjeda der dette er presisert og operasjonalisert.

Helse Bergen

Det er akuttberedskap ved alle DPS-a og i samarbeid med Psykiatrisk akuttmottak ved sjukehuset (PAM) etter klokka 16.00.

Helse Førde

PSK har vaksamarbeid mellom DPS og sjukehus 24/7, for DPS og sjukehus som er organiserte under den same avdelinga. Avdelinga vil ha fleire tilsette som jobbar poliklinisk og ambulant, og vil framleis bruke det eksisterande vaktlaget, som er nemnt ovanfor.

NPS vil i første halvår 2014 gi eit tilbod med døgnoppe ambulant akutteam. Avdelinga etablerer vidare eit tilbod om akutt døgnplass. Det vil bli jobba med å få til eit samarbeid med den kommunale legevakta i området. Beredskap på døgnbasis er sikra gjennom vaktordninga ved avdelinga.

For Indre Sogn psykiatrisenter (ISP) har det vore naturleg å samarbeide med andre for å gi eit fullverdig akutttilbod. Ved behov for akuttinnlegging same dag/natt blir som hovudregel akuttposten i Førde nytta. Kan innlegginga vente til neste dag, vil ein som regel kunne leggje pasienten direkte inn på ISP. I 2013 har senteret oppretta ei akutt kriseseng til dette formålet. Beredskapsordninga ved ISP er no endra, slik at kommunelegane kan ringje lege på ISP 24/7 for å diskutere om pasienten må akuttinnleggast i Førde, eller om han kan profittere på å vente på plass ved ISP neste arbeidsdag. Poliklinikken har ansvaret for det akutte tilbodet på dagtid. Som hovudregel vil pasientane få time neste arbeidsdag, men ved akutt behov får ein tilbod på dagen.

- Alle DPS-a har etablert ambulante funksjonar der legar og psykologar deltek.

Helse Stavanger

Alle dei fem DPS-a i helseføretaket har ambulant akutt-team (AAT). AAT-a har ikkje eigen lege tilgjengeleg utanom ordinær opningstid (etter klokka 15.30 på kvardagar), men kan ta telefonisk kontakt med psykiatrisk bakvakt ved Spesialavdeling for voksne.

Helse Fonna

Alle DPS-a har ambulante funksjonar med lege og psykolog i tilknytning til dei ordinære poliklinikkane. Målgruppa er pasientar med alvorlege sinnslidingar. Arbeidsforma er dels ambulant, dels ordinær poliklinikk. Stord DPS har eit reint ambulant team. Ytre Sunnhordland Samhandlingsteam (YSS) er eit samarbeidsprosjekt med kommunehelsetenesta der målgruppa er pasientar med rus og alvorleg sinnsliding som ikkje greier å gjere seg nytte av det ordinære kommunale tilbodet eller tilbodet i spesialisthelsetenesta. For 2014 blir helseføretaket sin del av YSS overført til det ordinære driftsbudsjettet. Tilsvarande tilbod er under oppstart ved Haugaland DPS i samråd med Haugesund kommune. Haugesund kommune har fått 1,5 millionar kroner frå HelseDirektoratet. Vidare har ein etablert eit ambulant tryggleiksteam knytt til tryggleikspost ved Valen sjukehus og eit ambulant team ved BUP Stord.

Helse Bergen

Ambulant funksjon er i drift ved alle DPS-a i føretaket. Bjørgvin DPS har to akutte ambulante team som begge har psykolog og tilgang til psykiater i poliklinikken. Kronstad DPS har eit ACT-team (assertive community team) som oppsøker pasientane i lokalmiljøet deira. Teamet har psykologspesialist og psykiater (20 prosent stilling). Eit akutteam er leia av psykologspesialist og har tilgang til lege i poliklinikk ved behov. Øyane DPS har ambulant rehabiliteringsteam med to psykologspesialistar og akutambulante team med lege i bakvaktsordning.

Helse Førde

Psykiatrisk klinikk i Førde har oppsøkjande (OP) team med lege, psykolog og sjukepleiar. Tilsette i poliklinikk og DPS sengepost jobbar òg noko ambulant. ISP har eit eige ambulant team for pasientar som ikkje klarer å nyttiggjere seg ordinært poliklinisk oppmøte. Tilbodet er spesielt retta mot pasientar med alvorlege kroniske psykiske lidningar. Teamet har eigen overlege i ca. 40 prosent stilling, og det er knytt ein psykologspesialist til teamet i 40 prosent stilling. Også Nordfjord psykiatrisenter (NPS) har etablert eit ambulant team med lege og psykolog. Denne aktiviteten blir utvida våren 2014 med ambulant akutteam 24/7.

- Talet på tvangsinnleggingar er redusert med 5 prosent i samarbeid med dei kommunale tenestene.

Tal frå NPR for 3. tertial 2012 viser at Helse Vest har flest tvangsinnleggingar i landet med 3,4 tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjarar. Det er likevel ein nedgang frå 2011,

då det var 3,9 tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjarar. Det er ein reduksjon på om lag 12 prosent frå 2011 til 2012.

Helse Bergen og Helse Stavanger har flest tvangsinnleggingar i Helse Vest med høvesvis 3,6 og 3,8 tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjarar i 2012. For Helse Stavanger utgjer det ein reduksjon på 9,5 prosent frå 2011 til 2012. Helse Bergen har tilsvarande hatt ein reduksjon på 16,2 prosent. Helse Førde har den lågaste delen med 1,0 tvangsinnlegging per 1000 innbyggjarar. NPR seier at tala må tolkast forsiktig på grunn av manglar i registreringa. Tala for 2013 er ikkje klare før første halvår 2014.

Regional plan for redusert og rett bruk av tvang blei styrebehandla hausten 2011. Helseføretaka har laga egne lokale planar i samsvar med den regionale planen. Alle planar har tiltak for å redusere og sikre rett bruk av tvang. Helseføretaka har med grunnlag i planane sett i verk mange tiltak som bidreg til ei positiv utvikling.

- Det er blitt 5 prosent færre tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering).

Det er ikkje offisielle tal for dette for 2012 eller 2013. Helse Vest skal nytte tal frå SAMDATA når dei ligg føre. Registreringa har tidlegare vore svært ufullstendig og lite eigna for samanlikning.

Regional plan for redusert og rett bruk av tvang blei styrebehandla hausten 2011. Helseføretaka har laga egne lokale planar i samsvar med den regionale planen. Det er i alle planar tiltak for å redusere og sikre rett bruk av tvang.

2.1.10 Habilitering og rehabilitering

Mål 2013

- Dei regionale helseføretaka har lagt modellen til Helsedirektoratet, jf. rapport IS-1947, til grunn i det vidare arbeidet på rehabiliteringsfeltet.

Styret i Helse Vest tok i desember 2013 (sak 136/13) stilling til endring og utvikling innanfor habiliterings- og rehabiliteringsområdet, og Helse Vest skal med bakgrunn i denne saka starte arbeidet med å revidere den regionale planen for habilitering og rehabilitering i 2014.

Helse Vest har i 2013 førebudd nye anskaffingar innanfor spesialisert rehabilitering som skal gjennomførast i 2014, for å inngå nye avtaler som vil gjelde frå 01.01.2015.

I begge desse arbeida ligg modellen til Helsedirektoratet, jf. rapport IS-1947, til grunn.

2.1.11 Behandling av kronisk utmattingsyndrom / myalgisk encefalopati

Mål 2013

- Det er sett i verk tiltak for å styrkje kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

Ei regional arbeidsgruppe har hatt som mandat å sikre lik tilnærming til denne pasientgruppa. Alle helseføretaka har delteke i arbeidsgruppa. Det er levert rapport, og høyringsfråsegner er under vurdering.

Det er i ulik grad satt i verk eigne tiltak i helseføretaka. Av tiltak i helseføretaka kan nemnast at Helse Stavanger er i gang med å byggje opp eit tilbod om rehabilitering/meistring etter utgreiing og diagnostikk ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR), Lassa. Tilbodet kjem etter ei standardisert utgreiing i regi av ME-poliklinikken (nevrogen og infeksjonsmedisin). AFMR har òg etablert ei tverrfagleg arbeidsgruppe der gruppemedlemmane har delteke på kurs i utgreiing og behandling av CFS/ME.

I Helse Fonna har fagmiljøet blitt oppdatert gjennom mellom anna konferansar. Det er etablert tiltak for å sikre kompetanseoverføring til primærhelsetenesta.

Helse Bergen v/Nevroklinikken har systematisert ME-arbeidet sitt og vil gå inn for å publisere data knytte til dette arbeidet. Når det kjem førespurnadar frå eksterne instansar, prøver ME-teamet til ReHabiliteringsklinikken å tilby opplæring/kunnskapsoverføring. Divisjon for psykisk helsevern bidreg med psykiater og psykologressursar i dette arbeidet.

Helse Førde arbeider òg på tvers av ulike medisinske fagområde for å dele erfaringar, utvikle kunnskap og koordinere tilbodet. Det har vore arrangert eige meistringskurs for pårørande til barn/unge med CFS/ME.

2.1.12 Fødselsomsorg

Mål 2013

- Færre fødselsrifter

Tal frå Medisinsk fødselsregister for 2012 viser at Helse Vest har 2,0 prosent fødselsrifter (grad 3 og 4, av vaginale fødsjar). For 2011 var det tilsvarande talet 2,2 prosent (vaginale fødsjar). Samla for Helse Vest har talet på fødselsrifter altså gått ned frå 2011 til 2012. Vi har i skrivande stund ikkje offisielle tal for 2013.

Det er variasjonar mellom helseføretaka. Her er tala for alle HF-a for 2012:
Helse Stavanger 2,3 prosent (auke frå 2,0 prosent i 2011)
Helse Fonna 2,0 prosent (uendra frå 2011)
Helse Bergen 1,9 prosent (reduksjon frå 2,5 prosent i 2011)
Helse Førde 1,3 prosent (reduksjon frå 1,9 prosent i 2011)

Helseføretaka arbeider systematisk med å redusere talet på fødselsrupturar. Helse Bergen, som hadde dei dårlegaste resultatane i 2011, men den største reduksjonen frå 2011 til 2012, har sett i verk mange tiltak:

- Helse Bergen har gjennomgått og revidert metodane for operativ vaginal forløyising med tong og vakuum og har formulert retningslinjer med spesifikk fokus på farten.
- Ein erfaren overlege ved fødeavdelinga skal evaluere alle legar med tanke på forløyisingsteknikk.
- Jordmor skal få individuell rettleiing i kombinasjon med sjølvevaluering.
- Praktiske øvingar
- Nytilsette og vikarar skal få undervisning.
- Når det er mogleg, er det to jordmødrer til stades.
- Det blir halde faste månadlege «riftmøte».
- Det er innført månadleg teamtrening for jordmødrer og legar. I den samanheng har klinikken kjøpt inn nytt treningsfantom som er betre eigna enn det som har vore til disposisjon før.

Helse Vest RHF har i 2013 sagt til helseføretaka at kvalitetskrava for fødeinstitusjonar skal vere gjennomgått og implementerte. Det er i all hovudsak gjort.

2.1.13 Barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og ann mishandling

Mål 2013

- Det er god nok kompetanse og gode rutinar i helseføretaka for å ta vare på barn som kan ha vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling.

Det er i hovudsak rutinar og kompetanse for dette i helseføretaka. Det blir arbeid med å forbetre kompetansen ytterlegare.

Helse Stavanger

Barneklubben har eit godt samarbeid med politiet og Barnehuset i Stavanger når det gjeld barn som har vore utsette for, eller det er mistanke om at dei har vore utsette for, overgrep eller anna mishandling. Føretaket har utarbeidd eigne prosedyrar for å handtere utsette barn. Barneklubben har eige personell på dagtid som utfører undersøkingar på Barnehuset. Vakhavande lege skal handtere behov for undersøkingar utanom vanleg arbeidstid.

Helse Fonna

Ved mistanke om seksuelle overgrep blir barna sende til Barnehuset i Stavanger, som er kompetansesenter på dette feltet. Ved mistanke om anna mishandling er det eit samarbeid mellom pediatri, kirurgi, BUP, barnevern og politi.

Helse Bergen

Både Barneklubben og Divisjon for psykisk helsevern har god kompetanse på området. Barneklubben (BKB) har i mange år hatt skriftlege og oppdaterte retningslinjer for korleis denne pasientgruppa skal handterast. Tilbodet er tverrfagleg og forankra i ein

samarbeidsavtale med Kvinneklinikken og Klinikk psykisk helsevern for barn og unge (PBU). Barneklubben har overlege i deltidstilling ved Barnehuset i Bergen. Klubben har starta ein intern prosess for å etablere eit sjukehusomfattande team som skal diskutere felles pasientar som ein del av ei intern læring.

I tillegg blei overlegeinnsatsen i Barneklubben auka frå hausten 2013 for å vidareutvikle kompetansen innanfor sosialpediatri. Målet er å byggje opp eit tverrfagleg team over ein to–tre års periode som sikrar ei klinikkovergripande tilnærming til ei lita, men svært sårbar pasientgruppe. Desse tiltaka skal utviklast vidare i 2014.

Det er ein eigen guide for intervensjon og behandling i Elektronisk Kvalitetshåndbok.

Helse Førde

Det er etablert samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevernet, mellom anna driv ein felles konsultasjonsteam for barn i risiko.

Det er ikkje etablert rutinar og eigne prosedyrar for å vareta barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling, eller for korleis melding til barnevernet skal skje. I samband med at Helse Førde har fått midlar til å styrkje ordninga «Barn som pårørande,» er ein i gang med å etablere eit prosjekt som skal arbeide med dette. Dette prosjektet startar opp tidleg i 2014.

2.1.14 Kjeveleddsdysfunksjon

Mål 2013

- Det er gitt behandlingstilbod til pasientar med alvorleg kjeveleddsdysfunksjon som er vurderte og utgreidde ved det tverrfaglege tilbodet i Helse Bergen HF.

Helse Bergen har fått på plass eit utgreiingsstilbod til pasientar med alvorleg kjeveleddsdysfunksjon – TMD, og dei første pasientane er i ferd med å bli utgreidde. I teamet som skal undersøkje og greie ut desse pasientane ved Kjevekirurgisk avdeling, er det tannlegar med spesialfelt i ansiktssmerte, oral kirurgi, kjeveortopedi og bittfysiologi. Tilbodet er organisert og finansiert som eit eige prosjekt, som skal inkludere 60 pasientar i ein periode på eit år til og med juli 2014.

Dei andre helseføretaka melder at desse pasientane blir varetekne.

2.1.15 Livsstilsrelaterte tilstander

Mål 2013

- Helseføretaka rapporterer data om skadar og ulykker til NPR.

Status for Helse Vest ved utgangen av 2013 var at alle dei fire helseføretaka hadde rapportert inn skadedata til Norsk pasientregister (NPR). Helse Fonna var det siste helseføretaket i regionen som fekk på plass ei slik rapportering (seint i 2013).

NPR presenterer eit mål på kva som er komplett rapportering. Helse Førde og Helse Stavanger er dei to helseføretaka med mest komplett rapportering nasjonalt av alle helseføretak som hadde rapporterte per utgangen av 2. tertial 2013. Helse Bergen ligg framleis lågt, mens det ikkje blir berekna komplettheit for Helse Fonna før i samband med rapporteringa for 3. tertial.

Helse Vest RHF deltek framleis i arbeidsgruppa som Helsedirektoratet leier, og som har som mandat å få på plass meir effektiv og komplett registrering og rapportering av data om skadar og ulykker til NPR.

Representantar frå denne arbeidsgruppa var på besøk hos Helse Stavanger i mai og hos Helse Fonna i oktober 2013. Formålet var å få kunnskap om registreringsprosessen og arbeidsflyten for å finne ut kva som er utfordringane, og korleis den elektroniske registreringa fungerer.

Våren 2014 (primo april) skal det gjennomførast tilsvarande møte i Helse Bergen og Helse Førde. Til møtet i Helse Bergen er det planlagt å invitere representantar frå Bergen legevakt og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Kunnskapen frå desse gjennomgangane blir brukt til å planleggje konkrete tiltak for å betre rapporteringa innanfor skadar og ulykker.

- Helseføretaka har etablert ein overordna ernæringsstrategi i tråd med anbefalingar i dei faglege retningslinjene frå Helsedirektoratet og *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet 2012).

Det er berre Helse Bergen som har utarbeidd ein overordna ernæringsstrategi, men dei andre helseføretaka er i gang med arbeidet. Det er sett i verk mange tiltak.

Helse Stavanger

Arbeidet med å utvikle ein ernæringsstrategi er starta opp, og strategidokumentet vil liggje føre innan mars 2014. Ernæringsstrategien vil vere i tråd med tilrådingar i faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet. Det er alt sett i verk mange tiltak i dei ulike divisjonane.

Helse Fonna

Ei tverrfagleg gruppe har greidd ut ernæringsfokuset i helseføretaket. Gruppa har i 2013 utarbeidd ein rapport med forbetringstiltak. Konkrete tiltak er alt sette i verk som følgje av arbeidet, andre tiltak krev meir forbetring. Det er teke initiativ til å danne ei styringsgruppe med representantar frå alle klinikkane som skal utarbeide ein overordna strategi for Helse Fonna med bakgrunn i forbetningsrapporten.

Helse Bergen

Ein overordna strategi er utarbeidd og implementert.

Helse Førde

Helseføretaket har gjennomført mange tiltak for å kartleggje den noverande statusen, auke kunnskapsnivået og evaluere mattilbodet:

- Helseføretaket har hatt tilgang til kartleggingsverktøyet NRS 2002 for å kartlegge ernæringsmessig risiko i DIPS.
- Dei somatiske sengepostane ved Førde sentralsjukehus (FSS) har fått opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet og undervisning i nasjonale faglege retningslinjer for å førebyggje og behandle underernæring.
- Trass i at auka fokus på vekt og vektutvikling hos pasientane er ein del av kartlegginga av ernæringsstatus, har det vist seg at det framleis er mange som ikkje blei vegne. Arbeidet med å implementere rutinemessig veging og god ernæringspraksis held fram.
- Søkornmiddelundersøking er gjennomført for å kartlegge ernæringsbehandlinga i Helse Førde, mellom anna bruk av ernæringskodar i DIPS, helsepersonell si haldning til ernæringsbehandling og punktprevalensundersøkingar av pasientar i ernæringsmessig risiko i dei somatiske avdelingane ved FSS. Funna i denne undersøkinga vil bli grunnlaget for det vidare arbeidet med å etablere ein overordna ernæringsstrategi. Rapporten vil vere klar medio januar 2014.
- Arbeidet med å etablere eit ernæringsnettverk er i gang.
- Det er gjennomført undervisning av helse- og kjøkkenpersonell.
- Ei brukarundersøking med tanke på mattilbodet i Helse Førde er planlagt og blei gjennomført ved alle avdelingane til Helse Førde i januar/februar 2014.
- Helseføretaket samarbeider med Avdeling for klinisk ernæring ved Haukeland Universitetssjukehus med tanke på å forenkle og forbetre dokumentasjonen av ernæringsstatus og ernæringsbehandling i DIPS.

Helseføretaket har i tillegg mange tiltak/mål som ikkje er gjennomførte enno.

- Auka kapasitet for kirurgi mot sjukeleg overvekt.

Det har i Helse Vest vore ein årleg auke i talet på operasjonar sidan 2004.

Helse Stavanger auka kapasiteten i 2012, og den er no stor nok i forhold til behovet. Det er ingen fristbrot.

Helse Fonna

Føretaket har jobba med å betre pasientforløpet for denne pasientgruppa. Gjennom endringar i prioritering, pasientforløp og betre koordinering på operasjonsstova har kirurgisk klinikk auka kapasiteten til i snitt fire pasientar kvar veke. Kapasiteten er på nivå med tilvisingstalet.

Helse Bergen

Det er etablert ein overvektspoliklinikk som vurderer pasientar som er aktuelle for bariatrisk kirurgi (kirurgisk behandling av sjukleg overvekt). Klinikken er organisert under Medisinsk avdeling. Dei har òg ansvar for alternative ikkje-kirurgiske tilbod. Det blir stadig fleire tilvisingar til Overvektspoliklinikken, og det blir arbeidd for å motverke lengre ventetider. Det er lagt inn ein ressursauke i budsjettet for 2014. Det er planlagt å gjennomføre fleire individuelle konsultasjonar.

Voss sjukehus har ansvar for bariatrisk kirurgi. Det blei planlagt 220 bariatriske operasjonar i 2013, like mange som i 2012. Voss sjukehus opererte 20 pasientar frå Helse Fonna i 2013, då dei hadde kapasitetsproblem. Voss sjukehus har ikkje hatt problem med å behandle tilviste pasientar, fordi det har vore færre tilviste pasientar enn planlagt (det blei utført 164 operasjonar per november 2013 og planlagt for 14 operasjonar til).

Helse Førde

Helse Førde har etablert eit tverrfagleg overvektsteam som vurderer alle innkomne søknader til overvektsbehandling, også livsstilsbehandling. I tråd med regional kirurgiplan har Helse Førde òg etablert tilbod for postbariatrisk kirurgi (plastikkirurgi). Overvektskirurgi har måtta tilpasse seg den samla operasjonskapasiteten ved sjukehuset. Det har medført at kapasiteten for overvektskirurgi har gått litt ned. Det er framleis akseptabel ventetid for det behovet som er i opptaksområdet.

2.1.16 Helseberedskap

Mål 2013

- Med utgangspunkt i evalueringsrapportane etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringar frå øvingar og hendingar har helseføretaka oppdatert og gjort nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane.

«Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Vest RHF (2012–2014)» blei revidert og styrebehandla i desember 2011. Det er utarbeidd ein oppfølgingsplan med tiltak i samsvar med oppfølgingsområda etter 22. juli, som Helsedirektoratet har skissert i eige brev til Helse Vest RHF (april 2013). Alle helseføretaka følgjer opp denne tiltaksplanen. Regional beredskapsplan skal reviderast på ny i 2014, og oppfølgingsplanen etter 22/7 vil vere med som grunnlag for denne revideringa. Helseføretaka følgjer opp og oppdaterer planverka sine.

Føretaksgruppa har òg innført HelseCIM i 2013. Det er eit krisestøtteverktøy til bruk både i det lokale beredskapsarbeidet og i kommunikasjonen mellom helseføretaka og RHF. Innføringsprosjektet blei avslutta i oktober 2013.

I Helse Vest er det gjort ei utgreiing i samband med etableringa av ein virtuell AMK-sentral, sett saman av dei fire eksisterande sentralane. Utgreiinga er for tida på høyring og skal behandlast av styringsgruppa i mars 2014. Mål: Alle 113-samtalane i regionen går inn i ein regional felles kø og blir svart på av den første ledige medisinske operatøren / sjukepleiaren, uavhengig av kvar oppringinga kjem frå. Det vil auke kapasiteten betydeleg. Det gjer den medisinske nødmeldetenenesta meir robust, både i det daglege, ved store beredskapssituasjonar og ved bortfall av ein sentral.

Sjå òg punkt 3.1.11, Utvikling av nødmeldetenenesta.

Andre tiltak i helseføretaka:

Helse Stavanger

Ei oppsummering av alle evalueringsrapportar etter 22. juli 2011 er gjennomgått med dei aktuelle fagmiljøa. Erfaringar frå gjennomgangen av evalueringsrapportar, tiltaksplanar og evalueringar av øvingar som var gjennomførte i 2012, har ført til at beredskapsplanar er reviderte og tilpassa nye krav og tilrådingar. Følgjande planverk er reviderte og/eller utarbeida:

- Mottak av masseskadar
- Divisjonsvise planverk for handtering av masseskadar
- Samarbeid med traumekomiteen om traumemanualar
- Leiing av helseressursar på skadestad
- Evakuering ved Helse Stavanger HF
- Terror og trusselsituasjonar, overordna plan
- Sjekklister ved bombetrussel og andre trusselsituasjonar
- Bortfall av mobilnett og annan kommunikasjon
- Skalsikring
- Pårørandesenter: etablering, drift og samarbeid med andre pårørandesenter i ei krise
- Utlevering av teiepliktige opplysningar til politi i krise og katastrofar

Det er etablert eit samhandlingsutval (samhandlingsreforma, avtale 11) med kommunane innanfor akuttmedisin og beredskap der det blir arbeidd med å samordne beredskapsplanar.

Helse Fonna

Evalueringsrapportane gav forbetringstiltak mellom anna på tilgangen politiet har til teiepliktige opplysningar i særlege tilfelle, system for triagering og bruk av Less-bårer i alle ambulansar. Informasjonen om teiepliktige opplysningar til politiet er teken inn i beredskapsplanen og gjort kjend i klinikkane. System for triagering er sett i verk og blir testa ut under øvingar. Innkjøpet av Less-bårer i den prehospitale tenesta er ikkje fullført

Det er gjennomført revidering av intern plan med bakgrunn i den regionale planen. I planen er det innarbeidd forbetringar etter erfaringane frå 22. juli og erfaringar frå andre øvingar og hendingar. Det er òg utarbeidd ein ROS-analyse i forkant av revidering av planen. Det blir arbeidd vidare med å innarbeide erfaringar frå 22. juli-handlingsplanen (ansvar og oppgåvefordeling).

Helse Bergen

Føretaket melder at dei har oppdatert og gjort nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane med utgangspunkt i evalueringsrapportane etter 22. juli 2011, regional beredskapsplan og erfaringar frå øvingar og hendingar.

Helse Førde

Føretaket melder om følgjande gjennomførte tiltak:

- Nøkkelpersonell i mellom anna akuttmottak, AMK og andre relevante sjukehusavdelingar har fått kunnskap om teiepliktsreglane i helsepersonellova og utlevering av teiepliktige opplysningar til politiet i krise- og katastrofesituasjonar.

- Varslingsrutinar av akuttmedisinske ressursar og andre kompetansemiljø ved større hendingar er gjennomgått i AMK.
 - Ein er i gang med å utarbeide prosedyre for varsling og samarbeid med relevante fagmiljø ved mogelege CBRN-hendingar.
 - Ein er i gang med å utarbeide ROS-analyse for terrorangrep og andre valdshandlingar mot sjukehusa/institusjonane til Helse Førde.
 - Erfaringar etter øvingar og faktiske hendingar blir gjennomgått og følgde opp med tiltaksplan.
 - For å styrkje samarbeidet mellom kommunar og helseføretak er det etablert felles arbeidsgrupper som skal få på plass avtalte beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda.
 - Ein ny nasjonal standard for triagering av pasientar i masseskadesituasjonar er implementert og i bruk. Den blei òg brukt under øvinga Tyr i oktober 2013.
 - Beredskapsleiinga har teke i bruk HelseCIM for å sikre varsling, logging og rapportering ved alvorlege hendingar.
 - Det er i gang arbeid for å sjå på kompetansekrav og bemanning av AMK-sentralen ved større hendingar.
 - Det er etablert ei prosjektgruppa i Helse Førde for å sikre innføring, bruk og opplæring av nødnett i 2014.
 - Det blei starta opp revisjon av heile beredskapsplanen i Helse Førde etter erfaringar frå faktiske hendingar og øvingar.
 - Det er etablert system ved AMK-sentralen som gjer det mogeleg å halde oversikt over ambulanse- og luftambulanseressursane på tvers av kommunegrensene.
 - Ved større hendingar der AMK Førde får stor belastning på 113, er det etablert system som gjer at samtalar automatisk blir ruta til AMK Bergen etter kort tid.
- Det er teke initiativ til felles trening og øvingar med andre nødetatar og frivillige organisasjonar.

Det er teke initiativ til dette i alle helseføretaka. Helse Vest RHF deltok òg på fullskalaøvinga «Risavika» i Helse Stavanger i september 2013 og hadde delvis ei rolle i den nasjonale øvinga Tyr i Helse Førde i slutten av oktober 2013. Helse Vest IKT og Sjukehusapoteka Vest deltok òg i begge desse øvingane.

Helse Stavanger

Helseføretaket er medlem i øvingsutvalet for nødetatane. Her blir det utarbeidd årlege planar for trening og øvingar, det blir laga planar for sjukehusintern trening og sjukehusinterne øvingar, og det blir gjennomført ei stor felles øving. Helse Stavanger har i 2013, dels i eigen regi og dels i samarbeid med andre nødetatar og andre eksterne aktørar, gjennomført 29 øvingar, mellom anna ferdigheitsøvingar, tabletop-øvingar og storskalaøvingar.

I 2013 var Øving Risavika den årlege felles storskalaøvinga med nødetatane. Øvinga involverte òg fire kommunar, andre helseføretak, Helse Vest RHF, Fylkesmannen i Rogaland, Sivilforsvaret, hovudredningssentralen for Sør-Noreg, frivillige organisasjonar og aktørar frå Risavika hamn. Målet med øvinga var å styrkje nødetatane og forsterkingsressursane deira til å handtere ei terrorhending med mange skadde.

I samband med øvinga deltok EU-prosjektet BRIGDE. Målsetjinga til prosjektet er å auke tryggleiken til europeiske borgarar ved å utvikle teknologiske og organisatoriske løysingar som vesentleg vil forbetre den akutte krisehandteringa i EU-landa. Prosjektet demonstrerte nokre av konseptane under øvinga. Frå Noreg deltok SINTEF, RAKOS og Crisis Training AS.

Helse Fonna

Helse Fonna høyrer inn under to politidistrikt. For det politidistriktet som dekkjer dei fleste kommunane, er det etablert eit øvingsutval som utarbeider årsplanar for felles samvirkeøvingar. Det fungerer godt, og dei planlagde øvingane blir gjennomførte. For dei andre kommunane er det direkte kontakt på lensmannsnivå, og det er laga ein øvingsplan for desse kommunane òg.

Helse Bergen

Det er etablert felles øvingar med dei andre nødetatane. Alle øvingane blir planlagde i regi av felles øvingsutval med nødetatane og Sivilforsvaret.

Helse Førde

Helse Førde deltok på den nasjonale samvirkeøvinga til politiet – øvinga Tyr – i oktober.

Føretaket deltek i politiets øvingsutval i Sogn og Fjordane for å sikre felles trening og øvingar med andre nødetatar, andre helseføretak og frivillige organisasjonar.

2.2 Utdanning av helsepersonell

Mål 2013

- Rask og effektiv tilsetjingsprosess for turnuslegar i samarbeid med aktuelle kommunar

Føretaksgruppa har felles prosessar og verktøy for å tilsetje turnuslegar. Helse Vest har tett oppfølging for å passe på at helseføretaka etterlever prosessane og fristane til Helsedirektoratet.

Alle helseføretaka har samarbeidd med dei aktuelle kommunane om å tilsetje turnuslegar. Arbeidet skjer i samsvar med nasjonale fristar og retningslinjer. Det skal arbeidast vidare i 2014 med tiltak for å sikre raske og effektive tilsetjingsprosessar i samarbeid med kommunane.

Helse Førde

I samarbeid med kommunane er det etablert gode tilsetjingsprosessar for turnuslegar. Det har hatt stort fokus i 2013, og prosessane er på plass. Også i starten av 2014 vil ein halde fram dette arbeidet for å gjere løysinga så enkel og god som mogeleg for alle partar. Alle prosessar stettar krava frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det er utarbeidd årsplan for rekruttering, opplæring og oppfølging av turnuslegar.

Helse Bergen

Tilsetjingar av turnuslegar som skal begynne 1. mars 2014, er starta, og blir gjorde i samarbeid med representantar frå kommunane.

Helse Fonna

I samarbeid med kommunane er det utarbeidd ein samarbeidsavtale om rekruttering/tilsetjing av turnuslegar. Samarbeidsavtalar skal vere ein del av tenesteavtalar med kommunane. Det er gjort avtale om mange nok kommuneplassar: 18 plassar innanfor Helse Fonna-området og 4 plassar i Sør-Rogaland.

Helse Stavanger

I samarbeid med kommunane er det utarbeidd prosedyrar for å tilsetje turnuskandidatar, og desse blei nytta ved tilsetjinga av turnuslegen som starta 1.9.2013. Ein arbeider vidare med tiltak for å sikre ein rask og effektiv tilsetjingsprosess i samarbeid med kommunane.

- Talet på turnusplassar for fysioterapeutar er auka, jf. kapittel 732, post 70 Særskilde tilskott (turnusteneste i sjukehus for legar og fysioterapeutar).

Helse Førde

Talet på turnuskandidatar er det same i 2013 som i 2012. Det har vore interne flyttingar, men ikkje totalauke. Talet på turnusplassar er tilpassa det noverande tenestetilbodet. Talet på turnusplassar for fysioterapeutar har auka frå åtte til ni plassar per halvår. Den ekstra plassen er i psykiatrien.

Helse Fonna

Føretaket har ikkje auka talet på turnusplassar for legar og fysioterapeutar i 2013.

Helse Stavanger

Føretaket har ikkje auka talet på turnusplassar for fysioterapeutar i 2013. Føretaket har sju turnusplassar for fysioterapeutar. Det er mange i forhold til talet på fysioterapeutar i føretaket (19). Av omsyn til pasientarbeidet ser ein det ikkje som fagleg forsvarleg å ha fleire turnuskandidatar.

- Helseføretaka har bidrege til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i ei forsterka kommnehelse- og omsorgsteneste, spesielt innanfor geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengigheit.

Alle helseføretaka har bidrege til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i omsorgs- og helsetenesta til kommunane på ei rekkje område som i hovudsak er knytte til den lovpålagde samarbeidsavtalen med kommunane (2012).

Helse Førde

Føretaket samarbeider nært med utviklingscenteret for sjukeheimar om å utvikle kompetanse innanfor eldremedisin. Vidare er to sjukepleiarar – ein i psykisk helsevern og ein i somatikken – knytt til SESAM, det regionale senteret for eldremedisin og

samhandling. Formidling av kunnskap, også mot kommunane, er ein viktig del av funksjonen deira. Den årlege seminardagen med fokus på eldremedisin og geriatri har vore arrangert i 2013, og kommunale representantar var òg inviterte.

Praksiskonsulentane har til oppgåve å bidra til kunnskapsoverføring og samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Dei tre konsulentane i Sogn og Fjordane arrangerer regionvise fagforum for legar i Nordfjord, Sunnfjord og Sogn, og spesialisthelsetenesta bidreg med innlegg.

Nevrologisk seksjon underviste om nye retningslinjer for akutt hjerneslag-behandling på legeforumsmøta i alle tre regionane i 2013. Nevrologisk seksjon tilbyr elles undervisning om nevrologiske sjukdommar til kommunane. Det er gjennomført undervisning om hjerneslag i to kommunar og om epilepsi og Parkinson i éin kommune.

Som pådrivar for pasienttryggleik når det gjeld urinvegsinfeksjonar (UVI), har føretaket samarbeidd med Aurland kommune om eit pådrivarprosjekt. Resultata frå dette prosjektet vil bli nytta i kompetanseheving mot andre kommunar.

Koordineringsrådet, som er det øvste samhandlingsorganet i føretaket, har sett i verk eit samhandlingsprosjekt for å vareta pasientar med langvarige, koordinerte vanskar («storbrukarar av spesialisthelsetenester.»). Kommunane deltek og får tilført kunnskap gjennom dette prosjektet.

Føretaket har gjennomført kurs i bruk av kartleggings-/screeningverktøyet Alert, som blir brukt til å kartlegge alvorsgrad hos pasientar som er under vurdering for innlegging, for kommunelegar og eigne tilsette ved skadepoliklinikken på Nordfjord sjukehus. Vidare har ein gjennomført BEST-kurs, som er skadekurs med dei fem vanlegaste brotskadane og behandling av desse, for både legevaktslege og sjukehuslegar/turnuslegar og sjukepleiarar to gonger i året.

Føretaket arrangerer samhandlingskonferanse og kvalitetskonferanse der kommunane òg blir inviterte. Det er vidare dialogmøte med kommunale politikarar ein gong i året, der ein har ulike faglege emne på dagsordenen. Psykisk helsevern har eigne samhandlingsdagar der kommunane blir inviterte. Barne- og ungdomspsykiatrien arrangerte dei årlege Småbarnsdagane saman med kommunane og Bufetat. Nær 300 deltakarar var til stades. Lærings- og meistringssenteret har hatt føredrag/temadagar om ulike rehabiliteringstema i fleire kommunar i fylket.

Helse Bergen

Føretaket har tett dialog med kommunane om undervisning/kompetanseutveksling. Det er utarbeidd eigne program for dette på aktuelle område, og fleire tiltak er gjennomførte i samarbeid med kommunane.

Helse Fonna

Føretaket organiserer mange av tiltaka gjennom ei etablert felles FoU-eining, der kommunane, føretaket og HSH er samarbeidspartar. Faglege nettverk, ulike prosjekt og kompetansetiltak blir initierte frå denne eininga. Mellom anna er eit kompetansetilbod innanfor døgnbasert akutthjelp-teneste under oppbygging i kommunane.

Som ei forlenging av pasienttryggleikskampanjen er opplæringsaktivitet innanfor fallførebygging for personell i kommunane òg sett i verk.

Føretaket er engasjert i arbeidet med tidleg intervensjon på psykisk helse og rus, hovudsakleg gjennom Haugalandsløftet. Dette er eit interkommunalt samarbeid mellom ti kommunar, føretaket og kompetansemiljø i regionen.

DPS-a inviterer alle kommunane til fagdagar med temaet psykisk helse og rus, og føretaket deltek med kompetanse oppbygging i kommunane.

Helse Stavanger

Føretaket har bidrege til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i den kommunale omsorgs- og helsetenesta på ei rekkje område som stort sett er knytte til den lovpålagde samarbeidsavtalen føretaket har inngått med kommunane (2012). Avtalen gir mellom anna retningslinjer for innbyrdes kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglege nettverk og hospitering og føringar for samarbeid om utdanning, praksis og læretid. Avtalen beskriv følgjande:

- Kontakttelefonar i Helse Stavanger HF som gir rettleiing til innleggjande legar, sjukepleiefagleg rådgiving og TIPS (tidleg oppdaging og behandling av psykosar)
- Ambulante team
- Praksiskonsulentordninga (fastlegar og sjukepleiarar i primærhelsetenesta som er tilsette i små stillingsstorleikar i helseføretaket for å betre pasientforløpa inn og ut av spesialisthelsetenesta gjennom innbyrdes kompetanseutveksling)
- Innbyrdes hospiteringsordning for alt helsepersonell (Ordninga blei etablert i 2008 og sidan den gang har 239 frå kommunane hospitert i helseføretaket og 89 frå helseføretaket hospitert i kommunane.)

Fagråd og nettverk på tvers av forvaltingsnivåa er oppretta for å følgje opp dei lovpålagde samarbeidsavtalane som blei gjorde i 2012.

- Det blir lagt til rette for breiddekompetanse, særleg ved dei mindre sjukehusa.

Som ein konsekvens av den nye samhandlingsreforma vil det vere viktig å styrkje breiddekompetansen.

Helse Førde

Gjennom Utviklingsprosjekt Nordfjord sjukehus er dette eit av områda ein har arbeidd med, og som ein ser at ein må arbeide vidare med. Det er sett i gang eit samarbeid mellom psykisk helsevern og dei somatiske avdelingane om utgreiing av eldre med samansette vanskar. Det er òg utarbeidd ein kompetanseplan for å sikre breiddekompetansen i lokalsjukehuset. Erfaringane herifrå vil bli nytta i det vidare arbeidet i føretaket, mellom anna ved at ein ved lokalsjukehuset i Lærdal vil kunne implementere dei løysingar som ein kjem fram til ved Nordfjord sjukehus i lag med Høgskulen i Sogn og Fjordane og Førde og Flora kommune utgreidd føresetnadene for å få til ei trainee-ordning for å gi nyutdanna sjukepleiarar breiddekompetanse. Ordninga inneber ei turnusordning i kommune- og spesialisthelseteneste og ein fagplan for opplæring i yrkesrolla. I 2014 vil ein prøve ut ordninga gjennom eit pilotprosjekt for åtte

sjukepleiarar. Helseføretaket skal ha arbeidsgivaransvar for fire sjukepleiarar, medan kommunane skal ha arbeidsgivaransvar for dei andre fire.

Helse Bergen

Dette er eit viktig element ved opplæring av turnuskandidatar. Denne tematikken jobbar ein særleg med i samband med ny mottaksklinikk og BUSP (det planlagde barne- og ungdomssenteret for somatikk og psykiatri). Føretaket har fokus på dette i rekrutteringsprosessane, slik at tilsetjing skjer med bakgrunn i mellom anna breiddekompetanse.

Helse Stavanger

Kravet om breiddekompetanse er lite relevant, for Helse Stavanger HF har ikkje mindre sjukehus knytte til seg.

- Ein er særleg merksam på legestillingar som kan styrkje utviklinga av lokalsjukehusa og samhandlinga med kommunane.

Helse Førde

Ein er i starten av ei ny samhandlingsreform som vil krevje eit utvida fokus på endringar i det framtidige stillingsinnhaldet. Gjennom undervisning og informasjon har ein arbeidd med å lage rutinar for samhandling. Helseføretaket er òg i rute når det gjeld avtalar mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Ein er særleg merksam på stillingar som kan utvikle dette arbeidet.

Helse Bergen

Det blei sendt ut utkast til samarbeidsavtale for å kople turnuslegestillingar på sjukehuset og kommunane til alle samarbeidskommunane i mai. Saka blei behandla i samarbeidsutvala i mai/juni. Alle dei fire samarbeidsutvala tilrådde kommunane å signere avtalen.

Ved Voss sjukehus har mange fastlegar i lokalsjukehusområdet hatt engasjementsstillingar i sjukehuset frå eit halvt til eitt. Dei har då dekt LIS-stillingar (legar i spesialisering) innanfor indremedisin og psykiatri.

Voss sjukehus (VS) har til kvar tid ti medisinske turnuskandidatar. Det er no bestemt at turnustenesta ved VS blir kopla saman med turnustenesta i ein av kommunane i lokalsjukehusområdet.

Praksiskonsulentordninga er ei integrert ordning og eit viktig verktøy for å sikre dette. Det er òg etablert samarbeid med kommunar om felles rekruttering av turnuslegar.

Helse Fonna

Føretaket har god rekruttering til stillingar for legar i spesialisering (LIS-stillingar). Det er òg fokus på målretta tiltak for å klare å rekruttere til ledige overlegestillingar, men føretaket har framleis utfordringar med å rekruttere spesialistar til små fagmiljø.

Føretaket har legar i praksiskonsulentstillingar som har særleg fokus på å utvikle samhandlinga mellom sjukehus og kommunane.

Helse Stavanger

Ei LIS-stilling i føretaket er øyremerkt obligatorisk sideutdanning for allmennmedisin. Denne stillinga blir p.t. nytta på anesthesiavdelinga.

Legar frå kommunehelsetenesta kan etter avtale hospitere på alle avdelingane i føretaket. Via PKO-ordninga er det laga eit strukturert opplegg for hospitering ei veke om gongen. Det gir merittar som obligatoriske kurstimar for etter- og vidareutdanninga til allmennlegane.

- Det blir utdanna mange nok legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane, og det blir lagt til rette for effektive utdanningsløp for legespesialitetane.

Helseføretaka vil saman satse på å leggje til rette utdanningsløp for utdanningsstillingar (LIS-stillingar) som er raskare og meir føreseielege for den enkelte.

1. juli 2013 blei ordninga med å søkje Nasjonalt råd om å opprette nye legestillingar avvikla. Det er dei faglege vurderingane og budsjetttrammene til føretaka som ligg til grunn for opprettinga av nye legestillingar.

Helse Førde

Alle LIS-stillingar ein har fått tildelt, er det tilsett legar i.

Helse Bergen

For å sikre effektive utdanningsløp er det gjort fleire tiltak som følgje av ei evaluering på området. Dette er tiltak innanfor mottak, opplæring, struktur og organisering av utdanninga. Helse Bergen vil framover ha særleg fokus på rettleiarfunksjonen og vil saman med Universitetet i Bergen styrkje utdanninga og praksisen på dette området.

Nedanfor er status frå nokre av einingane i føretaket når det gjeld rekruttering og tilrettelegging av effektive utdanningsløp:

ReHabiliteringsklinikken: Ingen ledige utdanningsstillingar innanfor spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er oppretta ein intern utdanningsplan som skal sikre effektive utdanningsløp. Rehabiliteringstenesta er ingen eigen spesialitet. Det er eit ønske å styrkje utdanninga av legar innanfor habiliteringsfeltet.

Augeavdelinga: Det er tilsett nokon i alle stillingsnummera og heimlane. Nasjonalt er det ei utfordring at det blir utdanna for få i forhold til befolkningsvekst og auka aldring. Det er lagt til rette for effektive utdanningsløp, og ein arbeider med å forbetre kvaliteten på dette.

Barneklinikken: Klinikken utdannar legespesialistar ut frå eigne behov og bidreg i tillegg med gruppe 1-teneste for legar frå Lillehammer, Sørlandet sjukehus, Helse Vest (spesielt Haugesund og Førde) og Ålesund.

Divisjon psykisk helsevern: Det er god rekruttering til LIS-stillingar i vaksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Det er òg eit godt tilrettelagt system for spesialistutdanning.

Hjarteavdelinga: Det er ei utfordring å rekruttere eksterne spesialistar innanfor fagområde som invasiv kardiologi og til dels òg non-invasiv kardiologi. Det blir arbeid mykje med å bygge opp interne kandidatar.

Hudavdelinga: Særs mange søker utdanning i spesialiteten. Det tek lang tid å få ein spesialist ferdig utdanna, men det skriv seg frå eksterne og personlege forhold, ikkje forhold ved utdanninga.

Kvinneklinikken: Det har i dei siste åra vore ein større avgang av spesialistar på grunn av alder enn produksjon av spesialistar. Det gjer det ekstra vanskeleg å få til nyrekruttering av overlegar. Derfor har det vore eit kompetansetap innanfor spesialiteten som ikkje blir erstatta ved å tilsetje ein ny overlege, og som det uansett vil ta tid å ta igjen. Den faglege utviklinga innanfor faget stiller aukande krav til spisskompetanse i overlegegruppa, mellom anna innanfor gynekologisk kreft-kirurgi og fostermedisinske undersøkingar ved hjelp av ultralyd. Kompetansen innanfor dei gynekologiske kirurgiske ferdigheitene har endra seg mot minimale invasive inngrep. Kompetansen innanfor intensiv fosterovervaking i samband med fødsel har endra seg. Det blir ei stadig større utfordring å halde oppe eit generelt kompetansenivå slik at ein overlege kan bli brukt «over alt». Kvinneklinikken er godkjend som gruppe 1-sjukehus og utdannar spesialistar til Helse Vest og andre delar av landet (for eksempel Ålesund og Bodø). Det blir lagt til rette for eit effektivt utdanningsløp gjennom at dei fleste LIS-legar deltek i ei fast rotasjonsordning mellom dei tre lokalisasjonane for ortopedi i bergensregionen (Haraldsplass, Haukeland og Hagavik).

Revmatologisk avdeling: Avdelinga har god rekruttering til revmatologi. Inga ventetid på gruppe 1.

Voss sjukehus: Avviklinga av Nasjonalt råd for spesialutdanning av leger og legefördeling gjer det enklare å utdanne nye legespesialistar. ID-nummerproblematikken var ei stor utfordring for VS.

Yrkesmedisinsk avdeling: Avdelinga utdannar arbeidsmedisinarar, dels eit hovudløp på sjukehus, dels som eit års sjukehussteneste for legar med arbeidsområde innanfor bedriftshelseteneste.

Helse Fonna

Føretaket samarbeider med universitetssjukehusa for godkjenning og fullføring av utdanningsløpa for legar i spesialisering. Føretaket legg til rette for at utdanningsløp for legespesialistar blir gjennomførte i tråd med venta behov.

Helse Stavanger

Føretaket rekrutterer godt til utdanningsstillingar (LIS-stillingar). Det er ei utfordring å rekruttere til enkelte spesialiststillingar som urologi, invasiv kardiologi, klinisk immunologi/rheumatologi, patologi, immunologi og transfusjonsmedisin klinisk biokjemi, mikrobiologi og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB). Innanfor pediatri er det vanskeleg å rekruttere til barnehabilitering.

Innanfor anestesi og patologi er det ei utfordring at fleire overlegar er over 60 år. Ved oppretting av nye legestillingar vil helseføretaket i størst mogleg grad ta omsyn til fagområda med dei største utfordringane og sørgje for ei formålstenleg fordeling mellom LIS-stillingar og overlegestillingar.

Innanfor fagområda der det er vanskeleg å rekruttere nye legar, blir det lagt til rette for å utdanne eigne spesialistar i større grad.

- Utdanningskapasiteten og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert.

Helse Førde

Føretaket vil ha behov for 1–2 nye patologar innanfor ein femårsperiode. Ein er redd for at utdanna patologar føretrekkjer større fagmiljø, slik at det blir vanskar med rekrutteringa. Pilotprosjektet om digital patologi vil kunne gjere rekrutteringa lettare.

Helse Bergen

Utdanningskapasiteten og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar er gjennomgått, og konklusjonen er at særleg rekruttering og utdanning av patologar bør følgjast vidare.

Trass i at det er blitt fleire utdanningsstillingar innanfor onkologi, har talet på utdanna spesialistar vore lågt. Det har samanheng med at det er mange fertile kvinner i faget som har hatt avbrot i utdanninga på grunn av fødselar og omsorg for eigne barn, og dessutan er det pressa arbeidsvilkår, så mange går over i ei anna spesialistutdanning. Rekrutteringssituasjonen for onkologar blir foreløpig likevel vurdert som tilfredstillande.

Helse Fonna

Føretaket vurderer behovet for legestillingar i samsvar med tenestetilbodet og systemet for legetildeling. Føretaket fekk hausten 2012 LIS-stilling i patologi, men har ikkje onkolog. Det er sett i verk eit prosjekt for å leggje til rette for rekruttering av onkolog.

Helse Stavanger

Onkologi: Føretaket har per april 2013 ni spesialiststillingar innanfor onkologi, men på grunn av rekrutteringsutfordringar er ei stilling mellombels omgjord til LIS-stilling. Føretaket har derfor åtte LIS-stillingar innanfor onkologi. Ekstern rekruttering er vanskeleg. Føretaket må derfor satse på intern rekruttering og treng LIS-stillingar for å kunne utdanne eigne spesialistar. I løpet av 2013 vil tre LIS-legar bli ferdige spesialistar i onkologi og kan tilsetjast i overlegestillingar. Etter 2013 vil då kapasiteten innanfor onkologi vere betre, men med auka kreftførekomst vil det vere behov for ytterligare styrking. Det er utfordrande å rekruttere lege med spesialitet i palliativ medisin.

Patologi: Også nasjonalt er det ei utfordring å utdanne nok patologar. Føretaket oppretta i 2012 to nye overlegestillingar i patologi. Desse blei fylde med eigne nyutdanna spesialistar, men dessverre har 1,5 overlegar slutta. Det er planlagt å opprette fleire stillingar i patologi i 2014.

Det har vore godt med søkjarar til LIS-stillingar i patologi, men det er mindre tilgang på spesialistar. Føretaket satsar derfor primært på å utdanne eigne spesialistar.

- Dobbelkompetanseutdanning¹ i psykologi er vidareført ved at kliniske stillingar er tilgjengelege i helseføretaka i samarbeid med universiteta.

Helse Førde

Føretaket samarbeider med universitetet om dobbelkompetanseutdanning i psykologi for ein person. Det er førebels éin psykolog som har doktorgrad. Føretaket har nyleg vedteke strategisk plan for forskning der psykisk helsevern er en del av denne satsinga

Helse Bergen

Kliniske stillingar som legg til rette for dobbelkompetanseløp, er gjorde tilgjengelege i føretaket. Det er lagt til rette for to psykologstillingar for «doppelkompetanseløp». Det er etablert ein samarbeidsavtale med UiB om forskingsdelen fram mot PhD (etter programmet haust 2017).

Helse Stavanger

Psykiatrisk divisjon har mange psykologar som forskar, og fleire med doktorgrad. Divisjonen legg til rette for slike stillingar, men det er lita interesse desse stillingane. P.t. har divisjonen berre ein person i ei slik stilling.

- Utdanningskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien er styrkt.

Helse Førde

Innanfor psykisk helsevern for barn og unge har ein no overlegar i barnepsykiatri ved alle seksjonane. Avdelinga er godkjend som utdanningsinstitusjon, og det er laga ein plan for å få fleire overlegar i åra framover. Det er tilsett tre LIS som er under utdanning. Ein av desse blir ferdig spesialist i mars 2014.

Helse Bergen

Det er oppretta to nye LIS-stillingar i 2013. Det er tilsett legar i begge stillingane.

Helse Fonna

Føretaket arbeider aktivt med å rekruttere spesialistar innanfor barne- og ungdomspsykiatri. BUP Stord/Kvinnherad er godkjend som utdanningsinstitusjon i 2013.

Helse Stavanger

Føretaket har dei siste åra utdanna fleire spesialistar i barne- og ungdomspsykiatrien og har arbeidd systematisk med å styrkje utdanningskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien. Det har gitt gode resultat: tilsetjing av 16 spesialistar (overlegar) og 16 LIS-legar i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Det er god rekruttering til LIS-stillingar. Det er oppretta ei øyremerkte LIS-stilling på Barneavdelinga for å sikre obligatorisk sideutdanning i pediatri for dei som skal bli spesialist i barne- og ungdomspsykiatri.

¹ Kombinert utdanning som omfattar både forskingskompetanse og klinisk kompetanse

- Det blir gjennomført og lagt til rette for god nok utdanning og gode nok utviklingsløp for spesialsjukepleiarar, jordmødrer og andre spesialistutdanna grupper for å møte behova på kort og lang sikt.

Helse Førde

Føretaket har etablerte system for utdanning og stipend knytt til spesialsjukepleiarar og jordmødrer. I budsjettet for neste år er det lagt til rette for stipendauke og egne avtalar om løn for å styrkje spesialistutdanninga av sjukepleiarar. Det er sett konkrete mål for 2014.

Føretaket har ein implementert rekrutteringspolitikk som skal sikre rett bemanning både på kort og lang sikt. Arbeidet er ikkje i mål, og ein arbeider med å planleggje ytterlegare tiltak. To ulike prosjekt er på trappene: ein kompetansestrategi for føretaket og ein eigen strategi for undervisning og læring (i samarbeid med høgskulen). På kort sikt har ein oversyn og tiltak knytte til synlege utfordringar, på lang sikt vil kompetansestrategien være det førande elementet. Når det gjeld tilgjengeleg teknologi, har føretaket gjennom auka investeringar på utdanningsområdet teke i bruk tilgjengelege system, noko det vil halde fram med i 2014.

Helse Bergen

Ei rekkje tiltak er sette i verk, og dei vil bli vidareførte til 2014. Helse Bergen har framleis utfordringar knytte til å rekruttere nok spesialsjukepleiarar. Auka volum og opptaksfrekvens på vidareutdanning er initiert i tillegg til intern opplæring, ny utdanning i spesialreinhald og meir formålstenleg oppgåvedeling mellom dei aktuelle profesjonane, spesielt i operasjonfaga.

Helse Fonna

Utviklingsløpet for spesialsjukepleiarar og jordmødrer blir avtalt mellom leiaren og medarbeidaren. Systemmessig er det lagt til rette for dette i Kompetanseportalen. Det blir årleg gjennomført kartlegging av behovet for etter- og vidareutdanning i klinikkane. Prioriteringar blir gjorde i tråd med det framtidige behovet for aktuell kompetanse og i samsvar med tenestetilbodet ved sjukehusa.

Helse Stavanger

Føretaket arbeider bevisst for å motivere sjukepleiarar til å søkje vidareutdanning. Føretaket har stipendordningar for sjukepleiarar som tek spesialutdanning, og tilbyr praksisplassar for studentar i vidareutdanning. I tillegg tilbyr føretaket studentar deltidsjobb under utdanninga. Føretaket har dialog med Universitet i Stavanger om å auke talet på studieplasser og om innhaldet i vidareutdanninga for sjukepleiarar.

Føretaket har vidare starta opp klinisk spesialist-kompetanseprogram for sjukepleiarar. Det har òg fokus på vidareutdanning innanfor dei forskjellige fagområda som lunge, nyre, infeksjon, geriatri. Det er framleis vanskeleg å rekruttere kreftsjukepleiarar og byingeniørar. Føretaket har utvikla individuelle løp for etter- og vidareutdanning innanfor ei lang rekkje spesialutdanningar, inkludert for jordmødrer.

Hausten 2013 starta Diakonhjemmet Høgskole i Sandnes opp vidareutdanning i rehabilitering. Det er lagt til rette for at sjukepleiarar og andre faggrupper kan delta på denne.

- Praksisopplæring i samarbeid med universitets- og høgskulesektoren og aktuelle kommunar er av god kvalitet, og blir vidareutvikla.

Helse Vest RHF samarbeider med universiteta og høgskulane i regionen for å sikre at utdanningsinstitusjonane tilbyr utdanning som er i tråd med behova i helseføretaka, og for å sikre at helseføretaka tilbyr relevant praksisopplæring og mange nok praksisplassar. Det er ein del av oppgåvene som mellom anna er tillagde samarbeidsutvala med høgskular og universitet. Det er òg etablert nye arbeidsprosessar for å førebu praksisperiodane i helseføretaka. Det skal bidra til å styrkje førebuinga til praksisperiodane både for studentar og rettleiarar. Studentar får tilgang til alle e-læringskurser før praksisperioden startar. Gjennom Kompetanseportalen har rettleiarar og studentar fått lagt til rette for dokumentasjon og evaluering av oppgåvene som inngår i praksisperiodane. På denne måten kan ein få ein fullstendig dokumentasjon av oppgåver og evaluering som gir grunnlag for vurdering av bestått og gjennomført praksis.

Helse Førde

Føretaket har etablert faste samarbeidsmøte med høgskular, universitet og kommunar. Desse møta er strategisk viktige for ei god praksisopplæring. Praksisopplæringa skjer etter plan. Rapportering og vidare utvikling / nye tiltak har hovudfokus.

Det er utarbeidd ein ny overordna kompetanseplan for Helse Førde for 2014. I 2013 har føretaket arbeidd med strategi for kompetanseutvikling for å tydeleggjere kven som har ansvaret for å utdanne sentrale yrkesgrupper. Arbeidet i første fase er konsentrert kring opplæringstiltak og praksis for sjukepleiestudentar, og ein vil gå vidare med tiltak for andre grupper: legar, andre med treårig høgskuleutdanning og fagutdanningar.

Helse Bergen

Det blir det arbeidd kontinuerleg med praksisopplæring saman med utdanningsinstitusjonar og kommunar. Føretaket har særleg fokus på samarbeidet med kommunane relatert til praksis i psykiatri, lærlingsamarbeid innanfor helsefag og harmonisert utlysing av turnuslegestillingar.

Det er òg stort fokus internt og tett dialog med utdanningsinstitusjonane for å sikre at ansvaret føretaket har når det gjeld praksisopplæring, blir vareteke.

Helse Fonna

Føretaket har etablert nettverk og vidareutvikla samarbeid med utdanningsinstitusjonane. Det har inngått forpliktande, skriftlege avtalar om omfanget av og rammene knytte til praksisopplæring, med alle utdanningsaktørar som har studentar/elevlar i praksisopplæring i føretaket. Føretaket prøver å sikre pliktene sine og bidreg med nødvendige ressursar til rettleiing og administrering av praksisopplæringa. På administrativt nivå er studentprosessen innført for alle praksisgruppene i føretaket. Det er jamlege møte mellom utdanningsinstitusjonane og føretaket, både på administrativt og fagleg nivå.

Helse Stavanger

Føretaket er praksisstad for bachelorutdanning i sjukepleie ved Universitetet i Stavanger. Kwart semester er det 200–220 studentar ute i klinisk praksis, vesentleg ved medisinske og kirurgiske sengeeininger, og 100–110 studentar i praksis i psykiatrien. Føretaket har formidla til Universitetet i Stavanger at kapasiteten på sjukepleiarutdanninga for liten i forhold til behovet og befolkningsgrunnlag i Sør-Rogaland og derfor bør aukast.

Føretaket har teke imot sjukepleiarstudentar frå universitet i Canada, Portugal og Storbritannia som Universitetet i Stavanger har avtale med.

Det er samarbeidsmøte om praksis og vidareutdanninga mellom Universitetet i Stavanger og føretaket kvart semester.

I tillegg til sjukepleiarutdanninga har føretaket praksisopplæring innanfor fleire andre fagområde, mellom anna for bioingeniørstudentar og helsesekretærstudentar.

Det tette samarbeidet som er etablert med utdanningsinstitusjonane, blir ført vidare. Det er viktig for å sikre at føretaket har rett kompetanse til å møte dei framtidige utfordringane i spesialisthelsetenesta i regionen. Tiltak som kan medføre ein auke i studiekapasiteten og betring av studiefullføringsgraden, er viktige tiltak å prioritere i åra framover. Utdanningsløp som kan kombinerast med høve til å arbeide redusert mens ein studerer, bør òg vurderast.

- Det er lagt til rette for å auke talet på læreplassar for elevar i vidaregåande opplæring og etablere mange nok eigne læreplassar innanfor helsefagarbeidarfaget og ambulansesarbeidarfaget.

Helse Vest har utarbeidd måldokument for å behalde helsefagarbeidarar i 100 prosent stillingar. I dag er det ulike tilbod for ferdig utdanna sjukepleiarar i forhold til full fast stilling. Det blir jobba for å leggje til rette for at også helsefagarbeidarane kan få tilbod om liknande tilbod i føretaket etter bestått fagprøve. Det kan gjerast på fleire måtar, og det må vere ei fleksibel tilnærming for å nå målet.

Helse Førde

Føretaket planlegg å opprette eigne læreplassar for helsefagarbeidarar i 2014/2015. Føretaket har i dag 20 eigne læreplassar for ambulansesarbeidarar. Det er òg læreplassar innanfor kokkefaget. Dialog om å opprette eigne læreplassar for helsefagarbeidarar er i gang, og planen er å vurdere dette som ein del av prosjektet «Strategi for læring og undervisning i Helse Førde», som er i gang hausten 2013/2014. Saka har vore løfta både for føretaksleiinga og for styret i Helse Førde.

Helse Bergen

Føretaket har eit tett samarbeid med universitet og høgskulesektorar for å sikre rett volum og rett innhald i utdanninga. For eksempel er spesialutdanninga i barnesjukepleie revidert og justert i tråd med dei framtidige behova til føretaket. I samarbeid med dei vidaregåande skulane er det utvikla eit eige løp for TAF helse (teknisk allmennfag linje vidaregåande skule) i spesialisthelsetenesta og eit eige fagskuletilbod i spesialreinhold.

Helse Fonna

Samarbeidet med vidaregåande skular, høgskular og universitet må styrkjast for å sikre ei framtidig utdanning med innhald og kapasitet i tråd med behova. Føretaket vil arbeide vidare med å leggje forholda til rette for at lærlingar og studentar trivst og ønskjer å vere medarbeidarar i føretaket.

Føretaket har i 2013 fått sju nye lærlingar i helsefagarbeidarfaget. Det inneber at det dei nærmaste åra skal vere fjorten lærlingar i helsefagarbeidarfaget i føretaket. Fagleg og koordinerande arbeid blir vareteke av ein eigen koordinator.

I tillegg har ein lærlingar innanfor institusjonskokkfaget (to stykk) og ambulansefaget (ti nye i 2013). Det er knytt koordinatorressurs til å ta seg av det faglege og administrative oppfølgingsansvaret i ambulansefaget. Føretaket har òg elevar frå dei vidaregåande skulane i føretaksområdet i kortare praksisperiodar. Det gjeld i hovudsak PTF (praksis til fordjuping).

Helse Stavanger

Føretaket har som mål å inngå minimum 25 lærekontraktar for helsefaglærlingar kvart år. Dersom nokon fell frå, forsøker føretaket å fylle på med vaksenkandidatar eller med lærlingar som ønskjer å byte lære plass. Føretaket har 25 andreårslærlingar. Det er inngått 27 lærekontraktar med lærlingar som starta opp 5.8.2013. Hausten 2013 har føretaket dermed hatt 52 helsefaglærlingar.

Ambulansearbeidarfaget tek opp sju nye ambulansefaglærlingar per år. Det vil seie at føretaket til kvar tid har fjorten lærlingar. I dette faget er det lite fråfall, og føretaket ser ikkje behov for fleire lære plassar.

- Kunnskap om arbeid med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik blir sikra gjennom kompetansetiltak til helsepersonell i helseføretaka.

Helse Førde

Føretaket har saman med Helse Vest arrangert kurs i kvalitetsforbetring og pasienttryggleik med til saman 25 deltakarar. I tillegg har prosjektleiarar og teammedlemmer delteke på regional og nasjonal opplæring. 25 leiarar frå eit utval avdelingar i stab støtte har gjennomført opplæring i kontinuerleg forbetring. På Helse Vest sitt kurs i fasilitering deltok føretaket med to representantar. Vert det gjeve «just in time» opplæring til prosjektleiarar lokalt i føretaket. Avdelingar har og nytta seg av tilbodet om opplæring/undervisning i forbetringsarbeid frå fag og utviklingsavdelinga.

Helse Bergen

Føretaket har ansvar for å gjennomføre kurs i forbetringsarbeid for alle sjukehusa i regionen kontinuerleg. Vi har òg eigne nøkkelpersonar frå einingane med på desse kursa. Kurs i prosjektarbeid og prosessforbetring blei gjennomført regionalt i utgangen av september 2013. Føretaket har deltakarar på den nordiske utdanninga i regi av kunnskapsenteret for «Forbedringsagenter» i kull 1 og 2. Føretaket deltek òg i regionale, nasjonale og internasjonale pasienttryggleikskonferansar og seminar. I regi av føretaket blir det arrangert lokale konferansar og utdanning innanfor kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Helse Stavanger

Føretaket deltek i kurs i forbetningsmetodikk, prosjektleiing, prosess-simulering, måling og analyse og fasiliteringsmetodikk.

Alle prosjektleiarar som har fått såkornmidlar og samhandlingsmidlar, har fått tilbod om kurs i forbetningsmetodikk og prosjektleiing. Det same har prosjektleiarar for innsatsområda i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet.

2.3 Forsking og innovasjon

2.3.1 Forsking

Mål 2013

- Dei regionale helseføretaka har i samarbeid, og under leiing av Helse Nord RHF, utarbeidd retningslinjer og sett i verk tiltak for større grad av brukarmedverknad i ulike fasar av forskinga. Retningslinjene er forankra i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning.

Det er sett ned ei arbeidsgruppe med to representantar frå Helse Vest. Grappa har starta arbeidet. Grappa orienterte om framdrifta i prosjektet i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning 7. november 2013. Ein rapport frå arbeidsgruppa vil vere klar vinteren 2014.

- Dei regionale helseføretaka har samarbeidd med Noregs forskingsråd og CRISTin om å vidareutvikle klassifiseringssystemet for helseforskning (HRCS), og har mellom anna vurdert behovet for å inkludere nye kategoriar.

Helse Vest har hatt med ein representant i arbeidsgruppa som har jobba med dette. Noregs forskingsråd har leidd arbeidet.

Rapporten frå arbeidsgruppa er ferdig og blir sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2013. I rapporten blir det lagt fram tilrådingar om vidareutvikling og samordna bruk av HRCS.

- Dei regionale helseføretaka har, under leiing av Helse Midt-Norge RHF, utarbeidd retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering i samband med gjennomføring av fleirregionale kliniske multisenterstudium. Retningslinjene er forankra i NorCRIN.

NorCRIN er eit nettverk av alle universitetssjukehusa i Noreg.

Helse Bergen følgjer aktivt opp arbeidet i gruppa gjennom leiing eller delt leiarskapet i tre av arbeidspakkane i prosjektet. Det er høg aktivitet og god progresjon i prosjektet. Deltaking i Nordic Trial Alliance skal etablerast gjennom det nasjonale nettverket.

Det er nedsett ei arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til retningslinjer. Gruppa er forankra i NorCRIN og har to representantar frå Helse Vest. Arbeidsgruppa sine forslag til retningslinjer var i januar 2013 ute på høyring i helseføretaka.

- Dei regionale helseføretaka har støtta opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studium, Nordic Trial Alliance.

Gjennom NorCRIN blir det arbeidd vidare med Nordic Trial Alliance.

Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Sør-Øst RHF, utarbeide ein felles årleg rapport som beskriv forskingsresultata og kva implikasjonar dei har for tenesta. Rapporteringssystemet e-rapport er trekt inn i arbeidet på ein formålstenleg måte.

Det er nedsett ei arbeidsgruppe med to representantar frå Helse Vest. Fristen for å levere felles rapport er sett til 15. mars 2014.

- Det er sett i verk tiltak for å få meir forskning på pasienttryggleik.

Det er delvis sett i verk og delvis planlagt tiltak for å sikre dette.

Helse Vest har utlyst midlar for forskning på pasienttryggleik, og det er komme søknader frå to føretak.

Helse Vest innleier eit samarbeid med utgangspunkt i NPE-saker der forskarar går gjennom medhaldssaker. Dette skal gjerast innanfor fødselsomsorg og ortopedi.

Helse Vest har og lyst ut stimuleringsmidlar til kvalitetsregister og ønskjer forbetringstiltak som tek utgangspunkt i registerdata.

Eksempel på tiltak som er sett i gang i helseføretaka:

Helse Stavanger

Samarbeidet mellom Helse Stavanger og Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research (SAFER) har blitt utvida på dette området. Det blei hausten 2013 oppretta ei eiga stilling i Forskingsavdelinga der eit av hovudfokusa vil vere

forskning på pasienttryggleik. I samarbeid med SAFER og sjukehusets TTO²-aktør Prekubator er InnoMed-prosjektet «Beredskapsøvelser og Simulering» i gang. Pasienttryggleik er ein vesentleg del av prosjektet.

Helse Fonna

Det er delt ut midlar frå Helse Fonna til nye forskingsprosjekt som gjeld forskning på pasienttryggleik. Prosjekta er i startfasen.

Helse Bergen

Det er starta fleire forskingsprosjekt på trygg kirurgi, sjekklister og trygg overføring til kommunal omsorg.

Helse Førde

Eit doktorgradsprogram, som blir fullført i 2014, er eit kvalitativt studium av kvalitet og tryggleik innanfor helse og omsorg for eldre. Prosjektet, som doktorgraden er ein del av, har finansiering til 2015, og frå prosjektet si side har ein tenkt å gå vidare med eit intervensjonsstudium. Denne intervensjonen vil i tilfelle bli lagd til Helse Førde. I samband med doktorgradsprosjektet er det etablert gode nettverk som ein vil bygge vidare på.

Helse Førde har òg eit doktorgradsprosjekt innanfor psykisk helsevern / rus som er relevant for pasienttryggleik. Målet med dette prosjektet er å leggje til rette for brukarmedverknad i tverrfagleg spesialisert rusbehandling og å integrere brukarkunnskapen i behandlingspraksis. Søkjelyset er på brukarmedverknad, men det er òg ein intensjon om at både personalet og brukarane opplever at dei har eigarskap til dette tenesteutviklingsprosjektet. Dei blei derfor tidleg involverte i prosjektplanlegginga og gjennomføringa. Prosjektet vil vere eit handlingsorientert forskingssamarbeid som mellom anna gir rom for undervisning frå tenestebrukarar til sosial- og helsepersonell og motsett, og som fremjar eit likeverdige samarbeid for å utvikle offentlege tenester.

Helse Førde har òg tildelt masterstipend til sjukepleiar som arbeider med pasienttryggleik i masteroppgåva.

- Minst 40 prosent av publikasjonane frå 2013 i Helse Vest RHF har internasjonalt samarbeid (ein eller fleire utanlandske medforfattarar).

Målet blei nådd i 2012, og det tyder på at det vil bli nådd i 2013 òg. Helseføretaka sin frist for å ferdigstille talet på publikasjonar i CRISStin/NVI er 1. april 2014, og endelege tal for 2013 vil først vere tilgjengelege etter dette.

- Minst 20 prosent av artiklane frå 2013 i Helse Vest RHF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrift som er vurderte til å ha høg kvalitet og relevans).

² TTO = Technology Transfer Organization

Målet blei nådd i 2012, og det tyder på at det vil bli nådd i 2013 òg. Helseføretaka sin frist for å ferdigstille tal på publikasjonar i CRISStin/NVI er 1. april 2014, og endelege tal for 2013 vil først vere tilgjengelege etter dette.

- Helse Vest RHF har etablert støtte-/insentivsystem for å få sende fleire søknader frå helseføretaka til EUs 7. rammeprogram for forskning.

Helse Vest behandlar dette spørsmålet gjennom Det regionale samarbeidsorganet, som del av arbeidet med å utvikle nye strategiske satsingar. Det er sett ned ei arbeidsgruppe som skal sjå på korleis midlar frå Det regionale samarbeidsorganet best kan nyttast for å løfte fram fleire og betre EU-søknadar frå regionen. Aktuelle tiltak arbeidsgruppa skal drøfte, er mellom anna å tilby eit stipend (post doc / doktorgrad) til dei forskingsmiljøa som får tildeling gjennom EU-systemet / får gode karakterar på innsende EU-søknadar, men som ikkje når opp i konkurransen om tildeling, auke satsen på posisjoneringsmidlane, oppfordre forskarar i regionen til å delta som evaluatarar i EU-systemet og setje eit øvre tak på tildeling til forskingsprosjekt finansiert av Det regionale samarbeidsorganet.

2.3.2 Innovasjon

Mål 2013

- Dei regionale helseføretaka har vidareført den nasjonale samarbeidsavtalen og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i tråd med nasjonale føringar.

Helse Vest har vidareført den nasjonale samarbeidsavtalen gjennom aktiv deltaking i det nasjonale koordineringsutvalet og gjennomføring av nasjonale planar og utgreiingar. Vidare blir tiltaksplanen gjennomført i regionen gjennom eit felles regionalt innovasjonsnettverk og lokale innovasjonsansvarlege i kvart helseføretak og i Helse Vest IKT AS.

- Den nasjonale databasen for innovasjonsindikatorar i helseføretaka er utvida til å inkludere innovasjonsprosjekt som støttar opp om samhandling.

Målet er ikkje nådd. Viser til dialog mellom Helse Sør-Øst og CRISStin, der aktiviteten er lagd på vent mens ein ventar på oppdrag til NIFU om innovasjonsindikatorane.

- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Sør-Øst RHF sett i verk føreslåtte tiltak i rapporten «Fremme innovasjon og innovative løysningar i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser» frå 2012.

Helse Vest har delteke aktivt i vidareføringa av dette arbeidet, mellom anna i utarbeidinga av ein felles rettleiar, som er behandla i RHF-styret.

Innovasjon gjennom anskaffingar er også fokusert i dei anskaffingar som skjer i den regionale prosjektporteføljen i Helse Vest.

2.4 Jf. tilleggsdokumentet etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013)

2.4.1 Investeringar i IKT

Det blir gitt eit tilskot på 70 millionar kroner for raskare å få innført elektroniske meldingar mellom sjukehus og andre aktørar, automatisk oppdatering av adresse-register og auka investeringar til IKT og pasientjournalssystem. Det er eit mål at alle sjukehus skal kunne sende og ta imot elektroniske meldingar i løpet av 2014.

Elektronisk samhandling mellom sjukehus og andre aktørar er prega av manuelle rutinar, gammal teknologi og tungvinte løysingar. Målet er meir elektronisk samhandling, slik at mellombelse løysingar baserte på bruk av diskett, faks, papir o.l. blir avvikla.

Tilskotet skal brukast til

- å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom sjukehus, fastlegar og pleie- og omsorgssektoren
- å ta i bruk automatisk oppdatering av adresseregisteret i Norsk Helsenett SF (prosjekt OSEAN i Norsk Helsenett SF)
- å bidra i arbeidet med å utvikle standardar for elektronisk tilvising med vedlegg og elektronisk tilvising mellom sjukehus – utvikling av standardar skal gjerast i samarbeid med Helsedirektoratet
- å starte planlegging av dialogmeldingar mellom sjukehus og andre, mellom anna ei løysing for å sende elektronisk post til innbyggjarar (sikker digital postkasse)

Ved å gjennomføre desse tiltaka vil sektoren få meir ut av IT-systema som alt er innførte, og sektoren blir meir moden i bruk av teknologi. På den måten støttar tiltaka opp om overgangen til éin nasjonal journal, som er den langsiktige visjonen i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.*

Helse Vest har organisert arbeidet med elektroniske meldingar og adresseregister under eit eige dedikert programområde: Støtte til Samhandling. Prosjekta under dette programmet har hatt god framdrift i 2013 og er i tråd med planane om å ferdigstille desse prosjekta innan utgangen av 2014.

NUIT har prioritert tilvising med vedlegg og tilvising mellom sjukehus. Helse Vest har fått i oppgåve frå Nasjonal IKT å utvikle ei løysing og vil samarbeide med Helsedirektoratet og Nasjonal IKT om forankring og utprøving. Når det gjeld dialogmelding, samarbeider Helse Vest, gjennom Nasjonal IKT, med Helsedirektoratet og dei andre RHF-a om å ferdigstille og pilotere ei felles løysing.

2.4.2 System for å innføre nye metodar og ny teknologi

I oppdragsdokumentet for 2013 står det: «Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Vest RHF, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta, etablert eit bestillarforum for dei regionale helseføretaka for metodevurderingar som skal løftast til nasjonalt nivå innan 15. januar.» Departementet er nøgd med at eit bestillarforum for dei regionale helseføretaka er etablert, og viser til at den første sak blei behandla i bestillarforumet 23. september 2013.

Det blir vedteke innanfor eksisterande vedtaksstrukturar i dei regionale helseføretaka om ein eventuelt skal innføre nye metodar i spesialisthelsetenesta etter gjennomførte nasjonale metodevurderingar. Det blir lagt til grunn at desse vedtaka må koordinerast med nasjonale myndigheites ansvar for nasjonale faglege retningslinjer. Vi viser til det planlagde møtet mellom Helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka 26. august om den same saka. Helse- og omsorgsdepartementet ber om at innhaldet i avgjerdsprosessen etter at nasjonale metodevurderingar ligg føre, blir konkretisert i tråd med føresetnaden om transparens i avgjerdsprosessane.

Dei regionale helseføretaka har samarbeidd om å konkretisere innhaldet i avgjerdsprosessane etter at nasjonale metodevurderingar ligg føre, og det vil bli lagt fram ei tilnærma likelydande sak for styra i alle dei regionale helseføretaka i februar 2014. Styresaka handlar om prinsippa som vil bli lagde til grunn for avgjerd om eventuell innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta etter gjennomførte nasjonale metodevurderingar.

2.4.3 Helseberedskap

Vi viser til kartlegginga av kva kapasitet sjukehusa har når det gjeld intensivbehandling og bruk av respiratorar ved auka belastning, for eksempel som følgje av ein influensaepidemi eller pandemi, gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med dei regionale helseføretaka våren 2013. På grunnlag av rapporteringa i undersøkinga frå sjukehusa og regionane synest det å variere kor godt førebudde sjukehusa er på å møte ein situasjon med betydeleg auka pasienttilstrøyming. Sjukehusa og regionane må gå gjennom planane sine og gjennomføre øvingar, slik at dei sikrar ein god beredskap ved eventuelle krisesituasjonar i sjukehusa, i regionane og mellom regionane.

Alle helseføretaka i Helse Vest har revidert planverka sine i samsvar med erfaringar frå mellom anna pandemien i 2009, øvingar og andre hendingar, som 22/7. Planverka er øvd i alle helseføretak. Vi viser til rapportering under kapittel 2.1.16 *Helseberedskap*.

Helseføretaka har tiltak i beredskapsplanane som skal sikre handteringa av ei betydeleg auka pasienttilstrøyming. Hendingar og øvingar i 2013 viser at helseføretaka også handterer overføring av pasientar til andre sjukehus i regionen ved stor pasienttilstrøyming. Rolla til det regionale AMK er mellom anna å bidra i koordineringa av pasienttransport til andre helseføretak.

Det er også i hovudsak inngått avtalar med andre organisasjonar (kommunar, høgskular) om bruk av areal dersom eigen kapasitet er utnytta maksimalt. Ved influensautbrotet i 2009 blei det etablert planar i alle helseføretak for utvida drift ved mange pasientar med isoleringsbehov. Kartlegginga sommaren 2013 gir detaljar for estimerte tal. Det er òg utarbeidd kriterium i helseføretaka som beskriv kva for pasientar/pasientgrupper som mellombels må vike i situasjonar med betydeleg auka pasienttilstrømming.

Helse Vest RHF har gitt fullmakt til helseføretaka om å kunne pålegge eige helsepersonell å utføre nærmare tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjonar som fører til ekstraordinær pasientpågang (jf. lov om spesialisthelseteneste § 2-1d). Helseføretaka kan òg påleggje personell i verksemda å bli i tenesta utover ordinær arbeidstid dersom det er nødvendig for å sikre liv og helse etter fullmaktsavgjerder i lov om helsemessig og sosial beredskap (§ 1-4 og § 1-5).

3. Rapportering om krav i føretaksprotokoll

3.1 Resultatkrav og oppfølging for 2013

3.1.1 Resultatkrav 2013

Førebels resultatprognose for 2014 viser eit overskot på 648,2 millionar kroner. Det er eit positivt avvik på 340,2 millionar kroner samanlikna med budsjettet. Eigaren har stilt krav om resultat i balanse. Resultatet er belasta med ekstra av- og nedskrivningar for totalt 1076,6 millionar kroner.

Førebels resultat i føretaka:

	Desember			Hittil pr. Desember		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	10 117	891	9 225	16 254	13 000	3 254
Helse Bergen HF	27 964	4 456	23 508	237 517	165 000	72 517
Helse Fonna HF	5 870	2 835	3 035	34 567	34 000	567
Helse Førde HF	4 896	417	4 480	468	5 000	-4 532
Helse Stavanger HF	13 010	7 501	5 509	60 987	90 000	-29 013
Kjøp av helsestenester	23 698	-171 839	195 537	298 120	0	298 120
Administrasjon morselskap	-769	-708	-61	4 929	0	4 929
Helse Vest IKT AS	-1 795	111	-1 905	-4 631	1 000	-5 631
Til saman	82 991	-156 337	239 327	648 211	308 000	340 211
Resultat	0		0	0		0
Korrigert resultat	82 991	-156 337	239 327	648 211	308 000	340 211

Rekneskapen for 2013 er førebels og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i resultatet.

Alle helseføretaka leverer på eigars krav om resultat i balansen, men Helse Stavanger har framleis litt igjen til dei leverer i tråd med resultatkravet.

Likviditet og driftskredittar

Helse Vest har ved utgangen av 2013 ei samla driftskredittramme i Noregs Bank på 1,579 milliardar kroner. Helse Vest har på same tidspunktet nytta 935 millionar kroner av denne driftskreditten. Føretaksgruppa har ein netto positiv likviditet ved utgangen av året på 1103 millionar kroner.

Investeringar og kapitalforvaltning

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

Tabellen nedanfor viser ei samanstilling av investeringar i føretaksgruppa for 2013. Tala er ikkje endelege, og det kan komme endringar når tala er gjennomgått av revisor.

Investeringar 2013	desember	Estimat 2013	Budsjett 2013
Bygg	818 684	818 684	997 400
MTU	207 747	207 747	317 305
IKT	198 428	198 428	226 400
Anna	172 350	172 350	214 100
SUM	1 397 209	1 397 209	1 755 205

Samla investeringsbeløp for 2013 ligg an til å bli 1,397 milliardar kroner. Den samla budsjettramma for 2013 var på 1,755 milliardar kroner. Forskjellen ligg i at det er nokre prosjekt som ikkje har hatt den same framdrifta som var lagt til grunn då budsjettet blei lagd.

Helse Vest har i 2013 fått tildelt lån på 185 millionar kroner til eit nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) i Helse Bergen HF. Det er utbetalt totalt 433millionar kroner i lån til prosjektet per 2013. Den samla låneramma til BUSP er på 700 millionar kroner (2009-kroneverdi).

Per utgangen av 2013 er det bokført byggjelån på 436,2 millionar kroner inkludert renter. Det vil bli konvertert til langsiktig lån når dei aktuelle prosjekta er ferdige.

LÅN I STATSKASSEN FOR INVESTERINGSFORMÅL				
Rapporterings skjema for lån under opptrekk				
Helse Vest				
Ettårig låneopptak		Låneopptak 2013		Antatt/ Gjennomsnittlig levetid.
Ettårig låneopptak, konverteres til langsiktig lån pr 31.12.2013		0		
Videreførte byggelån som konverteres til langsiktig lån pr 31.12.13	Lånesaldo pr 31.12.12 (inkl. renter)	Låneopptak 2013	Tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.13 (eksl. renter 2013)	Antatt levetid
Kronsminde	7 807 882,11		7 807 882,11	
Ufordelt	1 246 995,54		1 246 995,54	
			0	
Sum tidligere byggelån konvertert til langsiktig lån pr 31.12.13	9 054 877,65	-	9 054 877,65	
Byggelån for videreføring	Lånesaldo pr 31.12.12 (inkl. renter)	Låneopptak 2013	Sum byggelån for videreføring pr 31.12.2013 (eksl. renter 2013)	
Barnepsykiatrisk HUS pr 31.12.12 inkl renter	251 152 991,56	185 000 000,00	436 152 991,56	
			-	
Sum byggelån for videreføring	251 152 991,56	185 000 000,00	436 152 991,56	
Sum byggelån (før konvertering)	260 207 869,21			
Sum låneopptak 2013		185 000 000,00		
Sum låneopptak - konvertert til langsiktig lån pr 31.12.13			9 054 877,65	

3.1.2 Styring og oppfølging i 2013

- Ved planlegging og gjennomføring av større endringsprosesser skal Helse Vest legge til grunn relevante erfaringar frå tidlegare omstillingar både i eigen region og i andre regionar.

Ved kvalitetssikringa av budsjettet for 2013 blei det identifisert risiko i budsjettoplegget til Helse Stavanger og Helse Fonna. Begge føretaka har implementert tiltakspakkar for å redusere risikoen i budsjettet. Her vil ein så langt det er mogleg, bygge på relevante erfaringar frå tidlegare omstillingar.

- Følgje opp dei regionale helseføretaka sitt indikatorprosjekt for kostnadsnivå og produktivitet med utprøving av pilot i 2013. Rapport som beskriv resultat, erfaringar og anbefalingar for vidare framdrift skal sendast til HOD innan 15. januar 2014.

Det er gjennomført pilotrapportering for eit avgrensa tal HF, og rapport med anbefalingar er sendt til HOD. Rapporten er til behandling i RHF-styret i januar 2014. Anbefalinga er at pilotfasen blir utvida med eitt år, og at det er ønske om at alle HF-a deltek i siste fase av piloten.

- Helse Vest RHF skal rapportere på dei regionale helseføretaka sitt arbeid med å kartleggje og utgreie standardiserings-, effektiviserings- og samordningspotensialet ved medisinske støttefunksjonar i regionen 1. tertial 2013.

Det er Helse Midt-Norge som leier dette arbeidet. Helse Vest RHF deltek. Ein felles rapport per 1. tertial frå dei fire RHF-a er sendt av Helse Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) innan fristen. Arbeidet er forseinka, noko Helse Midt-Norge har avklart med HOD.

- For å sikre at pasienttryggleikskampanjen «I trygge hender» blir gjennomført etter planen i 2013, skal Helse Vest bidra med 2 millionar kroner til kampanjesekretariatet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.

Helse Vest RHF har i 2013 overført 2 millionar kroner til kampanjesekretariatet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.

- Bidra i arbeidet med gjennomgang av pasientstraumar.

Gjennom analysar av nasjonale tal frå Norsk pasientregister (NPR) som viser aktiviteten til sjukehusa, har Helse Vest kartlagt pasientflyten mellom føretaka i Helse Vest og mellom Helse Vest og andre sjukehusregionar. Delar av dette arbeidet er summert opp i styresak 137/13B. Helse Vest RHF samarbeider òg med helseføretaka for å auke bruken av NPR-tala til analysar på føretaksnivå av flyt av ulike pasientgrupper, diagnosar og behandlingsformer.

- Sikre at den medisinske kodinga er fagleg korrekt og ikkje blir brukt for å auke innteninga i strid med god fagleg praksis og formålstenleg organisering.

Helse Vest RHF arbeider kontinuerleg for å sikre høg kompetanse blant medarbeidarar som kodar, for å sikre at kodinga er i tråd med gjeldande regelverk.

- Gradvis implementere KPP som grunnlag for god styring av verksemda.

Som det einaste helseføretaket i Helse Vest har Helse Fonna i samarbeid med Helse Vest IKT arbeidd med å halde ved like ein modell for kostnad per pasient (KPP). Modellen er brukt til å analysere aktivitet i Kirurgisk klinikk i Helse Fonna. I 2013 har Helse Vest utarbeidd mandat for ei regional arbeidsgruppe som i 2014 skal leggje ein plan for

korleis føretaka i regionen kan etablere og ta i bruk KPP som ledd i styringa av verksemdene i framtida.

- Setje i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsetjinga om at det ikkje skal vere korridorpasientar, blir oppfylt. Helse Vest skal rapportere særskilt på dette innan 1. juni 2013.

Ein sentral styringsbodskap over lang tid har vore å unngå bruk av korridor plassar både i somatikk og psykisk helsevern. Innanfor psykisk helsevern vurderer Helsetilsynet bruk av korridor plassar i akuttpostane som uforsvarleg.

Helse Vest RHF er tidlegare blitt utfordra av Helse- og omsorgsdepartementet til å vurdere økonomiske sanksjonar overfor helseføretaka som bruker korridor plassar. Helse Vest RHF vurderte på det tidspunktet at økonomiske sanksjoner ikkje var eigna i første omgang. Helse Vest RHF valde i staden å støtte gode tiltak i helseføretaka med ekstra økonomiske midlar.

Trass i ein klar styringsbodskap over lang tid er det framleis omfattande bruk av korridor plassar i føretaka. Bruken er av ulikt omfang i føretaka.

Alle helseføretaka blei våren 2011 bedne om å gå gjennom bruken av korridor plassar og lage ein plan for korleis dei ville endre verksemda i samsvar med styringskrava. Tiltaka har ikkje gitt ønskt effekt.

Helse Vest RHF har derfor etablert eit prosjekt i føretaksgruppa med representantar for helseføretaka og private ideelle organisasjonar som Helse Vest har avtale med.

Prosjektet skal

- kartlegge korleis dagens registrering går føre seg, påvise eventuelle sprik mellom denne praksisen og det gjeldande regelverket, og peike på kva endringar som må gjennomførast for å få ei registrering i heile regionen som er einskapleg og i samsvar med offisielle definisjonar
- kartleggje kvifor det framleis blir brukt korridor plassar, trass i tiltak og klare mål om å redusere bruken
- foreslå nye konkrete tiltak som høgt sannsynleg vil ha ønskt effekt, og ein tidsplan for gjennomføringa

Oppdraget er delt i to leveransar:

1. Sikre lik og einskapleg registreringspraksis i tråd med offisielle definisjonar (både somatikk og psykisk helsevern)
2. Årsaksanalyse med tiltaksplan (berre somatikk)

Prosjektet skal ha levert innan 1. april 2014.

3.1 Organisatoriske krav og rammer for 2013

3.1.1 Endringar i lov om helseføretak m.m.

- Helse Vest skal gjere nødvendige tilpassingar for å følgje opp endringane i lov om helseføretak, jf. Prop. L 120 (2011–2012) og Innst. 62 L (2012–2013), og gjere tilsvarende endringar i vedtektene i dei underliggjande helseføretaka.

Helse Vest RHF har gjort nødvendige tilpassingar og følgd opp endringane og dei føringane om dette som blei gitt i føretaksmøtet 30. januar 2013. Endringane er vidareformidla til helseføretaka. Nødvendige endringar i vedtektene til føretaka blei endeleg vedtekne i føretaksmøte 15. mai 2013.

3.1.2 Vidareutvikling av nasjonalt samarbeid

- Under leiing av Helse Sør-Øst skal dei regionale helseføretaka greie ut om etableringa av eit nasjonalt helseføretak for sjukehusplanlegging før 1. september 2013.

Helse Vest RHF har delteke i arbeidet med å greie ut om etableringa av eit nasjonalt helseføretak for sjukehusplanlegging med representantar både frå regionalt nivå og helseføretaksnivå. Mandat for arbeidet blei gitt av dei administrerande direktørane i dei regionale helseføretaka. Rapporten frå arbeidet blei overlevert Helse- og omsorgsdepartementet innan den reviderte frist for levering 20. desember 2013.

- Helse Vest skal vidare vurdere fellesløysingar som legg til rette for meir effektive innkjøp og meir effektiv bruk av IKT i spesialisthelsetenesta, med frist for tilbagemelding til HOD før 1. oktober 2013.

Dei regionale helseføretaka har etablert prosjektet «Nasjonalt samhandling og standardisering». Prosjektet, som er leidd av Helse Sør-Øst, arbeider med mål om å etablere eit samarbeid på tvers av regionane der det kan bidra til å gi eit likare helsetilbod på tvers av regionane og sikre eit meir kostnadseffektivt tenestetilbod. I 2012 blei det avdekt fleire område med potensial for nasjonalt samarbeid. Ved inngangen til 2013 blei to hovudområde peikt på som dei områda som ein i første omgang ville arbeide vidare med: innkjøp og logistikk og støtte til forbettringsprosessar. Mandat for delprosjektet «Innkjøp og logistikk» blei vedteke i juni 2013. Delprosjektet har konkretisert aktuelle område for samhandling og vil leggje fram endeleg rapport i januar 2014. Det er utarbeidd ein ny plan for eit vidare implementeringsarbeid i 2014.

3.1.3 E-helse

- Helse Vest skal leggje til grunn St. meld. 9 (2012–2013) for strategisk IKT-arbeid. Bidra i Helse Midt RHF sitt arbeid med regional utprøving av «ein journal» i tråd med gitte føringar og delta i det nasjonale arbeidet på området. Bidra i gjennomføringa av dei nasjonale tiltaka som er i gang på IKT-området

- Bidra i Norsk Helsenett SF sitt arbeid med å utvikle HelseCSIRT som helse- og omsorgssektoren sitt felles kompetansesenter for informasjonstryggleik
- Bidra til å gjennomføre regjeringa sitt digitaliseringsprogram

3.1.4 Tiltak på personalområdet

- Sørgje for at helseføretaka legg til rette for at leiarar i førstelinjetenesta har nødvendig kompetanse og støtte for å ta hand om ansvaret som leiar.

Helse Vest RHF har vore aktiv i arbeidet med å fastsetje og forankre den nasjonale leiarplattforma og i arbeidet med å styrkje leiinga i helseføretaka, jf. styresak i denne samanheng. Helse Vest har i tillegg gjennomført to regionale toppleiarsamlingar i 2013, med til saman 60 deltakarar.

Alle føretaka har delteke aktivt i dei nasjonale og regionale toppleiarsamlingane. Føretaka meiner samlingane er gode og nyttige, særleg når ein skal vidareutvikle samarbeidet internt i føretaksgruppa. Alle føretaka deltek i arbeidet i den regionale prosjektgruppa for Introduksjonsprogram for nyttilsette leiarar og bidreg med utvikling, innføring og gjennomføring av nytt program Føretaket har gjennom å styrkje utdanningsseksjonen fått eit mykje betre tilbod knytt til utdanning, innføring og introduksjon av nye leiarar. I 2014 vil ein ha ein auke i tilbod til leiarar på nær 70 prosent i forhold til tilbodet i 2012. Det er utarbeidd ein ny opplæringspakke med fokus på fag, system og utvikling. Opplæringspakka skal vere ein slags verktøykasse som leiaren kan ha til hjelp når han skal utøve rolla som leiar. Det er laga ein eigen kurskatalog og eigne nettsider for leiaropplæring som skal bidra til å marknadsføre og synleggjere kurstilboda til leiarane våre.

Helse Bergen

Føretaket har eit nytt individuelt og obligatorisk leiarutviklingsprogram på 3 x 2 dagar med oppstart våren 2014 og to felles leiarsamlingar for alle leiarar knytt til leiardialog. I tillegg vil alle leiarar få delta på individuelt leiarutviklingsprogram i løpet av 2014/2015. Vidare framover vil det bli arbeidd med teamleing. Samla sett er det lagt grunnlag for eit undervisningstilbod som fullt ut dekkjer krava helseføretaket stiller til leiarane sine.

Føretaket har fokus på leiing og har gjennomført tre samlingar med alle leiarane i føretaket i 2013. Det er utarbeidd ein kurskatalog for leiaropplæring, og det er planlagt eit nytt opplegg for individuell leiarutvikling som alle leiarar i føretaket vil gjennomgå i løpet av 2014/2015.

Føretaket bidreg i det nasjonale utviklingsarbeidet og i etablerte regionale prosessar. Det er utvikla ein eigen strategi for leiarskap i sjukehuset, og tiltaka i denne strategien vil bli sluttførte i 2013. Det er etablert ein betydelig kursaktivitet internt og eksternt.

Føretaket bidreg med ein prosjektleiar til utvikling, innføring og gjennomføring av eit felles regionalt introduksjonsprogram for nye leiarar.

I løpet av 2013 er det arbeidd med å slutføre tiltaka i føretaket sin strategi for leiarskap i sjukehuset. Det er etablert ein betydeleg kursaktivitet for leiaropplæring og -utvikling internt og eksternt.

Helse Fonna

Føretaket har hatt ulike opplæringstilbod for leiarar der mellom anna førstelinjeleiarar har vore målgruppa. Føretaket arbeider med å tilpasse og vidareutvikle leiarutviklingsprogramma og har i dette arbeidet særleg fokus på kompetanse og støtte for førstelinjeleiarar og på leiarrekruttering. Føretaket har arbeidd med å revidere/vidareutvikle retningslinjene knytte til leiing, ansvar og myndigheit som no skal implementerast i organisasjonen.

Utvikling av ein leiarportal, der leiarane skal ha betre tilgang til støtte, er i gang. Omlegginga av HR-funksjonen skal òg gi betre støtte til leiarane. Føretaket deltek òg i regionalt utviklingsarbeid knytt til leiing og leiarrolla.

Føretaket vil satse vidare på å identifisere, rekruttere og vidareutvikle leiarar på alle nivå. Vidare vil ein arbeide med å sikre forståing av ansvar, oppgåver og fullmakter som følgjer leiarrolla. Godt leiarskap som evnar å utvikle arbeidskrafta gjennom gode endringsprosessar, vil vere ein vesentleg suksessfaktor i møte med ei helseteneste i endring. Målretta leiing og involvering av medarbeidarar, tillitsvalde og vernetenesta er avgjerande for å få til ønskt resultat.

Helse Stavanger

Moglegheit for leiarutvikling og fagleg utvikling er viktig i rekrutteringa. Føretaket har fokus på kompetanse og kompetanseutvikling. Mange einingar har utarbeidd gode kompetanseplanar, og fleire avdelingar har tilsett eigne fagutviklarar eller opplæringsansvarlege. Det er ei utfordring å prioritere fagleg utvikling i ein travel kvardag. I tillegg vil føretaket gjennomgå fordelinga av oppgåvene mellom dei ulike yrkesgruppene. På denne måten vil handlingsrommet bli utnytta, og ein sikrar at oppgåvedelinga blir fornya og vidareutvikla som del av ein framtidsretta og attraktiv arbeidsplass.

Føretaket har sett i gang eit lokalt leiarutviklingsprogram for alle leiarar med budsjett- og personalansvar. I tillegg deltek potensielle leiarkandidatar. 250 leiarar har gjennomført leiarutviklingsprogrammet i 2013.

Programmet har fem modular:

Modul 1: Leiing i sjukehus – krav og forventingar

Modul 2: Møte med pasienten – å levere sjukehusstenester med kvalitet, tryggleik og respekt

Modul 3: Interne leiingsutfordringar – på tvers av fag og profesjonar

Modul 4: Teamutvikling – innovasjon

Modul 5: Utøving av eige leiarskap

- vidareutvikle prosessar for god oppgåvedeling mellom yrkesgrupper og mellom medarbeidarar, slik at det støttar opp under oppgåvene som skal løyast, og pasientane sine behov for kompetanse

Helse Førde

Føretaket arbeider med dette gjennom prosjekta «Alle møter» og «Avansert oppgåveplanlegging». Føretaket held tidsskjema i forhold til oppgåver som er knytte til avansert oppgåveplanlegging. All ny teknologi vil bli teken i bruk så snart det er mogleg.

Helse Bergen

Betre oppgåvedeling har eit kontinuerleg og langsiktig fokus i endrings- og utviklingsprosjektet i organisasjonen. Det er sett i gang fleire prosjekt i samarbeid med Fagforbundet der oppgåvedeling står i fokus. Fleire av desse er implementerte på tvers i føretaket. I samband med strategiarbeidet vil vidareutvikling av prosessar for å oppnå ei betre oppgåvedeling vere sentralt.

Einingane i føretaket melder tilbake at dette er eit viktig tema som har stort fokus. Det går stadig for seg vurderingar knytte til formålstenleg oppgåvedeling mellom ulike yrkesgrupper. Det blir gjennomført pilotprosjekt om oppgåvegliding frå sjukepleiarar til helsesekretærer/barnepleiarar med gode resultat.

I Sentraloperasjonen (SOP) og ved ny dag/thorax har prosjektet «Aktiv forsyning» ført til overføring av oppgåver frå operasjonssjukepleiar til assistent. Aktiv forsyning blir planlagd også for andre seksjonar i Kirurgisk serviceklinikk.

Erfaringane frå prosjekta har vore positive, og nye prosjekt er sette i verk. Det er òg sett i gang kartlegging og analysearbeid for å få betre kjennskap til det framtidige behovet for spsjalsjukepleiarar. Her er oppgåvedeling ein sentral del.

Helse Fonna

Føretaket har starta arbeidet med oppgåvedeling. Klinikkar/seksjonar har arbeidd med å definere kompetansesamansetnaden og arbeidsoppgåvene gjennom nye stillingsbeskrivingar. Arbeidet med oppgåvedeling mellom yrkesgrupper er i startgropa og må få auka fokus kommande år.

Det er særleg medisinsk klinikk i føretaket som har jobba målretta med oppgåvedeling. Det har resultert i endra stillingsbeskrivingar, særleg for sekretærgruppa. Det er planar om å vidareutvikle dette arbeidet i klinikken og å nytte den same metodikken i andre klinikkar.

Føretaket vil leggje til rette for kunnskapsdeling for å sikre erfaringsoverføring og gode prosessar i dette utviklingsarbeidet.

Å skaffe nok kvalifisert arbeidskraft og å halde på ein kvalifisert og motivert arbeidsstyrke i ein konkurransesett marknad vil bli ei aukande utfordring for spesialisthelsetenesta. Føretaket vil arbeide strukturert og målretta for å sikre ei framtidig bemanning som er samordna med dei oppgåvene som skal løysast. Å sikre solide fagmiljø er i seg sjølv rekrutterande. Føretaket vil halde fram arbeidet som er

relatert til endringar i arbeidsmåtar og oppgåvedeling mellom ulike helsepersonellgrupper for å sikre at kompetansen blir nytta på ein optimal og god måte.

Helse Stavanger

I samband med det regionale prosjektet «Alle møter» jobbar ein aktivt med oppstart og utrulling av avansert oppgaveplanlegging. I dette arbeidet vurderer ein òg oppgåvedeling mellom yrkesgrupper. Erfaringar frå pilotavdelingar og andre einingar som har starta opp, vil danne grunnlaget for ein vidare implementeringsplan i 2014.

Føretaket har to pilotavdelingar som nyttar GAT som verktøy for oppgaveplanlegging og arbeidsplanlegging. I tillegg er det mange einingar i føretaket som alt bruker avansert oppgaveplanlegging. Både tillitsvalde og vernetenesta deltek aktivt i arbeidet.

Føretaket arbeider aktivt for å etablere gode prosessar for god oppgåvedeling. Det er mellom anna etablert prosjekt med VOX-midlar for å jobbe med oppgåvedeling på sengepostar.

Oppgåvefordeling hjelpepleiar/sjukepleier er sett som eige fokus i eit deltidsprosjekt i Medisinsk divisjon som starta i mai 2012. Tre sengepostar deltek i prosjektet, og det skal etablerast eit eige opplegg for desse med mellom anna undervisning og gruppearbeid. Det er òg endra oppgåvefordeling mellom yrkesgrupper innanfor særskilde område i divisjonane. For eksempel så har helsesekretærar fått utvida ansvarsområde og overteke oppgåver frå yrkesgrupper med lengre utdanningsløp. Ved Kirurgisk divisjon, Ortopedisk avdeling er det oppretta ei gruppe beståande av legar og sjukepleiarar som ser på oppgåvefordeling mellom legeressursar og sjukepleiarressursar. Gruppa har laga eit skjema som skal nyttast av sjukepleiarar til poliklinisk oppfølging av hofteprotesepasientar for å frigjere legeressursar.

Intern servicedivisjon har gjennomført utviklingsprosjekt innanfor oppgavegliding. Divisjonen vurderer til kvar tid om det er mogleg å frigjere pleiarressursar.

Kjøkkenavdelinga tilbyr faste buffé-vertar til kostpris, og dei kan bestillast og brukast som alternativ til at pleiepersonell har kjøkkenteneste på sengepostane. Vidare har reinhaldsoperatøren overteke reinhald av utstyr på den nye intensivavdelinga.

- Arbeide vidare med å auke prosentdelen faste stillingar, auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidstillingar, tilby fleire heiltidsstillingar og utvikle kunnskapsgrunnlaget på området.

Helse Vest sin innsats for å redusere prosentdelen av medarbeidarar som har deltidstillingar, er i tråd med føringane frå Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Vest har mellom anna gjort ein avtale med Fagforbundet med ei felles målsetjing om å ha færre deltidstillingar. Arbeidet med å skape ein heiltidskultur er viktig av fleire grunnar: Pasientane får betre kvalitet på tenestene, og dei møter færre medarbeidarar. Det er òg viktig for å etablere kompetanseutvikling og for å styrkje arbeidsmiljøet og samhaldet på arbeidsplassen. Ein heiltidskultur vil òg bidra til at føretaka får medarbeidarar med større tilknytning til arbeidsplassen, og leiarane får betre høve til å følge opp medarbeidarane. Dei fleste i deltidstillingar er kvinner, og problemstillinga har derfor òg eit viktig likestillingsaspekt. For å behalde og rekruttere nok

medarbeidarar med rett kompetanse for framtida må vi nytte medarbeidarane på ein god måte ved å tilby fleire faste heile stillingar. Dialogen og prosessane må vere konstruktive og byggje opp om ein heiltidskultur. Det er fleire moglegheiter enn avgrensingar. Målet er flest mogleg tilsette i heile faste stillingar.

For å lykkast med å få fleire heiltidsstillingar er det viktig at leiarar, tillitsvalde og tilsette samarbeider, og at det er gode prosessar i arbeidet. Vi skal framleis mobilisere og motivere medarbeidarar til å registrere ønske om høgare stillingsprosent i deltidsmodule i personalsystemet, anten det er på kort eller lang sikt. Auka stillingsprosent i eiga eining eller i kombinasjon med andre einingar og bemanningssenter er blant dei aktuelle alternativa som leiarane kan tilby medarbeidarane. Det å revidere arbeidsplanar og vurdere om ein kan få til betre planlegging mellom for eksempel sengepost, poliklinikk og tilsvarande, kan bidra til å leggje til rette for ein høgare stillingsdel samtidig som helgearbeid blir fordelt på ein betre måte. Dei lokale partane må utvikle eit godt samspel og saman utarbeide rettleiing for leiarar og medarbeidarar.

Det skal alltid vurderast om ein kan slå saman fleire deltidstillingar når ein lyser ut ledige stillingar, slik at ein søker medarbeidarar til fulle heile stillingar framfor deltidstillingar. Dersom det ikkje er mogleg, skal leiarane avklare om ein kan tilby ei fast stilling ved å kombinere stillinga med ei ledig stilling i ei anna eining.

Gjennom VOX-prosjekta samarbeider alle føretaka med arbeidstakarorganisasjonane for å setje i gang gode tiltak for å få til ein god heiltidskultur.

Helse Førde

Føretaket har eit kontinuerleg og godt samarbeid med dei ulike arbeidstakarorganisasjonane, og gjennom faste stillingsutval sikrar ein at permisjonspraksisen ikkje fører til unødvendig mellombelse tilsetjingar. Det har vore arbeid med kartlegging, undersøking og utprøving av tiltak som reduserer ufrivillig deltid. I tillegg har føretaket gjennom etableringa av ein ruspost på Eid fått ti personar opp til ynskt stillingsprosent. Føretaket har redusert talet på ufrivillig deltid med om lag 20 personar det siste året. I slutten av 2013 innførte ein utprøving av fleire tiltak i samråd med arbeidstakarorganisasjonane der ein skal måle effekten i første halvår 2014.

Føretaket har i 2013 brukt VOX-midlar gjennom samarbeidet med Fagforbundet

Gjennom forbettringsprogrammet og ulike prosjekt arbeider føretaket aktivt med å sikre god og effektiv forbettring i måten helsepersonell arbeider på, og vurderer korleis ein kan nytte tilgjengeleg kompetanse på ein god måte.

Helse Bergen

Føretaket arbeider aktivt med å skape ein heiltidskultur og kan vise til gode resultat frå 2010 til i dag. Rutinar for å sikre at faste stillingar hovudsakleg blir utlyst som heile stillingar, er velkjende i føretaket. Det blir framover arbeid med kvaliteten i annonsane. Permisjonsreglementet er gjennomgått for å redusere deltid. Det er utarbeidd retningslinjer som gir tilsette rett til heile stillingar i kombinasjon mellom avdeling og bemanningssenteret til føretaket.

Kartleggingsundersøking om ønske er gjennomført. Utlysing av deltidsstillingar blir gjort etter vanlege retningslinjer og i samarbeid med bemanningssenteret, og prosentdelen deltidsstillingar i føretaket har gått ned.

Det er etablert eit godt samarbeid med alle arbeidstakarorganisasjonane. Det blei arrangert eit arbeidsseminar i november knytt spesielt til jordmødrer, for å kartleggje status og moglegheitsrommet for vidare arbeid. Deltakarar var leiarar, tillitsvalde og representantar frå Personal- og organisasjonsavdelinga.

I prosjektet «Traineeestillingar for nyutdanna sjukepleiarar» blei det i august 2013 tilsett 18 nye sjukepleiarar. Til saman er det 39 sjukepleiarar i ordninga. Traineeordninga for sjukepleiarar blir vidareført, og til saman er det no 39 sjukepleiarar i denne ordninga. Prosjektet «Fastvakter til utagerande pasientar» inneber at dei tilsette arbeider dels i einingar med psykiatri/rus, mens dei i helgene har oppmøte på akuttmottak for å dekkje fastvakter i somatiske einingar. Prosjektet «Hospitaldrift på tvers» inneber at ti personar blir tilsett i driftteknisk divisjon i 100 prosent faste stillingar med eige kompetanseprogram. Det er òg starta eit arbeid på dette området spesielt knytt til jordmødrer.

I samband med at mange sjukepleiarar i føretaket går ut i vidareutdanning på høgskulen, set føretaket i verk masserekuttering av sjukepleiarar. Dei fleste av desse sjukepleiarane får tilbod om faste stillingar i sjukehuset.

Prosjektet «Fastvakter til utagerande pasientar» er i pilotfasen. Tilbodet er etterspurd og godt motteke i organisasjonen.

Målet er at pasientane skal bli møtt av medarbeidarar med rett kompetanse og med fokus på situasjonen deira. For å nå dette målet arbeider føretaket kontinuerleg og systematisk for eit attraktivt, lærande og utviklande arbeidsmiljø med ordna arbeidsforhold. Det skjer i nært samarbeid med fagforeiningar og vernetenesta. Føretaket er eit av dei største medisin- og helsefaglege forskingsmiljøa i Noreg og har spisskompetanse på internasjonalt nivå innanfor fleire område.

Helse Fonna

Føretaket har rutinar som sikrar at det som hovudregel blir tilsett i faste stillingar, og som avgrensar bruken av mellombelse stillingar og vikariat. Dette har kontinuerleg fokus.

Den gjennomsnittlege stillingsprosenten i føretaket per november 2013 er 87,7. Arbeidet er forankra i føretaket si toppleing og har vore lagt fram for styret hausten 2013. Tiltak det blir fokusert på, er auka samhandling mellom klinikkar ved utlysing av småstillingar, auka bruk av bemanningssenteret for tilsette i småstillingar, timebankløyning og meir fokus på permisjonspraksis.

Føretaket vil vidare arbeide for å kunne tilby heiltidsarbeid til dei tilsette og for å finne ei organisering og arbeidstidsordningar som er tilpassa føretaket sitt behov, og som er tenlege for medarbeidarane våre. Føretaket skal setje i gang tiltak for å vere ein helsefremjande arbeidsplass, vi mellom anna vil ha fokus på å betre

arbeidsorganiseringa og arbeidsmiljøet, styrkje medarbeidarane si oppleving av å meistre og sikre dei mot fysisk og psykisk skade.

Helse Stavanger

Føretaket samarbeider med arbeidstakarorganisasjonane og jobbar aktivt med å redusere deltid og mellombels tilsetjing. Alle sjukepleiarar får tilbod om fast stilling og ønskt stillingsstorleik dersom dei vil jobbe på fleire avdelingar.

Medisinsk avdeling og Bemanningssenteret har i samarbeid med Fagforbundet og ved hjelp av VOX-midlar sett i gang prosjekt der dei tilbyr hjelpepleiarar å gå opp i full stilling ved at stillingsaukinga blir administrert som timebank.

Det er 672 fleire stillingar i 100 prosent enn i 2010. Det svarer til ein auke på om lag 27 prosent. Stillingar i 90–100 prosent har ei auke i denne perioden.

Føretaket arbeider saman med dei tillitsvalde for å redusere talet på deltidstilsette i føretaket. Erfaring viser at det er lettare å rekruttere til heiltidsstillingar enn til små deltidstillingar. Å redusere talet på deltidstilsette betydeleg kan gjerast innanfor tilgjengelege verkemiddel dersom ein på begge sider utviser nødvendig fleksibilitet.

Hovudregelen i føretaket er tilsetjing i faste stillingar. Ein arbeider kontinuerleg med å redusere bruken av mellombelse stillingar. I samband med ledige stillingar tilbyr ein i langt større grad 100 prosent stillingar enn det som blei gjort tidlegare. Når mellombelse stillingar er ledige, skal ein vurdere om fast tilsetjing er mogleg.

- Implementere legestillingsregisteret og halde ved like data som er registrerte i legestillingsregisteret.

Helse Vest RHF har gjort eit omfattande arbeidd med det nye nasjonale legestillingsregisteret. Saman med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett og dei andre regionane har Helse Vest testa og utvikla eit nytt nasjonalt legestillingsregister med grensesnitt mot lønns- og personalsystemet. Helse Vest har rydda og kvalitetssikra gamle data i tidlegare register for å sikre ei god avvikling av det gamle legestillingsregisteret. Helse Vest var først ute med å gjennomføre opplæring for alle helseføretaka og dei private institusjonane/sjukehusa i regionen. I tillegg har vi vore aktivt med på å utarbeidde nye rutinar for det nye legestillingsregisteret, og alle avtalespesialistar i Helse Vest er lagde inn i det nye registeret.

Statleg kvoteregulering av legestillingar til helsetenesta blei avvikla med verknad frå 1. juli 2013. Då helseministeren varsla endringane i kvotefordeling av legestillingar i føretaksmøte med dei regionale helseføretaka, utarbeidde Helse Vest ein felles prosess for framgangen for helseføretaka og private institusjonar.

Helse Vest IKT har utvikla ein integrasjon i lønn- og personalsystemet for automatisering og overføring av data til det nasjonale legestillingsregisteret.

Legestillingsregisteret blei oppdatert i tråd med den fastsette fristen 1. juni 2013. Helseføretaka deltek aktivt i regionalt arbeid med å implementere legestillingsregisteret. Det er laga prosedyrar for Legestillingsregisteret med felles

rutinar for konvertering og kvalitetssikring av data i tråd med den regionale framdriftsplanen. Forvaltning og vedlikehald av data blir gjort i lønns- og personalsystemet.

- Sjå til at rutinar for bierverv blir følgde, og at det blir rapportert om status for tal på bierverv per 31.12. i den årlege meldinga. Vidare skal avtalar med private innehalde føresegnar og sanksjonar som hindrar tilvising til eiga verksemd. Pasientane skal få informasjon om fritt sjukehusval.

Helseføretaka har implementert biervervsmodulen fullt ut og har samtidig oppfølging av leiarar for å sikre at data blir registrerte slik ein ønskjer. Det ligg føre retningslinjer for praktisering av regelverk for bierverv som skal hjelpe både medarbeidarar og leiarar til å følgje opp desse forholda på ein tilfredsstillande måte.

Helse Førde

Leiing av føretaket og klinikkane får jamleg informasjon, og det er informasjon på intranett. Det er registrert 31 bierverv per 31.12.13.

Helse Bergen

Det er oppretta ei informasjonsside på intranettet. Ein ny informasjonskampanje blei gjennomført våren 2013. Det blir arbeidd med å ta ut rapportar til nivå 2-leiarar for å sikre tiltak dersom tilsette med kjende bierverv ikkje har registrert desse i Agresso. Personal- og organisasjonsavdelinga tilbyr temainnlegg/foredrag om bierverv til avdelingsmøte og liknande for å bidra til å setje saka på dagsordenen. Det er god dialog med føretakstillitsvalde, representerte v/Dnlf, om bierverv. Per 29.11.2013 har 140 tilsette meldt om bierverv i biervervsmodulen.

Helse Fonna

Alle registrerte bierverv skal fortløpande følgjast opp av leiar. Det er registrert 47 bierverv fordelt på 34 tilsette.

Helse Stavanger

Per 31.12.2013 er det i føretaket registrert litt i underkant av 100 bierverv fordelt på 64 medarbeidarar.

- Arbeide systematisk for at helseføretaka etablerer gode rutinar for å unngå moglege brot på arbeidsmiljølova generelt og arbeidstidsføresegnene spesielt.

Helse Vest har regional kvartalsvis gjennomgang av rapportar med moglege brot på arbeidsmiljølova. Arbeidsplanssystemet i alle føretaka er kjelda for rapporteringa, og rapportane blir gjennomgått med dei konserntillitsvalde og konsernhovudverneomboda. Helse Vest rapporterer òg fast til Helse- og omsorgsdepartementet på dette. Avtalar med arbeidstakarorganisasjonane blir registrerte i arbeidsplanssystemet. Rapportane viser talet på varsel om brot fordelt på type, stilling og dag, reglar som utløyser varsel, og talet på vakter.

Føretaka bruker arbeidsplansystemet aktivt som styringsverktøy, og ein er svært oppteken av kva som utløyser varsel, også for innleigde og vikarar. Oversikt over varsel på etterleving av arbeidsmiljølova blir diskutert jamleg i leiarfora og i AMU. Det er stort fokus på å skape bevisstheit om etterleving av arbeidsmiljølova blant leiarar og medarbeidarar. Samarbeid med tillitsvalde er ein føresetnad for å få dette til. Helseføretaka rapporterer månadleg om talet på varsel om moglege brot på arbeidsmiljølova.

Det har vore ein gjennomgang av alle parametrar i arbeidsplansystemet for å sikre god koding. Det har ført til monaleg færre moglege varsel om brot.

Helse Førde

Føretaket arbeider systematisk på dette området. Både gjennom tilsetjing av ein ny jurist i 2013, fokus på deltaking i felles prosjekt i Helse Vest, samarbeid med Spekter og kontinuerleg oppfølging av alle område innanfor HR, som arbeider med dette fagfeltet, har ein sett arbeidsmiljølova og arbeidstidsføresegnene på dagsordenen. Særleg innanfor bedriftshelseteneste, arbeidsmiljø og ressurs har dette fokuset gitt resultat.

Føretaket har implementert og leverer i tråd med dei interregionale HR- og HMS-indikatorane som er bestemt.

Helse Bergen

Det er implementert rapportering av avvik, uønskte hendingar, sjukefråvær, overtid og meirarbeid til føretaket sitt arbeidsmiljøutval og til styret i den månadleg rapporten frå verksemda. Rutinar for kontroll av etterleving av arbeidstidsreglane i lova er sette i verk. Leiarane får regelmessig rapportar om utviklinga i eiga eining. Det er sett i verk halvårleg rapportering med behandling i arbeidsmiljøutvala. Arbeidstidsføresegnene blir framleis brotne.

HMS-arbeidet i føretaket har høgt fokus. HMS-systemet er utvikla, revidert og implementert, og den lovpålagde opplæringa skjer kontinuerleg. Retningslinjer og verktøy for systematisk oppfølging av sjukefråvær blir kontinuerleg forbetra, og opplæring for leiarar, tilsette, verneombod og tillitsvalde skjer kontinuerleg. I 2013 er det gjennomført over 30 interne HMS-revisjonar i Helse Bergen.

Personal- og organisasjonsavdelinga arbeider med å auke kompetansen i eiga eining og med å drive vidare opplæring i organisasjonen. Avdelinga samarbeider med andre føretak, tillitsvalde og vernetenesta. Føretaket har auka kunnskapsgrunnlaget innanfor helsefremjande arbeidstidsordningar ved gjennomføring av eige prosjekt.

Føretaket bidreg i utviklinga av indikatorar, og tar nye i bruk etter som dei blir satt i drift i IKT-systema.

Helse Fonna

Føretaket har etablert faste rapporteringsrutinar for å følgje med på utviklinga i varsel om moglege brot på arbeidstidsreglane. Dette har også stort fokus når ein utarbeider arbeidsplanar og i samhandling med tillitsvalde og vernetenesta. Føretaket rapporterer til AMU etter fastsett plan. Leiinga, dei tillitsvalde og vernetenesta samhandlar på alle nivå i organisasjonen.

Arbeidstidsplanlegging og lov- og avtaleverk har hatt stort fokus i opplæringstiltak i 2013. Felles opplæring for leiarar, tillitsvalde og verneombod er gjennomført fleire gonger. 40 timars HMS-opplæring for AMU-medlemmer, leiarar og verneombod blir gjennomført to gonger årleg.

Føretaket implementerer og rapporterer på HR- og HMS-indikatorane etter kvart som dei blir sette i verk i IKT-systema. Det står framleis noko igjen på å ha tilfredsstillande rapporteringsverktøy. Forbetring/utvikling i Kompetanseportalen vil etter kvart bidra til dette.

Helse Stavanger

Det blir rapportert jamleg til divisjonane om fare for brot og varsel om mogleg brot på arbeidsmiljølova (AML), slik at det kan følgjast opp i divisjonane. Det er etablert rutinar for å søkje om dispensasjon. I divisjonane blir dette følgt opp i AMU.

Det blir halde kurs i arbeidstidsplanlegging kvart år der AML er eit naturleg tema. Det blir òg halde eigne kurs i arbeidsplanlegging for vernetenesta og dei tillitsvalde. Bemanningskoordinatorane deltek i AMU og andre møte ved behov for å bidra til auka forståing og kompetanse på området. Det sikrar kompetanseheving på tvers i føretaket. Medarbeidar i føretaket deltek òg i regionale arbeidsgrupper der det er tema.

Alle HMS-indikatorane er implementerte og blir rapporterte i samsvar med gitte retningslinjer og interne prosedyrar. Rapportering på HMS-indikatorar inngår mellom anna i månadlege rapportar til styret og i leiinga sin gjennomgang (LG) på HMS-området. 2012-resultata var med i LG 4. juni 2013.

- Følgje lojalt dei nasjonale rammeavtalane for innleige av helsepersonell og etterleve og utvikle gode arbeidsprosessar og systemstøtte ved bruk av rammeavtalane

Føretaksgruppa har høg etterleving og er lojale til nasjonale avtalar for innleige av helsepersonell. Ho rapporterer månadleg til Helse Vest RHF i tråd med mal frå HINAS.

Helse Førde

Eigne interne rutinar som varetek dette.

Helse Bergen

Føretaket følgjer dei nasjonale avtalane. I siste halvår var avtalelojaliteten 100 prosent.

Helse Fonna

Føretaket har rutinar som skal sikre at den nasjonale avtalen for å leige inn helsepersonell blir følgd. Føretaket har sentralisert denne funksjonen for å sikre retningslinjer og gode arbeidsprosessar blir etterlevde. Føretaket har frå juni 2013 implementert nye arbeidsprosessar for innleige av helsepersonell gjennom Personalportalen. Føretaket følgjer dei nasjonale rammeavtalane og dei etablerte rutineane for eventuelle avvik.

3.1.5 Kartleggje omfanget av rapportering i spesialisthelsetenesta

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka bidra til å kartleggje omfanget av rapportering i spesialisthelsetenesta.

Kartlegginga har blitt gjennomført som ei spørjeundersøking i eit utval med ti sjukehus. Ho har omfatta omfanget av og tidsbruken på rapporteringa for dei som arbeider direkte med pasientar og brukarar, og dei nærmaste leiarane deira. Nokre av intervjuane er gjennomførte i Helse Vest. Dataa er arbeidde med, og rapporten blei levert til HOD innan fristen (juni 2013). Helsedirektoratet har hatt prosjektleiinga. Helse Vest har delteke i prosjektgruppa.

3.1.6 Vurdere utvida opningstid for planlagd verksemd

- Bidra i arbeidet med å kartleggje og greie ut for å vurdere utvida opningstid for den planlagde verksemda ved sjukehusa

Alle møter-prosjektet med fire tiltaksområde har utvikla seg til «Vestlandspasienten». Det har vore eit omfattande arbeid, og etter planen blir Vestlandspasienten lansert i januar/februar 2014. Helse Vest har bygd ein digital motorveg for enkel og effektiv samhandling mellom den aktive pasienten og helseføretaket. På lang sikt er tanken i hovudmålet rundt kommunikasjon at kommunikasjonen er tovegs. Vestlandspasienten gir eit betre tilbod til pasientane med god og forenkla kommunikasjon med pasientar og pårørande, kortare ventetid, kortare ventelister og ingen tidsfristbrot. Pasienten skal møte eit likt og føreseieleg system i heile Helse Vest, uavhengig av geografisk tilknytning eller konsultasjonsbehov.

Helse Vest vil med Vestlandspasienten bli ein ny informasjonsleverandør til helsenorge.no, der Helse Vest er ein framtidsretta og moderne organisasjon som ønskjer å involvere innbyggjarane i deira eigen helse. Målet er å samle mest mogleg pasientinformasjon på éin stad.

Alle føretaka bidreg i dette arbeidet.

Helse Førde

Ein stor del av verksemda i Helse Førde er knytt til poliklinikk/dagbehandling. Omfanget av denne verksemda er også høg i forhold til folketalet i opptaksområdet. I periodar har

ein drive kveldspoliklinikk for ikkje å få fristbrot eller lange ventetider. Føretaket har ved årsskiftet akseptable ventetider, og ein har starta opp med prosjektet «Alle møter». Gjennom dette vil betre planlegging av og oppmøte på poliklinikk gjere at ein i utgangspunktet ikkje planlegg å ha opningstider utanfor tidsrommet 08–17 for planlagd verksemd. Dette må likevel evaluerast fortløpande.

Helse Bergen

Føretaket er i ferd med å etablere ein eigen prosjektorganisasjon knytt til «Alle møter». Føretaket bruker aktivitetsdata for å kartleggje potensialet i dei utvida opningstidene i den enkelte eininga. Analysane vil skje i tilknytning til «Alle møter»-prosjektet.

Avdelingane i føretaket melder at dette blir gjort. Ved nokre poliklinikkar har dei alt konkrete planar, og noko er alt sett i verk, mens andre avdelingar er i gang med prosessar saman med for eksempel dei tillitsvalde.

Helse Fonna

Føretaket overvaker kontinuerleg ventetid og fristbrot for å kunne setje i verk tiltak for å møte nasjonale krav. Utvida opningstid på poliklinikk er gjennomført for enkelte fagområde. I samband med prosjektet «Alle møter» er også dette ei problemstilling som vil få auka fokus i 2014.

Helse Stavanger

I planlegginga av ny dagkirurgi inngår «Alle møter» i målsetjinga om utvida opningstid. Utvida opningstid blir òg lagt til grunn i planlegginga av sjukehusutbygging.

3.1.7 Internkontroll, risikostyring og krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet

- Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka arbeider systematisk for å førebyggje, forhindre og avdekkje svikt/avvik i dei pasientadministrative systema, og at det blir etablert rutinar for varsling internt i regionane og rutinar for erfaringsutveksling på tvers av regionane.

Helse Vest har etablert eit felles IKT-selskap, eit felles ansvarskart og ei regional løysing for det pasientadministrative systemet DIPS. Det er sett i verk mange tiltak regionalt dei siste åra for å møte utfordringane med risiko for feil i det pasientadministrative arbeidet knytt til EPJ-systemet. Helse Vest har fått etablert eit systematisk og kontinuerleg regionalt arbeid gjennom rapportering og erfaringsdeling mellom helseføretaka, Helse Vest IKT og DIPS ASA. Feilleiting, registrering og retting blir oppfatta og er organisert som eit arbeid som må gå kontinuerleg. Erfaringar og hendingar blir delte med andre RHF gjennom Nasjonal IKT EPJ Systemeierforum. Nasjonale kvalitetsindikatorar er under innføring.

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å sikre at rutinar ved intern tilvising i spesialisthelsetenesta er i tråd med gjeldande rett før 1. mai 2013.

Helse Vest RHF har utarbeidd eit detaljert notat med tiltak for å redusere ventetider og få vekk fristbrot. Rutinar ved intern tilvising er òg omtalte i dette notatet, som er behandla i direktørmøtet i Helse Vest. Helseføretaka er bedne om å leggje notatet til grunn for arbeidet.

Det er etablert regionale forum som skal vere med å sikre at interne tilvisingar er i tråd med gjeldande rett. Saker blir melde frå helseføretaka og IKT-selskapa til møte kvar veke i det regionale arbeidsutvalet og eventuelt vidare til DIPS ASA eller Regionalt Fagforum, og eventuelt EPJ Systemeierforum.

I tillegg har regionalt forvaltingsforum utvikla ein ekstra kontrollrutine ved at merkantilt tilsette legg registrerte opplysningar om rett, frist og ventetidslutt ved alle tilvisingar til andre sjukehus. Merkantilt mottak på eit anna sjukehus skal sjå dette opp mot opplysningane i sjølve tilvisinga, slik at feilregistreringar og inkonsistente data kan korrigjerast. Det kjem i tillegg til tiltak som alt er etablerte i Helse Vest, og er i tråd med tilsvarande merkantilt ekstrarutine som er innført i Helse Sør-Øst. 100 prosent sikring av manuelle rutinar er vanskeleg å oppnå. Eit framtidig tiltak vil vere automatisert overføring av strukturert informasjon frå tilvisinga til nytt sjukehus.

Helse Vest gjennomfører for tida ei konsolidering av EPJ/PAS til ein regional database. Framleis vil denne av juridiske grunnar vere delt i fire ulike einingar. Ved ei eventuell framtidig lovendring som opnar for ein felles regional (eventuelt nasjonal) journal, kan dette i Helse Vest bli realisert med ein gong. Problemet med at pasientadministrativ informasjon ikkje følgjer pasienten ved skifte av helseføretak i regionen, vil forsvinne.

- Føretaksmøtet la til grunn at det elektroniske systemet for melding om uønskte hendingar er på plass innan 15. april 2013. Systemet skal vere integrert i avvikssystema til føretaka. Kunnskapssenteret skal både kunne få meldingar og gi tilbakemeldingar i systemet.

Meldingar til Kunnskapssenteret etter § 3-3 er fullintegrerte med avviksmeldingssystemet i Helse Vest, slik at alle meldingstypar no kan utvekslast mellom alle føretaka og Kunnskapssenteret.

3.1.8 Eigarpolitikken til regjeringa

- Helse Vest RHF og helseføretaka er kjende med krava til samfunnsansvar, også på områda mangfald og likestilling, og fremjar samfunnsansvar i heile organisasjonen.

Helse Vest har felles prosessar for etisk rekruttering. Helse Vest har òg etablert etiske retningslinjer, og dette inngår som ein del av styringsbodskapen.

Alle føretaka bidreg i arbeidet med å vidareutvikle prosessane og rekrutteringssystemet. Sjekklister er lagde inn i rekrutteringssystemet, og det er etablerte felles prosedyrar for tilsetjing.

- Ha merksemd på forholdet mellom lønnsutviklinga for leiarar og andre tilsette.

I styringsdokumenta til helseføretaka for 2013 er det vist til tidlegare føringar om at helseføretaka skal bidra til moderasjon i leiarlønningane, og at dei skal vere kjende med og følgje retningslinjene for tilsetjingsvilkår for leiarar i statlege føretak og selskap av 31. mars 2011. Helse Vest RHF vil understreke at endringane i retningslinjene ikkje opnar for større fleksibilitet når det gjeld tilsetjingsvilkår for leiarar i helseføretak. Helse- og omsorgsdepartementet viser mellom anna til Riksrevisjonen si undersøking av leiarlønningar, «Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2009. Dokument 3:2 (2010–2011)».

Helseføretaka er svært merksame på forholdet mellom lønnsutviklinga for leiarar og andre tilsette.

I styremøte 6. mars 2013 (sak 24/13 B) merkte styret seg «Regjeringa sin eigarskapspolitikk og prinsipp for leiarløn» og «Retningslinjer og erklæring om leiarlønningar i føretaksgruppa Helse Vest».

- Det skal normalt ikkje bli oppnemnt interne styreleiarar for helseføretak.

Helse Vest har ikkje på noko tidspunkt praktisert ei ordning med interne styreleiarar i helseføretak.

3.1.9 *Kjøp av helsetenester frå ideelle institusjonar*

- Arbeide for at avtalane med ideell sektor om kjøp av helsetenester blir meir langsiktige enn før.

Helse Vest er midt i det siste året av den gjeldande avtaleperioden for dei områda der private ideelle institusjonar er tyngst inne og det er nytta konkurranse etter reglane for offentlege anskaffingar som grunnlag for kontraktsinngåing, det vil seie områda rehabilitering og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Gjennom 2013 er det gjort førebuarande arbeid for ein ny avtaleperiode som skal gjelde frå 1. januar 2015. Eit sentralt punkt i arbeidet er å sikre desse institusjonane føreseielege rammevilkår, og då ser ein særleg på spørsmålet om avtaleperiode. Som ein del av førebuingane er det gjennomført dialogmøte med institusjonane. Kunngjering for deltaking i neste periode skjer i februar 2014.

Helse Vest RHF har langsiktige avtale med sju private ideelle institusjonar innanfor somatikk og psykiatri.

3.1.10 *Forenkla oppgjer for pasientreiser*

- Setje i gang eit arbeid for å forenkla oppgjersordninga for pasientreiser utan rekvisisjon. Helse Sør-Øst er bedt om å leie arbeidet.

Helse Vest deltek i prosjektet «Mine pasientreiser», som Helseforetakenes senter for pasientreiser leier på vegner av Helse Sør-Øst. Prosjektet følgjer den vedtekne framdriftsplan.

3.1.11 Utvikling av nødmeldetenesta

- Føretaksmøtet bad om at dei regionale helseføretaka bidreg i den vidare utbygginga av Nødnett. Føretaksmøtet bad vidare om at dei regionale helseføretaka legg til rette for Telenor sin overgang til IP-telefoni og bidreg i etableringa av eit felles nasjonalt legevaktnummer. Helse Sør-Øst RHF vart bedt om å delta i pilotprosjektet om felles nødnummer og felles nødmeldesentral i Drammen.

Helse Vest og dei underliggjande helseføretaka har etablert ein prosjektorganisasjon for å gjennomføre nødnettinnføring hausten 2014. Prosjektet er omfattande og kan bli forseinka.

Nytt styringsdirektiv gjeld frå 11. november 2013. RHF har fått klare ansvarsområde, mellom anna opplæringsansvar for alle radiobrukarar i helsetenesta. Styringsdirektivet har vore tolka ulikt av Helsedirektoratet og RHF-a. Det har vore krevjande i prosjektet.

Det er regelmessig og tett samarbeid mellom Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) og RHF-a i samband med innføringa av nødnett. Helse Vest IKT er på vegner av HDO teknisk utrullingskoordinator i region vest. Det styrkjer feltapparatet og kompetansen til Helse Vest med tanke på den daglege tekniske drifta av nødnett.

Helse Vest har enno ikkje fått tildelt oppgåver av sentrale styresmakter i samband med overgangen til IP-telefoni og løysinga av det når det gjeld helseradionettet. Det er registrert at Helsedirektoratet har inngått avtale om nødvendig innkjøp av teknisk løysing for helseradionettet mens dei ventar på at nødnett skal starte opp. Drift av telefonitenestene er under vurdering i Helse Vest.

Helsedirektoratet koordinerer òg innføringa av nasjonalt legevaktnummer, og det er venta at det blir innført hausten 2014. Helse Vest er med å leggje til rette for at dette kan skje på ein god måte i samarbeid med kommunane og Helsedirektoratet.

3.1.12 Barn som tolk

- Føretaksmøtet la til grunn at helseføretaka set i verk nødvendige tiltak som bidreg til at ingen barn under 18 år blir brukte som tolk i spesialisthelsetenesta, uavhengig av diagnosen til foreldra eller andre slektningar. Barn under 18 år kan berre unntaksvis bli brukte som tolk ved akutte situasjonar der det er fare for liv og helse.

Helseføretaka er bedne om å leggje rettleiaren om kommunikasjon via tolk til grunn for arbeidet med framandspråklege. E-læringskurs om bruk av tolk er tilgjengeleg i Kompetanseportalen. Både rettleiinga og e-læringskurset har fokus på at barn ikkje skal nyttast som tolk.

Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde har etablert rutinar for å sikre at barn ikkje blir brukte som tolk.

I Helse Bergen har det tidlegare vore gjennomført prosjekt for å sikre god kompetanse i føretaket når det gjeld bruken av tolk og tolketenester. Føretaket ser at det er behov for å etablere slik kompetansebygging i dei faste strukturane og i opplæringa av dei tilsette, ikkje berre i prosjekt. I samarbeid med NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse) er det planlagt kurs innanfor migrasjonshelse der mellom anna bruk av tolk vil bli eit tema.

3.1.13 Landsverneplan for helsesektoren – oppfølging av verneklasse 2

- Følgje opp forvaltinga av eigedommar i verneklasse 2

Helseføretaka er pålagde å ferdigstille arbeidet med forvaltingsplanar for alle eigedommar som er freda og/eller verna i verneklasse 2 i samsvar med Landsverneplan for helsesektoren (LVP Helse) innan utgangen av 2013. Alle helseføretaka har meldt at dette arbeidet er i rute per 31. desember 2013.

3.2 Andre styringskrav for 2013

3.2.1 Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka sørgje for auka kvalitet i rapporteringa til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eige brev.

Helse Vest RHF fekk brev frå HOD 13.03.13 der områda med behov for betre rapporteringskvalitet blei nærmare omtalte. Brevet er ei oppsummering av tidlegare krav (for eksempel føretaksprotokollen for 2012). Helse Vest RHF har bedt Helsedirektoratet, avdeling NPR, om utfyllande opplysingar om kva for helseføretak eller institusjon som har dårleg datakvalitet. RHF-et har ikkje slike opplysningar p.t. Helse Vest RHF har fått korte beskrivingar av enkelte av områda der datakvaliteten ikkje er god nok, mellom anna TSB og PH. Det blir òg vist til rapportering under kapittel 2.1.2 Kvalitetsforbetring.

Når det gjeld private kommersielle aktørar, så vil Helse Vest RHF sørgje for at krav om rapportering til NPR inngår i nye avtalar.

I avtalane med avtalespesialistane er det stilt krav om elektronisk rapportering, men det er ikkje spesifisert at det skal skje ved bruk av Norsk Helsenet. Helse Vest ventar

framleis på tilbakemelding frå NPR på førespurnaden der vi bad om oversikt over kven av avtalespesialistane som ikkje rapporterte i det heile teke, og kven som ikkje nyttar Norsk Helsenett.

Rapportering av radiologiske ventetider frå og med 2014 har vist seg å vere utfordrande, og det har blitt bestemt at ein bør vurdere om prosessen med å få på plass denne rapporteringa skal forankrast i Nasjonal IKT. Helsedirektoratet vil handtere dette arbeidet vidare i samarbeid med aktuelle miljø. Helse- og omsorgsdepartementet ønskjer tilbakemelding om framdriftsplanen innan 1. mars 2014.

Helse Vest RHF sender informasjon til NPR når det for eksempel blir gjort nye kirurgiske avtalar. Då opplyser føretaket om kven regionen har avtale med, kva inngrep og behandlingar avtalen gjeld, og kor lenge avtalen skal vare.

Overføring av tilvisingsdata er ei utfordring i alle dei fire helseregionane, og Helse Vest deltek i fleire forum der denne utfordringa blir diskutert. Denne utfordringa er framleis ikkje løyst. I regi av Nasjonal IKT (NIKT) er det initiert eit arbeid for å standardisere elektroniske tilvisingar mellom helseføretaka. Helse Sør-Øst skal gjennomføre eit prosjekt i 2014 som òg skal støtte det nasjonale standardiseringsarbeidet og koordinerast mot dei andre RHF-a.

Helseføretaka arbeidar fortløpande med å auke datakvaliteten. Helseføretaka får konkrete tilbakemeldingar frå NPR, og har dermed høve til å arbeide konkret med å betre datakvaliteten.

3.2.2 Innføring av ny teknologi og nye metodar, vurdere rolla til LIS i system for innføring av ny teknologi

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vurdere rolla til Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) i system for innføring av ny teknologi og nye metodar i spesialisthelsetenesta.

Dette blir diskutert i det nasjonale arbeidet i regi av Helsedirektoratet. HINAS og LIS er inkluderte i det nasjonale arbeidet. Den nasjonale arbeidsgruppa sluttar seg til ønsket til HINAS og LIS om å bli involvert i dei regionale prosessane.

Helse Vest deltek aktivt i utarbeidinga av dokument som beskriv systemet for innføring av nye metodar i helsetenesta. Det er behov for å setje ned ei arbeidsgruppe som kan arbeide særleg med å beskrive avgjerdsprosessane, der LIS og HINAS er viktige aktørar.

Den rolla LIS skal spele ved innføring av nye medikament/medikamentformuleringar har vore drøfta i det nasjonale fagdirektørmøtet. Helse Vest RHF sitt standpunkt er at LIS bør inn tidleg i prosessen. Både for å avklare reelle medikamentkostnadar når det skal bli gjort helseøkonomiske berekningar før avgjerder, og for å oppnå gode avtalar og få dei raskt på plass når ein skal innføre eit nytt medikament / ei ny medikamentformulering.

3.3 Andre aktuelle saker i 2013

Her omtaler vi eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøte og andre aktuelle saker.

3.3.1 *Oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) – styrenes og ledelsenes ansvar for gjennomgang av virksomheten*

- Foretaksmøtet ber dei regionale helseføretaka om å samarbeide om forslag til eit opplegg for korleis styra for helseføretaka, på ein mer systematisk måte enn i dag, kan gjennomføre årleg gjennomgang av verksemda, basert på foreliggende, samanliknbar nasjonal statistikk.”

Dette er fulgt opp i protokoll frå føretaksmøte 7. januar 2014, der følgjande er protokollert under sak 7 Rapportering og oppfølging:

- Føretaksmøtet viste til krav i føretaksmøta i mai 2013 om å utarbeide forslag til korleis styra og leiinga kan gjennomføre årleg gjennomgang av verksemda.
- Føretaksmøtet ba dei regionale helseføretaka melde tilbake på status for dette oppdraget i årleg melding 2013.”

Ei av styret si viktigaste oppgåve er å føre tilsyn med føretaket si verksemd, og at den er i tråd med måla, vedtektene, styringskrav og vedtekne planar og budsjett. I dette ligg også styret sitt ansvar for å sikre god organisering av verksemda og disponering av leiarressursar. Ei systematisk tilnærming til dette er grunnlagt i prinsippa for god verksemdsstyring i det regionale helseføretaket og i helseføretaksgruppa.

Det er i denne samanheng viktig at styra og det regionale helseføretaket som eigar vurderer korleis organisering og leiinga av verksemda bidrar til at pasientane får kvalitativt gode tenester og at det finnes data som gir grunnlag for samanlikning på tvers av verksemdene.

Dei fire regionale helseføretaka har i fellesskap vurdert korleis dette best kan ivaretakas. Det er eit mål å tydeliggjere og forenkle oppdraga og rapporteringskrava til helseføretaka, og å sjå til at den overordna organiseringa blir vurdert innanfor etablerte rapporteringssystem og eksisterande indikatorar.

Styra for dei regionale helseføretaka (og dei enkelte helseføretak) får månadlege rapporter. Desse rapportene omfattar ei rekke indikatorar for kvalitet, aktivitet og økonomi med (på regionalt nivå) direkte samanlikningar mellom dei forskjellige helseføretaka. Forskjellar i kvalitet og måloppnåing blir, i oppfølginga av det enkelte helseføretak, vurdert i ein organisatorisk og leiingsmessig sammenheng.

I tillegg får styra tertialvise rapporteringar som er utarbeida for å gi samla oversikt over tilstanden og graden av måloppnåing i helseføretaksgruppa. Tertialrapporteringa bygger på den systematiske månadlege rapporteringa. For dei regionale helseføretaka omfattar den månadlege rapporteringa også rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Tertialrapporteringa til styret er utvida med ei rekke element i

forhold til den månedlege rapporteringa. Rapporteringa på forhåndsdefinerte styringsmål gir det regionale helseføretaket mulighet til å følge utviklinga og analysere kva som påverkar denne.

Det er lagt til grunn at leiinga fortløpande sikrar gode verktøy for å måle kvaliteten i tenesta. Dette er eit verktøy som skal gjere styret og leiinga i det enkelte helseføretak betre i stand til å drive god verksemdsstyring innanfor sine rammebetingelser.

Formålet med leiinga sin gjennomgang er å avdekke om verksemda har satt dei rette måla, om måla blir nådde, om resultata er som forventta, om det har vore alvorlig svikt på nokre område, og om det er risiko for alvorlig svikt i framtida. På dette grunnlaget blir det diskutert og vedtatt tiltak for forbetring, og det blir laga handlingsplanar som gjer greie for tiltak og angir ressursbruk, tidsfrist og kvem som er ansvarleg for gjennomføring, oppfølging og evaluering.

Leiinga sin gjennomgang gir ei systematisk tilnærming til å skaffe god oversikt over alle aspekt ved drift av et helseføretak, og vil derfor vere eit godt verktøy for å gi styret tilstrekkelig grunnlag til å ivareta ansvaret for helseføretaket sine system for risikostyring og internkontroll.

Alle dei regionale helseføretaka gjennomfører oppfølgingsmøter med dei underliggende helseføretaka. I tillegg er det gjennom regelmessige direktørmøte ein tett og løpande kontakt mellom det regionale helseføretaket og helseføretaka, samt ei rekke fagnettverk på tvers av helseføretaksgruppene.

Det vises til arbeidet med vidareutvikling av dei nasjonale kvalitetsindikatorane. Det vil vare hensiktsmessig at leiingsmessige spørsmål blir trekt inn i dette arbeidet.

Tilsvarende gjeld det såkalla **indikatorprosjektet** som er gjennomført av dei fire RHF-a i fellesskap:

Det har i mange år vore stor merksemd kring til intern effektivitet i sjukehus (referanse Statres-rapport, Samdata). Indikatorar som både kan dokumentere helseføretaka sitt kostnadsnivå og produktivitet på ulike tenesteområder, og ikkje minst indikatorar som kan peike på områder der det er mulig å sette inn tiltak, har vore etterspurt. Dei regionale helseføretaka har i føretaksmøter fått i oppdrag å greie ut slike indikatorar, og levert rapportar om temaet.

I januar 2013 ble følgjande protokollert i møte mellom HOD og RHF-a:

«Foretaksmøtet ba om at arbeidet videreføres med pilotutprøving i 2013, og ba om en rapport senest innen 15. januar 2014 som beskriver resultater, erfaringer og anbefalt videre framdrift».

Rapport frå pilotutprøvinga er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Basert på hovudprinsippa i det foreslåtte konseptet, blir det utarbeids **indikatorar** for kostnadsnivå og produktivitet, mens **støtteindikatorar** skal kunne kaste lys over kvifor det er forskjellar mellom helseføretak og forklare utvikling. Kostnadsnivå og

produktivitet skal bereknas for alle tenesteområde. Støtteindikatorane blir spesifikt utarbeida for det enkelte tenesteområde

Vidare blir det anbefalt:

- at indikatorprosjektet blir vidareført i 2014 og at alle helseføretak blir invitert inn som deltakarar
- at indikatorprosjektet framleis har status som eit utviklingsarbeid slik at vidareføring i 2015 på nytt blir vurdert i lys av erfaringane
- at det blir gjort ei samanlikning av rapportering fra RHF-a for å vurdere ei standardisering

4. Plandokumentet til styret

Denne delen viser utviklingstrendar innanfor mellom anna demografi, medisin og infrastruktur som vil kunne påverke helseføretaket og sørge for-ansvaret. Kapittel 4.1 synleggjere dei framtidige behova, mens kapittel 4.2 gjer greie for korleis styret planlegg å møte desse utfordringane.

4.1 Utviklingstrendar og rammevilkår

Behovet for helsetenester er venta å auke både på grunn av endra samansetnad i befolkninga, helsetilstanden til folk og den medisinske teknologien og fordi forventingane til helsetenestene endrar seg. Helse Vest ser det slik at høge forventingar i befolkninga er eit uttrykk for tillit til den offentlege helsetenesta, og vi vil arbeide for at folk framleis skal ha høge – og gjerne til og med aukande – forventingar til oss.

Utviklinga er godt omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), og der kjem det mellom anna fram følgjande om utviklinga:

Det har skjedd ei endring i sjukdomsutviklinga i det 20. hundreåret. Dei dominerande sjukdomsgruppene er blitt hjarte- og karsjukdommar, kreft, diabetes type 2, luftvegssjukdommar, muskel- og skjelettsjukdommar, ulykker og psykiske lidingar. Dette er sjukdommar som langt på veg skriv seg frå levevanar. Hjarte- og karsjukdommar og kreft er årsaka til nesten to tredelar av alle dødsfall. På grunn av aukande levealder har pasientar med kroniske lidingar etter kvart blitt den største gruppa i helsetenesta. Muskel- og skjelettlidningar er årsaka til nær halvparten av sjukefråveret og ein tredel av uførepensjonane. Psykiske lidingar er utbreidde.

Andre generelle trekk ved utviklinga er den medisinsk-teknologiske utviklinga, endringa i synet på og haldninga til helse og sjukdom, utdanningskapasiteten, den auka arbeidsmigrasjonen mellom anna av helsepersonell og ikkje minst den kraftige auken av den eldre befolkninga. Alle desse forholda har konsekvensar for ressursane i spesialisthelsetenesta. Ein meir detaljert omtale av utviklinga og konsekvensane for Helse Vest er gitt i kapittel 4.2.

Pasienttryggleik er dei siste åra blitt eit eige satsingsfelt i helsetenesta. Meir kompleks behandling, særleg når ho blir gitt til pasientar med samansette lidningar, er ei utfordring for pasienttryggleiken. Denne utfordringa må møtast med ulike etablerte og nye tiltak. Dette er omtalt nærmare i kapittel 4.2.2.4.

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

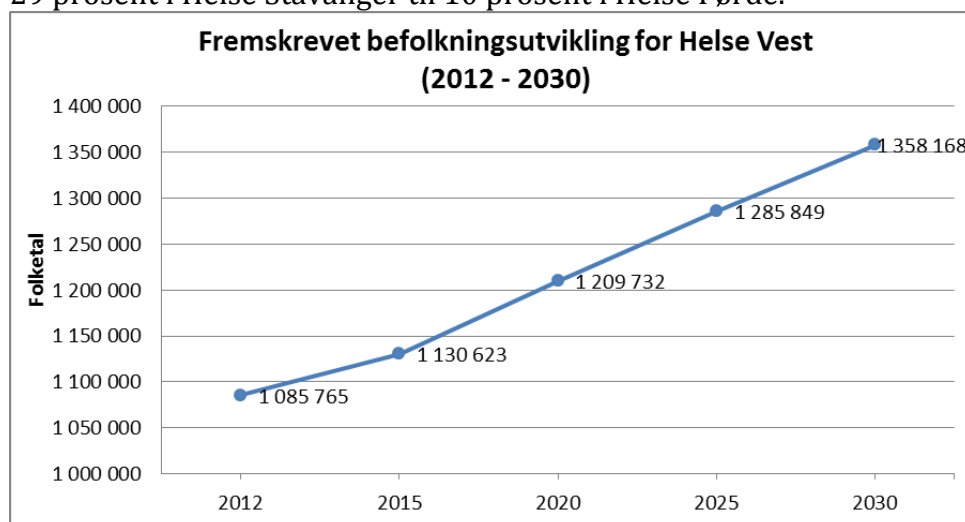
Bruk av informasjonsteknologi vil vere eit av hovudverkemidla for både effektiv sjukehusdrift og auka pasienttryggleik framover. Arbeidet med vidareutviklinga av IKT og bruken av IKT må leggje til rette for samhandling i heilskaplege kjeder, effektive pasientforløp og medverknad frå pasientar og pårørande.

4.1.1 *Utviklinga innanfor opptaksområdet*

Behovet for helsetenester innanfor opptaksområdet er venta å auke som følgje av dei same forholda som er omtalte under kap.4.1: endra samansetnad i befolkninga, helsetilstanden til folk og den medisinske teknologien og endra forventingar til helsetenestene. Plandokumentet byggjer på HELSE2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

4.1.1.1 *Befolkningsutvikling*

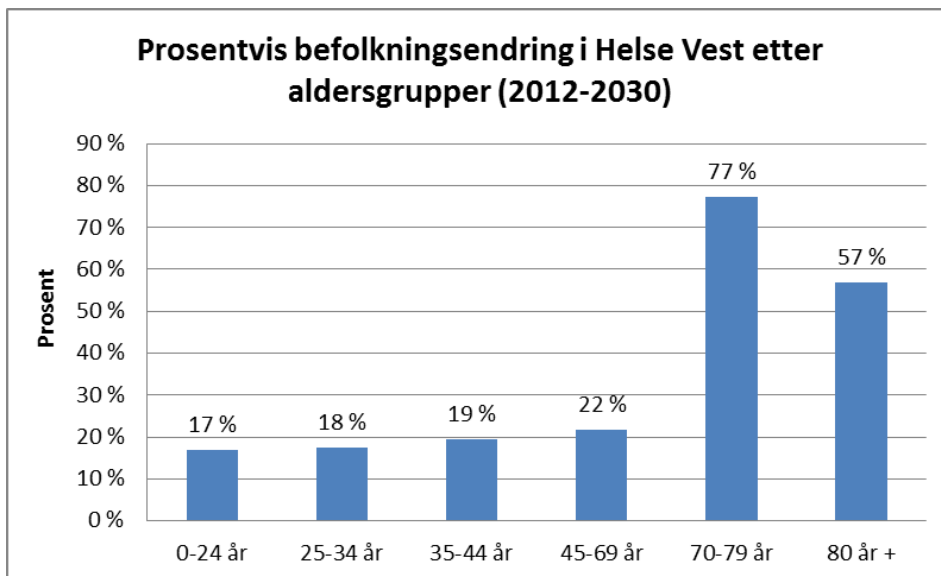
Det er venta ein auke i folketalet i Helseregion Vest på 24 prosent i perioden 2012–2030³. Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 29 prosent i Helse Stavanger til 10 prosent i Helse Førde.



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

Prosentvis befolkningsendring i Helse Vest fordelt etter aldersgrupper (2012–2030)

³ Statistisk sentralbyrå (SSB): Framskriving av folkemengda (2012–2040), mellomalternativet (MMMM).



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

I framtida reknar ein med at dei eldre jamt over får betre helse, og at leveralderen vil bli høgare. Auken i talet på eldre er like fullt ein viktig faktor for spesialisthelsetenesta. Mange sjukdommar er sterkt relaterte til alder, og eldre har ofte eit meir samansett sjukdomsbilete. Ressursbehovet i tilknytning til helsetenester for den aldrande befolkninga vil òg auke i kommunehelsetenesta. Denne trenden vil halde fram, mellom anna med større etterspurnad etter sjukeheimplassar og heimetenester. Helse Vest vil arbeide for betre samspel mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta for å dekkje behova til dei eldre. Helse Vest har gjennom eit eige prosjekt sett nærmare på både utforming og organisering av tenestene til dei eldre, særleg for dei som har samansette lidningar (sjå kapittel 4.2.2.9).

Eldre pasientar har eit relativt større forbruk av sjukehusenester, men det er ikkje venta større endringar i behovet for sengekapasitet ved sjukehusa eller dramatisk auka helsekostnader på grunn av den aldrande befolkninga. Andre krefter, for eksempel 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 premissar for korleis tenestetilbodet må utformast både i kommunane og spesialisthelsetenesta for å møte det venta auka behovet for tenester.

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

4.1.1.2 Sjukdomsutvikling

Det er venta fleire kroniske sjukdommar og sjukdommar relaterte til livsstil. Hjertesjukdommar, lungesjukdommar, slag, kreft, diabetes og muskel- og skjelettplager vil truleg auke i alle aldersgrupper. Det blir ei stor utfordring for helsetenesta, og

etterspurnaden etter rehabilitering og lærings- og meistringstilbod kjem til å auke. Sjukleg overvekt gir seg utslag i sjukdommane som er nemnde ovanfor, og det har blitt svært mange fleire pasientar til operasjon for sjukleg overvekt. Det vil framleis vere behov for mange slike operasjonar.

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

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

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

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

Ein ventar òg at fleire vil få psykiske lidingar i åra framover. Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk vil truleg gi samfunnet store utfordringar. Det gjeld òg psykososiale lidingar hos barn og unge og rusrelaterte psykiske lidingar. Det er viktig at tenestene blir utvikla på brukarane sine premisser, og at dei blir prega av heilskap og samhandling med andre sektorar. Ei anna gruppe som truleg vil ha behov for større merksemd og spesielt tilrettelagde tilbod i framtida, er barn av psykisk sjuke foreldre og barn av rusmiddelavhengige foreldre, jf. endring i lov om helsepersonell. Denne gruppa vil krevje mykje av samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

Ei meir usikker, men potensielt krevjande utfordring er knytt til epidemiar og utviklinga av multiresistente bakteriar. Stor reiseaktivitet og rask transport av personar frå kontinent til kontinent kan føre til sjukdomsspreiing av så stort omfang at det er snakk om verdsomspennande utbrot (pandemiar). I tillegg kan vi sjå ei oppblomstring av smittsame sjukdommar som i dag ikkje lenger blir oppfatta som store helseproblem i

Noreg, og multiresistente bakteriar kan bli importerte frå utanlandske sjukehus gjennom utveksling av helsetenester på tvers av landegrensene.

Erfaringane frå svineinfluensapandemien blir nytta i den vidare beredskapsplanlegginga.

4.1.1.3 Helsefagleg utvikling

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

Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

Område	I dag	Mogleg utvikling mot 2020
Biletddanning og biletddannande utstyr	Ulike metodar blir brukte til å kartleggje anatomi for å diagnostisere sjukdom.	Omfattande utvikling av nye metodar for større detaljering av struktur og funksjon (PET) og i kombinasjon med behandling.
Miniinvasiv kirurgi	Blir brukt i relativt stort omfang. Robotkirurgi er under utvikling.	Laparoskopiske og endoskopiske prosedyrar vil vere hovudoperasjonsmetodar.
Kardiologisk miniinvasiv intervensjon	Brukt til diagnostikk og behandling hos store pasientgrupper.	Fleire og meir komplekse former er venta. Mindre invasive metodar fører til at fleire eldre kan behandlast.
Vaksinar	Blir i hovudsak brukte til å førebyggje akutte infeksjonssjukdommar og mot nokre kreftformer.	Blir viktigare i behandlinga av ei rekkje sjukdomsgrupper.
Vevs- og organdyrking (Tissue engineering)	Forskning med sikte på å dyrke vev frå pasienten. Behandling med stamceller som blir utvikla til ønskt type vev.	Nydyrka vev frå pasienten sjølv blir viktigare, spesielt innanfor rekonstruktiv kirurgi og som delar av organ. Biomateriale kan forbetre ledd osv.
Gentesting	Under innføring. Identifiserer gen som er ansvarleg for sjukdom.	Meir «personleg» medisin med tilpassa behandling. Aukande bruk for å identifisere risiko for sjukdom.
Farmakogenomikk	«Skreddarsydd» behandling hos enkeltindivid/grupper er teken i bruk.	Har venteleg nådd eit stort omfang som gir grunnlag for tilpassa behandling.
Genterapi	Førebels brukt med lite hell.	Defekte gen som gir opphav til sjukdom, kan 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, og dermed kan dosen reduserast.
Stamcellebehandling	Eksperimentelle dyreforsøk med godt resultat, ikkje nådd same resultat med pasientar.	Usikkert når og i kva omfang dette kan bli nytta i medisinsk behandling

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

Utviklinga på informasjonsteknologiområdet kan støtte desentrale tenestetilbod.

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

Betre behandlingsmetodar gjer at fleire overlever med skadane sine, og det fører igjen til at det blir lagt større vekt på rehabilitering, habilitering og lærings- og meistringstilbod.

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.

For å møte denne utfordringa er det etablert eit nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta, og dette systemet skal vidareutviklast i 2014. Formålet med systemet er å bidra til betre og tryggare pasientbehandling. Nye metodar som er aktuelle å innføre i spesialisthelsetenesta, blir gjennom systemet vurderte på ein systematisk måte med tanke på effekt, tryggleik og konsekvensar for pasientane, helsetenesta og samfunnet. Med metode forstås ein alle tiltak knytte til førebygging, utgreiing, diagnostisering, behandling og rehabilitering av pasientar, og i tillegg organisering av helsetenester.

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

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

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

4.1.1.4 Forventingar til helsetenesta

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

Hovudtrekk ved forventingane som folk har til helsetenesta:

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

4.1.1.5 Behov for aktivitetsvekst

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

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

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

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

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2015 (datert 10.12.13) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd

ein aktivitetsvekst på om lag 2,8 prosent i 2015 innanfor somatikk. Det tek høgde for demografisk vekst, nødvendig realvekst og ekstra aktivitet for å redusere ventetida. Det er tilrådd at aktivitetsveksten i psykisk helsevern blir 3 prosent for vaksne og 3 prosent for barn og unge. Det inneber ein aktivitetsvekst for å redusere ventetida. I tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd ein aktivitetsvekst på 3 prosent.

4.1.2 Økonomiske rammeføresetnader

Drift

Den endelege inntektsramma for 2014 for helseføretaka er fastsett i møte 05.02.2014 under sak 009/14 B Konsernbudsjett 2014. Det blei i denne saka vedteke følgjande resultatkrav:

Forslag til resultatkrav 2014	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus Apoteka	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2014	75 000	34 000	190 000	0	10 400	1 000	0	310 400

Budsjettoplegget legg til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 2,6 prosent på nasjonalt nivå frå 2012 til 2013. Prognosen for 2013 er basert på aktivitet per første tertial 2013 for ISF og rekneskap per mai 2013 for poliklinisk aktivitet. Det er lagt til rette for ein vekst på 6,5 prosent frå prognose for 2013 til 2014 innanfor poliklinisk aktivitet, som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorium og radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF-ordninga, er det lagt til rette for ein vekst på 1,6 prosent frå anslag for 2013 til 2014. Til fråtrekk kjem auka pasientbehandling i kommunane som følgje av oppretting av nye tilbod. Det er vurdert å utgjere om lag 0,8 prosent av ISF-aktiviteten.

Den generelle veksten i pasientbehandlinga er utrekna på heile inntektsgrunnlaget til helseføretaka og gjeld derfor all pasientbehandling innanfor somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Det er lagt til grunn ein gjennomsnittleg marginalkostnad på 80 prosent 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 vil forsterke seg dei neste åra. Det inneber framleis ein risiko for auka aktivitet som må finansierast med bruk av basisramme. Det er ei utfordring som Helse Vest RHF må løyse i tråd med føringane som er gitt i oppdragsdokumentet frå eigaren. Det er avgjerande at endringar i behovet for tenester og eventuelle nye oppgåver blir fanga opp i basisfinansieringa. Spørsmålet er òg om den framtidige aktivitetsveksten i RHF-a må reflektere store forskjellar i befolkningsvekst. Gjennom den modellen som blir praktisert i dag, får ikkje Helse Vest dekning i forhold til den reelle veksten i folketal, medan andre regionar får dekt vekst utover den reelle veksten i folketal.

Helse Vest har ved inngangen til 2014 framleis ei omstillingsutfordring når det gjeld resultatkrava som er nødvendige for å finansiere investeringsbehova framover. Helse Stavanger har eit negativt budsjettavvik i 2013. Samtidig har Helse Stavanger store investeringsplanar i åra som kjem, og har derfor behov for å levere stødige og gode resultat.

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

Investeringar

Helse Vest skal basere investeringsplanane sine på heilskaplege utgreiingar av framtidig behov for kapasitet og tilbod på regionnivå. Helse Vest skal tilpasse investeringsstrategien slik at han underbyggjer og blir gjennomført i tråd med nasjonal helsepolitikk og føringane i samhandlingsreforma.

Helseføretaka må styre og prioritere investeringsplanane sine innanfor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramma. Vi viser her til styresak 073/13 B Langtidsbudsjett 2014–2018.

Helse Vest har i langtidsbudsjettet lagt opp til eit samla resultatnivå på minimum 460 millionar kroner i slutten av langtidsperioden for å handtere dei store investeringsprosjekta.

Sjølv eit så stort resultat er ikkje nok til å løfte større sjukehusutbyggingar. I dei nærmaste åra er det særleg Helse Bergen som har dei store investeringsbehova. Snart vil òg utbyggingsprosjektet i Helse Stavanger ha behov for omfattande investeringsmidlar. Helse Stavanger er i gang med å greie ut ulike alternative løysingar for korleis dei kan handtere dette økonomisk og finansielt. Dette er eit forhold som vi må komme nærmare tilbake til når utgreiingsarbeidet er komme lengre. Det vil uansett vere behov for å skape vesentleg høgare resultat i åra som kjem dersom ein skal klare å løfte store investeringsprosjekt og sjukehusutbyggingar. I tillegg til eigne midlar vil det vere behov for å ta opp lån til dei store prosjekta. Dette gjeld i tillegg til BUSP fase I, som alt er i gang, og BUSP fase II, som vil komme dei nærmaste åra. I tillegg vil sjukehusutbygginga ved Helse Stavanger ha eit stort lånebehov. Helse Vest vil komme tilbake til lånebehovet i samband med desse to prosjekta på eit seinare tidspunkt.

Under styresak 009/14 B har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2014:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	184 000	74 600	685 000	91 300	10 000			1 044 900
Medisinteknisk utstyr	94 000	40 000	140 000	18 000	4 220			296 220
IKT						260 000		260 000
Anna	132 000	7 500	103 000	8 900	3 378			254 778
Sum investeringar 2014	410 000	122 100	928 000	118 200	17 598	260 000	0	1 855 898

Vi kan summere opp det finansielle grunnlaget for å gjennomføre investeringsbudsjettet slik:

Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2014:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgr	75 000	34 000	190 000	0	10 372	1 000	0	310 372
+ Avskrivning	223 000	122 309	450 000	103 500	6 477	160 600		1 065 886
+ Nedskrivning anleggsmidlar	0							0
= Kontantstraum frå drifta	298 000	156 309	640 000	103 500	16 849	161 600	0	1 376 258
+/- Førebels resultatavvik 2013	-40 000	0	65 000	-14 000	-6 955	0	280 000	284 045
+ Nedskrivning 2013	0							0
+ Opptak av nye lån, Busp 1-2			205 000					
- Avdrag lån	-52 000	-14 645	-66 000	-9 800	352	-2 000		-144 093
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IK	-21 000	-5 500	-23 000	-12 200		61 700		0
+ Sal av anleggsmidlar			42 000					42 000
+/- Likviditet overført frå 2013	125 000	26 632	177 000	-9 300	76 889	13 300	110 000	519 521
Finansielt grunnlag	310 000	162 796	1 040 000	58 200	87 135	234 600	390 000	2 077 731
+ Interne lån overført fra 2013	50 000			60 000			-110 000	0
+ Internt lån HDO HF - nødnett							-8 000	-8 000
+ Internt lån 2014	50 000		28 000			25 400	-103 400	0
Finansieringsgrunnlag investeringar inkl interne lån	410 000	162 796	1 068 000	118 200	87 135	260 000	168 600	2 069 731

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

4.1.3 Personell og kompetanse

Føretaksgruppa har i fleire år fokusert på kompetanse, kompetanseheving og strategisk kompetansestyring. Dette er eit av dei viktigaste satsingsområda til føretaksgruppa. Det er viktig å synleggjere kunnskapsinnsatsen som skjer i helseføretaka. Det har vore særleg fokus på å kunne dokumentere kva innsats og resultat vi har på området. Det har vore nødvendig å etablere eit kunnskapsgrunnlag med utgangspunkt i 2012 og 2013. Ein endeleg presentasjon av kunnskapsinnsatsen for 2013 vil vere klar i februar 2014. Det er etablert felles mål for strategisk kompetanse, og strategiske planar for føretaksgruppa, basert på ulike plandokument, for eksempel plan for kirurgi. Desse planane er eit ledd i samspelet med utdanningsinstitusjonane. Det blir teke ut analysar og sett i gang tiltak med fokus på samspelet mellom leiar og medarbeidar.

Føretaksgruppa har lagt ned eit stort arbeid med å etablere gode kompetanseplanar og oppgåvevurderingar som blir støtta Kompetanseportalen. Det gjeld heile livsløpet for alle kompetanse- og utdanningstiltaka. Utvikling av prosessar og støtte i dette arbeider skjer òg som del av TOLK-prosjektet, som har fått mykje støtte av Innovasjon Noreg. Arbeidet vil halde fram i 2014 med ytterlegare satsingar gjennom prosess- og teknologistøtte. Kompetanseplanar og oppgåvevurderingar er strategisk viktige når føretaka skal identifisere kompetansebehova og satsingsområda for føretaka fram i tid.

Oppgåveplanlegging og oppgåvedeling er viktige tiltaksområde. Det er viktig for å identifisere og kartleggje behova for etter- og vidareutdanning og rett dimensjonering av personellbehovet, basert på erfaringane av pilotprosjekta og andre tiltak som er gjennomførte i 2013. God arbeidsplanlegging er viktig når vi skal leggje til rette for gode pasientforløp, og vi må lære å utforme arbeidsplanar. Alle føretaka deltek i arbeidet, og det er viktig at alle får vere med å førebu og gjennomføre gode pasientforløp.

Føretaksgruppa har etablert og sett i gang ulike prosjekt for å rette seg etter heiltidskulturen i føretaka. Disse prosjekta nyttar mellom anna samarbeid på tvers av avdelingane.

Helsefagarbeidarlærlingar og ambulansesarbeidarlærlingar

Helseføretaka tek kvart år inn fleire lærlingar innanfor ambulansesarbeidarfaget og helsearbeidarfaget. Helse Vest IKT har tre lærlingar innanfor andre fag.

Helseføretaka har kontakt med universitets- og høgskulesektoren for å sikre at studentane får den kompetansen som er føretaka etterspør. Tilsvarende arbeid er òg gjort mot utdanningane på vidaregåande nivå. Det er viktig å sikre god tilgang til dyktige lærlingar, spesielt innanfor helsefagarbeidarfaget og ambulansesarbeidarfaget. Helse Stavanger har i 2013 hatt totalt 67 lærlingar i helsefag og ambulansesarbeidar. Helse Fonna har totalt 38 lærlingar fordelt på helsefag, ambulansesarbeidar og andre fag. Helse Førde har totalt 32 lærlingar fordelt på helsefagarbeidar, ambulansesarbeidar og kokk, men dei 12 lærlingane i helsefag er samarbeidslærlingar som er tilsette i kommunane. Helse Bergen har totalt 83 lærlingar fordelt på ambulansesarbeidar, helsefag og andre fag. 45 av dei er samarbeidslærlingar som er tilsette i kommunane og gjennomfører delar av læretida i føretaket.

I august 2013 tilsette Helse Bergen eigne TAF-lærlingar. Føretaket har eit godt samarbeid med kommunane om felles utdanning av lærlingar i helsefagarbeidarfaget, og fleire av desse har fått jobb i føretaket etter at dei er ferdig utdanna. I samband med satsinga på lærlingar har føretaket styrkt rettleiarkompetansen gjennom kurs og nettverksmøte for instruktørar.

Utviklinga i Kompetanseportalen og TOLK-prosjektet

I tråd med prosjektføresetnadene i TOLK-prosjektet er Kompetanseportalen stadig forbetra for å støtte kompliserte utdannings- og læringsløp. Det er no mogleg å etablere felles regionale kompetanseplanar for enkelte grupper eller stillingar i Kompetanseportalen. Det er lagt vekt på rettleiarstøtte for legar i spesialisering, som gjennom utdanningsløpet skal fullføre ei mengd prosedyrar, også på tvers av helseføretaka. Opplæring for legar i spesialisering blir dokumentert gjennom Kompetanseportalen. All strukturert opplæring blir logga og godkjend av den opplæringsansvarlege. Utløp av godkjenningar blir varsla rett til leiar. Dei nye moglegheitene i Kompetanseportalen blir tekne i bruk på tvers av faggrupper og i heile føretaksgruppa.

Alle føretaka har bidrege aktivt i å utvikle Kompetanseportalen, og alle har teke Kompetanseportalen i bruk og etablert kompetanseplanar. Føretaket har i 2013 styrkt arbeidet med kompetansestyring med eit nytt årsverk. Det har resultert i at føretaket har arbeidd meir strukturert med kompetanse-/medarbeidarutvikling ved å intensivere opplæringa i bruk av kompetanseverktøyet Kompetanseportalen. Auka kompetanse blant leiarar og medarbeidarar har gitt resultat i form av auka fokus på gjennomføring av medarbeidarsamtalar, individuelle utviklingstiltak og utarbeiding av kompetanseplanar. I delar av organisasjonen er det innført eigne styringsdata på 100 prosent gjennomførte medarbeidarsamtalar per år. Styringsdata i tillegg til

kvartalsvise rapporteringar på brukaraktivitet (CV, kompetanseplanar, gjennomført medarbeidarsamtale) i Kompetanseportalen viser resultat.

I 2013 har det vore gjort eit omfattande arbeid med å utarbeide, registrere og tildele kompetanseplanar i Kompetanseportalen knytt til sertifisering/resertifisering av MTU. Her står det framleis igjen ein del arbeid, men ved å ha auka fokus er mange avdelingar i mål med utsjekk, og dei fleste har utarbeidd og tildelt kompetanseplanar i Kompetanseportalen.

Helse Bergen

Føretaket leier og bidreg med ressursar i det regionale innovasjon- og utviklingsarbeidet på dette området og tek i bruk tilgjengeleg teknologi som støttar opp om den strategiske kompetansestyringa. Alle medarbeidarar gjennomgår årleg obligatorisk undervisning, og i tillegg er det kurs og fagutviklingstiltak retta mot ulike stillingsgrupper og funksjonar. Kursa er tilgjengelege i Læringsportalen og er også gjorde tilgjengelege for eksterne samarbeidspartnarar som studentar og tilsette i kommunane.

Helse Fonna

Den teknologiske utviklinga / IKT-løysingar vil kunne endre kvardagen til mange tilsette gjennom nye arbeidsprosessar. Det vil stille krav til kompetanse og endringsvilje hos medarbeidarane, og nye oppgåver må handterast effektivt og ha tydeleg prioritering. Føretaket har òg hatt i drift ei piloteining for å prøve ut og utvikle ny funksjonalitet knytt til kompetansestyring. Ny funksjonalitet for kompetansestyring er i startgropa for utrulling.

Helse Stavanger

Føretaket har utfordringar med å ta ut reelle rapportar i Kompetanseportalen sidan integreringa med Samlepunktet per i dag ikkje er fullstendig. Føretaket har derfor ikkje full oversikt over kor mange avdelingar som jobbar godt i portalen. Den systemansvarlege jobbar aktivt med å aktivere ei lokal ressursgruppe med representantar i alle divisjonar som skal gjere arbeidet med kompetanseplanar i ny funksjonalitet spesielt og anna arbeid i portalen generelt meir kjent i føretaket.

Obligatoriske kurs

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

Studentprosessen

Studentane som har praksis i føretaka, blir førebudde på praksisperioden på lik linje som for nye tilsette medarbeidarar. Studentane blir registrerte inn i rekrutteringsportalen, og det blir oppretta kunnskaps- og kompetanseprofil i Kompetanseportalen. Alle førebuingar dei skal gjere gjennom Læringsportalen for e-læringskurs, er starten på å opparbeide sin eigen kunnskapsprofil. Studentar som sidan kjem tilbake til føretaka, anten i eit seinare semester, fordi dei får sommarjobb i studietida, eller dei får fast tilsetjing etter ferdig utdanning, held fram å registrere på

den same profilen i Kompetanseportalen. Det er starten på å byggje opp kunnskapsprofilen sin som basis for livslang læring og utvikling.

Oppgaveplanlegging

I 2013 er det lagt ned mykje arbeid med å førebu arbeidet med avansert oppgaveplanlegging. Ein har i dette prosjektet valt å motivere minst to pilotavdelingar i kvart av helseføretaka. Det er gjort for å få erfaring og sikre metode og prosesstøtte, som vil bli tilgjengelege konsept for alle einingar. Ein har valt å prioritere legane i piloteiningane i ulike spesialitetar. Avansert oppgaveplanlegging på tvers av einingane vil framover stå heilt sentralt som eit viktig organisasjonsutviklingsprosjekt. Gjennom prosjektet med avansert oppgaveplanlegging har oppgavedelinga fått endra fokus, og det vil halde fram i 2014. Delprosjektet «Avansert oppgaveplanlegging» er knytt til «Alle møter»-prosjektet og skal sikre at utrullinga av avansert oppgaveplanlegging skjer i samsvar med felles regional tilnærming. Dei tillitsvalde og vernetenesta er involverte i arbeidet gjennom deltaking i prosjektorganisasjonen.

Helse Førde

Helse Førde arbeider med avansert oppgaveplanlegging og god oppgavedeling. Det er eit kontinuerleg samarbeid med dei tillitsvalde og vernetenesta, som er representerte på alle plan i prosjektet og i dialogen.

Det er arbeid med å ta i bruk tilgjengeleg teknologi opp i forhold til prosjekt «Avansert oppgaveplanlegging» i Helse Vest. vil arbeide vidare med dette i 2014. Per dags dato er føretaket i rute i forhold til tidsskjemaet. Ny teknologi vil bli teken i bruk så fort som mogleg.

Helse Bergen

Pilotfasen for prosjektet «Avansert oppgaveplanlegging» er gjennomført, og utrullinga til fleire einingar er starta. Føretaket deltek framleis i utviklingsarbeid med integrasjon mellom Gat og Dips/Orbit for å standardisere og automatisere planleggingsprosessane endå meir. Føretaket har to pilotar knytte til prosjektet «Alle møter», der avansert oppgaveplanlegging for legar blir testa ut. Utrulling av funksjonaliteten blir gjort i tråd med anbefalingane i dette prosjektet.

Føretaket har etablert ein lokal prosjektorganisasjon i det regionale prosjektet «Alle møter». Ein viktig del av prosjektet er å ta i bruk ny teknologi. Føretaket deltek aktivt i testing av nye integrasjonar. Føretaket implementerer og tek i bruk tilgjengeleg teknologi i tråd med den regionale implementeringsplanen.

4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar

Generelt

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

Alle helseføretaka har kartlagt status for bygningsmassen ved hjelp av MultiMap. Det er vidare i gang areal- og utviklingsplanarbeide i alle helseføretaka.

Helse Stavanger

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

For å møte eit stadig aukande kapasitetsbehov er følgjande tiltak innarbeidd i budsjettet for 2014:

- Ny dagkirurgisk eining i Hillevåg med nær tilknytning til Våland. Eininga vil bli opna 1. april 2014 med full drift etter påske.
- Stavanger DPS – nytt bygg blir ferdigstilt i 2014.

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

Prosjektet blei hausten 2013 ført vidare frå idèfase til konseptfase, og dei moglege løysingane som blir vidare utgreia er:

- Samla verksemd på Våland
- To-senter modell
- Nytt sjukehus på ny tomt

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

Helse Fonna

Det blei i 2011 gjort ei overordna bygningsteknisk kartlegging og vurdering av føretaket sine bygningar. Rapporten som blei utarbeidd, gjev eit godt grunnlag for vidare strategisk og taktisk planlegging samt utvikling av bygningsmassen.

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

Det er utarbeidd ein overordna plan for å nå minimumsstandard for føretaket sine bygg. Planen er basert på at følgjande tiltak skal gjennomførast parallelt: sanering og avhending, arealutvikling og nybygg, investeringsbudsjett og drift- og vedlikehaldsbudsjett.

Det er satt som mål å prioritere både drifts- og investeringsmidlar til rehabilitering av eksisterande bygg og tekniske anlegg som er ferdig nedskrivne i rekneskapen (teknisk forelda). Desse prioriteringane er i tråd med strategien og vil på sikt bidra til at ein reduserer føretaket sitt vedlikehaldsetterslep, og at samla tilstandsgrad blir forbetra.

Dei siste to åra har føretaket avhenda eigedommar i Sauda, Haugesund og Valen. I tillegg har ein til hensikt å avhenda eigedommane i Jondal. Desse eigedomane var alle i dårleg teknisk stand, og det er grunn til å rekne med at samla tilstandsgrad for føretaket sin eigedomsmasse er blitt betra, samt at vedlikehaldsetterslepet på 1,7 milliard er noko redusert.

Helse Fonna har utarbeidd ein samla utviklingsplan for føretaket sin bygningsmasse. Planen er oppdatert frå eit 2020- til eit 2040-perspektiv. Det er i tillegg sett i gang idéfase for Haugesund sjukehus.

Forvaltningsplanen for Stord sjukehus er godteken av Riksantikvaren gjennom skriv datert 14.

juli 2011. Forvaltningsplanane for både Valen sjukehus og Jonatunet blei ferdigstilte ved årsskiftet 2012/13 og er sende til Riksantikvaren for godkjenning.

Helse Bergen

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

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

Konseptrapport for BUSP fase 2 er ferdigstilt. For BUSP 1 ligg det inne eit behov for 50 prosent lånefinansiering, og for BUSP 2 ligg det inne eit behov for 70 prosent lånefinansiering. Lånefinansieringa for BUSP 1 er vedtatt, men lån for BUSP 2 må innarbeidast i framtidige budsjett. Lånebehovet for BUSP 2 er meldt inn frå Helse Vest til Helse- og omsorgsdepartementet.

Arealplanen er revidert i 2012. Utgangspunktet for denne revideringa var strategisk plan for Helse Vest (Helse 2020) og den reviderte strategiplanen til Helse Bergen. Sentralt i den reviderte arealplanen var det også viktig å ta omsyn til målsetjinga 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 gje eit kapasitetsmessig grunnlag for, på sikt, å renovere sengeetasjane i Sentralblokka. Bygginga av Sengebygg sør startar opp i 1. kvartal 2014.

Helse Bergen har dei siste åra investert mykje i areal for den psykiatriske verksemda, og vil når BUSP fase 1 er ferdigstilt, samla sett ha ein svært moderne bygningsmasse for psykiatrien. Eit viktig punkt i arealplanen er å vidareutvikle Sentralblokka som det sentrale bygget for akuttmedisin og behandlings- og utgreiingsfunksjonar i Helse Bergen. Hausen 2013 vart det opna 10 nye thorax- og dagkirurgiske operasjonsstuer. Mottaksklinikken er vedtatt på forprosjektnivå og byggjearbeida er i gang.

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

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

Helse Førde

Det er i 2013 vedteke overordna arealplan for Førde sentralsjukehus, og føretaket vil arbeide vidare med detaljplanlegging og ein framdriftsplan når finansieringsgrunnlaget er klarlagt. Føretaket har ilag med kommunane i Sunnfjord / ytre Sogn til vurdering om det ligg til rette for at dei kan legge sine felles helsetenester på området til Helse Førde. Store delar av administrasjonen held til i leigde lokale i Førde sentrum (Førdegården), og barne- og ungdomspsykiatrien har anna lokale i Førde. Arealplanen omfattar plan for å flytte alle tenester til /nær Førde sentralsjukehus.

Arealplan og ombygging ved Nordfjord sjukehus er i stor grad ferdigstilt. Ombyggingane er gjort i samsvar med dei aktivitetane som er planlagt i «Utviklingsprosjekt Framtidas lokalsjukehus,» tilpassing til kommunale aktivitetar, felles resepsjonsløyseing og innplassering av ambulansebase.

Det er under arbeid ei mindre ombygging ved Nordfjord psykiatrisenter for tilpassing til auka poliklinisk/ambulant drift og færre døgnopphald.

Ved Lærdal sjukehus er ein i gang med arealplan for tilpassing til framtidige tenester, som også involverer kommunale tenester – lokalmedisinsk senter og legevakt, legevaktstelefonentral.

Florø sjukehus er seld til Flora kommune, og det er avgjort at Helse Førde skal samlokalisere sine aktivitetar med dei kommunale helse og sosialtenestene i Flora. Det vert arbeidd med detaljert plan og avtale.

Ved Indre Sogn psykiatrisenter er det føreteke mindre tilpassing for å slå saman to sengepostar.

Tronvik har rusavdeling og psykiatrisk avdeling, og er ei avdeling under Psykiatrisk klinikk
Bygningsmassen er freda. I samsvar med verneplan er det skifta tak på hovudbygget.

Luftambulansebaseprosjektet er det største pågåande prosjektet. Prosjektet har framdrift i samsvar med tempoplanen.

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

Helse Førde HF gjennomførte i 2011 ein overordna bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseføretaket sin eksisterande bygningsmasse. Bygningsmassen har ei gjennomsnittlig teknisk tilstandsgrad på 1,4. Dette er dårlegare enn normalt ambisjonsnivå, som er definert som tilstandsgrad 1,0. Tilstandsgrad er under oppdatering i form av ny registrering i 2014.

Estimert teknisk oppgraderingsbehov pr. dato fordelt i to kategoriar:

- Ca. 130 millionar kroner utgjør det primære behovet for kommande 5- års periode (må tiltak)
- Ca. 425 millionar kroner utgjør behovet for ytterlegare oppgradering for at bygningsmassen skal få en gjennomgåande tilfredsstillande tilstand (bør tiltak)

4.2 Strategiane og planane til det regionale helseføretaket

Denne delen beskriv helseføretaket sine planar for å møte utviklinga, medrekna dei områda som er skisserte i kapittel 4.1.

4.2.1 Overordna mål og strategiar – HELSE2020

Å utvikle og omstille tenestetilbodet er nødvendig for å sikre god kvalitet, effektiv ressursutnytting og høg pasienttryggleik. Helse Vest RHF har revidert strategidokumentet «HELSE2020. Strategi for helseregionen. Visjon og mål. Strategi og handlingsplan». Den reviderte versjonen blei vedteken av styret i juni 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

- at helsetenestene er trygge, slik at pasientane ikkje blir utsett for skadar på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar
- at pasientane får utgreiing og behandling innan fastsette fristar, slik at det ikkje oppstår fristbrot
- at ventetidene blir reduserte, særleg på område med lange ventetider, inkludert omfordeling av ressursar
- at prioriteringsforskrifta og pasientrettane blir følgde opp
- at sjukehusstrukturen blir vidareutvikle i tråd med den faglege og teknologiske utviklinga, rekrutteringa og auka spesialisering i dei kirurgiske faga
- at lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen blir utvikla
- at DPS-a blir utvikla i tråd med nasjonale føringar
- å få sterkare fagleg integrasjon i alle helseføretaka og meir fagleg samhandling mellom helseføretaka, med mellom anna felles faglege retningslinjer og ved innmelding til og bruk av data frå medisinske kvalitetsregister
- at kliniske funksjonar med lågt volum, mellom anna innanfor kreftkirurgien, blir fordelte
- at forskinga blir styrkt mellom anna i dei mindre helseføretaka i samarbeid med universiteta og høgskulane
- at arbeidet med å sikre høg kvalitet på tenestene blir vidareutvikla
- at ein aktivt følgjer opp den medisintekniske utviklinga, og at ein gjennom nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta styrer korleis ny teknologi og nye metodar blir innførte og brukte, etter kvart som det ligg føre dokumentasjon

4.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde

4.2.2.1 Sentrale faglege utviklingsområde

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

4.2.2.2 Unngå fristbrot og redusere ventetider

Helse Vest har i 2013 vidareført fokuset på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Dette arbeidet vil halde fram i 2014 òg.

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

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

4.2.2.3 Prioritering

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

- *Rettleiarar for prioritering:* Rettleiarane skal nyttast til å sikre ei meir einskapleg praktisering av prioriteringsforskrifta.
- *Opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå:* For å skape ei felles forståing for prioriteringskriteria må dei som skal prioritere, få opplæring. Det må skapast ei felles forståing for hovudprinsippa i prioriteringsforskrifta som grunnlag for prioritering og utarbeiding av kliniske retningslinjer. Opplæring og trening bør skje på tvers av spesialitetar, avdelingar og helseføretak, slik at ein får innsikt i utfordringane til den enkelte og til fellesskapet, og slik at ein utviklar ein felles kultur.
- *Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering:* Primærhelsetenesta har ei sentral rolle for utløyasing av spesialisthelsetenester. Samarbeid med primærhelsetenesta er viktig for å sikre at pasientane får behandling på rett nivå til rett tid.
- *Overvaking av forbruksratar i regionen:* Helse Vest har som mål å få på plass praktiske løysingar for å kunne overvake fordelinga av ratane for tenesteforbruket i regionen.
- Obligatoriske e-læringskurs i prioritering
- Tilpasse tenestene til endringane i pasient- og brukarrettslova når desse blir sette i verk.

4.2.2.4 Program for pasienttryggleik

Styret i Helse Vest vedtok i desember 2008 hovudlinjene for å vidareføre og styrkje kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009–2013 (sak 124/08). Utgangspunktet for kvalitetssatsinga er at ei god helseteneste kan bli endå betre. For å oppnå det vil kvalitetssatsinga støtte dei pasientnære tenestene, altså kjerneverksemda, slik at kvalitetsarbeidet kan vere ein integrert del av den daglege verksemda. Kvalitetssatsinga er eit langsiktig arbeid og er forankra i HELSE2020 og i styresak 117/05. Satsinga byggjer på Nasjonal helseplan.

Styret i Helse Vest vedtok i styremøte 10.4.13 direktiv for Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013–2017. Utgangspunktet for programmet er ein visjon om at pasientar ikkje skal komme til unødig skade på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. For perioden 2013–2017 har programmet som mål å halvere talet på unngåelege pasientskadar i spesialisthelsetenesta. Programmet skal vare i fem år og skal

etter det vere ein del av den tenkinga som blir lagd til grunn for alt pasientretta arbeid i Helse Vest. Program for pasienttryggleik i Helse Vest er ei vidareføring av kvalitetssatsinga og byggjer mellom anna pasienttryggleikskampanjen og Stortingsmelding 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

Ein gjennomgang av journalar til pasientar som var innlagde i sjukehusa i 2010, har vist at om lag 14 prosent av pasientane opplevde ein skade i samband med sjukehusopphaldet. Legemiddelskadar og infeksjonar var dei vanlegaste skadetypane. Andre uønskte hendingar med konsekvens for pasientane var fall og utvikling av trykksår (liggjesår). Det er sett i gang spesifikke tiltak for å redusere desse skadane. Innanfor psykisk helsevern er det sett inn tiltak for å hindre sjølv mord i samband med sjukehusopphaldet og for å hindre overdose etter utskriving frå rusinstitusjon. Forløpet og behandlinga til pasientar med hjerneslag blir sikra i eit eige tiltak. Helse Vest har starta eit arbeid for å nytte kunnskapen i saker som har vore behandla i Norsk pasientskadeerstatning. Tiltak mot fødselsskadar og skadar hos ortopediske pasientar blir først sett inn.

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

Dei ulike delane av programmet skal drivast fram som felles regionale prosjekt der eit av føretaka er pådrivar og prosjektleiari. Dei andre føretaka i regionen er deltakarar med kvar sine lokale prosjektleiarar. I samband med prosjekta blir beste praksis identifisert, og tiltaka blir piloterte før implementeringa skjer. Det blir lagt vekt på å komme fram til gode indikatorar som kan brukast til å måle effekt av tiltaka. Arbeidet med indikatorar må koordinerast med arbeidet i datavarehuset for styringsdata innanfor kvalitet og pasienttryggleik.

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

Data må som hovudregel kunne fangast mest mogeleg automatisk før prosjektet blir lagt til linja. Administrerande direktør for kvart HF rapporterer i styringsgruppa når prosjektet er lagt i linja.

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

Tryggingstiltaka må byggjast inn i pasientforløp og strukturar i sjukehusa. Etterleving av beste praksis må kunne evaluerast løpande. Det stiller krav til elektroniske hjelpemiddel som strukturert pasientjournal og/eller elektronisk kurve.

Kunnskapen om kvalitetsforbetring må framleis aukast og måloppnåingsgraden må følgjast opp. Omsynet til pasienttryggleiken må bli ein endå sterkare del av tankesettet i sjukehusa. Mange av tiltaka handlar om å vurdere kva for risiko pasienten er utsett for, og setje inn tiltak for å redusere risikoen.

4.2.2.5 Innføring av nye metodar og teknologi

Helse Vest vil i 2014 delta i etableringa og vidareutviklinga av eit nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta (jf. omtale i punkt 4.1.1.3 om fagleg utvikling).

Helse Vest vil i 2014 overta leiinga av Bestillarforum RHF. Forumet prioriterer bestillingar til nasjonale metodevurderingar og vurderer kva type metodevurdering som skal utførast. Bestillarforum RHF består av dei regionale helseføretaka, Helseledingsdirektoratet, Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk.

Helseføretaka i Helse Vest vil bidra med medisinsk fagleg kompetanse i gjennomføringa av nasjonale metodevurderingar (raske og fullstendige), og dei vil gjennomføre eigne mini-metodevurderingar før innføring av medisinsk utstyr og prosedyrar.

Helse Vest etablerer i 2014 eit regionalt kompetansemiljø ved Kompetansesenter for klinisk forskning i Helse Bergen som mellom anna skal gi metodestøtte og støtte til praktisk gjennomføring av mini-metodevurderingar.

4.2.2.6 Pasientlogistikk og prosessbetring

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

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

4.2.2.7 Oppfølging av samhandlingsreforma

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

Meldinga tek utgangspunkt i tre utfordringar:

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

Sentrale stikkord for utfordringane:

- Heilskapelege pasientforløp, forløpstenking og tilrettelegging skal bidra til at den enkelte kan meistre sitt eige liv i størst mogleg grad.
- Den venta veksten i behov må i størst mogleg grad finne ei løysing i kommunane der førebygging og innsats i den tidlege sjukdomsfasen blir viktig.
- Kommunane er med å finansiere spesialisthelsetenesta og har økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar.
- Spesialisthelsetenesta sin føresetnad for å levere gode spesialiserte helsetenester skal styrkjast gjennom betre oppgåvedeling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.
- Prioriteringsavgjerdene må i større grad rettast inn mot heilskapen i pasientforløpa.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og endringar i spesialisthelsetenestelova for å støtte samhandlingsreforma tok til å gjelde 01.01.12. Det same gjorde forskrift om kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasientar.

I 2012 hadde helseføretaka inngått dei lovpålagde avtalane med kommunane i helseføretaksområdet.

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

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

Det overordna målet for prosjektet er

- å bidra til å realisere intensjonane i samhandlingsreforma gjennom å leggje overordna rammer og setje ei felles retning for arbeidet i føretaksgruppa

Delmåla for prosjektet er

- å støtte helseføretaka i samband med
 - implementering og oppfølging av avtalane
 - innhenting og systematisering av erfaringar med avtalane som grunnlag for revidering og forbetring
- å støtte helseføretaka i arbeidet med plan for innfasing av døgntilbod for akutthjelp i kommunane og utarbeide felles krav/standard for å sikre at døgntilbodet har nødvendig kvalitet
- å bidra til å vidareutvikle lokale samarbeidstiltak med basis i avtalane og føringar i samhandlingsreforma og gjennom det mellom anna bidra til å sikre gode pasientforløp med «trygge overgangar»
- å bidra til å utvikle og utveksle gode eksempel på samarbeidstiltak i føretaksområda som kan støtte samhandlingsreforma
- å bidra til at intensjonane i samhandlingsreforma også kan realiserast innanfor psykisk helse og rus
- å bidra til å utvikle elektroniske samhandlingsløysingar som kan støtte realiseringa av samhandlingsreforma

- å bidra til å utvikle relevant styringsinformasjon både i helseføretaka og samla for Helse Vest

4.2.2.8 Regional plan for kirurgi

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

Målet med planen har vore å trekkje opp overordna prinsipp og føringar for utvikling av tenestetilbodet innanfor kirurgi i Helse Vest, med basis i nositasjonen og den venta utviklinga. Planen er eit grunnlag for vidareutvikling av tilbodet innanfor kirurgi i regionen og i det enkelte helseføretaket.

I samband med planarbeidet blei det òg gjort ei ny vurdering av oppgåvefordelinga innanfor kreftkirurgi. Det har vore fokus på funksjonsfordeling der det er lågt volum på tenestene. Låg volumkirurgi på områda lever/pancreas og ventrikkelkreft blir vidareført med uendra oppgåvefordeling. Ein føresetnad for dette er eit tett fagleg samarbeid. Ordningar for tett fagleg samarbeid er under etablering. Saka vil bli lagd fram for styret i Helse Vest etter to år, med evaluering av ordninga.

Parallelt med arbeidet med regional kirurgiplan er det gjort ein gjennomgang av to område innanfor kreftomsorga med større volum på tenestene. Styret i Helse Vest vedtok plan for brystkreft 6. mars 2013. Og plan for prostatakreft blir lagd fram for styret i Helse Vest i februar 2014. Begge planane gir faglege føringar for arbeidet i helseføretaka og grunnlag for funksjonsfordeling i regionen.

4.2.2.9 Regional plan for spesialisthelsetenester til eldre

Arbeidet for å utvikle spesialisthelsetenestene til eldre held fram, særleg når det gjeld eldre med samansette lidningar og behov for tenester frå fleire faggrupper og nivå. Styret behandla ei eiga sak om spesialisthelsetenester til eldre 03.01.10, jf. sak 15/09. Her er det mellom anna lagt til grunn at det i alle helseføretaka må utviklast

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

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

4.2.2.10 Regional plan for hjerneslagbehandling

Alle helseføretaka har arbeidd med å leggje til rette og organisere tilbodet til pasientar med hjerneslag. Som eit ledd i oppdraget med å utvikle regionale planar i eit forløpsperspektiv er det utarbeidd ein regional plan for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Forløpsperspektivet omfattar både kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandlinga. Planen har eit tidsperspektiv frå 2012 til 2015.

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

Det blir i denne samanhengen vist til eige prosjekt om teleradiologi, der teleradiologiske løysingar blir implementerte i føretak, og utprøving av teleslagnettverk. Det siste er prøvd mellom i Haukeland universitetssjukehus og Voss sjukehus, og bruken av teleslagnettverk har auka i mellom anna Helse Fonna.

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 og på 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. Vi ser ei positiv utvikling ved at fleire får tilbod. Ventetidsgarantien for barn og unge skal haldast.

Det må gjerast ein innsats for å styrkje tilbodet til barn i aldersgruppa 0–7 år. Denne gruppa bør utgjere 20 prosent av dei behandla pasientane i psykisk helsevern for barn og unge. Helseføretaka må sikre god nok kompetanse til å behandle barn med psykiske lidingar i aldersgruppa 0–7 år.

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

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

Pårørande må sikrast retten til informasjon og medverknad. Tenestene må utformast slik at også interessene til dei pårørande blir varetekne.

4.2.2.12 Avtalespesialistane

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

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytte til avtalespesialistane:

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

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

Det er etablert ei koordinatorordning som kan nyttast ved tilvising.

Det blir arbeidd vidare med å integrere avtalespesialistane i «sørgje for»-ansvaret på ein betre måte, og for å gjere avtalepraksis til ein endå meir effektiv måte å løyse sentrale oppgåver i «sørgje for»-ansvaret på, mellom anna skal samarbeidet mellom avtalespesialistane og sjukehusa/DPS-a styrkjast.

4.2.2.13 Regional plan for rus

Våren 2006 vedtok styret ein regional plan for å utvikle tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar. Denne planen er under revidering. Arbeidet er i slutfasen, og planen blir ferdigstilt våren 2014.

Den gjeldande planen skal oppdaterast med tanke på nyare nasjonale føringar, spesielt med vekt på behandlingsforløp. Ein vil sjå på kapasiteten på tilbodet og korleis tenestetilbodet bør organiserast. Det er eit mål at tenestene er tilgjengelege og individuelt tilpassa og at dei blir ytt i eit nært samarbeid med kommunane.

Det overordna målet er

- å sikre eit betre og meir heilskapleg behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar

Den gjeldande planen tilrår følgjande overordna strategiar:

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

Særlege utviklingsområde:

- Styrkje den helsefaglege kompetansen
- Sikre rett og lik prioritering
- Styrkje forskning på rusfeltet
- Sikre brukarmedverknaden
- Sikre kvalitet og fagleg utvikling

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

Tilbodet skal framleis styrkjast. Private leverandørar leverer i dag ein stor del av dei spesialiserte tenestene på rusfeltet i regionen. Gjennom den siste anskaffinga er det lagt

grunnlag for eit betre og meir framtidsretta behandlingstilbod, jf. òg mellom anna samhandlingsreforma.

4.2.2.14 Regional plan for habilitering og rehabilitering

I 2014 skal Helse Vest starte arbeidet med å revidere den regionale planen for habilitering og rehabilitering med utgangspunkt i sak 136/13 til styret i Helse Vest.

Planen 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 rehabiliteringsinstitusjonane i spesialisthelsetenesta

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

Kjøp av rehabiliteringstenester frå private supplerer tenestene i helseføretaka. I 2014 skal det gjennomførast ei ny anskaffing for å inngå nye avtalar med private rehabiliteringsinstitusjonar. Dei skal gjelde frå 01.01.2015. Målet er å vidareføre styrkinga og spesialiseringa av rehabiliteringstilbodet som blir kjøpt frå private.

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 patologrekruttering gjer at oppbygging av tenesta går seinare enn planlagt.

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

Eit regionalt fagleg nettverk under leiing av Helse Bergen vil i 2014 arbeide vidare med å etablere felles rutinar innanfor radiologi på tvers av helseføretaka og dei private leverandørane av radiologitenester.

Det vil i 2014 bli sett i gang arbeid med ein samla plan for laboratorieverksemda, mellom anna for å utvikle felles rutinar for prøvetaking og analysar.

Regional beredskapsplan skal reviderast på ny i 2014. Regional plan for helsemessig- og sosial beredskap blei sist revidert i 2011 og skal reviderast på ny i 2014. Regional smittevernplan blei revidert i 2012 og gjeld ut 2014. Tuberkulosekontrollprogrammet er revidert og gjeld frå 2014.

I Helse Vest er det gjort ei utgreiing i samband med etablering av ein virtuell AMK-sentral som er sett saman av dei fire eksisterande sentralane. Utgreiinga er for tida på høyring og skal behandlast av styringsgruppa i mars 2014. Under arbeidet med utgreiinga blei det synleggjort at det, uavhengig av virtualisering, er behov for nye IKT-løysingar i AMK-sentralane. Det vil vere naturleg å samarbeide med dei andre helseregionane om ein felles kravspesifikasjon for slike løysingar.

4.2.4 Forsking

Helse Vest vil framleis prioritere forskning, forskarutdanning og formidling og implementering av forskingsresultat. Samarbeidsorganet med universiteta har her ei viktig oppgåve, både som pådrivar og som utviklar av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen. Det fordeler òg pengar til forskingsprosjekt.

Det blir lagt vekt på

- å styrkje forskinga gjennom samarbeidsorganet med universiteta
- å styrkje forskinga innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk, jf. eigen strategiplan for forskning innanfor psykisk helse og utvikling av tilsvarende plan innanfor rusmisbruk
- å dokumentere ressursbruken til forskning ved bruk av felles system

Satsinga på forskarnettverk innanfor psykisk helse har mellom anna gitt som resultat at det kjem fleire og betre søknadar om forskingsmidlar på 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 og etter- og vidareutdanning. Det er utarbeidd ein strategisk plan for å styrkje den helsefaglege forskinga i regionen i samarbeid med utdanningsinstitusjonane og helseføretaka. Med bakgrunn i planen er det laga eit eige program for helsefagleg forskning i regionen, med middel frå samarbeidsorganet med universiteta. Programmet er forankra i Helse Bergen og er eit samarbeid mellom helseføretaka og Høgskulen i Bergen.

Helse Vest har i 2007 oppretta to kompetansesenter på forskingssvake område: innanfor habilitering og rehabilitering og innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Helse Vest har ei tett oppfølging av desse sentera.

Det er oppretta eit regionalt kompetansesenter innanfor eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger i 2011.

Helse Vest RHF vil samarbeide med dei andre RHF-a om bruken av dei 100 millionar kronene (jf. statsbudsjettet, kapittel 732, post 78). Dei skal støtte det etablerte nasjonale forskingssamarbeidet på tvers av dei regionale helseføretaka og gå til meir forskning knytt til smerte- og utmattingssjukdomar som CFS/ME, fibromyalgi og borreliose.

4.2.5 *Utvikling av nye IKT-løysingar*

- Forsering av arbeidet med å sikre felles pasientrelaterte IKT-løysingar i regionen, mellom anna elektronisk journalsystem og bruk av elektroniske hjelpemiddel for å sikre legemiddelbruken
- Heilskapleg plan for organisering og bruk av telemedisin og IKT

Mange av prosjekta og programma i prosjektporteføljen til Helse Vest adresserer pasientrelaterte IKT-løysingar og elektronisk journal, mellom anna:

- «Alle møter», med betre koordinering mellom timeboka til pasienten, arbeidsplansystemet og journalsystemet
- Konsolidering av felles regional EPJ-løysing
- Anskaffing av felles digitalt mediearkiv for samling av all biletlagring, inkludert PACS
- Anskaffing av felles kurve- og legemiddelløysing

Helse Førde har over tid arbeidd aktivt med telemedisin i Sogn og Fjordane, eit arbeid som òg inkluderer heile kommunesektoren i fylket. Helse Vest har i 2013 gjennomført eit regionalt forprosjekt der ein har sett på korleis ein kan utnytte telemedisinske moglegheiter betre, mellom anna basert på erfaringane frå Helse Førde.