Årleg melding 2014
for
Helse Vest RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Innhald

1 Innleiing 3
1.1 Visjon, verksemdsidé og verdigrunnlag 3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2014 4
2 Rapportering på krav i oppdragsdokument 7
2.1 Tilgjenge og brukarorientering 7
2.2 Kvalitet og pasienttryggleik 13
2.3 Personell, utdanning og kompetanse 25
2.4 Forsking og innovasjon 27
3 Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 27. juni 2014 28
3.1 Transporttilbod for psykisk sjuke 28
3.2 Styrking av abortmottak i spesialisthelsetenesta 28
3.3 Iverksetjing av pakkeforløp for kreft frå 2015 29
3.4 Ny strategi for økt bruk av private 31
4 Rapportering på krav frå føretaksmøtet 32
4.1 Krav og rammer for 2014 32
4.1.1 Resultatkrav 2014 32
4.1.2 Vidareutvikling av nasjonalt samarbeid – betre samordning på tvers av regionane 34
4.2 Andre styringskrav 2014 35
4.3 Rapportering og oppfølging 39
4.3.1 Kostnader på pasientnivå (KPP) 39
4.4 Andre aktuelle saker i 2014 39
5 Styret sitt plandokument 40
5.1 Utviklingstrendar og rammevilkår 40
5.1.1 Utviklinga innafor opptaksområdet 40
5.1.2 Økonomiske rammeføresetnadar 46
5.1.3 Personell og kompetanse 48
5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringar 50
5.2 Strategiane og planane til det regionale helseføretaket 53
5.2.1 Overordna mål og strategiar – HELSE 2020 53
5.2.2 Prioriterte helsefaglege utviklingsområde 55
5.2.3 Medisinske støttefunksjonar 64
5.2.4 Prehospitale tenester 65
5.2.5 Forsking 65
5.2.6 Utvikling av nye IKT-løysingar 66

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

«HELSE2020» gir uttrykk for denne felles visjonen, desse felles verdiane og desse felles 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 behandlingskjeda og utviklar betre prosessar.
- Vi samlar sjeldne og komplekse tenester på færre stader.
- Vi samordnar støttetenester 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 forsking, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling.
- Vi styrker omdømmet vårt gjennom kloke val.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2014

2014 var eit år med gode resultat i Helse Vest både når det gjeld kvalitet og økonomi, to viktige føresetnader for trygge og gode helsetenester på Vestlandet framover. Satsing på god dialog mellom pasient og sjukehus, betre organisering, pasienttryggleik og felles systembygging prega året. Bak resultata står dyktige medarbeidarar.
I 2013 kunne ein slå fast at spesialithelsetenesta på Vestlandet for første gong passerte ein million polikliniske konsultasjonar innan somatikken. I 2014 auka dette ytterlegare. Totalt blei det gjennomført om lag 1 352 740 polikliniske konsultasjonar, dagbehandlingar og døgnopphald innan somatikken. Den prosentvise veksten har vore størst innan poliklinisk behandling (4,8 prosent).

Å kvitte fristbrot og redusere ventetidene er viktige mål for å sikre kvaliteten på tilbodet til pasientane. Helse Vest RHF har gjennom heile 2014 lagt vekt på å få ned talet på fristbrot og redusere ventetidene for behandling i spesialisthelsetenesta.

Skal pasientane få behandling til rett tid skal det ikkje være fristbrot. I desember 2014 var talet på fristbrot nede i to prosent for behandla pasientar totalt i Helse Vest. I løpet av året har fleire sjukehus og avdelingar tatt i bruk betre analyseverktøy for å kunne kvitte fristbrot heilt. Framleis står nokre områder att, men samla er det færre fristbrot ved utgangen av året enn ved starten av året. Utviklinga gjer at Helse Vest i 2014 er nærmare målet om at alle føretaka berre unntaksvis har fristbrot.

Den gjennomsnittlege ventetida for alle som fekk starta behandling i desember 2014, var 63 dagar (mot 66 dagar for same perioden i 2013 og 71 dagar 2012). Det står framleis litt att før dette gjeld kvar månad året gjennom, men auka merksemd og betre planlegging er forventa å gi gode resultat framover. Fleire pasientar får allereie time samtidig som ho eller han blir tilvist til sjukehuset. Dette gjeld stadig fleire, og gir resultat både for den faktiske ventetida og pasienten si oppleving av ventetida.

Styret i Helse Vest RHF vedtok på nyåret 2015 differensierte ventetider, som gir tøffare mål å arbeide etter. Innanfor barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling skal den gjennomsnittlege ventetida ikkje vere over 40 dagar, for vaksen psykiatri ikkje over 45 dagar. For somatikken gjeld 65 dagar, som tidlegare.

Til tross for ei stadig auke i aktivitet har ein år for år, ved årsskiftet, sett at talet på ventande ligg på over 47 000. Ved årsskiftet 2014/ 2015 kunne ein konstatere at dette talet var lågare. Tiltaka nemnd over kan alle ha hatt innverknad på dette.

Talet på langtidsventande (1 år+) ligg på eit historisk lågt nivå ved utgongen av 2014, med 210 ventande. Betre planlegging, ekstra innsats og kjøp av tenester hos private leverandørar er nokre av tiltaka som har gjort dette.

Sjukehusa på Vestlandet har framleis noko bruk av korridorplasser, trass i eit klart styringsbodskap og mål om at det ikkje skal vere korridorpasientar. I 2014 vart prosjektet «Tiltak for å avvikle korridorplassar» sett i gong. Målet med prosjektet var å

avvikle bruken av korridorplassar per 1. januar 2015. Per desember 2014 var ikkje dette målet nådd for alle. For å oppnå målet krev det eit kontinuerleg fokus på problemet og vilje til omstilling.

Førebels økonomisk resultat for 2014 ligg an til å bli om lag 750 millionar kroner i pluss, dette er 440 millionar kroner betre enn budsjett. Resultatet er berekna ut frå opphavleg nivå på pensjon- og basisramme frå staten. Etter justering for ny pensjon og basisramme frå staten blir førebels rekneskapsresultat på 2 698 milliardar kroner i pluss. Dette er det 6. året på rad at føretaksgruppa Helse Vest leverer positive resultat. Det positive økonomiske resultatet gir Helse Vest moglegheit til å utvikle verksemda og investere i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og ambulansekjøretøy m.m. For pasientane betyr eit positivt økonomisk resultat at sjukehusa har handlingsrom til å investere i tiltak som gir betre behandling.

Helse Vest investerte for nesten 1,9 milliardar kroner i 2014, og i budsjettet for 2015 er det venta investeringar på nærmare 1,8 milliardar kroner.

Å betre pasienttryggleiken i sjukehusa er eit av dei viktigaste satsingsområda i føretaksgruppa. I 2014 starta prosjekt med utgangspunkt i saker hos Norsk Pasientskadeerstatning. I første omgang er det starta eit prosjekt for å tryggje fødselsomsorga. Andre prosjekt er under planlegging. Ei forskingsstudie frå Helse Bergen og Helse Førde, som blei publisert i 2014, viser at bruk av sjekkliste for trygg kirurgi under operasjon ga 42 prosent færre komplikasjonar og nær eitt døgn kortare liggetid. I Helse Fonna og Helse Førde kan dei vise til gode resultat etter at dei starta med å risikovurdere pasientar for trykksår, fall og ernæring. Begge kunne i 2014 vise til respektivt 100 dagar utan trykksår og hundre dagar utan urinvegsinfeksjonar. Positive resultat ser ein også når det gjeld å risikovurdere pasientar for å førebyggje sjølvmord i Helse Stavanger.

Program for pasienttryggleik arbeider med å gjere kvalitetsindikatorar tilgjengelege som styringsinformasjon, noko som er ein viktig føresetnad for forbetring. I 2014 var dette arbeidet særleg knytt til trygg kirurgi, hjerneslag og trygg pleie (trykksår, fall og ernæring). Frå februar 2015 skal sjukehusa rapportere på fleire av desse indikatorane på lik linje som dei gjer på økonomi og anna styringsinformasjon.

Tverrfagleg spesialisert rusbehandling har vore eit satsingsområde også i 2014. Alle tenester innanfor rusbehandling hos private leverandørar har hatt ein auke. I løpet av året har også ein regional plan for rusfeltet blitt ferdig utarbeida, med strategiar for utvikling av tenestetilbodet. Helse Vest kjøpte om lag 40 fleire behandlingsplassar for rusavhengige frå private ideelle behandlingsinstitusjonar i 2014 og styrka tilbodet elles med om lag 25 prosent.

Innanfor psykisk helsevern går aktiviteten opp og ventetida ned. Aktivitetsnivået innan psykisk helsevern syner høgare poliklinisk aktivitetsnivå innan barne- og ungdomspsykiatri og psykisk helsevern for vaksne samanlikna med same tid i 2013.
På rehabiliteringsfeltet blei det i 2014 gjennomført ei ny anskaffing med kjøp frå private behandlingstilbod. I anskaffinga er det, mellom anna, lagt opp til sterkare krav til fagkompetanse og kvalitet, ei styrking av tilbodet til pasientar med større behov for

hjelp og god geografisk spreiing av tilboda. Omfanget aukar med åtte prosent for døgntilbod og er meir enn dobla når det gjeld talet på dagplassar.

Helse Vest gjennomførte også nye konkurransar for kirurgi siste halvdel av 2013. Det blei inngått fire avtalar med private spesialistar, to på området urologi og to på områda øyre, nase og hals. I tillegg blei det inngått avtale med sju private sjukehus om leveranse av kirurgiske tenester innføre fagområda; auge, karkirurgi, ortopedi, plastikk kirurgi og urologi. Nytt i avtalen er at det er lagt inn opsjon på kjøp av ekstra volum. Opsjonen vil bli utløyst om behovet for auka operasjonskapasitet eller føringar frå Helse- og omsorgsdepartementet blir endra i løpet av avtaleperioden. Dermed kan avtalane i større grad aktivt bli nytta for å redusere ventetider og fristbrot i føretaka.

Rask utgreiing og oppstart av behandling og reduksjon av unødvendig ventetid er målet når pakkeforløp for kreftbehandling er satt i gong. Arbeidet med å førebu dette starta med eit regionalt prosjekt i 2014. Dei fire første pakkeforløpa ble innførde 1. januar 2015, og gjeld for brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tjukk- og endetarmskreft. Pakkeforløp inneber at dei ulike fasane i eit utgreiing- og behandlingsforløp vil skje innanfor ei fastsett og kjent tidslinje for pasienten

Helse Vest ligg heilt i front når det gjeld IKT. Mange av dei viktige systema for styring og støttefunksjonar er godt etablerte og i robust drift, både system for fag – som felles elektronisk pasientjournal, e-resept - og system innanfor økonomi og HR.

Vestlandspasienten.no, for elektronisk dialog mellom sjukehus og pasient, blei lansert for første føretak januar 2014 og er deretter blitt eit tilbod for befolkninga på Vestlandet. Målet er at pasientar skal ha tilgang til digital kommunikasjon med helseføretaka. Dei skal kunne bekrefte tildelte timar, sende digitale meldingar til helseføretaka og få svar innan to arbeidsdagar, dei skal få opplyst kven dei skal møta på poliklinikkane og mykje meir. Ved utgangen av 2014 var det om lag 68 000 unike sidevisningar på Vestlandspasienteen.no, nær 50 000 pasienttimar var bekrefta. Sjølv om dette er eit lite tal mål i forhold til tal pasientkontaktar på våre poliklinikkar er det først i 2015 innhaldet for pasientar og pårørande skal gje alle partar verdi.

Det har vært ein formidabel innsats i heile føretaksgruppa for å få dette til, om lag 1 000 medarbeidarar som er involvert.

Det blei gjennomført om lag 77 000 fleire pasientkontaktar i 2014 samanlikna med 2013, ein auke på om lag fem prosent. Samtidig ser vi for første gang ein nedgang i tal ventande ved årets slutt, ein nedgang på 5,1 prosent samanlikna med utgangen av 2013. Samtidig har talet på konsultasjonar det ikkje blir møtt til gått ned for første gang samanlikna med perioden 2011 – 2014. Nivået for 2014 er på om lag same nivå som ved utgangen av 2011, samtidig som tal pasientkontaktar i same perioden har auka med 16 prosent. Desse tala er døme på at det nytter å forbetra dei interne arbeidsprosessane samstundes som dialogen og kommunikasjonen med befolkninga på Vestlandet har gitt resultat.

2 Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Tilgjenge og brukarorientering

Mål 2013:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.

Det er rapportert på dette i vedlegg 1 (tabellrapporteringa).

- Ingen fristbrot.

Det er rapportert på dette i vedlegg 1 (tabellrapporteringa).

- Redusert ventetid, auka kapasitet og god kompetanse innafor brystrekonstruksjon for pasientar med brystkreft.

Det er Helse Bergen og Helse Stavanger som utførr dei fleste brystrekonstruksjonane i regionen. Helse Førde utfører primær rekonstruksjon. Kapasiteten i regionen har auka, og kompetansen er p.t. god. Helse Fonna og Helse Førde tilviser sine pasientar til Helse Bergen og Helse Stavanger (Helse Førde tilviser vidare for sekundær rekonstruksjon).

Helse Stavanger
Alle pasientar med behov for brystrekonstruksjon får behandling til rett tid. Kompetansen og kapasiteten er tilstrekkeleg. Det er likevel utfordringar med omsyn til å rekruttere og behalde legespesialistar, m.a. grunna konkurranse med private aktørar som bygger kapasitet. Det er ikkje ventetid ut over den som er medisinsk grunna.

Helse Bergen
Ventetida for brystrekonstruksjon er ca. 6 månadar. Kapasiteten har auka, og kompetansen for alle typar rekonstruksjon er på plass. Det er etablert eit godt samarbeid mellom Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi og Avdeling for plastikkirurgi og brannskadar. Det blir utført fleire direkte rekonstruksjonar.

Ventetida på rekonstruksjon av bryst med eiget vev (DIEP) er redusert betrakteleg, og er no på rundt tolv månader. Det er rydda i ventelister og tildelt ei ekstra operasjonsstue to gonger i månaden i heile 2014.

Helse Førde
Kirurgisk avdeling har ansvar for primær rekonstruksjon. Det er inga ventetid ved at inngrep blir gjort i samband med primærinngrep, og oppfølgjande inngrep blir gjort til planlagt tid.

- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdaterte månadleg.

Helseføretaka oppdaterer i hovudsak ventetidene månadleg. Det har likevel vore ein nedgang i 2014 samanlikna med 2013. Helse Vest RHF har følgt opp dette månadleg

ovanfor helseføretaka og purra på dei som ikkje har levert. Helseføretaka og dei private ideelle institusjonane melder om at dei har rutinar for å følgje dette opp.

I 2. tertial 2014 var 93,3 prosent av ventetidene oppdatert i Helse Vest. Dette var ein nedgang frå 2. tertial 2013 da tilsvarande tal var 98,3. Det ligg p.t. ikkje føre offisielle tal for 3. tertial 2014.

- 80 prosent av kreftpasientane har starta behandling innan 20 dagar frå motteken tilvising.

Det er stort fokus på dette i helseføretaka. Tala for 2. tertial 2014 syner likevel at det berre er for pasientar med tjukktarmskreft at det har vore ei gradvis betring av delen pasientar som har starta behandlinga innan 20 dagar (sjå tala i vedlegg 1). Det er viktig å merke at tala på pasientar er små ved fleire helseføretak, slik at små endringar dermed gjev store prosentvise forskjellar.

Pakkeforløp for kreftpasientane vil gjere det enklare å følgje opp pasientane, gi raskare behandling og betre registreringsrutinar.

Det er utarbeida eit regionalt system for automatisk uttrekk av data, som gjer det enklare for RHF og helseføretaka å følgje med på status.

Helse Stavanger
Helseføretaket melder at dei fleste kreftpasientane får undersøking og behandling innan fristen.

Føretaket har sett i verk fleire tiltak for å sikre at forløpstidene blir overhaldt. Mellom anna er det gitt informasjon til fastlegane om å merke tilvisingar med «kreftforløp» ved tydeleg mistanke om kreft. Dette blir fulgt opp av fastlegane i noko varierande grad. Vurderande lege i aktuell avdeling skal merke tilvisingar i DIPS med «kreftforløp». Dette blir i stor grad følgt opp.

Alle tilvisingar blir vurderte innan 1-2 dagar. Utgreiinga startar også for dei aller fleste pasientar med tydeleg mistanke om kreft, innan 10 dagar.

Dei medisinske serviceavdelingane for patologi og radiologi er nøkkelavdelingar i kreftdiagnostikken. Det blir arbeidd intensivt med løysingar for å få ned svartidene på prøver. Alle prioriterte prøver blir behandla innan 2-5 dagar. Det er berre enkelte få ikkje-prioriterte prøver, og som likevel kan innehalde kreft, som kjem til forsinka behandling. Behandlingsstart innan 20 dagar vil ikkje kunne overhaldast for desse.

Radiologisk kapasitet har blitt styrkt i 2014. Det er få inneliggjande pasientar som ventar > 1 døgn på spesialundersøkingar. Radiologisk avdeling testar ut vestlandspasienten.no, og planlegg å etablere ein funksjon som kreftkoordinator, som kan ta seg av samhandlinga med dei kliniske avdelingane.

Alle barn med kreft, og dei aller fleste pasientar med gynekologisk kreft, får rask utgreiing og oppstart av behandling innan fristen.

Helse Fonna
Føretaket har rutinar for å vurdere tilvisingar raskt. Det er eit godt samarbeid mellom kliniske avdelingar (kirurgi, medisin, nevrologi) og avdelingar som driv diagnostikken (patologi, laboratoria og radiologi). Knappheit på radiologar har i 2014 verka inn på utgreiingstider for nokre kreftformer.

Tjukktarmskreft: Det er eit godt samarbeid mellom medisinsk gastroenterologi, radiologisk eining og gastrokirurgisk seksjon med eit forløp som blir koordinert av kreftkoordinator i tett samarbeid med legane som er involvert i forløpet. Det blir sett av tid på operasjonsprogrammet til å ta inn desse pasientane på kort varsel. Viktigheita av rask behandling av kreftpasientar har ei sterk forankring i faggruppene, og kan derfor lett prioriterast.

Brystkreft: Klinikken har satt i verk tiltak for å undersøkje om registreringa har vore rett då talet på behandling innan 20 dagar har gått ned urovekkjande mykje. Radiologisk seksjon har hatt utfordringar innan rekruttering og organisering av mammaescreening og tyding av bilete. Dette verker inn på tala.

Lungekreft: Helse Fonna behandlar ikkje lungekreft kirurgisk, men tilviser pasientane til Universitetssjukehus. All utgreiing lokalt skjer innan fristen på 20 dagar, men ein del av desse pasientane treng utgreiing med til dømes positron emisjons tomografi (PET). Tilvising for dette til anna sjukehus er naudsynt. Talet på behandlingsstart ligg i snitt på 48 dagar.

Helse Bergen
Dei fleste einingane har oppnådd målet om oppstart av behandling innan 20 dagar frå motteken tilvising . Nokre stader er det flaskehalsar som gjer at det kan gå over 20 dagar, så som innafor CT-rettleia biopsiar og andre røntgenutgreiingar. Dette blir det arbeidd kontinuerleg med å forbetre. Oppstart på behandling av pasientar som først er utgreidd ved andre sjukehus kan også nokon gonger gå over fristen.

Det er i dag ikkje gode nok verktøy for registrering av denne pasientgruppa, og det blir derfor arbeidd med å forbetre verktøy for overvaking av dette.

Helse Førde
Basert på gjeldande og publiserte nasjonale registreringsmetode, ligg Helse Førde noko etter målsetninga om 80 prosent innan 20 dagar for tilvising for brystkreft og tykktarmskreft, men er betre enn gjennomsnittet for landet. Helseføretaket nådde målsettinga når det gjaldt lungekreft.

Haraldsplass diakonale sjukehus (HDS)
Ved kirurgisk klinikk er målet oppnådd for pasientar med tjukktarmskreft. Per november 2014 hadde 95 prosent av pasientane starta behandling innan 20 dagar. Medisinsk klinikk har eit godt samarbeid med Helse Bergen, og kreftpasientar som blir oppdaga på HDS blir raskt overførte til Helse Bergen.

- Det er etablert minst eitt tverrfagleg diagnosesenter for pasientar med uavklart tilstand i kvar helseregion.

I Helse Vest vil det bli etablert eit diagnosesenter i kvart helseføretak. Helse Bergen blei bedd om å etablere det første diagnosesentret. Det blei etablert i 2014 og tatt inn som del av Mottaksklinikk i Helse Bergen, og starta opp i januar 2015. Helse Stavanger planlegg å starte opp eit slikt senter i 2015.

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

- Det er etablert minst eitt prostatasenter i Helse Vest.

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

Det blei også fatta vedtak om at det vil bli etablert to prostatasentre i regionen – eit i Helse Bergen og eit i Helse Stavanger. Arbeidet med etablering starta i 2014. I Helse Bergen vil senteret vere i drift frå våren 2015, og i Helse Stavanger frå hausten 2015.

- Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkingar på behandlingseiningsnivå, resultata er offentleggjort på nettsidene til helseføretaka og aktivt følgde opp i tenesta.

Eit regionalt nettverk av medarbeidarar frå alle HF-a og private institusjonar i regionen er etablert, for å støtte gjennomføringa av desse undersøkingane. Eit elektronisk system for datainnsamling og analyse er etablert. I 2014 blei det bestemt at undersøkingane skulle gjennomførast ved ortopediske poliklinikkar. Dette er gjennomført i november 2014, og resultata vil bli offentleggjort på helseføretaka sine nettsider. Helseføretaka har planar for oppfølging av resultata.

Helseføretaka gjennomfører i hovudsak lokale pasienterfaringsundersøkingar, men det varierar kor mange einingar som gjennomfører dette. PasOpp-undersøkingar blir offentleggjort på nettsidene. Dei lokale pasientundersøkingane blir også i hovudsak offentleggjort, eller det er planar om å offentleggjere dei.

Haraldsplass diakonale sjukehus har nyleg gjennomført ein brukarerfaringsundersøking på ortopedisk poliklinikk. Resultata vil bli presentert for leiargruppe og kirurgisk klinikkleiing, og bli offentleggjort på nettsidene.

- Det er etablert brukarstyrte plassar innafor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling i alle helseføretak.

Alle helseføretaka har etablert brukarstyrte plassar i alle DPS og innafor TSB.

Det er etablert brukarstyrte plassar på nokon sjukehusavdelingar innan Psykisk helsevern.

Det er også etablert brukarstyrte plassar ved dei private ideelle DPS-a, og ved dei private ideelle rusinstitusjonane som har avtale med Helse Vest RHF.

- Det er etablert fleire standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer for dei ulike fagområda.

Regional metodebok og rammeverk er utarbeidd for å støtte arbeidet med standardiserte pasientforløp. Det er etablert, og er under utarbeiding, fleire pasientforløp i alle HF-a, ved Haraldsplass diakonale sjukehus og ved fleire av dei private ideelle DPS-a.

Helse Stavanger
Det er utarbeidd ei rekke standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer innan dei ulike fagområda. Det er no godkjent 41 pasientforløp i føretaket. Det blir arbeidd kontinuerleg med å forbetre forløp og framstillinga av desse, mellom anna som følgje av utviklinga i medisinsk teknologi. I 2014 er forløp innan kreftbehandling og ortopedi særleg prioriterte samt forløp som skal inn i den nye dagkirurgiske eininga. Det blir også arbeidd med forløp innanfor slagbehandling og kardiologi. Dei nasjonale pakkeforløpa innan kreft (30) vil bli bearbeida og tilpassa lokale forhold, og bli implementerte i helseføretaket etter kvart som dei blir ferdigstilt.

Psykiatrisk divisjon arbeider saman med kommunane om å lage standardiserte pasientforløp for pasientar i Avdeling for unge vaksne.

Eit standardisert pasientforløp for arbeid med gravide med rusproblem blei ferdigstilt i desember 2014. Eit forløp for arbeid med pasientar i legemiddelassistert rehabilitering, er under utarbeiding. Begge forløpa blir utvikla i samarbeid med kommunane og i samsvar med nasjonale retningslinjer og delavtale nr. 2a «Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser».

Helse Fonna
Helseføretaket har hatt gjennomgang av mange pasientforløp. Nokre døme på dette er: Innan psykisk helsevern er det utarbeida standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer for barn med ADHD, barn og vaksne med OCD, psykosebehandling og sikkerheitskjeda.

Medisinsk klinikk har hatt gjennomgang av følgjande forløp: Hjerneslag, intensivforløp, KOLS, geriatri og hjerteinfarkt. Det har vore tverrfaglege arbeidsgrupper på alle sjukehusa, og ei felles styringsgruppe for å sikre lik behandling og felles tiltak for pasientane i føretaket. Kirurgisk klinikk har i år hatt prosjektet «optimalisering av pasientlogistikk for operasjonspasientar». Det har vore gjennomgang av ulike pasientforløp, samt ei ny fordeling av operasjonsressursane der Plan kirurgi (Helse Vest) og Riksrevisjonen sin rapport om effektivitet i sjukehus har vore førande for arbeidet. Fokus på rett prioritering, gode forløp og tilgjengelege operasjonsressursar har gitt god flyt for pasientar med sjukeleg overvekt. Haugesund sjukehus har revidert

forløpet for pasientar med hoftebrot, med mål om å operere pasientane innan 24 timar. Kreftforløp er også eksempel på arbeid med standardiserte pasientforløp.

Somatisk klinikk Stord har delteke i gjennomgong av forløp som er felles for sjukehusa i Helse Fonna. Eit betre system for styring av pasientar frå akuttmottak til rett sengepost er utarbeida. Retningslinene blir lagt inn i prosedyrehandboka.

Helse Bergen
Det er etablert/under utarbeiding svært mange standardiserte pasientforløp i helseføretaket. Dei fleste kliniske einingar har etablert eit eller fleire pasientforløp. Dette gjeld både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Det er spesielt utarbeidd mange forløp for dei store diagnosegruppene, men og for mindre diagnosegrupper, for ulike akuttsjukdomar og standardiserte utgreiingsrutinar for grupper av elektive (planlagde) pasientar. Døme på pasientforløp er akuttforløp, fleire kreftformar, ROP-lidingar, KOLS, hjerneslag, psykose m.m.

Helse Førde
Det er etablert standardiserte pasientforløp for hjerneslag, hjarteinfarkt, Multippel Sklerose og Parkinson i samsvar med nasjonale retningslinjer.

Haraldsplass diakonale sjukehus
Det er etablert ny pasientflyt i akuttmottaket, og rutinar for raskt tilgang til laboratorie / røntgen og andre nødvendige undersøkingar. Det er starta arbeid med forbetring av forløp for akutt slagbehandling. Sjukehuset vil starte arbeidet med pasientforløp for spesifikke fagområde ved kirurgisk klinikk.

- Det er oppnemnt koordinator for pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester.

Det er i stor grad oppnemnt, eller er i ferd med å bli oppnemnt, koordinatorar i helseføretaka, sjølv om det ikkje er oppnemnt for alle aktuelle diagnosegrupper p.t. Det same gjeld for Haraldsplass diakonale sjukehus og dei private ideelle DPS-a.

Helse Stavanger
Helseføretaket har utarbeida overordna prosedyre for oppnemning av koordinator i helseføretaket. Det blir også gjennomført årlege dialogforum for opplæring og erfaringsutveksling for kontaktpersonar og koordinatorar. Alle pasientar ved sengepost får oppnemnt koordinator. For pasientar med behov for komplekse, langvarige og koordinerte tenester tilknytt poliklinisk drift, manglar det noko implementering før målet er nådd. Det er behov for system som kan registrere at ein pasient har koordinator.

Det er etablert ordning med eigne koordinatorar for pasientar med kreft.

Helse Fonna
Helseføretaket har sett i verk tiltak for å sikre dette. Det er utarbeidd eigen prosedyre for oppnemning av koordinator/kontaktperson i Helse Fonna. Klinikk for psykisk helsevern har i tillegg ei prosedyre for ulike ansvarsroller, der også koordinator er

inkludert. For nokre pasientgrupper er målet om oppnemning av koordinator nådd. Koordinatoren er også viktig når pasienten blir overført til heimkommunen sin. Pasientar med alvorleg kreftsjukdom får som regel oppnemnt koordinator.

Dette området vil ha fokus vidare, for å sikre oppnemning av koordinator for alle pasientgrupper som har krav på det.

Helse Bergen
Dette er i gang eller under etablering ved dei fleste klinikkane/avdelingane. Dei mest alvorleg sjuke blir prioritert, og får derfor i stor grad koordinator. Ordninga vil bli rulla ut for alle aktuelle pasientar.

I heile føretaket blir det arbeidd med å synleggjere kompetansebehovet hos dei som skal vere koordinatorar, og lagt til rette for å auke denne kompetansen.

Helse Førde
Helse Førde har utarbeidd prosedyre i høve oppnemning av koordinator for pasientar med komplekse helseutfordringar med behov for koordinerte tenester. Prosedyra er utarbeidd og kvalitetssikra i samarbeid med dei koordinerande einingane i dei andre helseføretaka i Helseregion Vest.

Det er oppnemnt felles forløpskoordinator for kreftpasientar for heile føretaket.

Haraldsplass diakonale sjukehus
Koordinatoransvaret er lagt til rehabiliteringsteamet. Teamet har ein ambulant arbeidsform, og har både systemretta- og direkte pasientretta oppgåver. Generell funksjonssvikt og hjerneslag er dei hyppigaste tilvisingsårsakene.

Private DPS
Både Betanien, Bjørkeli, Olaviken og Jæren DPS har etablert ordningar som ivaretek pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester. Pasientar med behov for individuell plan (IP) får tilbod om det.

2.2 Kvalitet og pasienttryggleik

- Tiltakspakkane i pasienttryggleiksprogrammet inngår som ein del av den ordinære aktiviteten ved sjukehusa, og resultata blir følgde opp i leiingslinja.

Det er etablert eit regionalt program for pasienttryggleik i Helse Vest. Styringsgruppa er sett saman av dei administrerande direktørane i føretaka, direktørane på RHF-et, brukarrepresentantar og tillitsvalde/verneombod. Status for tiltaka i programmet blir lagt fram i styringsgruppemøter. Det er arbeidd med å leggje til rette for automatisert innhenting av data for å vise status i tiltaka saman med annan rapportering. I tillegg til satsingane i det nasjonale programmet, er det sett i gang regionale prosjekt for å tryggje fødslar og ortopedioperasjonar, med utgangspunkt i saker som Norsk pasient-skadeerstatning har peikt på som viktige å førebyggje. Tilsvarande prosjekt er lyst ut for gastroenterologisk kirurgi. Måling av legemiddelsamstemming er forsøkt knytt til

rapportfunksjon i e-resept. Det er sett av ressursar i pasienttryggleiks-programmet til å støtte forbetringsarbeidet i samband med pakkeforløp for kreft.

Det blir arrangert regionale møter for å støtte framdrifta av forbetringsarbeidet. Det blir planlagt nye rundar av kurs i forbetringsarbeid, og denne gangen er det særleg fokus på å få med legar på desse kursa.

Det blir arbeidd med å leggje til rette for gode moglegheiter for registrering og rapportering, noko som på sikt vil forenkle oppfølging av resultata som del av den ordinære aktiviteten.

Status for helseføretaka:

Helse Stavanger
Helseføretaket har utarbeida ein plan for implementering av områda i pasienttryggleiksprogrammet. Dette inkluderer ein tidsplan for spreiing av tiltakspakkane, oppfølging av målingar og resultat, samt kompetanseheving i forbetringsmetodikk og implementeringsstøtte. Implementeringa følgjer planen. Det står likevel igjen eit betydeleg arbeid for å sikre at målingar blir systematisk gjennomført og resultata tatt i bruk i forbetringsarbeidet i divisjonane.

Helse Fonna
Føretaket arbeider med å implementere pasienttryggleiksprogrammet i den ordinære aktiviteten ved sjukehusa i føretaket. Eining for kvalitet og pasienttryggleik følgjer aktivt opp framdrifta i innføringa. Når tiltak er implementert og indikatordata er kvalitetssikra, inngår dei i den ordinære rapporteringa ved dei aktuelle kliniske avdelingane i føretaket. Føretaket følgjer den regionale framdrifta for innføring.

Helse Bergen
Tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet er sette i verk/planlagde på dei avdelingane det er relevant for.

Programmet er følgt opp med kontakt med aktuelle avdelingar, og særskilt rapportering er gitt Helse Vest og nasjonalt pasienttryggleiksprogram.

«Trygg kirurgi» i Helse Bergen er implementert i organisasjonen med kontinuerleg monitorering og ansvar overført til dei kliniske einingane. «Kulturmåling 2014» (pasienttryggleikskulturmålinga) blir overlevert til oppfølging i avdelingane, og vil bli sluttført innan årets utgang. «Hjerneslag», «Forebygging av selvmord» og «Forebygging av overdose i rusbehandling» blir følgt opp av avdelingane.

Helse Førde
Program for pasienttryggleik inngår som del av den ordinære aktiviteten i alle relevante avdelingar og einingar. Implementering og gjennomføring skal vere del av drift, og det skal følgjast opp gjennom linjeleiing. Alle avdelingar skal ha laga ein implementeringsplan for relevante innsatsområde i sine handlingsplanar for 2015.

Målingar og resultat skal i første omgang følgjast opp og nyttast til betringsarbeid i eigen eining, men også nyttast til læring i organisasjonen.

Haraldsplass diakonale sjukehus (HDS)
Spreiing i aktuelle innsatsområde til alle einingar er ikkje heilt gjennomført. Frå 2015 etablerer sjukehuset postvise/lokale «Trygg pleie»-team. HDS bruker rapportar frå Helse Vest sin felles datavarehusløysing aktivt for å dokumentere resultat av arbeidet. På dei fleste poster er medarbeidarar tildelt delansvar for dei ulike tiltaka. Sengepostar har fått informasjonstavlar til oppslag av lokale funn. TV-skjermar i fellesareal blir brukt mellom anna til pasienttryggleiksinformasjon. Aktuelle fagprosedyrar er reviderte/planlagt reviderte/oppjusterte. Informasjon om funn frå tiltakspakkane er lagt ut på eigen side i HDS sitt intranett. Leiinga og kvalitetsutvalet blir jamnleg orientert om pasienttryggleiksarbeidet.

- Kvalitetsindikatorar og ventetider som blir rapporterte til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sjukehusval, er rapporterte på sjukehusnivå.

Alle helseføretaka melder at kvalitetsindikatorar og ventetider som blir rapportert til Helsedirektoratet, inkludert også til fritt sjukehusval, er rapportert på sjukehusnivå.

- Medisinske kvalitetsregister med nasjonal status har:
    - nasjonal dekningsgrad
    - omfattar pasientrapporterte effektmål
    - blir brukte til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbetringsarbeid og forsking.

Full dekningsgrad av alle register er ikkje nådd, slik det også er dokumentert i årsmeldingane for registera. Det blir arbeidd med å sikre nasjonal dekningsgrad. Arbeid med å etablere elektroniske system er ein del av dette arbeidet.

Helse Vest RHF har støtta etablering av eit inter-regionalt senter for pasientrapporterte data ved Helse Bergen. Dette senteret skal yte service til registermiljøet i Helse Vest og i andre regionar. Den regionale strategien for satsinga på kvalitetsregister inneheld mål om registrering av pasientopplevd kvalitet, og mål om at pasientar /brukarar blir involverte i val av PROM-parameter (pasientrapporterte data).

Fleire nasjonale register som er forankra i Helse Vest legg planar om å integrere pasientrapporterte effektmål, og fleire register har allereie slike effektmål inkludert. Arbeidet med å gje dei nasjonale registera gode tekniske løysingar held fram, og Fagsenter for medisinske register i Helse Bergen har i samråd med Helse Vest IKT laga ei prioriteringsliste over register som treng hjelp.

Det har vore stor merksemd på å ferdigstille resultatdokument frå kvart av dei nasjonale registera som er forankra i regionen. Desse dokumenta er blitt klare gjennom ein stor innsats frå registera si side, i tett dialog med Fagsenter for medisinske registre i Helse Vest/Helse Bergen. Offentleggjering av resultat frå nasjonale kvalitetsregister blir lagt ut

på den nasjonale portalen www.kvalitetsregistre.no, og blei presentert i Helsedirektoratet 15. desember 2014.

Ei omfattande kartleggjing av rapportering og bruk av data frå nasjonale medisinske kvalitetsregister i føretaka blei gjort ferdig førre tertial. Fagsenteret har utarbeida ei oversikt over registera sine kontaktpersonar på kvart føretak i Helse Vest. Oversikten tener som eit verktøy for å medverke til at rapporteringa skjer som ho skal.

Det blir arrangert ein årleg regional registerdag med posterkonkurranse og honorering av beste poster. Stimuleringsmidlar blir lyst ut til register i regionen. Stimuleringsmidlane kan tildelast lokale og regionale kvalitetsregister. Formålet er å medverke til at kvalitetsregister blir etablert og nytta til forbetring og trygging av helsetenestene.

Program for pasienttryggleik i Helse Vest har planlagt registera som datakjelde for å evaluere effekten av nokre av tiltaka i programmet, i første omgang det nasjonale Hjerneslagregisteret.

Helse Stavanger
Helseføretaket rapporterer data til alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Ein del av rapporteringa blir utført av Helse Vest IKT på vegne av Helse Stavanger HF. Det er etablert rutinar for kontroll av datakvalitet før og etter rapporteringa til nasjonale registre.

Helseføretaket melder at dei nyttar data frå medisinske kvalitetsregistre i eigenevaluering og kvalitetsforbetring. Resultata blir drøfta i divisjonane sitt kvalitetsråd. Kvalitet og pasienttryggleik er faste agendapunkt på faglege møter i avdelingane, leiarmøter i divisjonane og administrerande direktør sine leiarmøter. Resultata blir også gjort tilgjengelege for pasientar.

Helse Fonna
Helseføretaket bruker data frå kvalitetsregistera til forbetringsarbeid, pasientryggleik og forsking.

Føretaket har tilgang på eigne data frå dei nasjonale medisinske kvalitetsregistera, og også høve til å samanlikne eigne tal med landsgjennomsnitt. Det er eit mål å nytte dette meir i arbeid med kvalitetsforbetring.

Helse Bergen
Analysar viser at Helse Bergen rapporterer inn til dei registera ein skal, og at resultat frå registera i all hovudsak blir nytta regelmessig til evaluering av klinisk praksis, systematisk forbetringsarbeid, arbeidet med pasienttryggleik og forsking.

Helse Førde
Rapportering til nasjonale kvalitetsregister er på plass med unnatak av hjerneslagregister, der kvalitetssikring på rapporteringa ikkje var ferdigstilt i 2014.

Innanfor psykisk helsevern deltek Helse Førde i piloteringa av kvalitetsregister for rusbehandling som er under utvikling av Kompetansesenter for rusmiddelforsking i

Helse Vest. I 2014 starta Helse Førde utvikling av eit lokalt kvalitetsregister innan psykisk helsevern, som byggjer på sjølvrapporterte prosessdata. Registeret og den teknologiske løysinga er innovativ.

Haraldsplass diakonale sjukehus
Sjukehuset rapporterer til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Resultat blir jamleg drøfta i leiarmøter, driftsmøter med einingsleiarar og publisert på HDS sitt intranett. Informasjon om www.kvalitetsregistre.no skal bli gitt til brukarutval våren 2015.

- Det er etablert ein einskapleg og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta.

Det er etablert eit regionalt kompetansemiljø for metodevurderingar i Helse Vest. 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 eigne føretak.

Sekretariat for Nasjonalt system for innføring av nye metodar er lagt til Helsedirektoratet, og sekretariatet koordinerer arbeidet og utviklinga av det nasjonale beslutningssystemet.

Bestillerforum RHF er sett saman av fagdirektørane i kvart RHF og representantar frå Helsedirektoratet. Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk deltek med observatørar. Bestillerforumet har møte kvar månad for å prioritere mellom forslaga til metodevurderingar som er komne inn. Fagdirektøren i Helse Vest RHF har frå oppstarten i mai 2014 hatt leiarskap for Bestillerforumet.

Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk gjennomfører metodevurderingane.

Beslutningsforum er sett saman av dei administrerande direktørane i RHF-a. Frå hausten 2014 blei det med ein brukarrepresentant som er observatør med møte- og talerett. Forumet beslutter om ein metode skal takast i bruk. Fagdirektørane gir si tilråding til sin administrerande direktør når rapporten vert sendt til Beslutningsforum. Beslutningsforum har møte etterkvart som saker blir melde, i praksis har det fram til no vore eit slikt møte kvar månad.

Det er samarbeid mellom sekretariat for Nasjonalt system for innføring av nye metodar, sekretariat for interregionalt fagdirektørmøte (Helse Vest RHF) og sekretariat for Beslutningsforum (Helse Nord RHF) for å ivareta hensiktsmessig sakshandsaming. Helseføretaka i Helse Vest medverkar med medisinskfagleg kompetanse i gjennomføringa av nasjonale metodevurderingar (hurtige og fullstendige), og helseføretaka vil gjennomføre eigne minimetodevurderingar før medisinsk utstyr og prosedyrar blir innførde.

- Det er etablert fleire tilbod om døgnopphald som øyeblikkeleg hjelp i kommunane i samarbeid mellom helseføretak og kommunar.

I 2014 har Helsedirektoratet godkjent søknad frå 10 nye kommunar i Helseregion Vest. Helseføretaka har inngått avtale med desse, og dei vil få tilskot frå Helsedirektoratet i 2014. Under føresetnad av at plassane det er søkt om blir oppretta i 2014, vil 51 av dei 85 kommunane i regionen ha oppretta døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp. Det står då igjen 34 kommunar.

Det er forventa at kommunane samla innan 01.01.16 skal etablera døgnplassar som svarar til ein kapasitet på 48 775 liggedøgn. Dei plassane som er oppretta tidligare, og forventa oppretta i 2014, utgjer samla om lag 52 prosent av alle liggedøgna.

Den prosentvise delen kommunar som har etablert fleire tilbod om døgnopphald som øyeblikkeleg hjelp, eller kjem til å gjere det i 2014, er høgare enn delen liggedøgn. Dette skuldast særleg at Bergen kommune ennå ikkje har søkt.

- Det er høgare vekst innafor psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det blir lagt til grunn at veksten innafor psykisk helsevern skjer ved DPS og innafor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal byggjast ut og utrustast til å ta ansvar for gode akuttenester gjennom døgnet, ambulante tenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkninga sine behov for vanlege spesialisthelsetenester er dekte. Veksten blir mellom anna målt gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet.

Det blir nedanfor vist at kostnadsveksten er størst innan rusomsorg men større innan somatikk enn psykisk helsevern. Aktivitetsveksten er litt høgare innan psykisk helsevern enn somatikk, og ventetidene er klart lågare innan psykisk helsevern og rus enn somatikk.

Kostnadsvekst:
Tabellen viser kostnadsutviklinga pr. tenesteområde (funksjon) mellom 2013 og 2014. Pga. endring i pensjonskostnaden i 2014 er denne halde utanfor i samanlikninga. Det tas vidare atterhald om små endringar i regnskapet for 2014.

Funksjon	R13 vs R14
Somatikk	7,0%
VOP	2,1%
BUP	1,7%
Rusomsorg	11,8%
Prehospitale tjenester	4,7%
Annet	12,5%
Til saman	**6,3%**

Tabellen viser at veksten er størst innan rusomsorg. Veksten er elles lågare innan psykisk helsevern enn somatikk. Kostnadsutviklinga delt på lønn og varekostnader viser også større lønnsvekst innan somatikk enn psykisk helsevern men forskjellen er mindre. Varekostnaden aukar særleg mye innan somatikk. Mens VOP og spesielt BUP har ein kostnadsreduksjon innan varekostnader har somatikken ein sterk vekst.

Som vist under er døgnkapasiteten innafor TSB auka betrakteleg i 2014 ved at Helse Vest RHF mellom anna har kjøpt 48 nye døgnplassar frå ideelle verksemder.

Aktivitetsutviklinga:
Samla tal for polikliniske konsultasjonar i Helse Vest (helseføretak og private) viser ei prosentvis auke frå 2013-2014 for psykisk helsevern for vaksne (5,3 prosent) som er noko høgare enn for somatikk (5,2 prosent). Tilsvarande tal for psykisk helsevern barn og unge (9,3 prosent) viser ei prosentvis større auke enn for somatikk. Dei samla tala for polikliniske konsultasjonar inkludert dagopphold (helseføretak og private) innan TSB (5,8 prosent), viser også ei prosentvis større auke enn for somatikk.

Tala for døgnopphald viser følgjande prosentvise endring:
Somatikk har ei auke på 1,4 prosent, psykisk helsevern for vaksne ei auke på 2,0 prosent og psykisk helsevern for barn og unge ei reduksjon i veksten på -14,4 prosent. Dei faktiske tala for døgnopphald innan psykisk helsevern for barn og unge er små, og endring gir dermed store prosentvise utslag. For TSB (helseføretak og private) har Helse Vest RHF tal for liggedøgn som viser ein vekst på 5,7 prosent frå 2013-2014. Tala for TSB er dermed ikkje heilt samanliknbare med somatikk.

Ventetidsutvikling (jf. Helse Vest RHF sin eigen tal):
Ventetidsutviklinga fordelt per tertial gjennom 2014 viser at ventetida for dei som starta behandling innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for vaksne og psykisk helsevern for barn og unge i gjennomsnitt var lågare enn ventetida for dei som starta behandling innan somatikken. Den gjennomsnittlege ventetida for alle som blei tatt til behandling innan somatikken i heile 2014 var 70 dagar. Dei tilsvarande tala for psykisk helsevern for vaksne var 50 dagar, psykisk helsevern for barn og unge 55 dagar og tverrfagleg spesialisert rusbehandling 48 dagar.

I den regionale planen for psykisk helse er det vist korleis tenestetilbodet i helseføretaka 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

Alle DPS har akuttilbod gjennom døgnet, men nokon i samarbeid med sjukehus eller med kommunane. Det er utvikla ambulante tilbod i helseføretaka. Det er likevel behov for å styrkje DPS-a ytterlegare med fleire gode akutt-tenester gjennom døgnet, ambulante tenester, poliklinikk og døgnbehandling.

Helseføretaka viser til at veksten innafor psykisk helsevern skjer ved DPS-a og i BUP-ane.

Helse Stavanger
I budsjett for 2014 la helseføretaket til grunn at somatikk skulle få ein redusert del, mens psykisk helsevern og TSB skulle auke noko. Denne målsettinga er oppfylt innan TSB som aukar med 15,7 prosent og også innafor BUP. Grunna stort meirforbruk i somatikken i oktober og november er målet ikkje oppnådd innan psykisk helsevern for vaksne.

Helse Fonna
I langtidsbudsjett og årsbudsjett er det lagt opp til høgare vekst innan psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk. I langtidsbudsjett er veksten 1,6 prosent.

I overordna handlingsplan er det lagt inn at veksten skjer ved DPS-a og i psykisk helsevern for barn og unge. Årsbudsjett for 2014 og 2015 tar høgde for dette.

I løpet av budsjettåret 2014 har ein i andre tertial styrka BUP-feltet med ni millionar kroner gjennom etablering av post for barn og unge ved Valen sjukehus. Dette er tilført klinikken utover budsjettramme for 2014.

I budsjettprosess for 2015 blir det lagt opp til ytterlegare styrking av DPS og BUP.

Helse Bergen
Veksten i psykisk helsevern skjer innafor Psykisk helsevern for barn og unge og ved DPS-a. Det blir jobba systematisk med vidareutvikling av DPS-a i samsvar med nasjonale og regionale krav. I samarbeid med dei private ideelle DPS-a i opptaksområdet, er det etablert robuste og gode akutt-tenester. Tenesteutviklinga skjer i tett samarbeid med kommunane gjennom Overordna samarbeidsutval og lokale DPS-råd.

Avdeling for rusmedisin fekk for budsjettåret 2014 tilført 6 millionar kroner ekstra i ramme (2,5 prosent) for å handtere nye oppgåver innafor LAR (lågterskeltilbod). Nye lågterskeltilbod innafor LAR blei etablert i november 2014. Seks desentraliserte

poliklinikkar er under etablering. Det er etablerte ambulant team og døgnpost for gravide med eksterne midlar (Helse Vest).

Helse Førde
Prosentvis fordeling av ressursar mellom DPS og sjukehus er 68/32, noko som er betre enn dei mål regionen har sett for 2015. Psykisk helsevern for barn og unge får 21,2 prosent av budsjettmidlane.

- Prosentdel årsverk i DPS har auka i forhold til talet på årsverk innafor psykisk helsevern i sjukehus.

Det er anbefalt ei norm for ressursfordeling på 52 prosent/48 prosent for høvesvis DPS/sjukehus. Det har vore jobba systematisk i helseføretaka over tid for å oppnå dette målet. Ved årsskifte 2013/2014 var fordelinga i Helse Vest omtrent lik mellom DPS og sjukehus. Det ligg ikkje føre offisielle tal ved utgangen av 2014.

Rapportering frå helseføretaka tyder på at dette framleis svingar noko, i tillegg til at det er forskjell mellom helseføretaka.

Helse Stavanger
Det har vore ein nedgang på DPS-a som mellom anna skuldast turnover i stillingar i poliklinikkane. I tillegg til vakansane i DPS-a fører tilstrømming av pasientar til sjukehuspostane til eit uvanleg høgt forbruk av innleige. Prosjektet «Mer hjelp på hjemmebane» medfører ei vriding av tilbodet frå innlegging til poliklinisk og dagtilbod på DPS-a for ein stor gruppe pasientar med mange opphaldsdøgn i sjukehusets sengepostar.

Helse Fonna
Prosentdel årsverk i DPS samanlikna med sjukehus har auka frå 48 prosent til 50 prosent i løpet av 2014.

Helse Bergen
Talet på årsverk har auka sterkare ved DPS enn i sjukehus.

Helse Førde
Helseføretaket har i lenger tid hatt ei årsverksfordeling i DPS sitt favør. I 2014 har det i tillegg vore ein liten auke i stillingstal i DPS og TSB, og reduksjon i sjukehusdelen av Psykisk helsevern.

- Prosentdel tvangsinnleggingar for helseregionen er redusert med 5 prosent samanlikna med 2013.

Det er rapportert på dette i vedlegg 1 (tabellrapporteringa).

- Døgnkapasiteten innafor TSB er auka med om lag førti plassar utover den kapasiteten som gjeldande avtalar representerer for 2013. Plassane skal kjøpast frå ideelle verksemder. Plassane skal medverke til meir mangfald i

behandlingstilbodet, sikre at alle regionar har avtalar om TSB-plassar der rusfridom er eit mål i behandlinga (ikkje LAR), og at det er tilgjengelege plassar innafor behandlingsmetoden terapeutiske samfunn i alle regionar. Innkjøpet skal gjerast så raskt som mogleg i 2014. Plassane skal kjøpast til følgjande pasientgrupper:

- Langtidsplassar for rusavhengige
- Pasientar med både rusproblem og psykiske lidingar
- Akutt- og abstinensbehandling
- Gravide/familiar med rusproblem
- Unge med meir omfattande hjelpebehov

Helse Vest RHF har kjøpt 48 nye døgnplassar frå ideelle verksemder i 2014. Per dags dato er ikkje dei nye plassane i drift enno, men vil starte opp i løpet av våren 2015. Med denne auka veksten har Helse Vest fått to nye tilbod til familiar med små barn der mor eller far har problem med rusmiddel, og betra kapasiteten på plassar innan stabilisering og utgreiing, ordinære døgnplassar, plassar for unge med omfattande behov og akutt/avrusingsplassar.

Gjennom dette får også pasientar med både rusproblem og psykiske lidingar betre tilbod, da alle leverandørane av tenester som Helse Vest RHF har inngått avtale med har tilbod til denne målgruppa. Der funksjonsnivået til pasienten krev innlegging i sjukehus (til dømes psykose el.l.), blir pasienten flytta til helseføretaket.

Når det gjeld langtidsplassar for rusavhengige så kjøper ikkje Helse Vest RHF plassar der opphaldstida er spesifisert. Lengda på opphalda skal vurderast individuelt, og skal følgje behova til pasienten. Der pasienten har behov for lange opphald i institusjon, så skal han få det. I Helse Vest ser ein også at fleire pasientar har behov for langvarig kontakt med spesialisthelsetenesta gjennom poliklinisk oppfølging, ofte i kombinasjon med døgnopphald. Det er derfor poliklinikkane som har den mest langvarige kontakten med pasientane. I Helse Vest er det plassar innafor behandlingsmetoden terapeutisk samfunn både i Helse Stavanger (Veksthuset), og i Helse Bergen (Floen). I Helse Vest har ein ikkje sett behovet for fleire slike plassar.

I tillegg til å auke døgnplassane har Helse Vest RHF også styrkt tilbodet innafor dag-, poliklinikk og ambulant behandling frå ideelle verksemder. Dette blei sett som nødvendig for å kunne ha tilbod som kunne ivareta fleire behov hos pasientane i ulike fasar i forløpet.

- Det er etablert eitt dropout-team for rusavhengige i Helse Vest.

Det er etablert eit dropout-team i Helse Stavanger. Teamet arbeider både på systemnivå og operativt. Teamet er involvert i enkeltsituasjonar der pasientar er i fare for å droppe ut, eller har droppa ut, av behandlinga. Teamet er eit tilbod til alle døgneiningar innan TSB i Helse Stavanger. Teamet består av ein prosjektleiar med både forskarerfaring og lang erfaring frå rus-tenesta, og fleire «likemenn» (personar med eigen erfaring innan rusbehandling). Teamet kan bli kontakta per telefon og «rykker ut» ved behov.

Teamet har også bidrege til utviklinga av ein app, der pasienten kan «trykke på ein knapp» om ein ynskjer hjelp frå ein likemann. App-en er utvikla i samarbeid med Lyse (energiselskap) og Rusmiddelmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO).

- I samarbeid med kommunane og brukarorganisasjonane er det etablert eit effektivt og brukarorientert utgreiings- og behandlingstilbod for pasientar med langvarige smerte- og utmattingstilstandar der årsaka er uklar.

Helsedirektoratet ga ut ei nasjonal rettleiar for CFS/ME i 2013.

Ei arbeidsgruppe i Helse Vest utarbeida i 2013 ein rapport om utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar med CFS / ME (kronisk utmattingssyndrom). I rapporten er det lagt vekt på at handteringa av pasientar med kronisk utmatting skal vere mest mogleg einsarta og likeverdig for heile Helse Vest sitt opptaksområde gjennom eit forhandsdefinert pasientforløp.

Helseføretaka er bedd om å følgje opp tilrådingane i rapporten, og leggje den til grunn for vidare utvikling av tenesta.
Som ei oppfølging av rapporten er det i 2014 også etablert eit kompetansenettverk i regionen, med deltaking frå alle helseføretaka. Nettverket blir koordinert frå Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, som er lokalisert til Helse Bergen.

Helse Stavanger
Helseføretaket oppretta i august 2014 ein tverrfagleg CFS/ME-poliklinikk. Tilbodet inneheld individuelt tilpassa behandlingsopplegg, tverrfagleg funksjonsvurdering og rehabilitering. Det er også i samarbeid med ME-foreiningane etablert lærings- og meistringstilbod for denne gruppa ved Lærings- og mestringsenteret i føretaket.

Barneavdelinga har saman med Barnehabiliteringen Østerlide etablert tilbod til barn med ME.

Helseføretaket har satt ned ei tverrfagleg gruppe (infeksjonsmedisinar, immunolog, nevrolog, psykolog, spesialist i fysikalsk medisin) som har utarbeida retningslinjer for utgreiing av ME ved Helse Stavanger basert på nasjonale retningslinjer. Nytilviste pasientar med spørsmål om ME vil bli diskutert i fellesskap i denne gruppa, og vurderinga vil deretter bli utført av ein eller fleire av spesialistane. Ein felles postkasse for tilvisingar vil bli iverksatt i løpet av tidleg vår 2015. Det har vore møter med ME-foreininga, som er orientert om arbeidet og har fått moglegheit til å komme med innspel.

Fylkesmannen i Rogaland har tatt initiativ for å gjere ein kartlegging av heimebuande ME-pasientar i samarbeid med helseføretaket og kommunane.

Helse Fonna
Det er etablert ei tverrfagleg smerteeining ved Odda sjukehus som dekker heile Helse Fonna. Teamet består av fysioterapeut, helsesekretær, lege, psykolog og sjukepleiar. Tilbodet er for pasientar med langvarige, ikkje maligne, smerter med meir enn seks månaders varigheit. Modellen byggjer på tverrfagleg tilnærming til psykososiale

problemstillingar der teamet har ein rådgjevande og vurderande/kartleggande funksjon. Frå start 01.04.14 er det gjennomført 250 konsultasjonar.

For pasientar med CFS / ME blir nasjonale og regionale retningslinjer følgde.

Helse Bergen
Nevrologisk avdeling har etablert eit fungerande pasientforløp med utgreiing av tilstandar med kronisk utmatting, der det blir tilbydd ei standardisert utgreiing for pasientar tilviste frå primærhelsetenesta. Omlag fem pasientar blir utgreidde kvar veke, ressursbruken per pasient blir estimert til totalt 1 dag. Pasientar som får etablert diagnosen G93.3 Postviralt utmattingssyndrom, blir tilvist til oppfølging ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) Nordås.

AFMR har bygd opp ein poliklinikk for CFS/ME der pasientar får tverrfagleg funksjonsvurdering og igangsetting av eit rehabiliteringsforløp.

Tilvising, utgreiing og oppfølging er i tråd med rettleiar frå Helsedirektoratet: «Nasjonal veileder for CFS/ME». Ein kvalitetsrapport for rundt 350 pasientar som har vore utgreidd, blir no ferdigstilt. Talet på tilviste pasientar aukar.

Helse Førde
Helseføretaket har arrangert gruppebaserte opplæringstilbod for menneske med langvarige smerter. I samband med tilboda deltar både brukarrepresentantar og tilsette i kommunen som aktive bidragsytarar. Tilbodet knytt til Livsstyrketrening har også menneske med langvarige smerter som ein av sine målgrupper. Konseptet knyter seg til ein erfaringsbasert læringsmodell.

Helse Førde hadde eigen Smertepoliklinikk t.o.m januar 2014. Utfordringar med rekruttering har medført at tilbodet ikkje har starta opp igjen. Både poliklinikk for fysikalsk medisin, nevrologi og revmatologi tek i mot pasientar med smerteproblematikk.

I Helse Førde sitt føretaksområde har ein i samarbeid med brukarrepresentant arbeidd vidare med å utforme og kvalitetssikre det tverrfaglege tilbodet når det gjeld utgreiing og behandling for menneske med langvarige utmattingsstilstandar og deira nærpersonar.

- Helse Vest RHF har inngått avtale med Helse Nord RHF om behandlingstilbod til samiske pasientar ved Samisk nasjonal kompetanseteneste – psykisk helsevern og rus (SANKS).

Dei regionale helseføretaka har hatt to felles møter angåande avtale om behandlingstilbod til samiske pasientar ved SANKS. Helse Nord har sendt ut forslag til avtale. Det er behov for justeringar av avtalen før endeleg godkjenning av avtalepartane.

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

- Gjennomføre analysar og utarbeide planar for handtering av behov for personell. Særleg innsats må rettast mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tenestetilbod.

Føretaksgruppa Helse Vest har gjennomført analysar som gir god oversikt over behov for framtidig personell. Det er felles for alle at ein fram mot 2030 kan få rekrutterings-utfordringar når det gjelder spesialsjukepleiarar, sjukepleiarar, bioingeniørar, enkelte legespesialistar og anna nøkkelpersonell. Viser til styresak 142/14 til styret i Helse Vest RHF.

Helseføretaka har utarbeidd eller starta arbeidet med eigen rekrutterings- og kompetansestrategi. I tillegg er det utarbeidd ei rekke lokale planar og tiltak, som vil danne grunnlag for strategiske mål og vidare tiltak.

Helse Vest har i tråd med kravet utarbeidd analysar og planar for handtering av personellbehovet.

- Tilstrekkeleg mange utdanningsstillingar for legespesialistar, også innafor den nye spesialiteten i rus- og avhengigheitsmedisin som det er venta blir godkjend i 2014.

Helseføretaka har oppretta utdanningsstillingar for legespesialistar (LiS stillingar), som del av budsjettprosessen, og i tråd med overordna prioriterte område som ligg i styringsdokumenta. Legestillingsregisteret er aktivt i bruk. Helseføretaka gjennomgår behovet for utdanningsstillingar også for andre yrkesgrupper.

Helse Fonna
Føretaket har rekruttert til ledige LiS-stillingar innan alle fagområde, også innanfor psykisk helsevern. Det er behov for nye LiS-stillingar innan særskilte fagområde for å sikre framtidig rekruttering til overlegestillingar i sårbare spesialitetar.

Helse Stavanger
Føretaket har hatt to overlegar som har deltatt i kvalifiserande tiltak for å bli godkjende rettleiarar innanfor den nye spesialiteten rus- og avhengigheitsmedisin. Den nye spesialiteten fordrar fleire 100 prosent overlegestillingar i einingar/avdelingar enn det føretaket har i dag for å bli godkjent som utdanningsinstitusjon. Føretaket vil melde inn fleire kandidatar til det neste kurset i mai 2015 for å sikre at det er nok rettleiarar.

Helse Førde
Føretaket har to overlegar som skal søkje godkjenning som spesialistar innan rus. Når dette er på plass, vil føretaket vurdere behovet for nye utdanningsstillingar innan den nye spesialiteten i rus- og avhengigheitsmedisin. Innan psykisk helsevern elles er det nok utdanningsstillingar.

Helse Bergen

Det er tilsett legar som kan starte LiS-løp (leger i spesialisering) når godkjenning er på plass. Føretaket reknar med at dette blir i midten 2015. Det er tilrettelagt for at Avdeling for rusmedisin (AFR) skal bli godkjent som utdanningsinstitusjon for spesialiteten.

- Redusere omfanget av mellombels stillingar i helseføretaka.

Føretaksgruppa Helse Vest har aktivt auka del faste stillingar. Det er også etablert ein felles policy for heiltidskultur for føretaksgruppa. Hovudregelen er tilsetjing i faste stillingar.

Helseføretaka i Helse Vest jobbar kontinuerleg for at fleire skal jobbe heiltid. Frå desember 2010 til desember 2014 har 2 993 fleire medarbeidarar i Helse Vest fått heile stillingar. I same periode har 1 864 fått høgare stillingsprosent enn dei hadde tidlegare. Føretaksgruppa hadde målsetting om ein gjennomsnittleg stillingsstorleik på 89,3 prosent eller høgare. I desember 2014 var den gjennomsnittlege stillingsprosenten på 90,69.

- Det er gjennomført oppgåvedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp

Helse Vest har etablert «Alle møter»-prosjektet, som inneheld fire ulike innsatsområde, som kvar for seg og til saman skal medverke til at ventetida går ned og at det ikkje er fristbrot. Vestlandspasienten.no blei lansert som pilot januar 2014 med full lansering for heile føretaksgruppa Helse Vest i mars 2014, og er eit viktig tiltak på tiltaksområde; kommunikasjon og dialog mellom sjukehus og pasient. Alle poliklinikkar/fag, inkludert radiologi, viser sine timar, på vestlandspasienten.no. Det blir vist varigheit på timen, namn på behandlar, og pasientane kan sende digital melding til helseføretaka med spørsmål. Det er eit mål at alle tilvisingar skal vere vurdert innan 2 arbeidsdagar. Dette blir i stor grad oppfylt i alle helseføretaka. Dette er ein viktig endring og ikkje minst førebuing for innføring av pakkeforløp for kreft. Ved utgangen av 2014 var det 67 235 unike brukarar og nær 45 000 pasientar som digitalt har stadfesta sine timar. Nær 4500 pasientar har sendt digital melding med spørsmål om sine timar. Betre tilbod til pasientane, med god og forenkla tilgang til kommunikasjon med helseføretaka, blir vidareutvikla gjennom www.vestlandspasienten.no. Vestlandspasienten er eit viktig innsatsområde også i 2015.

I «Alle møter» er føretaksgruppa godt i gang med å implementere avansert oppgåveplanlegging i systemet for planlegging av arbeidstid. Eit av tiltaka i «Alle møter» er å utvikle betre planlegging og organisering av poliklinikkdrifta. Det er innført felles arbeidsprosessar for poliklinikkane.

Det er gjennomført 77 083 fleire pasientkontaktar i 2014, ein auke på 5,6 prosent. For første gang er tal ventande gått ned med 5,1prosent. I tillegg har andelen ikkje møtt gått ned, og vi er tilbake til under 2011–nivået, sjølv med fleire pasientkontaktar totalt. Dette er ein positiv utvikling.

I arbeidet med oppgåvedeling har Helse Vest etablert eit samarbeid med Rogaland Kurs og Kompetansesenter(RKK). I fagskulen innan helse- og oppvekstfag, som er ein praktisk

og yrkesretta høgare utdanning, vert det i samarbeid mellom Helse Vest RHF og Fagforbundet tilbydd gratis viderutdanning på fagskulenivå.

Det blir tilbydd offentleg godkjend fagskuleopplæring i:

- Barn med særskilte behov
- Barsel- og barnepleie
- Eldreomsorg
- Psykisk helsearbeid og rusarbeid
- Kreftomsorg og lindrande pleie
- Livstils- og kroniske sjukdommar
- Rehabilitering
- Tverrfagleg miljøarbeid
- Veiledning i helsesektoren
- Helseadministrasjon (kjem hausten 2015)
- Spesialreinhald (kjem hausten 2015)
- Sterilforsyningsteknikar (kjem hausten 2015)

Alle eksisterende godkjenningar innan helsefag er baserte på Helsedirektoratet sine rammeplanar. Dette er ikke eit krav, men vi har valt å ha det med.

2.4 Forsking og innovasjon

- Det er etablert system for særskild relevansvurdering, i tillegg til kvalitetsvurdering, ved tildeling av tilskotsmidlar til forskingsprosjekt, som blir iverksette seinast i 2015. Relevans- og kvalitetsvurderingar skal brukast ved tildeling av 100 mill. kroner til nasjonale samarbeidsprosjekt på prioriterte fagområde, jf. kap 732, post 78.

Relevanskriterium er utarbeidd og blir nytta i den årlege tildelinga av dei regionale midlane.

Det er utarbeidd relevanskriterium for tildeling av dei ekstra kr. 100 mill. tildelt i 2014 og 2015 (til saman 200 mill.). Kriterium vart utarbeidd av dei fire RHF-a i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, og dei blei nytta ved gjennomgong og innstilling av søknadane i desember 2014. Kvalitetsvurderinga av søknadane er ivareteke gjennom fagpanel nedsett av Noregs forskingsråd. Endeleg tildeling blei gjort i AD-møtet (møtet mellom dei 4 regionale adm.dir.) den 19. januar 2015.

- Dei regionale helseføretaka har i samarbeid initiert minst tre nye kliniske multisenterstudium på biotilsvarande legemiddel, ME (rituximab) og føflekkreft (ipilimumab) gjennom NorCRIN-nettverket eller Nordic Trial Alliance i 2014.

Tre kliniske multisenterstudium er starta opp:

- Ipilimumab, i regi av Helse Sør-Øst
- ME, i regi av Helse Vest
- Biotilsvarande legemiddel, i regi av Helse Sør-Øst

- Felles årleg resultatrapport synleggjer eksempel på korleis resultat frå forsking og innovasjon har bidrege til forbetra klinisk praksis/tenesteutøving, i tillegg til anna resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengeleg statistikk om forsking og innovasjonsaktivitet (jf. vedlegg 3 i oppdragsdokumentet for 2013).

RHF-a sin fellesrapport 2013 vart overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 15. mars 2014.

Arbeidet med fellesrapport for 2014 er i sluttfasen. Rapporten vert levert HOD innan fristen 15. mars 2015.

3 Rapportering på krav frå revidert oppdragsdokument av 27. juni 2014

3.1 Transporttilbod for psykisk sjuke

- Løyvinga for transporttilbod for psykisk sjuke er styrkt med 10 mill. kroner for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknyting til psykisk ustabile personar som kan handterast av helsetenesta utan assistanse frå politiet.

Helse Vest RHF er tildelt 2 mill. kroner av den samla løyvinga på 10 mill. kroner.

Helse Stavanger og Helse Fonna blei begge tildelt 1 mill. kroner for å betre det prehospitalet tilbodet til psykisk sjuke. Begge helseføretaka har utarbeida ein prosjektbeskriving, og er no i startfasen av prosjekta.

Helse Stavanger vil nytte prosjektmidlane til å sjå på korleis dei kan betre prehospitale tenester til psykisk sjuke – kva for tiltak som på best mogleg måte medverkar til god pasientbehandling med prehospitale tenester, og korleis ein optimalt kan samordne tenestene fagleg og økonomisk.

Helse Fonna har etablert prosjektet «Transporttilbod til psykisk sjuke» som eit samarbeidsprosjekt mellom Klinikk for psykisk helsevern Helse Fonna, ambulansetenesta, Haugaland og Sunnhordaland Politidistrikt og kommunehelsetenesta i aktuelle kommunar gjennom praksiskonsulentordninga (PKO).

3.2 Styrking av abortmottak i spesialisthelsetenesta

- Departementet viser til høyringsnotat om reservasjonsordning for fastlegar og til brev av 7. februar 2014 til regionale helseføretak. Dei regionale helseføretaka skal kvalitetssikre og styrkje tilbodet til abortsøkjande kvinner som vender seg direkte til sjukehus.

Alle helseføretaka har informasjon på nettsidene sine om at alle kvinner som ønskjer å ta abort kan ta direkte kontakt med sjukehuset for å avtale time. Det er ikkje naudsynt med tilvising frå fastlege eller legevakt.

Kvinner som vurderer abort og som tar direkte kontakt med sjukehuset, får tilbod om informasjon og rettleiing.

Helse Stavanger HF
Helseføretaket opplever at det er stadig fleire som kontaktar gynekologisk poliklinikk direkte, utan å gå vegen om primærhelsetenesta (ca. 40 prosent i 2014). Alle blir tatt godt i mot.

Helse Fonna HF
Abortsøkande kvinner tar direkte kontakt med føretaket. Kvinnene får informasjon og samtale på lik linje med kvinner som er tilvist frå fastlege.

Hovudårsaka til at kvinnene kontaktar sjukehuset direkte synes å vere at dei har blitt kjent med at dette er mogleg, og i liten grad at dei har fastlege som reserverer seg.

Ved Haugesund sjukehus er det etablert ein abortpoliklinikk som har ope kvar onsdag. Dei som tar kontakt får time på poliklinikken. Dei får først time hos sjukepleiar som gir informasjon og rettleiing. Deretter blir dei tatt inn til lege som undersøker kvinna. Dei tilsette er tilgjengelege for samtale.

Helse Bergen HF
Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus har spesifikk informasjon på nettsida slik at kvinner kan vende seg direkte til avdelinga.

Erfaringa er at stadig fleire kvinner kjem utan tilvising frå fastlege. Tal frå 2013 viste at 50 prosent var tilvist frå fastlege, 17,5 prosent frå annan lege mens 32,5 prosent kom utan tilvising. I januar 2015 er tilsvarande tal 30 prosent frå fastlege, 19 prosent frå annan lege mens 51 prosent kjem direkte.

Helse Førde HF
Helseføretaket har ved direkte kontakt alltid tatt imot kvinner som ønskjer abort. Dette har alle legekontor og helsestasjonar kunnskap om. Poliklinikk, sekretærer og legar er informert om det i avdelinga og kvinnene blir sett direkte opp til poliklinisk time.

3.3 Iverksetjing av pakkeforløp for kreft frå 2015

- Det skal innførast 30 pakkeforløp for kreft i løpet av 2015. Pakkeforløp for dei fire kreftformene brystkreft, lungekreft, tjukk- og endetarmskreft og prostatakreft skal iverksetjast frå 1. januar 2015. Helse- og omsorgsdepartementet ber vidare dei regionale helseføretaka om alt no å starte arbeidet med å førebu iverksetjing av pakkeforløpa frå 1. januar 2015, mellom anna:
  - etablere forløpskoordinatorar i alle sjukehus som utgreier og behandlar kreftpasientar, og gi desse nødvendige fullmakter slik at forløpstidene kan haldast; forløpskoordinatorane må vere på plass før pakkeforløpa blir innførte frå januar 2015,
  - sikre ein auke i utgreiings- og behandlingskapasiteten i helseføretaka innan januar 2015,

- sikre at det blir etablert ein organisasjons- og leiingsstruktur i helseføretaka som sørgjer for nødvendig samarbeid internt i kvart enkelt helseføretak, mellom ulike helseføretak og mellom helseføretaket og fastlegane.

Ei rekke fagfolk frå regionen har vore med å utarbeide pakkeforløp for dei ulike kreftformane, i regi av Helsedirektoratet. Vidare har Helse Vest delteke i arbeidet med å utarbeide ein nasjonal plan for implementering av pakkeforløp. Det er og etablert eit regionalt prosjekt for å støtte opp om implementering av pakkeforløpa i helseføretaka. Som ledd i det regionale prosjektet for innføring av pakkeforløp, er det dialog med ein rekke avtalespesialistar for å finne fram til ein best mogleg organisering av pakkeforløpa. Det skal sikrast best mogleg kapasitetsutnytting og dermed gode forløp for pasientane.

Helse Stavanger
Dei 4 første kreftforløpa har eigne kreftkoordinatorar bortsett frå lungekreft der det er i ferd med å bli tilsett koordinator. For mange av dei andre kreftformane er det allereie kreftkoordinatorer på plass, stort sett i deltidsstilling kombinert med annen stilling/funksjon. Innafor dei resterande kreftformene er det planlagt å opprette koordinatorfunksjonen i løpet av 2015.

Utgreiingskapasiteten er stort sett tilstrekkeleg. Radiologisk avdeling og Patologisk avdeling har generelt knapp kapasitet, men kreftpasientar blir prioritert og fristane blir haldne. For pasientar med liten mistanke om kreft, men som likevel viser seg å ha kreft, kan det vere eit problem å halde fristane. Kapasiteten på colonoskopi (medisinsk gastro) er ein utfordring. Helse Stavanger HF har derfor bedt Helse Vest RHF om bistand for å kjøpe kapasitet på dette området hos private aktørar.

Helseføretaket melder om gode interne samarbeids- og samhandlingsrutinar. I samband med innføring av pakkeforløp er det gjennomført fleire møter mellom alle dei aktuelle avdelingar som er involvert i dei 4 første pakkeforløpa for å avdekke evt. problem / flaskehalsar, og for å sikre god «pasientflyt». Det er gode rutinar for multidisiplinære teammøter internt i helseføretaket og mellom helseføretak, når det er aktuelt. Gjennom praksiskoordinator-ordninga vil ein sikre god dialog og samhandling med primærhelsetenesta og fastlegane.

Helse Fonna
Ved Haugesund sjukehus er det etablert forløpskoordinator for dei fire første pakkeforløpa innan fristen. Desse forløpskoordinatorane er også koordinator for pasientar som er på Odda sjukehus. Ved Stord sjukehus er kreftkoordinator knytt til funksjon sjukepleier onkologisk dagstove. I ein oppstartfase hjelper to erfarne sekretærar til med alle timebestillingar. Alle forløpskoordinatorar har nødvendige fullmakter slik at forløpstider kan overhaldast.

Ein har hatt gjennomgang av dei fire første forløpa i føretaket og estimert behov for utrednings og behandlingskapasitet. Det blei reservert tider i tråd med dette. Utgreiingskapasiteten er stort sett tilstrekkeleg. Talet på øyremerka plassar til bronchoskopi har vore ein flaskehals, men utfordringa blei løyst for dei aktuelle pakkeforløpa. Samarbeid om aktuelle undersøkingar ved radiologisk avdeling har fungert bra.

Aktuelle fristar er ivaretatt. Det er god flyt internt. Det er omtrent ventetid på ei veke for PET CT, utfordring er svartid etter PET CT. Ventetid kirurgi er også ei utfordring etter avgjerd i multidisiplinære team.

Helseføretaket melder om eit godt samarbeid internt. Det kan bli arbeidd mot betre utnytting av utgreiingskapasitet på tvers av sjukehusa i føretaket. Det har vore god dialog med andre føretak ved behov. I møte med fastlegene blir det informert om korleis dei skal tilvise pakkeforløp, kva tilvisinga skal innehalde og viktighet av å merke tilvisinga rett. Det er behov for meir informasjon om dette. Tilgang til tilvisingsmalar for dei ulike pakkeforløpa i fastlegane sitt EPJ system ville vore ei stor føremon.

Helse Bergen
I Helse Bergen er det etablert forløpskoordinatorar for alle dei fire pakkeforløpa som er innført frå 1. januar 2015. Det blir no arbeidd med å få fram ein rolleomtale for forløpskoordinatorane, som kan vere lik for heile føretaket.

I Helse Bergen har det tidligare blitt arbeidd med å sikre utgreiings- og behandlingskapasitet for kreftforløpa som er innført frå 1. januar 2015. Det blir jamleg arbeidd for å tilpasse kapasiteten etter behovet. Det er mellom anna utarbeida eigne analysar og web-rapportar, som analyserar og monitorerer både kapasitetsutnytting og dynamikken i ventelistesituasjonen, og forløpstider for dei ulike kreftforløpa. Det er også starta opp arbeid med å utvikle spesifikke monitoreringsverktøy for pakkeforløpa i samarbeid mellom Helse Bergen og analyseeininga i Helse Vest RHF. I tillegg til dette er det arbeida med prosessforbetringar av ulike kreftforløp.

Det er oppretta ein eigen arbeidsgruppe som arbeider for å leggje forholda til rette for innføring av pakkeforløp i føretaket. Fokuset er på samhandling, felles registreringsrutinar, rolleomtale, monitoreringsverktøy, analysar og eventuelle behov for prosessforbetringar.

Helse Førde
Helse Førde har valt å ha ein felles forløpskoordinator for heile føretaket.

Med bakgrunn i at Helse Førde ikkje ventar vesentleg auke i behovet for undersøking og behandling av kreft, og at 20-dagarsmålsettinga blei bra oppfylt, så vurderer helseføretaket det slik at dei vil kunne ha tilstrekkeleg utgreiings- og behandlingskapasitet.

Helseføretaket har starta opp med intern organisering knytt til danning av tverrfaglege grupper (MDT=multidisiplinære team), og arbeidet med dette må halde fram. Det same gjeld slike grupper på tvers av helseføretak som har stor grad av samhandling. Det er også langt på veg lagt til rette for tekniske hjelpemiddel (video etc) i dette arbeidet.

3.4 Ny strategi for økt bruk av private

Helse Vest RHF har utarbeidd ny strategi for økt bruk av private. Strategien tek utgangspunkt i Helse Vest sitt «sørgje for ansvar» og Helse 2020, kor eit av måla er å yte trygge og nære helsetenester til befolkninga i regionen. Helse Vest sikrar dette gjennom

eigne helseføretak og gjennom avtale med private aktørar. Det avgjerande er at tenestetilboda samla utfyller kvarandre slik at tilbodet er tilgjengeleg og dekkjar pasientane sine behov.

Strategien skal sikre at måla blir ivaretekne gjennom inngåing av avtalar med private aktørar. Vidare er det ein viktig føresetnad at Helse Vest så langt som mogleg sikrar ein optimal bruk av dei avtalane Helse Vest inngår innanfor kjøp av spesialisthelsetenester.

I dei siste anskaffingane Helse Vest har gjennomført er deler av elementa frå strategien teke i bruk. Mellom anna er det lagt til rette for ulike samarbeidstiltak mellom helseføretaka og privat leverandør i avtalane, og det er etablert rutinar for faste oppfølgingsmøter. I tillegg er nye opsjonsteknikkar teke i bruk.

Strategien blei vedteken av styret i Helse Vest RHF i styremøte 4. november 2014.

4 Rapportering på krav frå føretaksmøtet

Rapporteringa skal følgje struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll frå føretaksmøtet i januar 2014. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte skal leggjast til i avsnitt 4.4, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

4.1 Krav og rammer for 2014

4.1.1 *Resultatkrav 2014*

Som følgje av endring i pensjonskostnaden for 2014 har Føretaksmøtet i Helse Vest i møte den 17.12.2014 auka resultatkravet med kr 1 913,4 mill. Eigar har fordelt endringa i resultatkravet til dei regionale helseføretaka med basis i nasjonal inntektsmodell. Den faktiske endringa i resultatet som følgje av endring pensjonskostnad/basisramme blir på kr 1 948 mill. Helse Vest har ein etablert praksis om at endring i pensjonskostnad ikkje skal påverke økonomistyringa i helseføretaka. Føretaksmøtet i helseføretaka har derfor i møte den 18/12-2014 justert resultatkravet opp i forhold til faktisk endring pensjonskostnad/basisramme. Styret i Helse Vest har ikkje vedtatt eit endra resultatbudsjett for føretaksgruppa, men det er her lagt til grunn at endringane i resultatkravet til helseføretaka, samt endring i pensjonskostnad for Helse Vest IKT og Helse Vest RHF, medfører ein tilsvarande endring i resultatetkravet i føretaksgruppa. Dette inneber at resultatbudsjettet er auka opp med kr 1 948 mill., frå kr 310 mill. til kr 2 258 mill.

Førebels resultat for 2014 viser eit overskot på kr 749,7 mill. (opphavleg pensjonsnivå og resultatkrav). Dette er eit positivt avvik på kr 440 mill. samanlikna med budsjettet. Prognose på rekneskapsmessig resultat ligg er kr 2 697,7 mill. som er kr 440 mill. betre enn budsjett korrigert for ny pensjon.

Førebels resultat i føretaka – før og etter endring pensjon er som følgjer:

	Årsresultat før korr. pensjon			Årsresultat etter korr. pensjon		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	16 005	10 372	5 633	30 005	24 372	5 633
Helse Bergen HF	206 168	189 501	16 667	1 056 168	1 039 501	16 667
Helse Fonna HF	40 961	34 000	6 961	360 961	354 000	6 961
Helse Førde HF	18 328	1	18 328	242 328	224 001	18 328
Helse Stavanger HF	29 069	75 000	-45 931	553 069	599 000	-45 931
Kjøp av helsetenester	422 242	-6 000	428 242	428 242	-0	428 242
Administrasjon morselskap	10 997	6 000	4 997	10 997	6 000	4 997
Helse Vest IKT as	5 935	859	5 076	15 935	10 859	5 076
Til saman	**749 705**	**309 732**	**439 973**	**2 697 705**	**2 257 732**	**439 973**

Rekneskapen for 2014 er førebels og er ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i resultatet.

Samtlege helseføretak, med unnatak av Helse Stavanger, leverer eit resultat som er betre enn budsjett. Helse Stavanger har framleis eit arbeid å gjere før dei leverer eit resultat i tråd med resultatkravet, men leverer eit positivt resultat for 2014 på kr 29 mill. (opphavleg pensjonsnivå og resultatkrav). Eigar har stilt eit resultatkravet på kr 1 913,4 mill. medan førebels rekneskapsresultat viser kr 2 697,7 mill. Dette gir eit positivt resultatavvik i forhold til eigars krav på kr 784,3 mill.

Likviditet og driftskredittar
Helse Vest sin bruk av premiefond i 2014 utgjer kr. 237 mill. Driftskredittramma er som følgje av reduksjon i basisramma med 1/3 av redusert pensjonskostnad auka med kr. 954,8 mill., frå kr. 1 566 mill. til kr. 2 520,8 mill. Helse Vest har ved utgangen av 2014 nytta kr. 1 907,8 mill. av denne driftskreditten. Føretaksgruppa har ein netto positiv likviditet ved utangen av året på kr. 415 mill.

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

Tabellen nedanfor viser ei samanstilling av investeringar i føretaksgruppa for 2014. Tala er ikkje endelege, og det kan komme endringar når dei er gjennomgått av revisor.

Investeringar 2014	Regnskap 2014	Budsjett 2014
Bygg	1 159 478	1 171 210
MTU	277 487	336 700
IKT	236 946	260 000
Anna	168 522	203 381
SUM	1 842 433	1 971 291

Samla investeringsbeløp for 2014 ligg an til å bli 1,842 milliardar kroner. Den samla budsjettramma for 2014 var på 1,971 milliardar kroner. Forskjellen ligg i at det er nokre prosjekt som ikkje har hatt den same framdrifta som var lagt til grunn i budsjettet.

Helse Vest har i 2014 fått tildelt lån på 205 millionar kroner til nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) i Helse Bergen HF. Det er utbetalt totalt 638 millionar kroner i lån til prosjektet per 2014. Den samla låneramma til BUSP er på 700 millionar kroner (2009-kroneverdi).

Per utgangen av 2014 er det bokført byggjelån på 656 millionar kroner inkludert renter. Det vil bli konvertert til langsiktig lån når dei aktuelle prosjekta er ferdige.

4.1.2 *Vidareutvikling av nasjonalt samarbeid – betre samordning på tvers av regionane*

- Dei regionale helseføretaka skal etablere eit felles eigd helseføretak for samordning av eigedomsområdet i løpet av 2014.

Det nye helseføretaket; Sykehusbygg HF, blei stifta ved behandling av likelydande styresak i dei fire regionale helseføretaka etter følgjande plan; Helse Sør-Øst RHF 12.09.14, Helse Nord RHF, 02.10.14, Helse Midt-Norge RHF 02.10.14 og Helse Vest RHF 23.10.14.

- RHF-a skal sørgje for at Nasjonal IKT bidreg til samarbeid og samordning innanfor IKT-området i spesialisthelsetenesta. I tillegg skal Nasjonal IKT HF sørgje for koordinering av spesialisthelsetenesta sine bidrag til gjennomføring av nasjonale prosjekt og til dialog og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstenesta i tråd med målbildet i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal.*

Administrerande direktør for Nasjonal IKT HF er tilsett og i funksjon frå 1.oktober 2014. Rekruttering til andre sentrale stillingar pågår. Arbeidet i selskapet går for fullt etter gjeldande strategi, som også inkluderer samhandling med primærhelsetenesta på fleire prioriterte område. Ei rekke av prosjekta som for tida blir gjennomførde handlar både om primærhelsetenesta og brukar-/pasientinvolvering.

- Lokalisere Nasjonal IKT HF i Bergen.

Selskapet er lokalisert med hovudkontor i Bergen.

- Dei fire RHF-a skal arbeide vidare med å samordne og standardisere arbeidet med innkjøp/logistikk for å sikre ei effektiv nasjonal løysing på dette området. Det skal leggjast vekt på å etablere nasjonale løysingar for kategoristyring, retningsliner, rutinar og støttesystem. Dei fire RHF-a skal innan 1. september 2014 komme med forslag til korleis ein kan etablere ein utvida nasjonal innkjøpsorganisasjon.

Prosjektet er delt i tre del-prosjekt. Helse Vest RHF leiar to av dei tre delprosjekta, nemlig «Kategoristyring» og «Teknologi-støttesystem». Dette prosjektet blir avslutta i

juni 2015. Prosjektgruppa leverte utkast til korleis ein kan etablere ein utvida nasjonal innkjøpsfunksjon i november 2014.

4.2 Andre styringskrav 2014

Beredskap og sikkerheit

- Har etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT, legemiddel

Alle helseføretaka har dette på plass. Alle helseføretaka har elles også generelle beredskapsplanar. Bortfall av infrastruktur er eit element i større øvingar, og fleire konkrete hendingar har gitt god kompetanse og erfaring knytt til dette.

Helse Vest IKT har ansvaret for å sikre stabil it-drift til sjukehusa. Det er teneste-avtalar mellom Helse Vest IKT og helseføretaka som spesifiserer leveransekrav til IKT-tenester og varsling ved driftsstans.

Det er også fokus på dette i arbeidet med revidering av regional helseberedskapsplan. Denne planen skal liggje til grunn for revidering av helseføretaka sine lokale planar igjen.

Helse Stavanger
I Helse Stavanger er det utarbeida beredskapsplanar for følgjande: ein generell prosedyre som omtaler varsling og ansvar for alle typar interne hendingar som ikkje direkte involverer pasient. Beredskapsplanar og beredskap er etablert for vatn, straum (inkludert generatorar), IKT, forsyningssvikt, bortfall av medisinske gassar og skallsikring. Beredskap for legemidlar er i tråd med dei roller og ansvar som er omtalt i Regional beredskapsplan. Beredskapslager av tidskritiske legemidlar er ikkje revidert.

I 2014 er infrastrukturen for drift av journalsystemet DIPS gjort meir robust i forhold til feil, og det er etablert nye rutinar for varsling og beredskap ved IKT-problem som måtte ramme føretaket.

Helse Fonna
Det er utarbeida plan for alle områda. Føretaket har ei gjennomgang av varslingsrutinane for å sikre at desse er tydelege og forståelege.

Det er utarbeida plan for kritiske legemiddel, vaksiner og antidot[1]. Det er også etablert oversikt over kva for legemiddel det er vanskeleg tilgang på.

Helse Bergen
Helse Bergen har beredskapsplan for svikt i kritisk infrastruktur, som til dømes IKT, straum og vatn. Svikt i kritisk infrastruktur er dei hendingane som oftast fører til utløysing av beredskap i føretaket. Kvar hending blir evaluert av beredskapsleiinga med påfølgjande revisjon av plan/rutinar etc. Beredskapsplanane er såleis ikkje statiske dokument, men dynamisk og gjenstand for kontinuerleg revisjon.

[1] Antidot er stoff som reduserer eller opphever verkninga av eit anna, vanlegvis giftig, stoff i organismen.

Helse Førde
Helseføretaket har beredskap for svikt i infrastruktur.

Beredskapsplanar for svikt/utfall av vatn, straum og IKT ved Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus og Førde sentralsjukehuset er revidert og oppdatert i 2014.

Det er utarbeidd ein beredskapsplan mellom Førde sentralsjukehus og sjukehusapoteket i Førde for å sikre beredskap og forsyning av legemiddel.

- Har etablert sikringstiltak i tråd med *Lov om forebyggende sikkerhetstjeneste*, m.a. forskrifta om objektsikkerheit.

Arbeid med dette held fram i Helse Vest. RHF-et har ansvaret for eit regionalt prosjekt om sikringstiltak for skjermingsverdige objekt. Det er tett dialog med Helse- og omsorgsdepartementet i prosjektet, samt tett samarbeid med helseføretaka. Helse Vest er i rute med naudsynte pålagte tiltak og anskaffingar iht. fastsette fristar. Forskrifta om objektsikkerheit ligg til grunn for arbeidet.

Helse Stavanger
Helseføretaket har i samarbeid med Politiet gjennomgått helseføretaket sine sikringstiltak. Desse er i tråd med lov om førebyggjande sikkerheitsteneste og forskrift om objektsikkerheit. Helseføretaket er i rute med tiltak i regionalt prosjekt om sikringstiltak for skjermingsverdige objekt.

Helse Fonna
Det er gjort gjennomgang. Føretaket vil etablere sikringstiltak i tråd med lov og forskrift. Helseføretaket er i rute med tiltak i regionalt prosjekt om sikringstiltak for skjermingsverdige objekt.

Helse Bergen
Helse Bergen har etablert sikringstiltak i tråd med *lov om forebyggende sikkerhetstjeneste*, blant anna forskrifta om objektsikkerheit. Skjermingsverdige objekt blei skifta ut i desember 2014. Det er gjort ei risikovurdering av objekt der det er aktuelt med ytterlegare skjerming, og på grunnlag av den vurderinga er det etablert tiltak for sikring.

Helse Førde
Føretaket har etablert sikringstiltak som til dømes:

- Krav om at alle skal bere ID-kort synleg i sjukehuset
- Tilgangskontroll med ID-kort og kode til akuttmottak og hovudinngang etter kl. 23.00, og for andre inngangar etter kl. 16.00
- Tilgangskontroll med ID-kort og kode til prehospitalt bygg 24 timar i døgnet
- Kameraovervaking ved akuttmottak, hovudinngang, AMK og andre sentrale område.
- Ekstra lyssetjing ved hovudinngang, akuttmottak og prehospitalt bygg 24 timar i døgnet
- Mange ulike IKT-tiltak, inkludert ruting av nødsamtalar til AMK-Bergen ved svikt.

- Har ferdigstilt oppfølgingstiltak for spesialisthelsetenesta etter 22. juli 2011, innan 31. desember 2014

Med utgangspunkt i brev frå Helsedirektoratet datert 8.4.2013 er det i Helse Vest utarbeidd ein plan for oppfølging av tilrådingar etter 22. juli 2011. Planen har 24 oppfølgingsområde, og det er konkretiserte tiltak på Helsedirektorats-, RHF- og HF-nivå. Dei fleste av tiltaka som er tillagt RHF- og HF-nivå, er gjennomførde og implementerte. For nokon tiltak ventar ein på nærare avklaring frå Helsedirektoratet. Alle helseføretaka har arbeidd godt med å følgje opp og ferdigstille tiltak som er konkretisert på HF-nivå. Dei tiltaka som står igjen blir følgt opp i regi av regionalt beredskapsutval og i arbeidet med revidering av regional helseberedskapsplan.

I pågåande arbeid med revidering av regional helseberedskapsplan, blir både oppfølgingsplan og Nasjonal helseberedskapsplan lagt til grunn.

Endringar i lov om pasient- og brukerrettigheter

- Skal gjennomføre eit felles arbeid for å utvikle og implementere nødvendige endringar i sjukehusa sine pasientadministrative system (EPJ/PAS) for best mogleg etterleving av endringane i lov om pasient- og brukerrettigheter.

Det er gjennomført møter med leverandørar og Helsedirektoratet i regi av Nasjonal IKT EPJ Systemeierforum. Møta blir fulgt opp i eit kortsiktig og eit langsiktig felles løp.

Kortsiktig: Endring av ventelistemalar og rutinar vert samordna i regionane slik at pasientar alltid gis rett og frist, og får svar med tidspunkt innan 10 dagar.

Langsiktig: Nasjonal IKT følgjer opp at implementering av ny NPR-melding og ny tilvisingsmelding mogleggjer IKT-støtte til det som blir ny ordning. Helse Vest har og vore aktive inn i Helsedirektoratet sine arbeidsgrupper for «Fritt behandlingsvalg», for slik å medverke til klargjering av korleis Helfo-ordninga i ny lov skal fungere. Bestillinga frå HOD på dette punktet er ennå ikkje klar, og endring i system er derfor ikkje starta.

- medverke i arbeidet med å utvikle betre systemstøtte for pasientrettar på tvers av verksemder og IKT-system.

Dette skjer kontinuerleg i samarbeidet mellom DIPS og Helse Vest. Det skjer også gjennom deltakinga i Helsedirektoratet sitt prosjekt, i regi av Nasjonal IKT.

- medverke i Helsedirektoratet sitt arbeid med å utvikle standard for elektronisk tilvising mellom helseføretak.

Helse Vest er også her aktiv bidragsytar gjennom prosjektet i regi av Nasjonal IKT.

- gjennomføre implementering og utrulling av elektronisk tilvising mellom helseføretak i samarbeid med leverandørane.

Denne utrullinga med leverandørane vil skje i etterkant av dei andre aktivitetane i 2015.

E-helse

- legg fram IKT-tiltak som har konsekvensar for andre aktørar til prioritering i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

I vårt utviklingsarbeid, særleg samhandling, vurderer vi kva som kan løftast nasjonalt. Vi er aktivt med i NUIT med eigen representant frå Helse Vest.

- tar i bruk elektroniske tilvisingar og basismeldingar mellom sjukehus, fastlegar og pleie- og omsorgssektoren i kommunane og automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldingar til Folkeregisteret

Dette arbeidet er høgt prioritert i Helse Vest gjennom eit eige programområde, Støtte til Samhandling. Her ligg alle prosjekta for basismeldingar, PLO-meldingar, interaktiv henvising og rekvisisjon (IHR) og all adressering.

- førebur for innføring av elektroniske reseptar

Utrullinga av systemløysing for eResptar i Helse Vest var ferdigstilt pr. september 2014.

Teknologiskifte i Telenor

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å gjennomføre ei felles risiko- og sårbarheitsanalyse knytt til det kommande teknologiskiftet i Telenor.

Helse Vest IKT har fulgt opp det varsla teknologiskifte frå Telenor frå 2017 via dialog i Nasjonal IKT HF, og ved dialog med Telenor. Telenor har varsla at dette teknologiskiftet ikkje vil bli gjennomført så tidlig som i 2017 pga. summen av utfordringar som har vore avdekka gjennom deira ulike prøveprosjekt.

Utvikling av naudmeldetenesta

- Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å medverke til vidare utbygging av Naudnett i tråd med endringane i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013.

Helse Vest har eit felles prosjekt for innføring av naudnett, kombinert med lokale mottaksprosjekt. Det regionale helseføretaket har gjennomført opplæring av instruktørar, og startar opplæring av radiobrukarane i kommunar og helseføretak i januar 2015.

Det blir samhandla godt mellom dei regionale helseføretaka, lokale helseføretak og HDO Nødnett HF (Helsetjenestens driftsorganisasjon for Nødnett).

Like prosedyrar for regionen er vedtatt og blir implementert ved oppstart. Det er, og har vore, god samhandling med kommunane.

Planlagd oppstart er mars 2015, gitt at nasjonale tekniske utfordringar er løyst.

Utfordringar i prosjektet er knytt til uavklara rolleforståing mellom Helsedirektoratet og HDO/RHF. Dette har det vore arbeidd med over lang tid for å finne løysing på.

4.3 Rapportering og oppfølging

- Kostnader på pasientnivå (KPP)

4.3.1 *Kostnader på pasientnivå (KPP)*

Dei regionale helseføretaka har fått i oppdrag å implementere kostnader på pasientnivå innan 1. januar 2017. Første halvår 2014 hadde Helse Vest ein aktivitet som, mellom anna, innebar å identifisere moglege løysingar for KPP og gjere ein utgreiing av marknadssituasjonen for KPP i Norge. Helse Vest skal levere ein plan for korleis KPP skal innførast i Helse Vest den 1. april 2015.

4.4 Andre aktuelle saker i 2014

Styret i Helse Vest har fått samla gjennomgangar av arbeidet med og status for innsatsområda i Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 i omfattande styresaker medio og ultimo 2014. Gjennomgangane har gjort greie for status for spreiing og implementering av tiltaka og effekten av desse. Sentralt i dette er Helse Vest sitt arbeid med automatiske målingar og framvising av indikatorar i Styringsportalen. Styret har også blitt orientert om resultata av pasienttryggleikskulturundersøkinga i Helse Vest, resultata av Pasopp 2013 (pasienterfaringar med norske sjukehus) og om St.meld. 11 (2014-2015) «Kvalitet og pasientsikkerhet 2013». Helse Vest avventer Helse Nord sin modell for årleg gjennomgang av kvaliteten i helseføretaka basert på samanliknbar statistikk.

5 Styret sitt plandokument

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

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

5.1 Utviklingstrendar og rammevilkår

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

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 skjelettlidingar er årsaka til nær halvparten av sjukefråveret og ein tredel av uførepensjonane. Psykiske lidingar er utbreidde.

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

Pasienttryggleik er dei siste åra blitt eit eige satsingsfelt i helsetenesta. Meir kompleks behandling, særleg når behandlinga blir gitt til pasientar med behov for hjelp frå fleire fagområde/einingar, er ei utfordring for pasienttryggleiken. Denne utfordringa må møtast med ulike etablerte og nye tiltak. Dette er omtalt nærmare i kapittel 5.2.2.4.

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

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

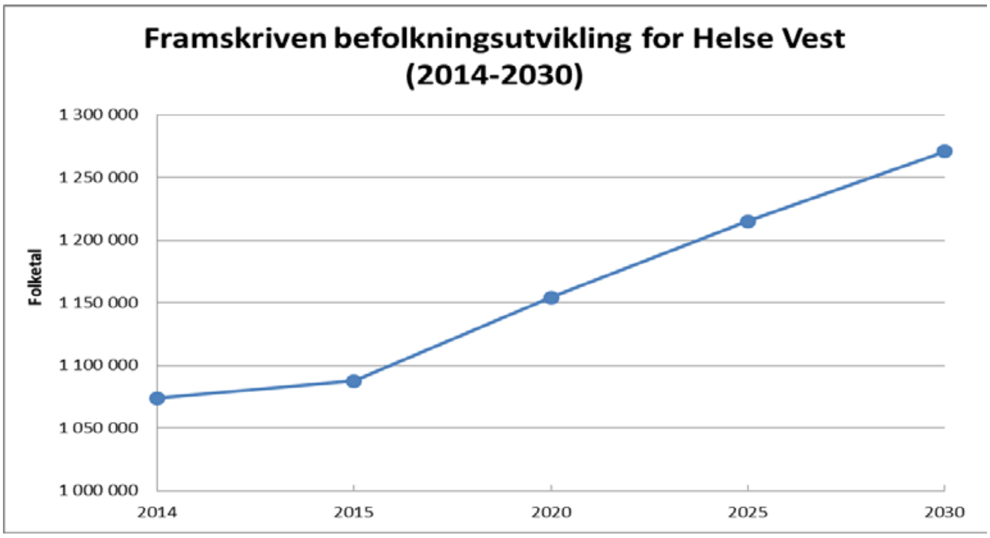
5.1.1 *Utviklinga innafor opptaksområdet*

Behovet for helsetenester innafor opptaksområdet er venta å auke som følgje av dei same forholda som er omtalte under kap.5.1: endra samansetnad og ei auke i befolkninga, helsetilstanden til folk, den medisinske teknologien og endra forventingar

til helsetenestene. Plandokumentet byggjer på HELSE2020, strategidokumentet og grunnlagsdokumenta.

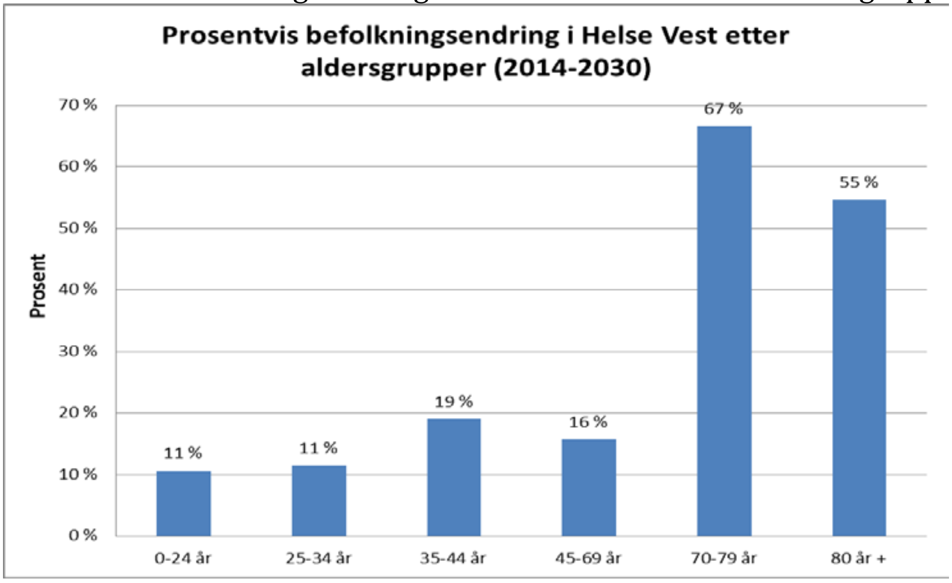
5.1.1.1 *Befolkningsutvikling*

Det er venta ein auke og endra samansetnad i folketalet i Helseregion Vest på 18 prosent i perioden 2014–2030. Ein reknar med stor variasjon i befolkningsutviklinga i dei fire helseføretaka – frå 22 prosent i Helse Stavanger til 6 prosent i Helse Førde.



Den største auken vil komme i aldersgruppa 70–79 år, som vil gå opp med 67 prosent frå 2014 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 (2014–2030)



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

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

Eldre pasientar har eit relativt større forbruk av sjukehustenester, 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.

5.1.1.2 *Sjukdomsutvikling*

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

Samtidig viser følgjeforskinga til Nordfjordprosjektet at sjukehusbruken er svært skeivt fordelt blant pasientpopulasjonen: 10 prosent av pasientane med høgast liggjedøgnforbruk stod for heile 44 prosent av den totale bruken. Kjenneteikn ved gruppa av dei med høgast bruk av helsetenester er at dei var eldre, dei hadde ulike og kroniske 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 innafor førebyggjande verksemd vil elles først og fremst vere knytt til forsking, utvikling av kunnskap om årsakene og verknadene som endra levevanar kan ha, og rådgiving

relatert til det. Ansvaret for såkalla sekundær- og tertiærførebygging er samtidig ein del av ansvaret til Helse Vest. Målet med denne typen arbeid er todelt. For det første kan det medverke til ein betre livssituasjon for pasientar som er eller har vore på sjukehus. Dernest kan vellykka førebygging bidra til å hindre uønskte reinnleggingar og dermed gi redusert press på tenestene.

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

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

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

Ei meir usikker, men potensielt krevjande utfordring er knytt til epidemiar og utviklinga av multiresistente bakteriar. 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.

5.1.1.3 *Helsefagleg utvikling*

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

Hovudtrekk i utviklinga i medisinsk metode og teknologi:

Område	I dag	Mogleg utvikling mot 2020
Biletdanning og biletdannande 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)	Forsking med sikte på å dyrke vev frå pasienten. Behandling med stamceller som blir utvikla til ønska type vev.	Nydyrka vev frå pasienten sjølv blir viktigare, spesielt innafor 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.
Stamcelle-behandling	Eksperimentelle dyreforsøk med godt resultat, ikkje nådd same resultat med pasientar.	Usikkert når og i kva omfang dette kan bli nytta i medisinsk behandling

Den faglege og medisintekniske utviklinga 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.

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

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

Ei metodevurdering er ei kunnskapsoppsummering av forsking om effekt og tryggleik (ei systematisk oversikt) og ei vurdering av konsekvensar, som oftast helseøkonomiske. Metodevurderingar kan gjerast lokalt i helseføretaka med minimetodevurdering (mini-HTA), som hurtig metodevurdering for tidleg vurdering av ein enkelt metode eller som fullstendig metodevurdering, 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 innafor dei eksisterande avgjerdstrukturane i RHF-a. Avgjerda blir koordinert med Helsedirektoratet når det gjeld nasjonale faglege retningslinjer.

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

5.1.1.4 *Forventingar til helsetenesta*

Pasientrolla har gått gjennom store endringar dei siste tiåra. Pasienten blir meir aktiv og velinformert, men pasientane er likevel ikkje ei homogen gruppe. På den eine ytterkanten finn vi ressurssterke pasientar som utnyttar dei tilboda som finst. På den andre sida finn vi 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, velinformert brukar av helsetenestene.
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 ressurssvake pasientar
Bevisstheit om kostnadane ved helsetenesta	Eigendel til fastlege med portvaktsfunksjon	Spesialisthelsetenesta skaper kostnadsmedvitne pasientar. Førebygging bli premiert.
Forventing om kvalitativ god behandling og god oppleving av behandlinga	Manglande koordinering mellom fagområde og behandlingsnivå	«Saumlause» behandlingskjeder. 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. Kunnskap om mogeleg effekt og biverknadar av dei mest aktuelle metodene må formidlast

5.1.1.5 *Behov for aktivitetsvekst*

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

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

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

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

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet med innspel til statsbudsjettet for 2016 (datert 301.11.14) som alle dei regionale helseføretaka har samarbeidd om, er det tilrådd ein aktivitetsvekst på om lag 1,9 prosent i 2016 innafor somatikk. Det tek høgde for demografisk vekst, nødvendig realvekst og ekstra aktivitet for å redusere ventetida. Det er tilrådd at aktivitetsveksten i psykisk helsevern blir 2,3 prosent for vaksne og 1,6 prosent for barn og unge. Det inneber også ein aktivitetsvekst for å redusere ventetida. I tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengige blir det tilrådd ein aktivitetsvekst på 2,1 prosent.

5.1.2 ***Økonomiske rammeføresetnadar***

Drift

Den endelege inntektsramma for 2015 for helseføretaka er fastsett i møte 04.02.2015 under sak 005/15 B Konsernbudsjett 2015. Det blei i denne saka vedteke følgjande resultatkrav:

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus-apoteka vest	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2015	80 000	46 000	200 000	5 000	13 000	1 000	0	345 000

Budsjettopplegget legg til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 2,15 prosent på frå 2014 til 2015. Veksten er rekna på nasjonalt nivå frå anslag for 2014, basert på aktivitet og rekneskap for første tertial og mai 2014. Det er lagt til rette for ein vekst på 6,0 prosent innanfor offentleg poliklinisk aktivitet, som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorium og radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF-ordninga, er det lagt til rette for ein vekst på 1,6 prosent frå anslag for 2014 til 2015. 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 skal vere ein høgare vekst innafor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innafor psykisk helsevern skal DPS og barn og unge prioriterast. Veksten blir målt blant anna gjennom endring i kostnader, personell, ventetider og aktivitet.

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 2015 framleis behov for å auke resultatnivået for å finansiere investeringsbehova framover. Helse Stavanger har eit negativt budsjettavvik i 2014, men leverer positivt økonomisk resultat. 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 069/14 B Langtidsbudsjett 2015–2019 til Helse Vest RHF styret.

Helse Vest har i langtidsbudsjettet lagt opp til eit samla resultatnivå på om lag 550 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 vil i tillegg til BUSP fase I, som er godt i gang, gjelde BUSP fase II, som vil starte opp i 2015/16. I tillegg vil sjukehusutbygginga ved Helse Stavanger ha eit stort lånebehov. Helse Vest vil komme tilbake til lånebehovet i Helse Stavanger på eit seinare tidspunkt. Det kan og bli aktuelt å søkje om lånefinansiering for den planlagte utbyggjinga ved Haugesund sjukehus og Førde sjukehus.

Under styresak 005/15 B har styret fastsett følgjande investeringsbudsjett for 2015:

Samandrag investeringar (Budsjett 2015)

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Bygg - tilgjengelig ramme	75 000	50 000	802 000	35 400	5 600			968 000
Medisinteknisk utstyr	124 000	30 000	165 000	23 000	3 850			345 850
IKT				1 700		260 000		261 700
Anna	181 000	10 000	113 000	16 300	1 180			321 480
Tilpassing investeringsnivå ift. finansieringsgrunnlag			-132 000					-132 000
Sum investeringar 2015	380 000	90 000	948 000	76 400	10 630	260 000	0	1 765 030

Det finansielle grunnlaget for å gjennomføre investeringsbudsjettet er som følgjer:

Kontantstrøm til å dekke investeringar i 2015:

Beløp i heile tusen kroner	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Apoteka	HV IKT	RHF	TOTAL
Resultat til styrking av finansieringsgrunnla	80 000	46 000	200 000	5 000	13 000	1 000	0	345 000
+ Avskriving	238 800	124 180	450 000	101 750	4 432	203 654		1 122 816
+ Nedskriving anleggsmidlar	0	1 077						1 077
= Kontantstraum frå drifta	318 800	171 257	650 000	106 750	17 432	204 654	0	1 468 893
+/- Førebels resultatavvik 2014	-15 000	8 500		10 000	-3 300	4 000	425 700	429 900
+ Nedskriving 2014	0				-			0
+ Opptak av nye lån, Busp 1-2			125 000		-			
- Avdrag lån	-52 000	-15 084	-68 000	-9 870				-144 954
- Tilførsel av likviditet til Helse Vest IKT	-25 000	-5 972	-24 000	-8 082	-	63 054		0
+ Sal av anleggsmidlar			42 000		-			42 000
+/- Likviditet overført frå 2014	109 000	52 790	219 000	-41 570			110 000	449 220
+/- annet		2 170		8 000				10 170
Finansielt grunnlag	**335 800**	**213 661**	**944 000**	**65 228**	**14 132**	**271 708**	**535 700**	**2 255 229**
+ Interne lån overført fra 2014	50 000			60 000			-110 000	0
+ Internt lån 2015	25 000		4 000				-29 000	0
Finansieringsgrunnlag investeringar inkl interne lån	410 800	213 661	948 000	125 228	14 132	271 708	396 700	2 255 229
Investeringsplanar i HF-a	380 000	90 000	948 000	76 400	10 630	260 000	0	1 765 030

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

5.1.3 *Personell og kompetanse*

Rekruttering og kompetanse

Føretaksgruppa har gjennomført analyser som gir god oversikt over behov for framtidig personell. Det er også etablert eit godt og tett samarbeid med utdanningsinstitusjonane. Dette er viktig for å sikre rett kompetanse til å møte framtidas utfordringar i

spesialisthelsetenesta. Det er etablert felles prosessar for all rekruttering inkludert innleige og studentar, for å sikre utlysing og tilsetting i faste heile stillingar.

Helse Vest har utarbeidd ein regional analyserapport, som kunnskapsgrunnlag for kompetanse og rekruttering. Styret behandla rapporten i desember 2014. Rapporten viser kva utfordringar ein står ovanfor i ulike personellgrupper fram mot 2030, og korleis Helse Vest vil møte dei. Analyserapporten vil inngå som grunnlag for arbeidet med Helse2020 og Helse2030.

Det regionale helseføretaket skal, saman med helseføretaka i regionen, greie ut det vidare behovet for helsepersonell innanfor dei ulike faggruppene i eit perspektiv som strekkjer seg fram mot 2020. Det skal utarbeidast sårbarhetsanalysar, som blir samanstilt med demografisk utvikling, alderssamansetting og utvikling i sjukdomspanorama. I tillegg skal det saman med helseføretaka utarbeidast ein plan for korleis riktig kompetanse og personell skal rekrutterast, ikkje minst når det gjeld å kunne gjennomføre samhandlingsreforma.

Helse Vest deltek i arbeidet med framskriving til ny nasjonal helse- og sjukehusplan. Det er og etablert eit interregionalt prosjekt for å gjennomføre framskrivingar av forventa aktivitet innanfor somatikk, psykisk helsevern og TSB, basert på demografiske data (SSB) fram til 2030. Som ledd i prosjektet skal ein utvikle ein modell som viser dei personellmessige konsekvensar av aktivitetsframskrivinga. Med utgangspunkt i forventa effekter av modifiserande faktorer skal det gjennomførast korrigerande analyser for aktivitet og personalmessige konsekvensar. Analysene skal støttast av følsomhets- og risikoberekningar.

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

Føretaksgruppa har lagt ned eit stort arbeid med å etablere gode kompetanseplanar og oppgåvevurderingar, og arbeidet vil halde fram i 2015 med ytterlegare satsingar gjennom prosess- og teknologistøtte. Kompetanseplanar og oppgåvevurderingar er strategisk viktige når føretaka skal identifisere kompetansebehova og satsingsområda for føretaka fram i tid.

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

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 eigne tilsette, studentar, vikarar og andre.

Studentar og lærlingar
Helseføretaka har samarbeid med universitets- og høgskulesektoren for å sikre at studentane får den kompetansen som føretaka etterspør. Tilsvarande arbeid er òg gjort mot utdanningane på vidaregåande nivå. Nye fagskuletilbod er etablert, og fleire vil kome hausten 2015. Det er viktig å sikre god tilgang til dyktige studentar og lærlingar innanfor ulike faggrupper.

Det er 284 lærlinger i 2014 mot 223 i 2013. Av de 284 lærlingene er 73 utplasserte av kommunane. Dette er ei auke på 27 prosent fra 2013

Studentane som har praksis i føretaka blir førebudde på praksisperioden på lik linje som for nytilsette medarbeidarar. Studentane blir registrerte inn i rekrutteringsportalen, og det blir oppretta kunnskaps- og kompetanseprofil på kvar student. Alle gjennomførte 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 med å registrere på den same profilen. Verktøyet som blir nytta til gjennomføring av kurs og registrering av kompetanse er i kontinuerleg utvikling.

Oppgåveplanlegging og oppgåvedeling
Det er lagt ned mykje arbeid med å førebu arbeidet med avansert ansvars- og oppgåveplanlegging. Ein har i dette prosjektet hatt fleire pilotavdelingar i kvart av helseføretaka gjennom 2014. Dette er gjort for å få erfaring og sikre metode og prosesstøtte, som blir tilgjengelege konsept for alle einingar. Ein har valt å prioritere legane i piloteiningane i ulike spesialitetar. Avansert oppgåveplanlegging på tvers av einingane vil også i 2015 stå heilt sentralt som eit viktig organisasjonsutviklingsprosjekt. Gjennom prosjektet med avansert oppgåveplanlegging har oppgåvedelinga fått endra fokus. Avansert oppgåveplanlegging er knytt til «Alle møter» og skal sikre at utrullinga av avansert oppgåveplanlegging skjer i samsvar med felles regional tilnærming. Dei tillitsvalde og vernetenesta er involverte i arbeidet gjennom deltaking i prosjektorganisasjonen.

Oppgåvedeling er eit viktig tiltaksområde, som det blir stor fokus på i 2015 og framover, jf styresak 142/14. Det er viktig å identifisere og kartleggje behova for etter- og vidareutdanning og rett dimensjonering av personellbehovet, basert på erfaringane av pilotprosjekta i avansert oppgåveplanlegging, og andre tiltak som er gjennomførte i 2014. God arbeidsplanlegging er viktig når vi skal leggje til rette for gode pasientforløp, og å utforme arbeidsplanar. Alle føretaka deltek i arbeidet, og det er viktig at alle får vere med å førebu og gjennomføre gode pasientforløp.

5.1.4 *Bygningskapital – status og utfordringar*

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

Alle helseføretaka har kartlagt status for bygningsmassen ved hjelp av MultiMap. Det er 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.

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

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

- 0-alternativet - som inneberer at helseføretaket i prinsippet blir drive vidare basert på dei lokalane ein rår over i dag, samstundes som det blir lagt vekt på bygningsmessige oppgradering av desse. Andre nødvendige arealbehov vil bli dekka gjennom nybygg på eksisterande tomt eller gjennom leige av nødvendige lokalar utanfor Våland.
- Trinnvis utbygging til nytt sjukehus på ny tomt
- Trinnvis utbygging på Våland
- Nytt sjukehus på ny tomt - utbygging i eitt byggetrinn

Det blir parallelt gjort vurdering av føretaket si evne til å finansiere utbygginga. Styret i Helse Stavanger HF behandla i møte 12. juni 2014 (sak 43/14 B) Langtidsbudsjett 2014-2025. Her blei sjukehusutbyggingsprosjektet vurdert i samanheng med føretaket sin finansieringsplan og økonomiske bæreevne. Langtidsbudsjettet sine berekningar viser at føretaket har økonomisk bæreevne til å realisere eit utbyggingsprosjekt på kr 8 mrd. i perioden fram til 2025. Dette vil gi ein antatt utbygging på ca. 100 000 m2.

Ny rullering av Langtidsbudsjettet (LTB 2016 – 2025) vil bli lagt fram til behandling i styret i mai-juni 2015. Økonomisk bæreevne og moglegheit til å realisere sjukehusutbyggings-prosjektet vil bli eit viktig element også da.

Det er lagt opp til at konseptfasen blir gjennomført og vidaresendt til ekstern kvalitetssikring (KSK) i løpet av 2015. Dette inneber at skisseprosjekt og transportanalyse må vere klar innan utgangen av mai 2015. Konsekvensvurdering frå kommunane og oversikt med tilhøyrande kostnadsoverslag av lokaliseringsalternativ med rekkefølgjetiltak og infrastrukturtiltak samt finansiering vil bli innarbeidd i konseptrapporten innan utgangen av juni 2015. Føretaket ønskjer at kommunane, fylkeskommunen, Statens vegvesen samt fylkesmannen blir gitt høve til å gi høyringsuttale innan utgangen av september 2015.

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

Våren 2013 blei det utarbeidd ein overordna plan for å nå minimumsstandard for føretaket sine bygg. Planen blei handsama av styret i juni 2013 i sak 59/13 A. Planen er basert på at følgjande tiltak blir gjennomført parallelt:

- Sanering og avhending
- Arealutvikling og nybygg
- Investeringsbudsjett
- Drift- og vedlikehaldsbudsjett

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

I perioden 2013 – 2014 har Helse Fonna HF gjennomført ein idèfase for Haugesund sjukehus i tråd med mandat, gjeldande lovverk og retningslinjer for denne typen prosjekt, som eit første steg i oppfølginga av utviklingsplan for Helse Fonna. Styret i Helse Fonna HF godkjente den 17. november 2014 i sak 80/14 rapport i frå idéfase Haugesund sjukehus, samt mandat for konseptfasen. Målsetjinga er at arbeidet med konseptfasen skal startast primo 2015. Ei utbygging ved Haugesund sjukehus skal ikkje kome i vegen for naudsynt vedlikehald av dei andre sjukehusa og bygga i føretaket.

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

Helse Bergen har, med basis i dei økonomiske resultata 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 begge fasane for BUSP er nå vedteke i Stortinget.

Arealplanen blei sist 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 Barneklinikken, og dels for å gje eit kapasitetsmessig grunnlag for, på sikt, å renovere sengeetasjane i Sentralblokka. Bygginga av Sengebygg sør blei starta 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. Hausten 2013 vart det opna 10 nye thorax- og dagkirurgiske operasjonsstover. Mottaksklinikken er vedtatt på forprosjektnivå og byggjearbeida er i gang.

Investeringsprogrammet til Helse Bergen, blir i all hovudsak finansiert gjennom avskrivingar 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 50/70 prosent lånefinansiert.

Helse Førde
Kartlegging av bygningsmassen i samband med strategisk og taktisk planlegging vart gjennomført i 2011. Samla vekta teknisk tilstand var vurdert til 1,4, som er noko høgare enn snittet i RHF'et. «Måtiltak» er rekna til 425 millionar. Føretaket har per dato 87 000 m^2 i eigen bygningsmasse, og leiger i tillegg i overkant av 6700 m^2 eksternt. Tilstandsregistreringa vart oppdatert første kvartal 2014, og viser ein noko betra gjennomsnittleg tilstandsgrad. I hovudsak skuldast dette sal av Florø sjukehus, men også arealplan NSH og generell oppgradering har påverka dette i positiv retning.

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

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

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

Ved FSS er arbeidet starta med planlegging av tiltak i samsvar med utarbeidd arealplan. Første trinn på dette er Bygg aust. Det er gjennomført idèfase og konseptfase i høve til «Tidlegfaseveileder for sykehusbygg» for dette prosjektet. Resten av tiltaka i arealplan FSS er tenkt samla i ein «stor pakke» med kostnad over 500 millionar. Det er lagt planar for at denne pakken skal førast fram til konseptfasestadium i løpet av 2015.

5.2 Strategiane og planane til det regionale helseføretaket

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

5.2.1 *Overordna mål og strategiar – HELSE 2020*

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. Det er no starta opp eit arbeid med ny revidering som skal føre til strategidokumentet HELSE 2030.

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

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

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

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

For å sikre god og trygg pasientbehandling satsar Helse Vest på forsking, 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 det blir lagt til rette for at pasientane kan medverke på eit godt sett i eigen behandling
- at pasientane får utgreiing og behandling innan fastsette fristar, slik at det ikkje oppstår fristbrot
- at ventetidene blir reduserte, særleg på område med lange ventetider, inkludert 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 innafor kreftkirurgien, blir fordelte
- at forskinga blir styrkt mellom anna i dei mindre helseføretaka i samarbeid med universiteta og høgskulane
- at arbeidet med å sikre høg kvalitet på tenestene blir vidareutvikla
- at ein aktivt følgjer opp den medisintekniske utviklinga, og at ein gjennom nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta styrer korleis ny teknologi og nye metodar blir innførte og brukte, etter kvart som det ligg føre dokumentasjon

5.2.2 ***Prioriterte helsefaglege utviklingsområde***

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

5.2.2.2 *Unngå fristbrot og redusere ventetider*
Helse Vest har i 2014 vidareført fokuset på tiltak for å unngå fristbrot og redusere ventetida til behandling. Dette arbeidet vil halde fram også i 2015, i tråd med Helse Vest sin strategi om kjøp av helsetenester frå private.

Hovudfokus vil framleis vere på å etablere gode rutinar for å handtere tilvisingar, vurdere rettar, 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.

Helse Vest RHF set differensierte krav til helseføretaka om ventetider i 2015, med lågare ventetider for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne og TSB, enn for somatikk.

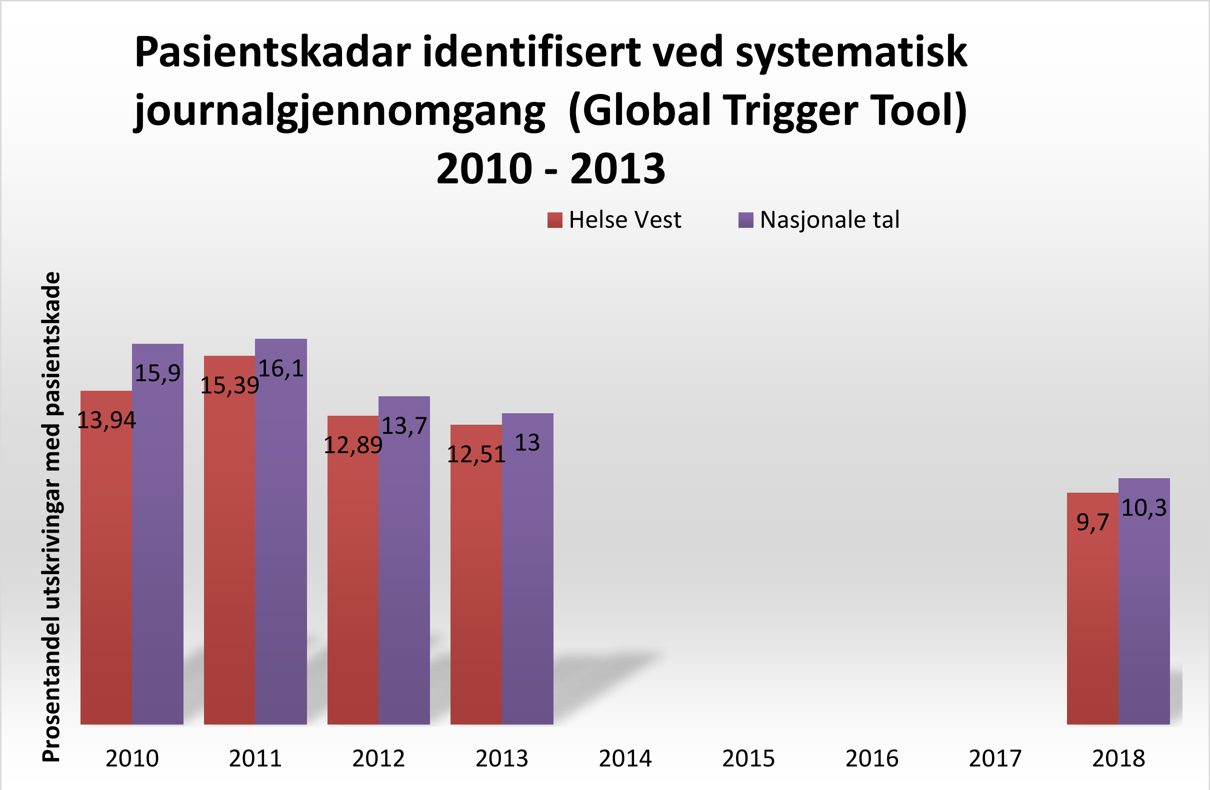
5.2.2.3 *Prioritering*
Rett prioritering i tråd med prioriteringsforskrifta er grunnlaget for god pasientbehandling og god ressursutnytting. Det er utvikla nasjonale rettleiarar på dei

fleste fagområda. Reviderte rettleiarar blir tatt i bruk i 2015. 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.
- Obligatoriske e-læringskurs i prioritering
- Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering: Primærhelsetenesta har ei sentral rolle for utløysing av spesialisthelsetenester. Samarbeid med primærhelsetenesta er viktig for å sikre at pasientane får behandling på rett nivå til rett tid.
- Overvaking av forbruksratar i regionen: Helse Vest har som mål å få på plass praktiske løysingar for å kunne overvake fordelinga av ratane for tenesteforbruket i regionen.
- Tilpasse tenestene til endringane i pasient- og brukarrettslova når desse blir sette i verk.

5.2.2.4 *Program for pasienttryggleik*

Styret i Helse Vest vedtok i 2013 direktiv for Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013–2018. Utgangspunktet for programmet er ein visjon om at pasientar ikkje skal komme til unødig skade på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. For perioden 2013–2018 har programmet som mål å halvere talet på pasientskadar som kan unngåast i spesialisthelsetenesta. Programmet skal etter programperioden vere ein del av den tenkinga som blir lagd til grunn for alt pasientretta arbeid i Helse Vest. Program for pasienttryggleik i Helse Vest er ei vidareføring av kvalitetssatsinga og byggjer mellom anna på pasienttryggleikskampanjen og Stortingsmelding 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.*



Ein gjennomgang av journalar til pasientar som var innlagde i sjukehusa i 2010, viste at om lag fjorten prosent av pasientane opplevde ein skade i samband med sjukehusopphaldet. For 2013 var talet 12,5 prosent. Målsettinga er at ved utgangen av 2018 skal det vere skade i mindre enn 9,7prosent av utskrivingane. Legemiddelskadar og infeksjonar var dei vanlegaste skadetypane. Andre uønskte hendingar med konsekvens for pasientane var fall og utvikling av trykksår (liggjesår). Det er sett i gang spesifikke tiltak for å redusere desse skadane. Innafor psykisk helsevern er det sett inn tiltak for å hindre sjølvmord i samband med sjukehusopphaldet. Det er også satt inn tiltak for å hindre overdose etter utskriving frå rusinstitusjon. Forløpet og behandlinga til pasientar med hjerneslag er sikra i eit eige tiltak. Fornya innsats for å auke kunnskap om hjerneslag i befolkninga blir sett inn etter mønster av informasjonskampanjen i 2014.

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 er først sett inn. Tiltak mot skadar i samband med gastro-enterologisk kirurgi blir starta i 2015. Arbeidet i programmet blir også sett saman med strukturering av pakkeforløp ved kreftsjukdomar for å hindre skadar på grunn av sein diagnose og behandling.

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

Dei ulike delane av programmet skal drivast fram som felles regionale prosjekt der eit av føretaka er pådrivar og prosjektleiar. Dei andre føretaka i regionen er deltakarar med kvar sine lokale prosjektleiarar. I samband med prosjekta blir beste praksis identifisert,

og tiltaka blir piloterte før implementeringa skjer. Det blir lagt vekt på å komme fram til gode indikatorar som kan brukast til å måle effekt av tiltaka. Arbeidet med indikatorar må koordinerast med arbeidet i datavarehuset for styringsdata innafor kvalitet og pasienttryggleik.

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

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

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

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

Kunnskapen om kvalitetsforbetring må framleis aukast og 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.

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

5.2.2.5 *Innføring av nye metodar og teknologi*

Helse Vest har i 2014 delteke i etableringa og vidareutviklinga av eit nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta (jf. omtale i punkt 5.1.1.3 om fagleg utvikling).

Bestillerforum RHF er sett saman av fagdirektørane i kvart RHF og representantar frå Helsedirektoratet. Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk deltek med observatørar. Fagdirektøren i Helse Vest RHF har frå oppstarten i mai 2014 hatt leiarskapet i Bestillarforum og vil også ha dette i 2015.

Systemet for innføring av nye metodar er under etablering. Det er sett i gang eit arbeid for å kvalitetssikre prosessen frå rapportane er ferdigstilte og fram til beslutning i Beslutningsforum. Beslutningsforum er set saman av dei fire administrerande direktørane i dei regionale helseføretaka, og er leia av administrerande direktør i Helse Nord RHF. I tillegg har dei regionale brukarutvala ein observatør, som p.t. er leiar av det regionale brukarutvalet i Helse Sør-Øst RHF.

5.2.2.6 *Pasientlogistikk og prosessbetring*

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

I 2015 vil det vere særleg merksemd på innføring av pakkeløp ved mistanke om kreft.

Heilskaplege pasientforløp må inkludere pasientopplæring (læring og mestring).

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

5.2.2.7 *Oppfølging av samhandlingsreforma*

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

Meldinga tek utgangspunkt i tre utfordringar:

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

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. Kommunal medfinansiering fell bort frå 2015.

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 utviklar døgntilbod for akutthjelp. Til no er omlag halvdelen av plassane oppretta.

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 medverke 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 medverke til å vidareutvikle lokale samarbeidstiltak med basis i avtalane og føringar i samhandlingsreforma, og gjennom det mellom anna bidra til å sikre gode pasientforløp med «trygge overgangar»
- å medverke til å utvikle og utveksle gode eksempel på samarbeidstiltak i føretaksområda som kan støtte samhandlingsreforma
- å medverke til at intensjonane i samhandlingsreforma også kan realiserast innafor psykisk helse og rus
- å medverke til å utvikle elektroniske samhandlingsløysingar som kan støtte realiseringa av samhandlingsreforma
- å medverke til å utvikle relevant styringsinformasjon både i helseføretaka og samla for Helse Vest

5.2.2.8 *Regional plan for kirurgi*

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

Målet med planen har vore å trekkje opp overordna prinsipp og føringar for utvikling av tenestetilbodet innafor kirurgi i Helse Vest, med basis i nosituasjonen og den venta utviklinga. Planen er eit grunnlag for vidareutvikling av tilbodet innafor kirurgi i regionen og i det enkelte helseføretaket. Det er og i 2015 behov for fokus på oppfølging av planen.

I samband med planarbeidet blei det òg gjort ei ny vurdering av oppgåvefordelinga innafor kreftkirurgi. Det har vore fokus på funksjonsfordeling der det er lågt volum på tenestene. Lågvolumkirurgi 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 og vil bli samordna med arbeidet med implementering av pakkeforløp for kreft i 2015. 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 innafor kreftomsorga med større volum på tenestene. Styret i Helse Vest vedtok plan for brystkreft 6. mars 2013. Plan for prostatakreft blei 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.

5.2.2.9 *Regional plan for spesialisthelsetenester til eldre*

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

- tverrfaglege geriatriske einingar
- samanhengande behandlingskjeder 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 innafor utdanning og forsking. Fleire geriatarar vil bli utdanna. Det er etablert samarbeidd med universiteta om bistillingar og oppretta eit regionalt kompetansesenter innafor eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger.

5.2.2.10 *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.

5.2.2.11 *Regional plan for psykisk helse*
Helse Vest utarbeida ein revidert regional plan for psykisk helse i 2011. Planen gir føringar for utviklinga frå 2011 til 2015. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen ligg til grunn. Den regionale planen viser korleis tenestetilbodet skal utviklast med bakgrunn i måla og føringane som er gitt:

- Å styrkje og utvikle psykisk helsevern for barn og unge (høgaste prioritet)
- Å utvikle DPS-a til fagleg gode behandlings- og rehabiliteringstilbod med vekt på tidleg hjelp i samarbeid med kommunane og på meir spissa funksjonar ved sjukehusa
- Å 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 er framleis behov for å styrkje DPS-a mellom anna med gode akutttenester gjennom døgnet, ambulante tenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkninga sine behov for vanlege spesialisthelsetenester er dekte. 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.

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

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytte til avtalespesialistane:

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

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

Det er etablert ei koordinatorordning som kan nyttast ved tilvising.

I regjeringserklæringa (Sundvolden-erklæringa) er det mellom anna nedfelt at regjeringa vil "øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer". På denne bakgrunn har det i 2014 vært ført ein dialog om avtalespesialistordninga mellom Helse- og omsorgsdepartementet, dei regionale helseføretaka, Den norske legeforening og Norsk Psykologforening.

Dei regionale helseføretaka vil i 2015 reforhandle rammeavtalane med både Legeforeningen og Psykologforeningen med sikte på 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.

5.2.2.13 *Regional plan for rus*
I desember 2014 vedtok styret ein ny regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015 - 2019. Planen er ei revidering av plan for området frå 2006 og skal liggje til grunn for vidare utvikling av tenestar innan rusbehandling i helseføretak og private leverandørar i området.

Dei seinare åra har det vore fokus på pasienten sitt forløp og på samanheng i tenestene, både internt i spesialisthelsetenesta og mellom nivå. I den nye planen er det derfor gjort eit forsøk på å beskrive utfordringar i tenestane i eit forløpsperspektiv frå tilvising, til vurdering av tilvising, til behandling og fasen etter behandlinga. Overgangar er sårbare fasar og det er sentralt å sikre informasjonsflyt og at pasienten er sikra kontaktpunkt. Det er også tatt med i planen korleis tenestene kan medverke til å oppdage problem med rusmiddel på eit tidlig stadium og korleis tenestene kan samarbeide på tvers av nivå. Auka samhandling mellom nivå krev god dialog, interesse og respekt for kvarandre sin kompetanse.

I planen er det også vektlagt at tenestetilbodet skal vere lett tilgjengelig for pasienten. Fleire tiltak er knytt til dette, mellom anna at alle helseføretaksområda skal etablera brukarstyrte plassar.

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

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

1. Brukarmedverknads- og meistringsperspektivet må liggje til grunn i møte med rusmiddelavhengige.

2. I samarbeid med kommunane må det leggjast vekt på tidleg hjelp.

3. Tenestetilbodet må vere differensiert og ha ei breidd som er tilpassa ulike behov.

4. Tenestene må vere fleksible og møte personar med rusmiddelproblem på nye arenaer når det er tenleg.

5. Tenestetilbodet må vere heilskapleg og støtta med nødvendig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetenesta og andre viktige partar gjennom forløpet.

5.2.2.14 *Regional plan for habilitering og rehabilitering*
Den regionale planen blei vedteken av styret i Helse Vest i desember 2006 (styresak 124/06). Følgjande strategiske satsingsområde ligg til grunn for ei langvarig styrking av fagfeltet:

- Samhandling og etablering av samhandlingsarenaer
- Fagutvikling og forsking
- 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.

Det pågår no eit arbeid med å revidere den regionale planen for habilitering og rehabilitering med utgangspunkt i sak 136/13 til styret i Helse Vest. Ein tek sikte på at den reviderte planen blir lagt fram for styret hausten 2015.

Kjøp av rehabiliteringstenester frå private supplerer tenestene i helseføretaka. I 2014 blei det gjennomført ei ny anskaffing, og nye avtalar med private rehabiliteringsinstitusjonar gjeld frå 01.01.2015. Dei nye avtalene vidarefører styrkinga

og spesialiseringa av rehabiliteringstilbodet som blir kjøpt frå private. I anskaffinga blei det stilt auka kvalitetskrav, og tilbodet til menneske som ikkje er sjølvhjelpne blei auka.

5.2.2.15 *Beredskap og smittevern*

Regional plan for helsemessig- og sosial beredskap blei sist revidert i 2011. Det er starta eit arbeid med ny revidering, der målet er ein ferdig revidert plan i juni 2015. Regional smittevernplan blei revidert i 2012 og gjeld ut 2015. Tuberkulosekontrollprogrammet er revidert og gjeld frå 2014.

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

Ved siste rullering blei det m.a. lagt vekt på følgjande:

- Omstrukturering og forenkling av planverket.
- Tydeleggjering av roller og ansvar.
- Samordning med nasjonale helsemyndigheter og planverket til dei andre regionale føretaka.
- Implementering av nasjonalt og regionalt arbeid innafor CBRN- og legemiddelberedskap.
- Implementering av erfaringane frå pandemien i 2009.
- Inkludering av beredskap ved interne hendingar.
- Inkludering av Helse Vest IKT AS i beredskapsplanen.

Regional plan for helsemessig og sosial beredskap er ein rammeplan som omtaler roller og ansvar både når det gjeld administrasjon, førebygging og handtering. Planen er ikkje eit operativt planverk for bruk i ein beredskapssituasjon, men blir operasjonalisert gjennom beredskapsplanane til helseføretaka.

I revidering av ny plan vil det vere spesielt fokus på å klargjere og tydeleggjere samvirke internt og eksternt (mellom ulike nivå og med eksterne aktørar). Dette inneber også tydeleggjering av ansvar, roller og varslingsrutinar. Det vil i tillegg vere fokus på strategi for kompetanseheving på beredskapsområdet. Det blir også arbeida med å få ei lik forståing og bruk av sentrale omgrep, som grunnlag for eit godt samvirke.

5.2.3 ***Medisinske støttefunksjonar***

Helse Vest vil halde fram med å gå gjennom dei medisinske støttefunksjonane for å sikre

- at dei støttar den kliniske kjerneverksemda på ein effektiv måte
- at det er god kvalitet på tenestene
- at dei gir god ressursutnytting i eit regionalt og nasjonalt perspektiv

Dette vil i 2015 også vere sentralt i samband med innføring av pakkeforløp for kreft.

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

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

Det vil i 2015 bli sett i gang arbeid med ein samla plan for laboratorieverksemda, mellom anna for å utvikle felles rutinar for prøvetaking og analysar.

5.2.4 *Prehospitale tenester*

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

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

I Helse Vest er det gjort ei utgreiing i samband med etablering av ein virtuell AMK-sentral, som er sett saman av dei fire eksisterande sentralane. Løysinga inneber ein stor felles AMK-sentral i Helse Vest, beståande av 4 operasjonsrom. Under arbeidet med utgreiinga blei det synleggjort at det, uavhengig av virtualisering, er behov for nye IKT-løysingar i AMK-sentralane. Det er sett i verk eit nasjonalt anskaffingsprosjekt saman med dei andre helseregionane om anskaffing av slike løysingar. Det startar også opp eit organisasjonsutviklingsprosjekt i 2015, som ein følgje av konklusjonar i det avslutta utgreiingsprosjektet.

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

Det er ikkje gjort ei konkret vurdering av ambulansetenesta i alle helseføretaka, men sentrale prinsipp og føringar for utvikling av dei prehospitale tenestene er samanfatta i Plan for prehospitale tenester i Helse Vest. Planen ligg til grunn for utvikling av dei prehospitale tenestane i føretaka. Ny akuttmedisinforskrift vil bli lagt til grunn i arbeid med rullering av regional plan for prehospitale tenester.

5.2.5 *Forsking*

Forsking er saman med pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørande dei primære ansvarsområda til helseføretaka. Helse Vest vil framleis prioritere forsking, utdanning av forskarar og formidling og implementering av forskingsresultat. Det blir lagt vekt på:

- å styrke forsking gjennom samarbeidsorganet med universiteta
- styrke forsking innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk
- å dokumentere ressursbruken til forsking ved bruk av felles system

Det overordna målet i Helse Vest sin forskingsstrategi er å leggje til rette for forsking av høg kvalitet, der målet er å bringe fram ny kunnskap innafor alle deler av spesialisthelsetenesta sitt virkefelt.

Gjennom pasientnær klinisk forsking vil Helse Vest medverke til helsetenester av høg kvalitet, tilpassa pasientane sine behov. Helse Vest støtter årleg ca. 300 forskingsprosjekt i helseføretaka i regionen. Strategisk satsing over fleire år på forskingsnettverk innafor psykisk helse, har medført at fleire søknadar om forskingsmidler frå dette området og ein større del av forskingsmidlane går til psykisk helse.

Omlag 25 prosent av forskingsmidlane i Helse Vest skal bli satt av som strategiske forskingsmidlar. Dei strategiske midlane har tradisjonelt vore brukt for å heve forskingssvake område, understøtte nasjonale prioriteringar og støtte spesielt gode miljø som ein ønskjer skal heve seg ytterlegare.

Det regionale samarbeidsorganet har på bakgrunn av innspel i 2014 vedteke å lyse ut midlar til strategiske satsingar på følgjande område:

- Framtidsmedisin – stamcelleforsking, regenerativ medisin, partikkelterapi
- Habilitering og rehabilitering – solid forskingsdokumentasjon for betre helseteneste
- Helsetenesteforsking, inkludert pasientrapporterte data (PROM)
- Kirurgiske intervensjonar – forsking gjennom heile pasientforløpet
- Livsløp med god helse, med fokus på barn og unge
- Persontilpassa medisin – biomarkører og kliniske studiar

Helse Vest oppretta i 2007 to kompetansesenter på forskingssvake område: innafor habilitering og rehabilitering og innafor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helse Vest har ei tett oppfølging av desse sentera.

Det er også oppretta eit regionalt kompetansesenter innafor eldremedisin og samhandling i Helse Stavanger i 2011.

Den strategiske satsinga for rusområdet er forlenga.

Helse Vest RHF har samarbeida med dei andre RHF-a om fordeling av 100 millionar kroner (jf. statsbudsjettet, kapittel 732, post 78) til fleirregionale kliniske forskingsprosjekt. Dei skal støtte det etablerte nasjonale forskingssamarbeidet på tvers av dei regionale helseføretaka og gå til meir forsking knytt til satsingsområda hjerte- og karsjukdomar (Unikard), muskel- og skjelettplagar, alvorlege psykiske lidingar, helsetenesteforsking, kreftforskning, nevrologiske sjukdomar inkludert demens (Nevronor), samt smerte- og utmattingssjukdomar som CFS/ME, fibromyalgi og borreliose.

5.2.6 *Utvikling av nye IKT-løysingar*

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

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

Fortsatt systembygging og konsolidering av løysingar pågår for fullt.
Konsolidering av DIPS-løysinga i Felles EPJ er planlagt sluttført i første halvdel av 2015.

Anskasffingane av digitalt mediearkiv (DMA) og løysing for kurve og legemiddel (KULE) er gjennomført og legg grunnlaget for innføring av felles løysingar for alle HF-a på desse felta samt felles rutinar og arbeidsprosessar. Innføring og gevinstrealisering skal pågå i desse to prosjekta i perioden 2015-2017.

DIPS Arena, prosjektet som skal realisere neste generasjon pasientjournal, vil pågå i same periode, og sikre ein meir strukturert journal og betre støtte for beslutning og behandling.

Stavanger, 17.02.2015

Vedlegg:

1. Tabellrapportering
2. Årsmelding 2014 frå det Regionale brukarutvalet
3. Kommentarar frå det regionale brukarutvalet
   i Helse Vest. Blir lagt på bordet i styremøtet