

Styringsdokument 2008

Helse Stavanger HF

1	<i>Innleiing</i>	4
1.1	Generelt.....	4
1.2	Helse 2020	4
2	<i>Hovudområde for styring og oppfølging i 2008</i>	4
2.1	Generelt.....	4
2.2	Risikostyring og intern kontroll.....	5
2.3	Konsekvensanalysar og tiltak for omstilling i 2008	5
2.4	Auka kontroll med utviklinga i bemanninga.....	6
3	<i>Helsefaglege styringskrav</i>	7
3.1	Pasientbehandling	7
3.1.1	Aktivitet	7
3.1.2	Kvalitet.....	8
3.1.3	Prioritering	12
3.1.4	Nøkkeldata	12
3.1.5	Område med særskilt vektlegging	13
3.2	Forsking	20
3.3	Utdanning av helsepersonell	21
3.4	Opplæring av pasientar og pårørande.....	22
4	<i>Ressursgrunlaget</i>	23
5	<i>Økonomiske krav og rammevilkår</i>	26
5.1	Resultatmåling.....	26
5.2	Omstillingsutfordring og balansekrav	26
5.3	Investeringar	27
5.4	Låneopptak og driftskredittar	28
5.5	Rekneskapsføring.....	28
6	<i>Organisatoriske krav</i>	28
6.1	God verksemdstyring.....	28
6.2	Tiltak innanfor HR-området.....	29
6.3	Kommunikasjon og samhandling	31
6.4	Eigedom	32
6.5	Regional samhandling/prosjekt	32
6.5.1	Regionale prosjekt.....	32
6.5.2	Eigedomsprosjektet	33
6.5.3	Samarbeid med Helse Vest IKT AS.....	33
6.5.4	Samarbeid med Apoteka Vest HF	34
7	<i>Andre særskilte styringskrav</i>	34
7.1	Innkjøp.....	34
7.2	Pasienttransport.....	34
7.3	Innføring av automatisk innsending av frikort	35

7.4	Samordning av stab- og støttefunksjonar	35
7.5	Miljøleing.....	35
7.6	Bruk av frivillige mannskap i ambulansenesta	36
7.7	Fengselstenesta – krav om inngåing av avtaler	36
7.8	Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigedomar	36
8	<i>Rapportering</i>.....	37
9	<i>Vedlegg</i>.....	39

1 Innleiing

1.1 Generelt

Gjennom styringsdokumentet vil Helse Vest RHF gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2008. Styringsdokumentet skal klargjere dei premissar og rammer som gjeld for verksemda og inneheld resultatkrava som blir stilte til helseføretaka.

Det er likevel ikkje slik at dei samla krav til helseføretaka går fram av styringsdokumentet. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som skal vektleggjast og prioriterast. Desse oppgåvene må ein sjå i samanheng med dei mål, rammer og retningslinjer for helsetenesta som går fram av lov og forskrifter, Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument for 2008 til Helse Vest RHF og styringskrav frå eigar formidla i føretaksmøtet i Helse Vest RHF.

1.2 Helse 2020

Gjennom Helse 2020-prosjektet har Helse Vest utarbeidd ein felles føretaksplan og langtidsplan, jf. styresak 081/07 B Helse 2020 – Strategi for helseregionen. Den vedtekne planen skal gi retning for utviklinga fram mot 2020, leggje grunnlaget for prioriterte tiltak dei neste fire åra og vere styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektportefølje.

Helse 2020 er ein strategiplan for heile Helseregion Vest og legg føringar for utvikling av pasienttilbodet innan spesialisthelsetenesta i regionen. Det er derfor grunnleggjande at visjonen, verdigrunnlaget og dei overordna målsettingane er felles for heile helseføretaksgruppa og erstattar det som finst av lokale målformuleringar.

Kvart helseføretak har eit sjølvstendig ansvar for at strategidokumentet og kortversjonen (visjon, verdigrunnlag og målsettingar) blir gjort kjent i organisasjonen. Visjon, verdigrunnlag og målsettingar ligg fast for heile føretaksgruppa og skal danne grunnlag for dei vidare prosessane i kvart helseføretak.

2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2008

2.1 Generelt

Helse Vest RHF har eit samla ansvar for drift og investeringar innan sin helseregion. Det er avgjerande for Helse Vest RHF si langsiktige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at dei resultatkrav som blir sett blir nådd og at nødvendig omstilling og effektivisering blir gjennomført. Helse Vest RHF ser svært alvorleg på at førebels prognosar for resultat i 2007 indikerer at helseføretaksgruppa ikkje vil kunne innfri resultatkrava.

På grunn av manglande resultatoppnåing også i 2007 er det nødvendig å gi enda meir detaljerte føringar i styringsbodskapen for 2008. Dette er i samsvar med tilsvarande styringsbodskap frå Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Vest RHF vil oppretthalde dialogen med helseføretaka som blei etablert i 2007 i forhold til økonomistyring, for å sikre at ein oppnår dei resultatkrav som er sett. I tillegg vil Helse Vest RHF etablere ein tettare dialog for utvalde helsefaglege område og for utvikling i bemanninga. Sentrale element i styringa for 2008 vil vere tydelege krav til resultat, krav om tydeleg formell struktur og framleis satsing på internkontroll. Helseføretaka har ansvar for å melde frå til Helse Vest RHF om vesentlege avvik i forhold til planlagt måloppnåing.

Det vil bli halde oppfølgingsmøte mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF og helseføretaka kvar månad i 2008. Møta skal skje etter ein førebudd agenda og ha eit operativt fokus, sikre leveransar i tråd med bestilling og sikre rette prognosar.

Helse Vest RHF vil kvart tertial i 2008 gjennomføre avgrensa revisjonar i forhold til det resultatkrav som er sett.

Helse Vest RHF vil streke under at ein framleis ønskjer ei utvikling med satsing på fellesløysingar når slike løysingar sikrar anten betre pasientbehandling og/eller kvalitet og/eller økonomi. Helse Vest legg stor vekt på felles utviklingsarbeid innanfor sentrale område, og at helseføretaksgruppa held eit høgt fokus på overordna leiarskap, etikk og sikring av heilskapsperspektivet.

2.2 Risikostyring og intern kontroll

Helse Vest RHF vil i løpet av første kvartal 2008 ha utarbeidd eit konsept for internkontroll som vil bidra til å auke evna å nå dei mål som er sett. Internkontrollen skal sikre at aktiviteten i verksemda blir planlagt, organisert, utført og vidareført i samsvar med fastsette krav. I konseptet vil det bli gjort greie for korleis formidling og oppfølging av myndigheitskrav og eigarstyring mellom Helse Vest RHF og underliggjande helseføretak skal skje. Sentrale faktorar i dette konseptet vil vere risikostyring, plan- og tiltaksarbeid, evaluering og kontrollaktivitetar med påfølgjande rutinar for korrigeringar.

Helseføretaka skal gjere seg kjend med den konseptuelle overbygginga for korleis Helse Vest RHF organiserer og gjennomfører internkontroll og tilpasse sine egne internkontrollrutinar til dette.

Styret skal sjå til at helseføretaket har god intern kontroll, og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekkje avvik. Risikofaktorar som kan medverke til at måla til helseføretaket ikkje blir nådde, skal identifiserast og korrigerande tiltak som kan redusere faren for manglande måloppnåing, skal setjast i verk. Styringssystema skal tilpassast risiko og det som er vesentleg i høve til verksemda sine mål. Dei skal og ha nødvendig forankring i leiinga i heile organisasjonen.

Styret skal minimum ein gong i året ha ein samla gjennomgang av tilstanden i helseføretaket for vurdering av risiko, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følgje opp avvik. Rapport frå styret sin gjennomgang skal sendast Helse Vest RHF ved rapporteringa for 2. tertial 2008. I tillegg skal det bli gjort greie for styret sitt arbeid i Årleg melding.

2.3 Konsekvensanalysar og tiltak for omstilling i 2008

Det er viktig at det ved periodeavslutningar blir utarbeidd gode og realistiske prognosar for forventata resultat for året. Helse Vest RHF ser svært alvorleg på at det berekna avviket mot resultatkravet for 2007 auka mot slutten av året. Helse Vest RHF vil på denne bakgrunn ha ei meir aktiv oppfølging av helseføretaka si gjennomføring av omstillingsplanane i 2008 enn i 2007.

Helseføretaket skal setje i verk tiltak som skal medverke til at helseføretaket sitt styre har direkte kontroll med at omstillingstiltaka er konkretiserte og moglege å gjennomføre.

Helseføretaket skal til ei kvar tid ha ein plan med konkrete tiltak som viser nødvendig omstilling for å nå økonomisk balanse. Konsekvensane av tiltaka skal vere omtalte og framdriftsplanen for gjennomføring skal vere realistisk. Omstillingstiltak som kan medverke til kostnadseffektiv drift på lang sikt, skal bli prioriterte framfor kortsiktige eingongseffektar.

Nye tilbod eller ein vesentleg auke i eksisterande tilbod som blir planlagt, skal først bli behandla i styret i helseføretaket. I saksgrunnlaget for styrebehandlinga skal det liggje føre ei vurdering av konsekvensane der omfang, økonomi og framdrift skal kome fram. I tillegg skal helseføretaket beskrive kva for endringar tiltaket vil innebære for det samla tenestetilbodet og brukarane. Nye tilbod eller vesentleg auka aktivitet utover det som er fastsett i budsjett og styringsdokument, som medfører nye og utvida kostnader, skal ikkje setjast i gang før helseføretaket har kontroll på noverande drift og kan levere i samsvar med dei resultatkrav som er vedtekne.

Helseføretaket skal vidare ha etablert rutinar for oppfølging slik at alternative tiltak kan bli sette i verk ved manglande måloppnåing i planlagde tiltak.

Styret må sjå til at administrasjonen på ulike nivå har nødvendige ressursar, mellom anna tilstrekkeleg kompetanse og evne til gjennomføring til å møte dei store utfordringane som helseføretaket står ovanfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med dei tilsette og deira organisasjonar og det skal leggjast til rette for omstillingstiltak som er initierte av dei tilsette.

2.4 Auka kontroll med utviklinga i bemanninga

Det vil i 2008 bli sett ein øvre grense for talet på netto månadsverk, tilsette og samla ressursbruk til bemanning. Vidare vil det i 2008 berre bli gitt høve til å opprette nye legestillingar innan dei høgast prioriterte områda. Helse Vest RHF vil kome tilbake til begge desse sakene i eigne styresaker.

Den utarbeidde fullmaktsstrukturen er utforma slik at fullmakt til å tilsetje skal liggje på høgare eller same nivå som tildelt budsjettansvar. Tilsvarande skal gjelde for bruk av innleidd arbeidskraft og godkjenning av meirarbeid og overtid. Helseføretaka skal ha fokus på korleis dei kan sikre seg at avgjerder blir tekne på rett nivå.

Oppretting av nye stillingar som ikkje spesielt er tekne med i budsjettet, skal endeleg avgjerast av administrerande direktør personleg eller av nytt utval, jf. første kulepunkt nedanfor.

Helseføretaket skal

- innan 1. april 2008 ha etablert eit utval som skal godkjenne alle nyoppretta stillingar og tilsetjingar i vakante stillingar i helseføretaket. Utvalet må opprettast av administrerande direktør, og det skal etablerast instruks og fullmakter for utvalet.
- etablere rutinar for at eigne tilsette/vikarar blir omdisponerte på tvers av klinikkar, avdelingar og postar slik at bruken av innleidd personell kan bli redusert
- sikre rutinar ved tilsetting, oppretting eller omdisponering av stillingar som er omfatta av systemet for fordeling av legar
- gjennom aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging sikre at bemanninga er sett saman på ein måte som er tenleg i forhold til oppgåvene til føretaket.
- planleggje og gjennomføre avvikling av ferie på ein mest mogleg kostnadseffektiv måte. Det er eit felles ansvar for alle medarbeidarar, leiarar og tillitsvalde/vernetenesta å medverke til dette.

3 Helsefaglege styringskrav

Som del av den heilskaplege styringa i helseføretaksgruppa blir det vektlagt stadig auka fokus på styringa av det helsefaglege område. Dette omfattar løysingar knytt til arbeidet med kvalitet, prioritering, utvikling innanfor psykisk helsevern og rus, opplæring av pasientar og pårørande samt samhandling med kommunane. Til desse områda vil Helse Vest RHF stille større krav til oppfølging, dokumentasjon og tilbakemelding på oppdragsforståing og vurderingar på risikobilete.

3.1 Pasientbehandling

3.1.1 Aktivitet

Ressursramme og overordna føringar

Den ressursramma som blir stilt til rådvelde for helseføretaka, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga med 1,5 prosent frå 2007 til 2008, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2007–2008). Dette er rekna ut frå prognosen per første tertial 2007 for aktivitetsnivået i 2007.

Aktiviteten innanfor somatikk skal i 2008 ikkje vere høgare enn nivået i 1. tertial 2007 med tillegg for kodeforbetring. Det skal vere ein vekst innanfor psykisk helsevern og rusbehandling. Auka tilskot gjennom opptrappingsplanane for rusfeltet og for psykisk helse kjem i tillegg til dette.

Prioriteringa av pasientane skal skje i tråd med lov og forskrift, uavhengig av dei aktivitetsbaserte tilskota.

Finansieringssystemet for somatisk, poliklinisk aktivitet er lagt om frå 1. januar 2008, jf. Sosial- og helsedirektoratet sitt rundskriv IS – 1520 Innsatsstyrt finansiering 2008.

Det er viktig at helseføretaka har fokus på:

- at det skjer ein vekst innanfor psykisk helsevern og rusbehandling
- at det øyremerkte tilskotet innanfor psykisk helsevern og rusfeltet skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for, dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga
- at det øyremerkte tilskotet til helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde innanfor prosjektet "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for, dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.

"Raskare tilbake" – helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde

Det er innført ei ordning for helse- og rehabiliteringstenester for å bringe sjukmelde raskare tilbake i arbeid. Det blir vist til tidlegare utsendt informasjon om avtaleordning for helse- og rehabiliteringstenester.

Helseføretaka skal:

- etablere tenestetilbod i tråd med føresetnadene for ordninga, jf. brev datert 21.11.2007.
- sørge for at tilboda innanfor "Raskare tilbake" blir etablerte som tilleggsverksemd, dvs. tydeleg avskilde frå den ordinære aktiviteten.

For å utvikle tilbodet i ordninga er det etablert regionalt samarbeid med NAV i dei tre fylka i regionen, og fastlegane er informerte. Helseføretaka har ansvar for å:

- gradvis tilpasse tenestetilbodet til meldte behov. Fastlegane er bedne om å melde behov til ei eiga etablert adresse i det lokale helseføretaket.
- ha tydelege behandlingsforløp i forhold til tilvisande instansar. Det må leggjast vekt på at desse behandlingssløpa/produksjonslinjene blir kommuniserte til tilvisande instansar, då dette synest å vere avgjerande for at tilvisar tar ordninga i bruk.
- gi pasientane eit tverrfagleg og heilskapleg tilbod

Det er etablert rapporteringsordningar og system for dokumentasjon og sporing. Det konkrete oppgjeret for kvar pasient er stykkprisbasert, og er basert på dei ordinære rapporteringskanalane innanfor dei aktivitetsbaserte ordningane (i hovudsak NPR-record og POLK) med ei særskilt merking av pasientane i ordninga.

Helseføretaka skal i denne samanheng:

- etablere styrings- og kontrollsystem som sikrar at midla blir nytta etter hensikta. Dette inneber at det skal etablerast eige prosjektnummer med reknekapsføring av inntekter og kostnader i eit eige prosjektrekneskap. Det er ikkje hensikta at det skal lagast ein fullstendig rekneskap for alle kostnader knytt til behandlinga.
- rapportere månadleg i fastlagt mal
- sørge for ei særskilt merking av pasientane i ordninga i dei ordinære rapporteringskanalane
- kostnadsføre pasienten sine transportkostnader gjennom løyvinga. Det blir ikkje gitt ekstra kompensasjon for administrative kostnader i det enkelte helseføretak gjennom dei inntektene ordninga gir.

Helse Vest RHF vil avklare nærmare detaljar om ordninga i brev til helseføretaka og gjennom oppfølgingsmøte, der også status for og erfaringsutveksling om ordninga vil vere tema.

3.1.2 Kvalitet

Regional kvalitetssatsing

Kvalitet er sentralt i det langsiktige strategiarbeidet i Helse 2020 og er forankra i styresak 117/05 Strategiplan for arbeid med kvalitet i Helse Vest. Kvalitetssatsinga skal vere lokalt forankra og sentralt koordinert. Det er sett ned ei styringsgruppe for kvalitetssatsinga, og det er etablert eit kvalitetsforum med deltaking frå helseføretaka, private institusjonar, brukarar og konserntillitsvalde. Kvalitetsforumet er eit koordinerande bindeledd mellom RHF-et og helseføretaka/institusjonane.

Helseføretaka er ansvarlege for å:

- leggje til rette for ein kultur for læring og forbetring, der organisasjonen kollektivt lærer av feil og systemsvikt.
- integrere og prioritere systematisk kvalitetsarbeid i verksemda på lik linje med andre hovudoppgåver og som ein del av den daglege verksemda.
- ta sjølvstendige initiativ til eigne tiltak i kvalitetsarbeidet i større omfang enn tidlegare.
- bruke resultat frå kvalitetsindikatorar, medisinske kvalitetsregister, pasientsikkerheitssystem, tilsynsrapportar og erfaringar frå brukarane for å forbetre og justere tenestene.
- delta og bidra aktivt i den regionale kvalitetssatsinga gjennom styringsgruppe og kvalitetsforum.

- forankre den regionale kvalitetssatsinga lokalt gjennom m.a. å arrangere kvalitetsdag, internt informasjonsarbeid, og følgje opp kvalitetsutviklingsprosjekt som har fått regionale prosjektmidlar.

Kvalitetssatsinga føreset arbeid på fem temaområde; kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik, måling av resultat og internkontroll. Kvalitetssatsinga har fokus på kvalitet i kjerneverksemda, og dermed på dei fire første tema. Det femte temaet, internkontroll, omhandlar ikkje kvaliteten i kjerneverksemda, men legg nødvendige rammer rundt arbeidet og har fokus på styring, risiko og kontroll, jf. punkt 2.2 ovanfor om risikostyring og intern kontroll.

Helse Vest vil tidleg i 2008 lyse ut midlar til kvalitetsutviklingsprosjekt. Prosjekt som er knytte opp mot føringar i styringsdokumentet og som tek vare på overføring av kunnskap i regionen, vil bli prioriterte. Helseføretaka må i denne samanheng:

- bidra til at det kjem fram gode søknader, og prioritere mellom dei, og følgje dei opp i etterkant.

Kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd

Helseføretaka har ansvar for følgjande:

- Bruke eksisterande og nye nasjonale retningslinjer for å oppnå likebehandling. Dette gjeld spesielt nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for kreftbehandling (www.shdir.no/kreft/handlingsprogrammer), retningslinjer for bruk av TNF-alfa-hemmarar m.m. (jf. brev av 10.01.08.) og retningslinjer for bruk av medisin mot MS (www.shdir.no/publikasjoner/retningslinjer).
- Bidra i det nasjonale arbeidet med å identifisere og utvikle nye retningslinjer, og implementere dei retningslinjene som blir utarbeidde.
- Leggje vekt på klart dokumenterte samanhengar mellom volum og kvalitet i organiseringa av tenestene
- Betre tilbodet til slagagramma i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling og organisering av tenestetilbodet.
- Bruke databasen www.mednytt.no som grunnlag før innføring av nye medisinske metodar, og leggje forskning frå kunnskapsoppsummeringar til grunn for medisinsk og anna helsefagleg verksemd.
- Bruke www.helsebiblioteket.no, og bidra til vidareutvikling av databasen ved å gjere retningslinjer og prosedyrar som er utvikla i helseføretaket, tilgjengelege gjennom Helsebiblioteket.
- Hente ut fordelane av Helsebiblioteket ved å gå gjennom tidsskriftsabonnement og liknande, og unngå å bruke ressursar på tenester som er fritt tilgjengelege i Helsebiblioteket.

Helse Stavanger/Helse Bergen får i oppdrag å:

- gi minst to eksempel på kvalitetsforbetring som konsekvens av kliniske forskingsprosjekt.

Pasientfokus for å møte pasientane på ein god måte

Helse Vest har starta opp arbeid med å utvikle standardiserte web-baserte verktøy for pasienterfaringsundersøkingar i samarbeid med helseføretaka.

Helseføretaka skal setje fokus på følgjande tiltak:

- Gjennomføre analysar av reinnleggingar på 1-2 avdelingar i kvart helseføretak (ved bruk av validerte instrument). Resultata skal dokumenterast.

- Opningstider ved sjukehusa skal vurderast både ut frå behovet for å yte god service og god ressursbruk og ut frå dialog med organisasjonane til dei tilsette.
- Leggje til rette for bruk av tolketenester, og evt. andre hjelpemiddel, når det er behov for det. Dette gjeld særleg for døve og sterkt hørselshemma, den samiske befolkninga og innvandrarbefolkninga.
- Samarbeide med Kunnskapssenteret om nasjonale pasienterfaringsundersøkingar og kvalitetsmålingar.
- Arbeide med utvikling av gode pasientforløp/samanhengande tiltakskjeder på tvers av nivåa i helsetenesta.
- Arbeide med utforming av gode og samanhengande pasientforløp internt på sjukehusa. Særleg må det leggjast vekt på at pasientar med samansette lidingar, med behov for behandling ved fleire avdelingar på same sjukehus, får eit koordinert og samanhengande tilbod.
- Gjennomgå drifta ved poliklinikkane for å frigjere kapasitet til nyttilvisingar og for å redusere ventetidene. Resultata skal dokumenterast.

Pasienttryggleik - redusere risiko for utilsikta hendingar

Helseføretaka har ansvar for følgjande:

- Alle einingar som driv pasientbehandling skal i løpet av 2007 ha etablert faste møte for evaluering av uønska hendingar (skadar, komplikasjonar, unaturlege dødsfall, andre utilsikta hendingar). Desse møta skal vere tverrfaglege. Det skal rapporterast på oppfølging kvart tertial.
- Uønska hendingar skal rapporterast i felles elektronisk system i regionen – Synergi. Det er under utarbeiding felles web-basert rapporteringssystem. Systemet vil gi oversikt over risiko og risikoreduserande tiltak på fleire nivå, og vere kjelde for tilbakemelding, læring og forbetring.
- Uønska hendingar skal rapporterast til Nasjonal eining for pasienttryggleik, og helseføretaka skal samarbeide med eininga for å sikre læring og forbetring.
- Vidareføre arbeidet i kliniske etikk-komitear og inkludere tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar, og sikre desse nødvendige rammer og ressursar.

I 2008 blir det innført obligatorisk registrering og rapportering av data om personskadar ved akuttmottaka på somatiske sjukehus. Helse Vest skal arrangere informasjonsmøte og opplæring i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Helseføretaka skal i denne samanheng:

- delta på informasjonsmøte i mars/april 2008 for leiarane av akuttmottaka
- delta i opplæring i registrering av personskadar i ein eigen skaderegistreringsmodul.
- implementere skaderegistrering

Det vil i 2008 bli arbeidd vidare med pasienttryggleik, inkludert legemiddelhandtering og -tryggleik (drug safety).

Måling av resultat som grunnlag for forbetring

Helseføretaka må bidra til utvikling og bruk av venteliste- og prioriteringsinformasjon, og ha fokus på følgjande:

- Gjennomsnittleg ventetid for rettighetspasientar innan somatikk skal ikkje auke.
- Ventetida skal reduserast innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og for vaksne (VOP) og innanfor rusbehandling.

- Ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidningar eller rusmiddelmissbruk skal vente meir enn ti dagar på vurdering (lengre frist ved vurderingssamtale) av rett til nødvendig helsehjelp, eller meir enn maksimalt 90 dagar (65 virkedagar) før behandling seinast blir sett i verk, der det ligg føre rett til nødvendig helsehjelp, jf. ny ventetidsgaranti som trer i kraft i 2008. Det vil bli gitt nærare informasjon når tidspunkt for iverksetjing er klarlagt.
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar på planlagd avrusing skal reduserast.
- Det skal vere eit system for å overhalde behandlingsfristar og dermed unngå fristbrot.
- Ingen rettighetspasientar skal vente meir enn seks månader.
- Det skal sikrast tilstrekkeleg kapasitet for å unngå bruk av korridorsenger. Helse Vest føreset at Helse Stavanger følgjer opp brev frå Helsetilsynet datert 24.12.07 om overbelegg og korridorpasientar.

Helseføretaka skal vidare:

- rapportere data til nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i eige og andre helseføretak
- ta del i utviklings- og standardiseringsarbeid for helsefagleg styringsinformasjon (jf. òg punkt 1.1.4) og bidra til eit felles datagrunnlag tufta på nasjonale standardar

Helse Stavanger får ansvar for:

- utprøving av systematiske fagrevisjonar som pilotprosjekt.

Helse Bergen får ansvar for å:

- utvikle, drifte og nytte dei nasjonale kvalitetsregistra som er lagt til Helse Bergen på den mest tenlege måten i tråd med retningslinjene i Nasjonal helseplan. Det blir vist til punkt 3.5.7 om nytt nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte som blir lagt til Helse Bergen
- delta i arbeidet med å utvikle ein felles teknologisk infrastruktur for dei nasjonale kvalitetsregistra, leidd av Helse Midt-Noreg, og delta i arbeidet med å etablere ein nettverksstruktur for alle nasjonale register.

Samhandling

Helsetenester av god kvalitet er kjenneteikna av at tenestene er heilskaplege og samanhengande. Det er difor viktig at helseføretaka har fokus på samhandling, og:

- vidarefører og utviklar arbeidet med lokale samarbeidsavtaler med kommunane. Dette skal skje i tråd med føringane i Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet og tilhøyrande rettleiar. Avtala er inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS).
- vidareutviklar samarbeidet om pasientretta samhandlingstiltak ovanfor prioriterte pasientgrupper.
- samarbeider med kommunane for å sikre at pasientar med psykiske lidningar og rusmiddelmissbruk som har store og samansette behov, får god oppfølging på riktig omsorgsnivå.
- følgjer opp lokale avtaler med barnevernet slik at barn og unge som har behov for tenester både innan psykisk helsevern for barn og unge, tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og barnevern, får samanhengande og heilskaplege tilbod. Vi viser til avtale mellom Helse Vest RHF og Bufetat Region vest.
- følgjer opp intensjonsavtalen mellom Helse Vest RHF og Statped Vest.

- etablerer rutinar som sikrar at det blir starta opp arbeid med individuell plan for dei pasientane som har rett til, og ønskje om, ein slik plan.

3.1.3 Prioritering

Der er eit mål at pasientane er sikra eit likeverdig tilbod på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Pasientane skal prioriterast i samsvar med prioriteringsforskrifta, overordna mål, rammer og retningslinjer. Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriterast framfor pasientar med behov for anna helsehjelp.

Det er eit mål at praktiseringa av prioriteringsforskrifta blir meir einskapeleg. Helse Vest skal setje i verk tiltak for å jamne ut skilnader mellom helseføretaka når det gjeld kor mange som blir tildelte rett til nødvendig helsehjelp i dei ulike pasientgruppene. Dette inneber at det må gjerast prioriteringar på tvers av diagnosegrupper. Nasjonale rettleiarar for praktisering av prioriteringsforskrifta på ulike fagområde er under utarbeiding i eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka og Sosial- og helsedirektoratet, og rettleiarane/retningslinjene for dei ulike fagområda skal takast i bruk etter kvart som dei blir ferdigstilte.

Helseføretaka skal:

- bruke dei felles regionale retningslinjene for prioritering innan dei ulike fagområda inntil dei blir avløyste av nasjonale retningslinjer i 2008
- bidra i det nasjonale arbeidet med rettleiarar for prioritering
- bruke nasjonale retningslinjer etter kvart som dei blir utarbeidde for å oppnå likebehandling
- gjennomføre opplæring for einingane og for leiargrupper i samråd med Helse Vest

Helse Vest skal i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet gå gjennom avgjerdsprosessar i samband med kostbart utstyr og kostbare medikament, med sikte på å etablere felles rutinar i dei regionale helseføretaka. Helseføretaka må:

- bidra i det nasjonale arbeidet i samband med investeringar i kostbart utstyr og medikament

3.1.4 Nøkkeldata

Det er eit mål å ha gode og gjennomgåande system for oppfølging av tenestene. Tertialvis rapportering av indikatorar til HOD blir vidareført i 2008 med nokre mindre endringar i indikatorsettet. Oversikt over indikatorane finst i vedlegg 1. Rapporteringsmal blir sendt til helseføretaka.

Arbeidet med å samle aktivitetsdata innan somatikk, VOP og BUP, data på ventetider og prioritering i eit felles regionalt datavarehus, har blitt forseinka. For å betre progresjonen, blir arbeidet i 2008 etablert som eige prosjekt med eigen prosjektleiar og prosjektgruppe.

Det er vidare viktig at helseføretaka har fokus på følgjande:

- Bidra i det regionale arbeidet med å utvikle innhaldet i datavarehuset vidare, og vere med på å kvalitetssikre datakjeldene som skal leggjast inn i datavarehuset.
- Sikre at utvikling av eventuelle eigne styringsdata byggjer på dei same prinsipp for datafangst som dei som er etablerte i det regionale prosjektet.
- Kvalitetssikre talgrunlaget for aktivitetsdata, ventelistedata og nasjonale og regionale indikatorar innanfor somatikk, BUP, VOP og rusfeltet.
- Sørgje for at aktivitetsrapporteringa blir godkjent for rapportering på nytt NPR-format (XML).

- Implementere nytt prosedyrekodeverk HRRP for fagområda habilitering, rehabilitering, rusbehandling og psykisk helsevern i 2008, og gjennomføre intern opplæring i bruk av prosedyrekodeverket.

3.1.5 Område med særskilt vektlegging

Lokalsjukehus

Befolkninga skal ha tilgang til eit heilskapeleg og desentralisert sjukehusstilbod, som til dømes sikrar nærleik til akuttfunksjonar og fødetilbod. Funksjonane ved lokalsjukehusa må vere innpassa i ein samanhengande behandlingsskjede.

I samband med arbeidet med heilskapelege behandlingsskjeder er det sett i gang ei utgreiing av AMK-sentralar og prehospitale tenester. Departementet vil kome tilbake til dette i eige brev til Helse Vest RHF. Regional plan for prehospitale tenester vil bli styrebehandla i februar.

Det er under utarbeiding ein nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og Helse- og omsorgsdepartementet tek sikte på å sende eit utkast til strategien på høyring i 2008.

Helseføretaka må arbeide vidare med utvikling av lokalsjukehusa, og:

- betre funksjonsdelinga mellom sjukehusa, for på den måten å fremje kvalitet i pasientbehandlinga. Kreftkirurgi som primærbehandling skal skje ved sjukehus med tilfredsstillande pasientvolum og kompetanse, og i tråd med regional kreftplan
- sikre at utviklings- og omstillingsprosessar er gode og involverer aktuelle aktørar, jf. rapport om "Lokalsjukehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede"
- innrette og organisere lokalsjukehusfunksjonane, også ved dei store sjukehusa, ut frå behova i dei store sjukdomsgruppene og dei pasientgruppene som treng tett oppfølging (som sjuke eldre og kronisk sjuke).

Helse Bergen får ansvar for å:

- vurdere behov og kapasitet for dialyse i Bergensområdet, og fremje forslag til organisering og dimensjonering i samråd med Haraldsplass Diakonale Sykehus. Handteringa må skje innanfor ressursramma.

Spesialisthelseteneste for eldre

Helse- og omsorgsdepartementet har under utarbeiding ein strategi for spesialisthelsetenester for eldre, jf. Nasjonal helseplan 2007–2010 og St.meld nr. 25 (2006–2007) *Mestring, muligheter og mening*.

Det er eit mål at spesialisthelsetenesta i samarbeid med dei kommunale tenestene, mellom andre fastlege og pleie- og omsorgstenesta, bidreg til heilskapelege behandlingsskjeder og rehabiliteringsskjeder, innretta mot eldre pasientars behov.

Rapporten "Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetenester for eldre – forslag til mål og strategier" (IS-1498) utarbeidd av Sosial- og helsedirektoratet er i denne samanhengen eit rettleiande dokument.

Helse Vest vil ta initiativ til eit regionalt arbeid for å gjennomgå tenestene til dei eldre og særskilt vurdere tiltak for å styrkje tilbodet til eldre med samansette lidningar, under dette også korleis tenestene bør organiserast. Arbeidet vil byggje på overordna mål og strategiar.

Helseføretaka må:

- delta i arbeidet og utvikle tenestene i tråd med dei føringane som vert trekt opp.

Psykisk helsevern

Hovudmålet for psykisk helsevern er å bidra til at pasientane blir uavhengige, sjølvstendige og har evne til å meistre eige liv. Eit sterkt brukarperspektiv, desentraliserte tenestetilbod med vektlegging av kommunane og nært samarbeid med andre spesialiserte tenester – særleg tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige – er sentrale element i arbeidet.

Opptrappingsplanen på rusfeltet må sjåast i nær samanheng med arbeidet innanfor psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen for psykisk helse blir avslutta i 2008. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen skal likevel framleis leggjast til grunn for utforming og organisering av tenestetilbodet. Som hovudprinsipp skal ordinære verkemiddel og gjeldande styringssystem ovanfor regionale helseføretak leggjast til grunn for staten si styring av området etter 2008.

Helse Vest vil i 2008 ha særleg fokus på dekningsgraden og ventetider innanfor barne- og ungdomspsykiatrien, utvikling av dei allmennpsykiatriske tenestene ved DPS-a og utvikling av akuttfunksjonane.

Helse Vest vil vidare leggje til rette for betre integrering av avtalespesialistane i høve til "sørgje for" ansvaret, med sikte på å oppnå ei god oppgåvefordeling mellom avtalespesialistar og anna spesialisthelseteneste. Tilvisingar til spesialisthelsetenestene innanfor psykisk helsevern må vere koordinerte, slik at pasientar slepp å kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp.

Helseføretaka må ha stor merksemd på følgjande:

- Målet om 5 prosent dekningsgrad innanfor barne- og ungdomspsykiatrien skal nåast innan utgangen av 2008. Helse Vest vil ha ei særskilt oppfølging på dette.
- DPS-a skal vere fagleg og bemanningsmessig i stand til å ta seg av dei allmennpsykiatriske behandlingsbehova hos pasientane mens sjukehusavdelingane skal ha ansvar for meir spesialiserte funksjonar. Ressursfordelinga mellom sjukehusavdelingar og DPS må tilpassast oppgåvefordelinga. Sjå DPS-rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet.
- Overvaking av overbelegg og tidleg utskriving ved akuttavdelingane. Tiltak må setjast i verk dersom det er risiko for overbelegg. Talet på plassar må aukast dersom det er nødvendig.
- Bruk av korridor plassar i akuttpsykiatriske einingar/korttidseiningar er ikkje akseptabelt.
- Sørgje for at barn som har foreldre med psykiske lidingar eller rusmiddelmissbruk, blir identifiserte og vurderte i forhold til eventuelle hjelpebehov og oppfølging.
- Ny ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykisk lidingar eller rusmisbruk som blir innført i 2008, jf. punkt 1.1.2 om måling av resultat.
- Vidareutvikling av tilbodet til personar med spiseforstyringar.

Regionale fagmiljø

Helse Bergen og Helse Fonna skal:

- følgje opp dei regionale fagmiljøa for autisme som er lagde til føretaka, jf. brev datert 07.09.06 og mandatet for regionale fagmiljø for autisme.

Helse Stavanger skal:

- følgje opp oppdraget med å etablere regionalt fagmiljø for ADHD, narkolepsi og Tourettes syndrom, jf. brev datert 30.11.07.

Alle helseføretaka skal bidra aktivt i dei regionale nettverka for autisme, ADHD, narkolepsi og Tourettes syndrom.

Helse Bergen har ansvar for å:

- byggje opp eit regionalt tilbod for døve/hørselshemma med psykiske lidingar, jf. brev datert 08.11.06.

Rehabilitering og habilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering som blei lagt fram i St.prp. nr 1 (2007–2008) og regional plan for habilitering og rehabilitering (styresak 124/06), skal vere retningsgivande for det langsiktige arbeidet for at rehabilitering og habilitering skal få ein riktig plass i tenestene i tråd med overordna mål. Eit leiarfokus på feltet er ein føresetnad for å lukkast. Viktig i denne samanheng er mellom anna arbeid med heilskaplege behandlings- og rehabiliteringsforløp på tvers av nivå, samhandling, brukarmedverknad og tilgjengelege og likeverdige tilbod. Planperioden er frå 2008 til 2011.

Prioritering og styrking av fagområdet

Helseføretaka har ansvar for følgjande:

- Prioritere og styrkje habiliterings- og rehabiliteringsområdet i tråd med Nasjonal strategi og regional plan, slik at fagområdet blir styrka innanfor dei ulike tenesteområda. Det er eit mål at rehabilitering blir tett integrert i den akuttmedisinske behandlinga.
- Ivareta ambulante rehabiliteringstenester som ein del av lokalsjukehusfunksjonen.
- Gi personar med utviklingshemming relevant oppfølging.
- Vidareføre arbeid med behandlings- og rehabiliteringstilbod til tinnitusramma.

Oppfølging av regional plan

Helseføretaka har ansvar for å:

- følgje opp regional plan for habilitering og rehabilitering, og eigen plan for feltet.
- sørgje for at helseføretaket har koordinerande eining med nødvendig kapasitet.
- vidareføre arbeidet med utvikling av gode pasientforløp for diagnosegrupper med kroniske lidingar, og vurdere lokalsjukehusa si rolle i behandlingsskjeda.

Helse Bergen har ansvar for å:

- vidareføre arbeidet med å etablere eit regionalt tilbod for pasientar med behov for tidleg og kompleks rehabilitering etter alvorleg hovudskade.

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering

Regionalt kompetansesenter er lagt til Helse Bergen. Helse Bergen må satse på og prioritere senteret, og dei andre helseføretaka må bidra aktivt i nettverkssamarbeidet.

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar

Helseføretaka har ansvar for å:

- vidareutvikle samhandlinga med dei private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonane. Ordninga med at pasientar kan bruke plassar i institusjonar i andre regionar utan at dette blir gjenstand for gjestepasientoppgjær mellom regionane, blir ført vidare i 2008.

Barnehabilitering

Helseføretaka må:

- vidareutvikle og styrkje barnehabiliteringstenestene.
- vurdere å vidareføre prosjekt innanfor intensiv trening for barn med funksjonshemming, som har fått prosjektmidlar frå Sosial- og helsedirektoratet, i ordinær drift.

Oppfølging av nasjonale strategiar m.v.

I 2006 blei det gitt ut nasjonale strategiar for utvikling av tenesta til pasientar med kreft, KOLS og diabetes.

Kreft

Den regionale kreftplanen har i stor grad teke opp i seg føringane frå den nasjonale kreftstrategien. Helseføretaka skal:

- følgje opp regional kreftplan og bidra i arbeidet med, og følgje opp, nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdom.

Diabetes

Helseføretaka skal:

- implementere og følgje opp måla i Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010, ved m.a. å etablere tverrfaglege diabetesteam og etablere tiltak for å redusere seinkomplikasjonar, m.a. fotamputasjonar.

KOLS

Helseføretaka skal:

- bidra i implementeringa av og følgje opp måla i ”Nasjonal strategi for KOLS-området 2006–2011”.

Kroniske smerter

Det er behov for å styrkje tilbodet for pasientar med kroniske smerter i samhandling med primærhelsetenesta. Helseføretaka må:

- leggje til rette for tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse for å møte utfordringane når det gjeld tilbodet for pasientar med kroniske smerter, m.a. ved smerteklinikkane.

Kronisk utmattingssyndrom - ME

Det blei i 2007 etablert eit nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME¹. Helseføretaka må:

- i samarbeid med kompetansenettverket sikre adekvat behandlingstilbod til barn og vaksne pasientar med kronisk utmattingssyndrom (CFS/ME)
- vurdere å bruke det nasjonale behandlingstilbodet som blir bygd opp i Helse Sør-Aust, til dei aller sjukaste pasientane.

Hørselsscreening av nyfødde

Helseføretaka skal:

- innføre hørselsscreening av nyfødde i tråd med ”Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn” frå Sosial- og helsedirektoratet (IS-1235).

Nasjonale og regionale kompetansesenter og funksjonar m.v.

Nasjonale kompetansesenter og lands- og fleirregionale, overnasjonale funksjonar

¹ Chronic Fatigue Syndrome (CFS), myalgisk encefalopati (ME)

Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Vest RHF, utarbeide eit heilskapleg forslag til kva for nasjonale kompetansesenter og kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar det er behov for. Vidare skal det utarbeidast forslag til kva for landsfunksjonar, fleirregionale og eventuelt overnasjonale funksjonar det er behov for. Behova skal vurderast i eit femårsperspektiv. Forslaget skal inkludere kvar sentra og funksjonane bør lokaliserast. Forslaget skal utarbeidast med utgangspunkt i fastsette kriterium, og sentrale aktørar skal involverast i arbeidet i tråd med nasjonale føringar.

Helseføretaka må:

- bidra i det nasjonale arbeidet

Landsfunksjonar, nasjonale og regionale kompetansesentra

Helse Stavanger har ansvar for:

- årleg rapportering i tråd med krava frå Sosial- og helsedirektoratet. Rapportane skal sendast til Helse Vest, med kopi til Samarbeidsorganet. Rapporteringskravet gjeld òg dei regionale kompetansesentra
- oppretting av faglege referansegrupper i tråd med krava

Andre oppfølgingspunkt

Nytt naudnett

Stortinget har vedteke at det skal innførast nytt naudnett i Noreg. Dette var planlagd innført i Helse Vest i 2008. Prosjektet er sterkt forseinka, og det er usikkert når innføring i Helse Vest vil skje.

Helse Vest RHF vil tilsetje to fagpersonar i ei 60 prosents prosjektstilling i løpet av 2008 for å sikre den regionale oppfølginga av prosjektet både i regionen og mot det nasjonale prosjektet. Helseføretaka skal i denne samanheng:

- delta i førebuande arbeid når det gjeld implementering av naudnett i regionen.

Operasjonar for sjukleg overvekt

Helse Stavanger vil bli beden om å operere 50 pasientar for sjukleg overvekt per år f.o.m. 2009, og må utvikle planar for dette. Planane må inkludere eit livsstilstilbod og tverrfagleg samhandling som er nødvendig for pasientgruppa. Helse Vest RHF legg til grunn at det blir brukt ein kostnadseffektiv metode i tråd med beste kunnskap (laparoskopisk gastric bypass eller tilsvarande) og i tråd med det ein finn av tilbod elles i landet.

Helse Stavanger må:

- byggje dette inn i sitt budsjettarbeid for 2009. Tilbodet skal byggjast innanfor gjeldande aktivitets- og ressursramme.

Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Opptrappingsplanen på rusfeltet for perioden 2007-2010 blei lagt fram i St. prp. nr. 1 (2007-2008). Eit mål er å styrkje kvaliteten og kapasiteten på tenestene innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), mellom anna legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er vidare eit mål å styrkje samhandlinga både i spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Opptrappingsplanen legg vekt på ambulant verksemd, på rutinar og samhandling for å unngå behandlingsavbrot og på ei styrking av tenestene for å ta vare på pasientar med både psykiske

lidingar og rusmiddelmissbruk (dobbeltdiagnosar). Det er eit mål at brukarane blir trekte meir inn i arbeidet på feltet, og at forskning og kompetanse blir styrkte.

Vidare er det eit mål at tiltaka for barn av personar med rusmiddelproblem og psykiske lidingar og dessutan rusmiddelavhengige som i tillegg til rusmiddelmissbruket sitt også har psykiske lidingar og/eller somatiske lidingar/sjukdommar, blir vidareførte og styrkte.

Helseføretaka har ansvar for å:

- styrkje kapasiteten innanfor akuttbehandling, avrusing og ambulante team.
- styrkje den helsefaglege kompetansen innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige generelt og i vurderingseiningane spesielt.
- sikre at dei somatiske akuttmottaka tar imot pasientar med behov for akutt rusbehandling, for eksempel gjennom kriseinntak eller akutt avrusing. Vi viser til brev frå HOD 21.12.07 med orientering om endring i lova om pasientrettar og i spesialisthelsetenestelova.

Oppfølging av regional plan

Helse Fonna / Helse Stavanger må:

- vurdere å utvikle større kapasitet lokalt til erstatning for en stor del av dei plassane som blir kjøpte som gjesteplassar.
- arbeide vidare med å realisere den lokale planen innanfor tilgjengelege økonomiske rammer og i tråd med føringane i opptrappingsplanen og styringsdokumentet.

Regionalt kompetansesenter

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning er lagt til Helse Stavanger. Helse Stavanger må satse på og prioritere senteret, og dei andre helseføretaka må bidra aktivt i nettverkssamarbeidet. Den regionale forskingsstrategiske planen for rusfeltet skal takast med i arbeidet.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

I samband med overtaking av LAR-senterfunksjonen for pasientar i eige føretaksområde, må Helse Stavanger / Helse Fonna:

- utarbeide ein plan for utvikling av tilbodet

Prioritering

Helseføretaka må:

- sikre ei god og eins vurderings- og prioriteringspraksis ved vurderingseiningane i eige opptaksområde, i tråd med nasjonale retningslinjer, jf. rettleiar IS-1505 frå Sosialhelsedirektoratet.
- sikre at alle pasientar som blir viste til TSB i eige opptaksområde, òg blir vurderte heilskapleg for behov for andre tenester innanfor spesialisthelsetenesta.

Samanheng i tenestene

Helseføretaka skal:

- vidareutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetenesta inkl. TSB, kommunale tenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR.
- ha rutinar ved utskriving etter avslutta behandling, eller ved behandlingsavbrot, som sikrar ei god oppfølging for kommunale tenesteytarar.
- samarbeide med Kriminalomsorga og leggje til rette for at innsette som får høve til dette, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringslova i institusjonar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Rapportering

Helseføretaka skal:

- rapportere kvart tertial til Helse Vest innanfor TSB
- rapportere forventede ventetider innan TSB til Fritt Sjukehusval.
- sørge for at alle pasientar som blir vist til behandling for rusmiddelavhengigheit og/eller skadeleg bruk av rusmidlar, blir registrerte i dei pasientadministrative systema med fagområde 360 RUS
- starte opp registrering og rapportering av aktivitetsdata frå TSB gjennom NPR-melding versjon 47.
- sørge for at registreringspraksis er i tråd med nasjonale føringar.

Punkta over gjeld for dei einingane i helseføretaka, som går fram av vedlegg 2.

Kvinnehelse

Det er viktig at kjønnspektivet blir integrert på ein god måte i verksemda. Menn og kvinner skal få likeverdig behandling for same typen plager. Spesielle utfordringar som er knytte til helsa til kvinner og menn, må møtast med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar. Tiltaka skal vere i samsvar med strategiplanen for kvinners helse, jf. St.meld.nr.16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Noreg*.

I denne samanheng må helseføretaka ha merksemd på:

- å arbeide med ei heilskapleg fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta.
- å utvikle lågrisikotilbod til kvinner med normale svangerskap og fødsjar.
- å sikre at mammografiprogrammet blir gjennomført i tråd med nasjonale føringar, mellom anna sikre gode tekniske kommunikasjonsmoglegheiter mellom dei ulike aktørane som er med i den praktiske gjennomføringa av programmet.

Organdonasjon og transplantasjonar

Det er eit nasjonalt mål å auke talet på donasjonar frå dagens 17 donasjonar per million innbyggjarar til 30 donasjonar. Det skal vere oppnemnd donoransvarleg lege ved donorsjukehusa i tråd med nasjonale retningslinjer. Ei nasjonal arbeidsgruppe vil våren 2008 gi tilrådingar til vidare tiltak for å nå nasjonale mål på området. Departementet vil kome tilbake til dette.

Helseføretaka har ansvar for:

- å leggje til rette for at potensielle donorar blir identifiserte, og at helsepersonell tek opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene som er beskrivne i rundskriv I-9/2003.
- å arbeide for å auke talet på tilgjengelege organ i samarbeid med Nasjonal koordinator for organdonasjon.
- å styrkje fagleg opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i forhold til kompetanse i kommunikasjon med dei pårørande.
- å medverke til at talet på levande givarar av nyre (familiemedlemmer) i forhold til det totale talet på nyretransplantasjonar, kan haldast på same nivå.
- at donoransvarlege legar ved universitetssjukehusa skal frigjerast i deltid for å kunne ta seg av oppgåvene med organdonasjon.

Beredskap og smittevern

Kvalitet, heilskap og samhandling i smittevern- og beredskapsarbeidet skal vidareutviklast i samarbeid med kommunesektoren, og andre samarbeidspartar.

Beredskaps- og smittevernplan

Helse Vest har rullert regional beredskapsplan i samarbeid med helseføretaka. Helseføretaka skal:

- revidere, oppdatere og følgje eigne beredskapsplanar. Planane skal omfatte samarbeidsformer med kommunane, andre samarbeidspartar i helseregionen og andre helseregionar om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser. Det gjeld m.a. planar mot atomhendingar, biologiske hendingar (smittsame sjukdommar / pandemisk influensa) og kjemiske hendingar.

Helse Vest har rullert regional smittevernplan. Helseføretaka skal i denne samanheng:

- følgje opp tiltaka i planen. Planen definerer m.a. behovet for smittevernpersonell og smittevernkompetanse.

Helseføretaka skal vidare:

- førebyggje antibiotikaresistens og sjukehusinfeksjonar og setje i verk tiltak i tråd med ny handlingsplan som er venta våren 2008.
- oppdatere og øve på smittevern- og beredskapsplanar – også mot pandemisk influensa, jf. regional beredskapsplan og regional smittevernplan.
- starte ein prosess med sikte på å akkreditere alle mikrobiologiske laboratorium i helseføretaket.

Forsyningssikkerheit

Helseføretaksgruppa skal ha ei tilfredsstillande sikkerheit for forsyning av legemiddel, materiell og andre innsatsfaktorar og for den kritiske infrastrukturen for spesialisthelsetenesta. Vi viser i denne samanheng til arbeidet i interregional arbeidsgruppe for forsyningsberedskap. Helseføretaka skal:

- innarbeide omsynet til beredskap i logistikksystema sine.
- gjennomføre risiko- og sårbarheitsanalysar ved kvart enkelt sjukehus knytt til kritisk infrastruktur, mellom anna vass- og straumforsyning, og sørgje for at det blir sett i verk tiltak som sikrar nødvendige leveransar og system for distribusjon.
- bidra i ein nasjonal gjennomgang av den nasjonale forsyningssikkerheita og vurdere behov for tiltak.

Helseteam

Helse Bergen får i oppdrag å:

- etablere eit regionalt helseteam til innsats ved ulukker og kriser i inn- og utland, med bidrag også frå dei andre helseføretaka.
- bidra i arbeidet med å utarbeide nasjonale retningslinjer og prosedyrar for etablering og utsending av helseteam til innsats ved kriser i utlandet.

3.2 Forsking

Forsking, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat er viktig for å sikre at tenestetilbodet som blir gitt, er trygt, kostnadseffektivt og gir ein helsegevinst. Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forskning av høg kvalitet og relevans i helseføretaka, i tråd med føringane som er gitt i Nasjonal helseplan (2007–2010).

Helse Vest skal i samarbeid med andre regionale helseføretak setje i verk forskingssamarbeid innanfor utvalde tematiske område gjennom etablering av formelle forskarnettverk og/eller andre tiltak, jf. oppdrag gitt i 2006 og 2007. Arbeidet skal forankrast i strategigruppe for forskning mellom dei regionale helseføretaka og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG)

Helse Vest, ved Samarbeidsorganet, har sett i verk ein gjennomgang av kvalitetssikrings-systema for forskning, med tanke på ei styrking.

Helseføretaka må:

- prioritere forskning og oppbygging av forskingskompetanse på forskingssvake fagområde, m.a. på rusfeltet, psykisk helse, rehabilitering/habilitering og kvinnehelse.
- sikre ivaretakinga av kjønnspektivet i den kliniske forskinga (kjønnsforskjellar i sjukdom og behandling), m.a. gjennomføre analysar av forskingsresultat etter kjønn der det er relevant.
- sikre brukarperspektivet i forskinga.
- rapportere både på resultat og ressursbruk til forskning til NIFU STEP i samsvar med etablerte system og tidspunkt, og bidra med kompetanse og ressursar i nasjonalt utviklingsarbeid av begge målesystema.

Helse Vest skal medverke til å auke talet på forskings- og utviklingskontraktar mellom leverandørbedrifter og helseføretak i regionen (OFU-kontraktar) ved å stille med nødvendig kompetanse. Dette er eit ledd i ei felles nasjonal satsing på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren med særleg fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr.

3.3 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er også eit strategisk verkemiddel for å oppfylle Helse Vest sitt ”sørgje for”-ansvar. Eit kompetent helsepersonell i eit tilstrekkeleg omfang er ein sentral føresetnad for faglegheit og kvalitet i tenestene. Kompetanse skaffar ein gjennom utdanning og erfaring. Helse Vest skal sørgje for at helseføretaka er attraktive læringsarenaer for helsepersonellet som har helseføretaka som praksisarena eller som arbeidsstad.

Samarbeidsorgana mellom Helse Vest og universiteta, og mellom Helse Vest og høgskolane skal sikre eit godt samarbeid med utdanningsinstitusjonane i helseregionen. Samarbeidsorganet med universiteta skal ha eit særleg fokus på undervisninga for medisinstudentane, jf. at tilskotet til utdanning frå 2006 blei lagt inn i basisløyvinga. Helse Vest vil ta initiativ ovanfor universitet og høgskolar for å få inkludert arbeid med kvalitet i grunnutdanningane.

Helseføretaka skal:

- sørgje for system, strukturar og leiarforankring i alle ledd av helseføretaksgruppa slik at helseføretaka er attraktive læringsarenaer.
- etablere rett mengd kvalitativt gode praksisplassar for elevar, lærlingar og studentar i grunnutdanning og turnusplassar for turnuskandidatar i turnusteneste.
- gjennom samarbeid med fylkeskommunane medverke til at det blir etablert tilstrekkeleg mange læreplassar – med særleg vekt på ambulansesarbeidarutdanninga og den nye helsefagarbeidarutdanninga.
- sikre at dei som har helseføretaka som praksis- og turnusplass, opplever at praksisen og turnusen er strukturert, og at dei får god rettleiing.

- medverke til at forsøk med tre månaders psykiatriteneste i turnustenesta for legar kan gjennomførast.
- planleggje og medverke til vidareutdanning og etterutdanning av personellet for å møte noverande og framtidige krav til og utfordringar i tenesta.
- sjå til at det er tilstrekkeleg mange stillingar for tannlegar under spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin.
- bidra til at det blir utdanna mange nok legespesialistar i dei ulike spesialitetane (mellom anna effektive utdanningsløp), og medverke til ei god lokal, regional og nasjonal fordeling av legar og mellom spesialitetar.
- sørgje for at stillingsstrukturen til legane er i tråd med opplysningane i Nasjonalt Råds database <http://www.nr.dep.no/> og systematisk og jamleg melde inn avviksendringar.

3.4 Opplæring av pasientar og pårørande

Opplæring av pasientar og pårørande er ei lovpålagt oppgåve, og dei som har behov for tilrettelagd opplæring skal få eit kvalitativt godt tilbod om det. Slik opplæring kan leggast til lærings- og meistringssenter eller til andre delar av spesialisthelsetenesta. Det skal vere lærings- og meistringssenter ved alle helseføretak som tilbyr opplæring og bidrar til innsikt i eigen sjukdom for pasientar med kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar.

Helseføretaka er ansvarlege for følgjande:

- Auke satsinga på opplæring av pasientar og pårørande, og ha ein plan for området.
- Sikre nødvendige rammer og ressursar slik at det er kvalitativt gode lærings- og meistringssenter.
- Sikre at opplæringstilboda er tilgjengelege for pasientar, pårørande og tilvisande legar i og utanfor spesialisthelsetenesta, og m.a. vurdere å etablere fleire desentraliserte læringstilbod.
- Sørgje for at opplæring av pasientar og pårørande ved lærings- og meistringssentra er ein integrert del av arbeidet til fagpersonellet i resten av sjukehuset.
- Sørgje for at alle opplæringstilboda blir utvikla og gitt i samarbeid med brukarane og deira organisasjonar, og gjer systematisk bruk av likemannstenesta til brukarorganisasjonane.
- Ha oversikt over gruppebaserte opplæringstilbod til pasientar og pårørande for å synleggjere udekkja behov.
- Drive aktiv informasjon overfor foreldre om helsemessige konsekvensar ved kjønnslemlesting, og forbodet mot slike inngrep, og prøver å hindre at jenter blir utsette for kjønnslemlesting.
- Gi råd til foreldre med funksjonshemma barn om tilbod i Noreg, og råd om bruk av utanlandske metodar.
- Setje seg inn i handlingsplanen "Oppskrift for eit sunnare kosthald", og vurdere planen opp mot korleis oppgåver på området blir utførte. Planperioden strekkjer seg frå 2007 til 2011.
- Utvikle eit tilbod til rusmiddelmissbrukarar og deira pårørande innanfor ramma av lærings- og meistringssentra si tenking og arbeidsmetode.
- Vurdere å etablere familieretta læringstilbod ved lærings- og meistringssentra.
- Bidra til kompetanseutvikling innanfor helsepedagogikk.
- Bidra i regionalt og nasjonalt samarbeid om utviklingsoppgåver innanfor læring og meistring.

4 Ressursgrunnlaget

Helseføretaka må gjere seg kjende med dei budsjett dokumenta som ligg til grunn for tildeling av midlar frå Helse Vest RHF, jf. mellom anna oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF.

Til finansiering av Helse Stavanger HF si verksemd i 2008, blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

Inntektsfordeling 2008 - innanfor inntektsmodell	Helse Stavanger
Innsatsstyrt finansiering	783 618
ISF pasienter behandla i andre regionar	59 865
ISF pasienter behandla for andre regionar	-16 272
SUM ISF	827 211
Inntektsramme Helse Vest RHF	
Basis somatikk	695 289
Basis somatikk fordelt etter produksjon	376 334
Korreksjonslinje interne gjestepasienter	(14 073)
Kostnadskomponent, somatikk	176 157
Basis psykiatri	572 278
Gjestepasienter rus	20 535
Ambulanse	65 662
Langliggare	9 000
Internt gjestepasientoppgjør	-39 495
Fordelt kapitaltiskot	283 515
Sum fordelt etter modell	2 972 413
Midlar til dekning av ekstern gj.pas.oppgj. Fordelt etter faktisk kostnad	21 197
Midlar til dekning av ekstern gj.pas.oppgj. Fordelt etter somatikkmodell	6 686
Fordeling av midler til dekning av 20 % kostnad gjestepasientar	28 644
Reduksjon omfordeling i ramme internt gjestepasientoppgjør	19 307
Endring organisering	-15 300
Sum fordelt etter modell inkl. ekstern gj.pas.oppgjør - inntektsramme fra Helse Vest til HF	3 032 948

Inntektsfordeling 2008 - Utafor modellen	Helse Stavanger
Tilskudd i basisramme	
Halvering lab/røntgen satsar	44 513
Kreftplan	7 700
Kompensasjon for el-avgift	5 282
Internt lab/røntgenoppgjør	-4 725
Rusomsorg	1 441
Tilleggsbevilgning St.prp. 44 - rusomsorg	700
TNF hemmar	22 105
Finansiering av MS-legemidler	14 264
Takstreduksjon lab/røntgen (2008)	12 706
Pensjonskostnad - inngår no i resultatkravet	53 696
Styrking av inntektsramma fordelt etter nøkkel for kapitaltilskot	30 247
Ekstraløyving st.prp. 44 (2007 - ikke prisjustert)	27 351
Ekstraløyving aktivitetsvekst (fordelt etter sum inntektsmodell)	27 692
Særskilte tildelinger	-
"Mor og Barn" prosjekt	461
Øremerket tilskudd	-
Opptappingsplan psykiatri 2004	4 528
Opptappingsplan psykiatri 2005	11 600
Opptappingsplan psykiatri 2006	18 621
Opptappingsplan psykiatri 2007	19 087
Opptappingsplan psykiatri 2008	22 000
Tilskot til utdanning	11 652
Kompetansesentre:	
Regionale kompetansesentre	5 035
Nasjonale med. komp. Sentre	1 151
Syketransport	54 630
Tilstedevakt - beredskap Solbasen	4 012
Tilskot til arbeid med vald og traumatisk stress	338
Insulinpumper	2 824
Dyrare legemiddel	914
Lassatjern behandlingsheim overf. frå RHF	5 280
SUM tildelt inntektsramme 2008 frå RHF	3 438 051
<i>Endring av inntektsramma til HF'a som følgje av gjesteapsientoppgjør:</i>	
<i>Kostnad eksternt gj.pas.oppgjør</i>	-119 729
<i>Fakturering av gjestepasienter andre regioner</i>	32 543
<i>Inntekt 40 % fakturering til andre HF i regionen (interne DRG poeng inn i 2007 * 20 % * DRG pris)</i>	28 147
<i>Kostnad 40 % fakturering fra andre HF i regionen</i>	-57 288
<i>Kostnad rus gjestepasienter</i>	-24 741
<i>Kostnad kjøp av kurdøgnplassar</i>	-5 083
SUM inntektsramme i HF'a	3 291 900

Inntektene frå Helse Vest til helseføretaket er delte i to hovudkomponentar, inntekter innanfor ny inntektsmodell og inntekter utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsattsstyrt finansiering og basistilskot. Nedst i tabellen (skravert med grått) er det vist kostnader og inntekter knytt til eksternt gjestepasientoppgjjer som følgje av at rekningar frå andre regionar skal betalast av helseføretaka sjølve.

Aktiviteten finansiert via ISF-ordninga blir dekt av Helse Vest RHF basert på fastsette DRG-poeng multiplisert med 40 prosent av einingsprisen for 2008. DRG-prisen er i statsbudsjettet sett til kr 33 647. Dette gir eit vederlag til Helse Bergen HF på kr 13 458,80 per DRG-poeng dersom dette overslaget blir endeleg. Endeleg einingspris blir bestemt i samband med DRG-avrekninga til departementet. I DRG-avrekninga vil det kunne gjerast avkortningar enten på pris per DRG-poeng, på DRG-poeng eller på annan måte dersom departementet finn grunn til å gjere dette på grunn av utilsikta verknader av systemet. Helse Vest vil vidareføre alle slike endringar og korreksjonar frå departementet.

I statsbudsjett 2008 er det lagt opp til eit aktivitetsnivå målt i DRG-poeng som ligg om lag 1,5 % høgare enn nivået etter 1. tertial 2007. Det er føresett at det ikkje blir utbetalt ISF-refusjon for endra registreringspraksis. Prisen for 2008 er derfor sett ned tilsvarande 1 % for forventa endra registreringspraksis i 2008. Dersom HOD set i verk tiltak for å dempe ei utilsikta aktivitetsutvikling, vil Helse Vest RHF vidareføre desse tiltaka ovanfor helseføretaka.

Tilskot gjennom ISF-ordninga er ei overslagsløyving. Helse Vest har ved fastsetjing av overslagsløyvinga på ISF lagt til grunn faktisk DRG produksjon med tillegg for 1 % kodevekst. Det blir her vist til sak 008/08 B Konsernbudsjett 2008. Bestillinga på tal DRG-poeng for 2008 blir fastsett til 58 223 poeng. Bestillinga fordelar seg med 57 015 poeng på eigne pasientar og 1 209 poeng på pasientar tilhøyrande andre regionar. Det er vidare føresett at eigne pasientar behandla i andre regionar utgjer om lag 4 448 poeng.

Grunnlaget for å kontobetalning første kvartal blir fastsett med utgangspunkt i inntektsramma som kjem fram av tabellen ovanfor for Helse Stavanger HF. Dersom produksjonen avvik frå overslagsløyvinga kan Helse Vest, med basis i utviklinga for kvart kvartal, kunne gjere justeringar i å kontoutbetalinga i høve til den reelle produksjonsutviklinga. Dersom veksten i DRG-produksjonen er vesentleg høgare enn føresetnaden som departementet legg til grunn, vil ein auke utover dette nivået måtte avreknast i samband med departementet si avrekning på ISF.

Frå og med 2008 er ISF-ordninga utvida til å gjelde finansiering av den somatiske aktiviteten på offentlege poliklinikkar. Formålet er å etablere eit gjennomgåande aktivitetsbasert finansieringssystem som på ein betre måte enn i dag kan oppdaterast i forhold til poliklinisk utgreiing og behandling. Det blei teke i bruk eit nytt kodeverk på poliklinikkane frå 1/1-2006. For å betre kvaliteten blei derfor 10 % av forventa poliklinisk verksemd innlemma i ISF-ordninga i 2007. Datagrunnlaget er no av ein slik kvalitet at ei fullstendig gjennomføring vil vere forsvarleg med tanke på omfordelingsverknad og kostnadskontroll. Omlegginga er føresett å vere resultatnøytral. Helse Vest har ikkje fått fastsett korleis bestillinga på polikliniske refusjonspoeng vil fordele seg på dei enkelte føretaka. Dette er eit forhold som vil bli avklart i nær framtid og Helse Vest vil i eige brev kome tilbake med ei presisering av bestillingsnivået på refusjonspoeng for 2008. Det er føresett at denne omlegginga er resultatnøytral.

For poliklinisk verksemd får Helse Vest RHF dekka delar av utgiftene frå NAV ut frå rapportert poliklinisk aktivitet frå Helse Stavanger HF. Desse inntektene blir vidareførte til Helse Stavanger HF. I tillegg mottok Helse Stavanger HF eigenbetaling frå pasientane.

Dei inntektselementa som ligg under "Fordeling utanfor inntektsmodell" er gjenstand for særskilt vurdering, og kan ikkje fordelast etter dei same kriteria som er lagde inn i ny inntektsmodell. Det same gjeld "ikkje fordelte midlar" som er halde tilbake i Helse Vest RHF. Det blir i denne samanhengen vist til sak 94/07 B "Inntektsfordeling 2008 og resultatkrav 2008" som blei vedteke av styret i Helse Vest RHF den 8.11.2007.

5 Økonomiske krav og rammevilkår

5.1 Resultatmåling

Resultatmålinga baserer seg på det rekneskapsmessige resultatet. Føretaksmøtet har presisert at auka pensjonskostnader som følgje av nye reknetekniske føresetnader, ikkje skal reknast med i resultatkravet for 2008. Som grunnlag for kostnadsføring undervegs i 2008 skal budsjettert pensjonskostnad berekna ut frå parametersett fastsett 31. desember 2007, bli lagd til grunn.

5.2 Omstillingsutfordring og balansekrav

Resultatkravet for føretaksgruppa skal i 2008 vere eit resultat i balanse. Helse Vest skal handtere omstillingsutfordringar slik at det økonomiske resultatkravet blir nådd. Desse omstillingane vil også kunne omfatte pasientretta verksemd. Føretaka må innrette si samla verksemd, mellom anna den aktivitetsfinansierte pasientbehandlinga og investeringar, slik at resultatkravet kan bli nådd. Det er viktig at budsjettert aktivitet ikkje aukar ut over bestillinga. Nødvendige omstillingstiltak blir vurderte innafor ramma som gjeld for helseføretaket.

I styresak 94/07 B Inntektsfordeling 2008 og resultatkrav 2008 er det under kapittel 6 gjort ei nærare utgreiing vedrørande fastsetjing av resultatkravet.

Helse Bergen sitt resultatkrav for 2008 er fastsett til eit resultat på kr 0.

Helseføretaka skal kvar månad rapportere til Helse Vest om den økonomiske utviklinga og status på dei tiltak som skal setje helseføretaket i stand til å nå resultatkravet.

Det er utarbeidd ein eigen mal for rapportering på tiltak, der kvart tiltak skal spesifiserast med namn, tidspunkt for iverksetjing, økonomisk effekt per kostnadssart fordelt på kvar månad, samt ansvarleg klinikk og avdeling. Det vil gjennom året bli gjort månadleg oppfølging på gjennomføringsgrad av kvart tiltak og avvik knytt til omstillingsplanen.

Føretaket blir oppfordra til å vere med i ei meir utstrakt utveksling av erfaringar og idear rundt betre økonomisk styring og kontroll. Føretaket skal og sørge for å delta i utvikling og gjennomføring av eit regionalt opplæringsprogram for økonomistyring og at dette blir tilpassa og gjennomført på alle leiarnivå i føretaket.

Tilsetjing og innleige av ekstrahjelp og overtid kan berre gjerast av personar med budsjettansvar.

5.3 Investeringar

Investeringsramme

Helseføretaka har i medhald av gjeldande investeringsprosedyre rapportert investeringsplanar med driftskonsekvens for kommande femårsperiode. Dei samla investeringsplanane syner eit behov for sterkare styring og prioritering av investeringsprosjekt for å sikre at investeringsaktiviteten blir tilpassa både den finansielle og driftsøkonomiske ramma. I investeringsprosedyren til Helse Vest RHF er det gjort greie for krav og innhald til avgjerdsunderlaget for investeringsprosjekt. Det skal utarbeidast investerings- og lønnssemdsanalyse som viser både den finansielle føresetnaden for gjennomføringa av prosjektet, og den driftsøkonomiske innverknaden dette har på resultatet. Krav om investerings- og lønnssemdsanalyse gjeld alle typar av investeringar.

Gjennomføring av investeringsplanar vil gje betydelege driftsmessige konsekvensar for føretaka. Dette gjeld både auka avskrivningar, rentekostnad og endra drift som følgje av investeringane. Dette er forhold som helseføretaka må løysa innafor driftsramma. Det er derfor nødvendig å utarbeide risikoanalysar i tilknytning til større investeringsprosjekt og utarbeida konkrete tiltaksplanar for korleis føretaka skal handtere dei driftsmessige konsekvensane av investeringsplanane slik at balansekravet blir innfridd.

Tiltaksplanen for å løyse dei driftsmessige konsekvensane skal inngå som ein del av 5årig investeringsplan.

I sak 009/08 B har styret i Helse Vest RHF fastsett investeringsramma for 2008 med fordeling på følgjande kategoriar:

- | | |
|---|--------------------|
| • Nybygg og bygningsmessige investeringar | kr 149 mill |
| • Medisinsk-teknisk utstyr | kr 75 mill |
| • Andre investeringar | <u>kr 53 mill</u> |
| • Total investeringsramme | <u>kr 277 mill</u> |

Investeringane må finansierast ved bruk av kapitaltilskot og lån. Det vil ikkje lenger bli gitt ei generell låneramme, og det må derfor søkjast om lån til konkrete investeringsprosjekt, jf. pkt. 4.4. Det må vera eit mål at lånebehovet blir redusert ned mot null i slutten av 5 års perioden. Gjennomføring av opptrappingsplanen for psykisk helse skal gjennomførast innafor ramma av kapitaltilskot.

Helseføretaket må gjere nødvendige prioriteringar og tilpasse investeringsramma i tråd med det finansielle grunnlaget. Dette inneber at ikkje alle investeringsplanane kan bli realiserte samtidig.

Større investeringsprosjekt

I tilknytning til gjeldande investeringsprosedyre vil det frå og med 2008 bli stilt krav om at helseføretaka så tidleg som mogleg opprettar dialog med Helse Vest RHF om aktuelle investeringsprosjekt over kr 50 mill. Helse Vest RHF vil oppdatere gjeldande investeringsprosedyre i tråd med dette.

Føretaket må i dei tidlege planleggingsfasane for nye investeringar ikkje kjøpe tomter, inngå opsjonsavtalar eller gjere andre disposisjonar som på ein uheldig måte legg føringar for den endelige avgjerda om investering.

Helse Vest RHF vil frå 2008 samle alle større investeringsprosjekt i regionen i ein felles prosjektportefølje. Helseføretaka skal rapportere kvartalsvis på framdrift, kostnadsutvikling, gjennomføring og forventa ferdigstilling av prosjekta.

Bruk av prosjektstyre er tidlegare vedteke av styret i Helse Vest RHF. Arbeidet med å utarbeide samansetnad og mandat er sett i gang, og det vil i løpet av 2008 bli fremja ei sak om dette for styret i Helse Vest RHF for endeleg godkjenning.

MTU-investeringar

Helseføretaka har i 2007 rapportert ein oversikt over status MTU-område. Oversikta vil bli nytta i eit regionalt arbeid for å betre grunnlaget for dei prioriterte prosjekta som skal gjerast i forhold til investeringar innan MTU-området. Helseføretaket skal bidra aktivt i dette arbeidet.

5.4 Låneopptak og driftskredittar

For 2008 er det tildelt lån på kr 165 mill til utbyggingsprosjekt ved Helse Bergen. Lånet gis samla til ferdigstilling av laboratoriebygget ved Helse Bergen.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler lånemidlar til spesifikke prosjekt basert på rapportering av 5-årig investeringsplan samt søknad frå Helse Vest RHF. Som hovudregel vil det ikkje bli gitt moglegheit til å finansiere investeringar innan MTU, IKT og innleiande prosjektplanlegging ved lån.

Helse Vest RHF har ei godkjent driftskredittramme på inntil 1 600 mill. kroner. Helse Vest vil fordele denne driftskredittramma på det enkelte helseføretak.

Helse Vest kan gjere omfordeling av driftskredittramma mellom helseføretaka dersom behova endrar seg gjennom året.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 10.11.2006 stadfesta at dei ved vurdering av Helse Vest sitt lånebehov, i tillegg til inntekter som gjeld avskrivningar, også vurderer likviditetsmessige effektar av eventuelt sal av eigedom, låneopptak i dotterselskap organisert som aksjeselskap, og omfang av operasjonelle leigeavtaler.

5.5 Rekneskapsføring

Eigar har stilt krav om einskapleg rekneskapsføring i helseføretaksgruppa. Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka samarbeider framleis om å utarbeide ein mal for årsrekneskap og einskilde noter samt nasjonal rekneskapshandbok.

Helseføretaket skal rette seg etter og bruke utsende rekneskapsmalar.

6 Organisatoriske krav

6.1 God verksemdstyring

Helse Vest RHF vil i 2008 framleis prioritere utvikling av god verksemdstyring i heile føretaksgruppa. Helseføretaket skal ha eit høgt fokus på overordna leiarskap og etikk. Sikring av heilskapsperspektivet og kontinuerleg fokus på prosessar, systemforståing og samhandling internt samt omdømmebyggjande arbeid skal prioriterast.

Føretaksgruppa har i løpet av 2007 etablert nye arbeidsprosessar for ei rekkje HR-område; løn, rekruttering, HMS mm. Alle prosessane er baserte på fullmaktstrukturen i det einskilde helseføretak. Helseføretaket skal i løpet av første halvår 2008 foreta ein eigen internrevisjon av om fullmaktene blir etterlevde, at leiarar ikkje delegerer si fullmakt til tilsettingar, godkjenning av bruk av lønnsmidlar i strid med fullmaktstrukturen.

6.2 Tiltak innanfor HR-området

I framtida er det viktig at føretaksgruppa Helse Vest har evne til å trekke til seg nok og riktig kompetanse samstundes som føretaka må utvikla ein organisasjonskultur for å behalda og vidareutvikla dei tilsette ein har. Dette er ein oppgåve som krev samspel mellom leiing, tilsette og dei tilsettes organisasjonar.

Helseføretaka skal aktivt delta og medverke til eit sterkare strategisk HR-fokus og bidra til felles løft innanfor HR-området. I tillegg til ei generell høg medverknad kring heile HR-området og dei forhold som mellom anna er nemnd kring personell, rekruttering, aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging, leiing og leiingsutvikling andre stader i styringsdokumentet skal helseføretaka i 2008 særleg prioritere følgjande:

Sjukefråver

Det skal vere eit overordna mål å ikkje ha eit sjukefråver på over 4,5 %. Tal tapte dagsverk som følgje av sjukefråver er både ei organisatorisk utfordring, så vel som at det belastar mange medarbeidarar og leiarar.

Helseføretaka skal:

- nyttiggjere seg av dei analysar som føreligg for føretaksgruppa, initiere og setje i verk målretta tiltak og bidra til erfaringsutveksling mellom føretaka.

Tiltak for inkluderande arbeidsliv

Helseføretaka skal:

- arbeide for ein reduksjon i uttaket av uføre og AFP.
- arbeide konkret med å behalde og rekruttere personell med redusert funksjonsevne.
- arbeide aktivt med utviklinga av seniorpolitikken i føretaksgruppa slik det er synleggjort i MOT-prosjektet.

Registrering av bierverv for helsepersonell i administrative system

Helse Vest RHF vil i 2008 utarbeide eit felles system for registrering av bierverv som ein del av personaldelen i MOT. Helseføretaka skal ta dette i bruk så snart det er ferdigstilt.

Lønn

Lønns- og personalkostnadar utgjer ein heilt vesentleg del av innsatsfaktorane i spesialisthelsetenesta. Gjennom MOT-prosjektet er det no lagt til rette for at helseføretaka skal ha ein aktivitetsbasert arbeidsplanlegging som tek omsyn til varierende aktivitet gjennom året.

Helseføretaka skal:

- sikre at dei innan juni 2008 har tatt i bruk arbeidsplansystemet for alle tilsette.
- gjere ein gjennomgang av alle arbeidsplanar i løpet av 2008 slik at ein samordnar og bruker ressursane på ein optimal måte.

Etablering av gode rutinar og forankring av lønnsdanninga som skjer lokalt i helseføretaka er viktig.

Helseføretaka skal:

- sikre at kvaliteten i budsjettprosessane for lønnsområdet blir styrkja.
- sikre at det blir gjennomført skriftleg forankring av forhandlingsfullmakta for lokale forhandlingar mellom leiinga og styret før dei lokale forhandlingane kan ta til.
- sikre at styret blir oppdatert på lønnsområdet i relasjon til lønnsdanninga slik at styret har eit tilstekteleg grunnlag for forhandlingsfullmaktene som skal gis og at dialogen og forankringa i styret er basert på både nasjonale og lokale utviklingstrekk. Allereie før dei sentrale lønsforhandlingane mellom arbeidsgjevarorganisasjonen og dei sentrale partane er starta opp, er det viktig at helseføretaka sørgjer for god informasjon til styret.

Rekruttering av personar med innvandrarbakgrunn og språkkrav til utanlandsk helsepersonell

Helseføretaka skal:

- etablere mål for tal tilsette med innvandrarbakgrunn.
- utarbeide planar for auke i rekruttering av personar med innvandrarbakgrunn.

I årleg melding skal det rapporterast på desse måla. I rapporteringa skal det gå fram:

- kor mange og kor stor del av dei tilsette som har innvandrarbakgrunn i verksemda per 1. januar 2008.
- kva mål verksemda sette for rekruttering av personar med innvandrarbakgrunn i 2008.
- kor mange og kor stor del av dei tilsette som har innvandrarbakgrunn per 1. januar 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet la 21. desember 2007 fram Ot.prp nr. 26 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og alternativ behandlingsloven, der språkkrav er omtalt. Lovendringane skal gjennomføre direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjonar for helsepersonell. Førehandsscreening av språkkrav i samband med myndigheitene si vurdering av yrkeskvalifikasjonar vil ikkje vere i tråd med direktivet. EU-kommisjonen har streka under at kravet om nødvendige språkkunnskapar gjeld under yrkesutøvinga og må derfor vere skilt frå vurderinga av yrkeskvalifikasjonar. Språkkrav kan derfor ikkje bli stilte før etter at kvalifikasjonane som er knytt til yrket, er vurderte og godkjende. Helseføretaka må derfor sjølve kvalitetssikre at språkkunnskapane til dei tilsette er tilstrekkelege.

Deltidsstillingar

Helse Vest gjennomførte saman med helseføretaka ei deltidundersøking i august 2007. Med bakgrunn i det arbeidet som blei gjennomført i 2007, skal helseføretaka per kvartal vise utviklinga i arbeidet for å redusere tal tilsette med deltidstillingar blant dei som responderte på deltidundersøkinga. Endring av stillingsstørrelse kan over tid og medverke til å gje betre utnytting av ressursane og tilgjengeleg kompetanse, betre kontinuitet og fleksibilitet, og kan ha betyding for kvaliteten av pasientbehandlinga.

Det skal ikkje tilsettast nye medarbeidarar før ein har tatt ut potensialet som ligg i å auke opp stillingsbrøkane for dei som har deltidstillingar og som ønskjer større stilling. Helseføretaka skal innan 1. juni 2008 ha etablert tiltak for å redusere bruk av deltid. Ein viser til brev av 11. desember 2007 om deltidundersøkinga som blei gjennomført i 2007 og dei forventningar som ligg i det vidare arbeidet.

Helseføretaka skal rapportere til Helse Vest RHF på konkretisering av tiltak innan 1.juni 2008. Det skal rapporterast på effekt av tiltak som er sette i verk i Årleg melding for 2008.

HMS

Helseføretaka skal fokusere på den langsiktige utviklinga på HMS-området, og nytte HMS-systemet for å få til reelle forbetringar. Helse Vest vil derfor leggje til grunn at helseføretaka spesielt fokuserar på:

- Levandegjering av HMS-arbeidet
- Medverknad og samarbeid
- Leiing, ansvar og myndigheit, medrekna HMS-opplæring for leiarar
- Omstillingsprosessane

MOT o.a.

Helseføretaka skal sørge for at føresetnadane i MOT-prosjektet blir følgde opp og godt innarbeidde i heile organisasjonen. Helseføretaka skal fokusere spesielt på bemanning og ressursstyring på ein slik måte at føresetnadene for aktivitetsstyrt bemanning som er etablert i MOT-prosjektet, og det som ligg føre i Helse2020, kan realiserast så raskt som mogleg. Det skal fokuserast på bruk av dei styrings- og rapporteringsverktøy som nå er tilgjengelege for leiarar på alle nivå i helseføretaka. I tillegg skal helseføretaka medverke til at styringsinformasjon blir nytta aktivt på alle nivå i føretaka.

Det må etablerast prosessar som sikrar god førebuing av ferieavvikling.

Rutinar for innsyn i tilsette sin e-post og dokumenter

Som oppfølging av sak 086/07 *Felles styringssystem for IKT-sikkerhet – revidert styringsinstruks* i direktørmøtet Helse Vest i november 2007 vil det i regi av Helse Vest RHF bli utarbeidd felles regionale retningslinjer for innsyn i tilsette sin e-post og dokument. Retningslinjene vil bli utarbeidd i samarbeid med tillitsvalde.

Helseføretaka skal

- implementere retningslinjene og innarbeide desse i internkontrollsystema (jf hovudavtalane)

6.3 Kommunikasjon og samhandling

Vi har ei felles oppgåve i å sørge for at innbyggjarane har korrekt inntrykk av og realistiske forventningar til spesialisthelsetenesta. Mange innbyggjarar oppfatar i dag at tilbudet til pasientane blir bygd ned. Vår felles oppgåve er å bidra til eit meir realistisk bilde av situasjonen.

Helseføretaka skal kommunisere tilbud, mål og resultat i spesialisthelsetenesta på ein slik måte at det gir legitimitet, skaper tryggleik og bidreg til eit godt omdømme. Dette er avgjerande for at innbyggjarane skal oppleve tryggleik – og at medarbeidarane skal vere stolte over arbeidsplassen sin.

God dialog og samhandling er viktig både internt og eksternt. Skal vi greie å framstå som eitt offentleg helsevesen, må vi samordne og standardisere løysingane og koordinere innsatsen. Dette gjelder også dei tekniske kommunikasjonsløyningane.

Gode, brukarretta nettløyningar er eit nøkkelområde for å nå dei overordna målsettingane. Det nasjonale rammeverket for nettkommunikasjon som Helse- og omsorgsdepartementet har utvikla, gjeld for alle helseføretak og regionar og legg leisten for design og systematisering av

informasjon på nett. Målet er at nettbrukarane lettast mogleg skal finne den informasjonen dei er på jakt etter.

Saman med Helse Sør-Aust er Helse Vest no i gang med å anskaffe ei felles nettløysing for helseføretaka i dei to regionane. På sikt er målet at dette skal innførast i alle helseføretaka i vest slik at ein får ei samordning og gevinstrealisering både når det gjeld teknisk løysing og publikasjon av informasjon.

Helseføretaka skal:

- bidra i arbeidet med å anskaffe og innføre ei felles interregional nettløysing som omfattar føretaka i Helse Vest og Helse Sør-Aust.
- leggje det nasjonale rammeverket for nettbasert kommunikasjon til grunn for endringar i design og systematisering av informasjon på nettsidene.
- sjå til at det nasjonale profilprogrammet blir brukt på rett måte.

6.4 Eigedom

Helse Vest RHF har i 2007 etablert ein regional bygg- og eigedomsfunksjon. På denne måten vil Helse Vest RHF styrkje arbeidet innan eigedomsområdet der viktige moment er heilskapsperspektiv, regional samhandling og erfaringsutveksling. For å kunne utføre funksjonen vil helseføretaka i 2008 bli bedt om å rapportere på nøkkeltal relatert til forvaltning, drift, vedlikehald og utvikling av eigedomsmassen og på normtal for oppgradering og nybygg.

Helse Vest RHF ønskjer å understreke helseføretaka sitt sjølvstendige ansvar for å oppretthalde verdien på helseføretaket sine eigedomar og sørge for at dei tilfredstillar gjeldande krav. Helseføretaka skal ha kartlagt vedlikehaldsstatus og ha planar for korleis eigedomsmassen blir ivareteke og utvikla. Desse planane må sjåast i samheng med nye investeringsprosjekt.

Helseføretaka skal:

- rapportere status for arbeidet med planar for vedlikehald innan 15. juni.

Helseføretaka skal ha eit aktivt forhold til avhending av eigedomar som helseføretaket meiner dei ikkje har behov for.

Helseføretaka skal:

- innan 15. juni 2008 utarbeide ein oversikt over aktuelle eigedomar/areal som er aktuelle for sal. I oversikten skal det også listast opp aktuelle opplysningar vedrørende avhending av eigedomane.

6.5 Regional samhandling/prosjekt

6.5.1 Regionale prosjekt

Felles regionale prosjekt skal støtte helseføretaka, gjere dei betre i stand til å ivareta oppgåvene på ein forsvarleg måte, dimensjonere og fordele funksjonar, samordne på tvers av helseføretaka, sikre effektiv ressursutnytting og systematisk nyttiggjere styringsinformasjon for å utvikle tenestetilbodet. Som vedlegg til styringsdokumentet er det gitt ein oversikt over dei prosjekta som er gjenstand for særskild oppfølging i 2008, jf. vedlegg 5.

I tråd med dei prosjektdirektiv som blir vedteke, skal helseføretaka delta aktivt med eigen kompetanse og prioritere ressursar til desse prosjekta.

6.5.2 Egedomsprosjektet

Helse Vest RHF har sett i verk eit egedomsprosjekt med utgangspunkt i rapporten "Organisering av eiendomsforvaltning og investeringsprosjektar i Helse Vest" (Rohn-rapporten) og behandlinga av denne i styresak 125/06 B samt i tilsvarande behandlingar i styra i helseføretaka.

Prosjektet skal ha to hovudfokus. For det første skal ein sjå nærare på eigar-, brukar- og forvaltarrolla med sikte på i større grad å skilje mellom desse rollene. I arbeidet skal ein sjå hen til korleis dette er gjort innanfor andre bransjar og sektorar. I tillegg skal prosjektet utgreie spørsmålet om etablering av eigne egedomsselskap i det einskilde helseføretak – eventuelt om det er tenleg å etablere eit felles egedomsselskap i regionen.

Helseføretaket skal avsetje tilstrekkelege ressursar til å kunne delta aktivt i prosjektet.

6.5.3 Samarbeid med Helse Vest IKT AS

Helse Vest RHF vil arbeide vidare med langsiktige strategiar for å oppnå ei god utnytting av IKT som verktøy for effektivisering og kvalitetsforbetring.

Den regionale IKT-strategien vil bli gjennomført i eit nært samarbeid med helseføretaka og Helse Vest IKT AS. Det er ein føresetnad at alle partar deltek aktivt i prosessane. I strategien er samordning eit nøkkelomgrep for å oppnå meir rasjonell og effektiv drift, det er difor særskildt viktig at IKT-personale blir gitt ressursar til den regionale samordninga. Det vil i 2008, ut frå strategien, bli stilt større krav til prioritering og styring av prosjekt. Helseføretaka må prioritere aktiv deltaking i dette arbeidet.

Ein viser og til protokollen frå føretaksmøtet i Helse Vest RHF 25.01.08 og dei føringane som blir lagt for samhandlingsløyisingar over Norsk Helsenett. Helseføretaket skal leggje til rette for å levere i tråd med desse føringane. Helseføretaket har eit spesielt ansvar for å tilby tenester i helsenettet, og Helse Vest vil spesielt følgje opp dei innhaldstenestene i helsenettet som er retta mot legekontor. Helse Vest vil kome tilbake til dette i ei eiga oppfølging.

Helse Vest IKT AS er eit heileigd dotterselskap av Helse Vest RHF som skal vere ein strategisk partnar og levere produkt og tenester til helseføretaka innan IKT-området.

Det skal frå helseføretaket si side leggjast vekt på å:

- delta i etablerte samarbeidsfora og bidra til vidare samordning av infrastruktur og applikasjonar samt bidra til at arbeidet med styring av prosjektportefølje blir vidareført.
- samarbeid med Helse Vest IKT og Helse Vest RHF for aktivt å bidra til å betre forståinga av roller og korleis dei enkelte aktørane kan betre samarbeidsrelasjonane og samspele godt.
- stille til disposisjon kompetanse og ressursar i føretaket innan arbeidsprosessar og kunnskap om verksemda til dei prosjekt og forbetringar som blir gitt prioritet.
- vidareutvikle tenesteavtala med Helse Vest IKT AS som ein effektivt reiskap for styring og rapportering av tenestenivå samt vidareutvikle prismodellen for tenestene.
- leggje til rette for at fastlegekontor og kommunale pleie- og omsorgstenester får moglegheit til å utveksle basismeldingar som epikrisar, tilvisingar, rekvisisjonar, laboratoriesvar, pleie- og omsorgsmeldingar og reseptar frå helseføretaket. Meldingane skal overførast elektronisk over helsenettet. Meldingane skal vere standardiserte i tråd med samhandlingsarkitekturen.

- sjå til at oppgradering av mammografiutstyr til digital teknologi blir koordinert i forhold til Kreftregisteret sitt sentrale IT-system.
- sjå til at systemet for elektroniske meldingar til Medisinsk Fødselsregister kjem på plass i løpet av 2008.

6.5.4 Samarbeid med Apoteka Vest HF

Helseføretaket må følgje opp dei rammeavtalene med tilhøyrande særavtaler som er etablert med Apoteka Vest HF om farmasifaglege tenester.

7 Andre særskilte styringskrav

7.1 Innkjøp

Helseføretaket skal ta aktivt del i og prioritere arbeidet med Innkjøpsprogrammet 2007-2010. Frå 2008 skal alle typar kontraktar med unntak av personalavtaler, registrerast i kontraktsystemet Contiki. Helseføretaket skal framleis medverke til eit godt samarbeid med HINAS.

Regjeringa har vedtatt *Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser* for å medverke til at det offentlege går føre som ansvarleg forbrukar og etterspør miljøvennlege varer og tenester som er tilverka etter høge etiske og sosiale standardar. Helseføretaka må med sitt betydelege forbruk ta eit miljøansvar. Føretaka har gjennom sine omfattande innkjøp også ei "innkjøpsmakt" som kan medverke til å påverke både produsent- og leverandørsida på ein positiv måte. Helseføretaka skal bidra i arbeidet med å følgje opp regjeringa sin handlingsplan i samband med innkjøpa til helseføretaka, jf. også miljøkrava i punkt 7.5.

ILO-konvensjon nr. 94 om arbeidsklausular i offentlege arbeidskontraktar gjeld løns- og arbeidsvilkår for arbeidstakarar som utfører oppdrag for statlege myndigheiter, og har som føremål å sikre like arbeidsvilkår uavhengig av nasjonalitet. Helseføretaka skal ved inngåing av kontraktar ivareta dei prinsipp som går fram av ny § 11a *Lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter* i Lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Dette inneber at leverandørar skal sikre løns- og arbeidsvilkår som ikkje er dårlegare enn det som følgjer av tariffavtaler, regulativ eller det som er normalt for vedkommande stad og yrke.

7.2 Pasienttransport

Ansvar for enkeltoppdrag for pasienttransport vil bli overført frå NAV til regionale helseføretak i løpet av 2009. Det vil i den samanheng bli etablert eit prosjekt på regionalt nivå i løpet av første kvartal 2008 som skal leggje til rette for ei slik ansvarsovertaking. Helseføretaka blir her bedt om å delta aktivt i prosjektet med tilstrekkeleg ressursar og kompetanse.

Tenesta ved kjørekontora må bli vurderte med omsyn til kapasitet, tilgjenge og service. Det må arbeidast vidare med å utvikle og forbetre systema for elektronisk bestilling, koordinering og kontroll. Transportørane må følgjast opp slik at tenestene blir levert etter kontrakt. Det må vidare leggest vekt på å etablere kostnadseffektive og tilpassa transportløyisingar med god tilgjenge.

7.3 Innføring av automatisk innsending av frikort

Frå og med 1. januar 2009 vil det bli innført ei løysing med automatisk oversending av frikort til brukarane per post. Løysinga vil basere seg på opplysningar om eigendelar henta frå oppgjeret frå behandlarar og tenesteytarar.

Helseføretaka skal sørge for at alle eigendelar som inngår i tak 1-ordninga (uavhengig av om det er refusjon knytt til eigendelen eller den behandlinga som er gitt) blir rapportert til NAV kvar 14. dag i tråd med NAV sine spesifikasjonar. Første oppfølging av denne rapporteringa blir våren 2008.

7.4 Samordning av stab- og støttefunksjonar

Dei regionale helseføretaka skal etablere nasjonale fellesløysingar innanfor områda HR/lønn, økonomi/rekneskap og innkjøp.

Føremålet med å etablere nasjonale fellesløysingar er å:

- Sikre rett kvalitet på tenestene, felles standardar og harmoniserte løysingar.
- Gi god informasjon og støtte for avgjerder for leiinga.
- Medverke til realisering av gevinstar gjennom å redusere kostnader for ikkje-medisinske tenester.

Etableringa av nasjonale fellesløysingar må minimum sikre felles standardar og harmonisering, felles systemløysingar og oppretting av eit nasjonalt kontor for oppgjer for gjestepasientar. Det må også bli tatt nødvendige organisatoriske grep for å sikre felles nasjonale løysingar. Dette vil mellom anna krevje felles nasjonale system og felles styring og koordinering av systema i kvar region.

Helse Vest RHF har i 2007 etablert eit lønn- og rekneskapsenter. Helseføretaka skal:

- bidra til vidare utvikling av fellestenester innafor områda HR/lønn, økonomi/rekneskap og innkjøp i regionen.
- bidra ved behov i nasjonale prosjekt for å utvikle felles nasjonale standardar og harmonisering, felles systemløysingar og oppretting av eit nasjonalt kontor for oppgjer for gjestepasientar.

7.5 Miljøleining

Styret i Helse Vest RHF har i styresak 104/07 B vedteke ein samla miljøpolitikk for helseføretaksgruppa som samsvarer med tilrådingane om miljøleining i "Grønn Stat". Det går vidare fram av styrevedtaket at dei konkrete miljømåla for 2008 skal fastsetjast i styringsdokumentet for 2008 etter innspel frå og i samråd med helseføretaka.

I samsvar med innspel mottatt frå helseføretaka gjeld følgjande miljømål for 2008:

- Avfall
 - Vi skal redusere avfallsgenereringa generelt.
 - Delen restavfall skal reduserast med 3% per år
- Innkjøp
 - Delen miljømerka produkt skal auke generelt innanfor dei produktgruppene regjeringa har satsa på i handlingsplan for "Miljø og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser".

- Delen leverandørar som er miljøsertifiserte skal auke.
- Delen eingongsprodukt skal reduserast med 5% pr. år
- Energi
 - Energibruk i bygg målt i Kwh pr. kvadratmeter skal reduserast med 2% pr. år.

Innanfor transport skal det arbeidast vidare med konkretisering av mål, til dømes auka bruk av videokonferansar.

Helseføretaka skal:

- i løpet av 2008 innføre kvartalsvis rapportering på miljømåla på områda avfall, innkjøp, energi og transport.
- gjennomføre interne miljørevisjonar slik at ein har dekkje inn alle aktivitetane i helseføretaket i løpet av ein 3-års periode.
- vurdere miljøsertifisering etter ISO 14001 eller tilsvarende.

7.6 Bruk av frivillige mannskap i ambulansetenesta

Mannskap frå frivillige organisasjonar utgjer ein stor beredskapsressurs for det offentlege i samband med ulykker, katastrofar, søkje- og redningsaksjonar, og ved ulike kultur- og idrettsarrangement. Frivillige organisasjonar har kontrakt med helseføretak om suppleringssteneste for ambulansetenesta. Tenesta er bemanna med frivillig mannskap som i dei fleste tilfelle ikkje tilfredsstillar krava til kompetanse som er sette i ”*Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*”. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide kompetansekrav og foreslå ordningar slik at desse organisasjonane framleis kan vere eit viktig supplement for helsetenesta og redningstenesta. Det er lagt til grunn at arbeidet blir gjennomført i samarbeid med frivillige organisasjonar og helseføretaka, og at det blir slutført i 2008.

Helseføretaket skal:

- sjå til at avtalar med frivillige organisasjonar om suppleringssteneste med vidare, blir vidareførte innanfor ramma av overgangsbestemminga i ”*Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*”, inntil det ligg føre ein avklaring av rolla til dei frivillige organisasjonane som beredskapsressurs

7.7 Fengselstenesta – krav om inngåing av avtaler

Helse- og omsorgsdepartementet har påpeika at det er behov for å klargjere spesialisthelsetenesta si samhandling med helsetenesta i fengsla. Det er tidlegare gitt oppdrag i bestillardokumentet til Helse Vest RHF for 2005 i forhold til dette, som seinare er presisert i eget brev av 5. november 2007.

Helseføretaket skal:

- sørge for at det blir etablert avtalar mellom spesialisthelsetenesta (DPS/sjukehusavdeling/HF) og kommunar som har eit ansvar for helsetenesta i fengsel/primærhelsetenesta i fengsel, innan utgangen av første tertial 2008

7.8 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eigedomar

Ved Kongelig resolusjon av 1. september 2006 er det sett krav om at det skal utarbeidast sektorvise landsverneplanar for statlege kulturhistoriske eigedomar. Landsverneplanen for

spesialisthelsetenesta er planlagt ferdigstilt sommaren 2008. Føremålet med planen er å medverke til vern av eit utval kulturminnar og kulturmiljø som dokumenterer helsesektoren si historie og utvikling. Før ferdigstilling vil planen bli sendt på høyring til dei regionale helseføretaka. Endeleg landsverneplan vil bli oversendt til Riksantikvaren, og vil danne grunnlag for ei formell freding etter kulturminneloven.

Landsverneplanen skal innehalde dokumentasjon til bruk i vernesaker etter plan- og bygningsloven mv., og vil også kunne medverke til enklare og meir framsynt samhandling med vernemyndigheitene.

Ved Kongelig resolusjon av 1. september 2006 blei det også sett krav om å utarbeide ein forvaltningsplan for kvar enkelt av sektoren sine kulturhistoriske eigedomar.

Helseføretaka skal

- leggje Landsverneplanen til grunn for si forvaltning av eigedom fram til det er fastsett endeleg forskrift.
- følgje opp kravet om å utarbeide forvaltningsplanar for enkelte eigedomar.

Helse Vest RHF vil streke under at det er viktig å medverke i kulturminnevernet både gjennom vedlikehald, planlegging og gjennomføring av nye bygningsmessige tiltak.

8 Rapportering

Metodikk og struktur for rapportering

Det er gjennom arbeidet med heilskapleg styringsinformasjon lagt opp til gjennomgåande heilskapleg rapportering både internt, til styra og til myndigheitene.

Helse Vest har fastsett eigen mal for rapportering til styret, jf. vedlegg 3. Styrerapporteringa er som ein heilskapleg rapportering, der både fag, økonomi, medarbeidarar og omdømme er ein del av rapporteringa. Arbeidet med utvikling av styrerapporteringa går føre seg framleis. Helseføretaka skal i 2008 leggje til grunn fastsett mal for sin styrerapportering.

Det er eit mål å ha utarbeidd gode og gjennomgåande system for oppfølging av utviklinga i tenestene. I 2007 blei den tertialvise rapporteringa på oppfølging av styringsdokumentet knytt til rapportering av indikatorar. Denne rapporteringa blir vidareført i 2008 med nokre mindre endringar i grenseverdiar. Oversikt over grenseverdiane finst i vedlegg 4. Helse Vest skal samarbeide med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet om å betre nøkkeldata og gjennomgåande rapporteringssystem.

Månadsrapportering

Økonomirapportering og annan avtalt rapportering av styringsinformasjon som skjer månadleg skal i 2008 rapporterast etter følgjande tidsfristar:

Januar:	20/2
Februar:	14/3
Mars:	15/4
April:	15/5
Mai:	16/6
Juni:	1/8
Juli:	15/8
August:	15/9
September:	15/10

Oktober: 17/11
November: 15/12
Desember: Blir avklara seinare

Den månadlege rapporteringa inneheld følgjande element:

- Økonomirapportering etter fastsett rapporteringsmal i datavarehuset.
- Rapportering av månadsverk og sjukefråver etter fastsett rapporteringmal i datavarehuset.
- Rapportering på omstillingstiltak etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 3).
- Aktivitet og fagdata etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 3). Etter kvart som ny styrerapportering blir implementert i kvart HF, skal denne rapporteringa gjerast gjennom datavarehuset.
- Rapportering av investeringar etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 3).
- Rapportering av likviditet etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 3).

Tertialrapportering

Etter kvart tertial skal det rapporterast på styringsdokumentet, jf oversikt i vedlegg 1.

Det skal vidare rapporterast på regionale kvalitetsindikatorar etter ein fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 3). Frist for rapporteringa er den same som for månadleg rapportering, jf. rapporteringsfristar ovanfor.

Det skal rapporterast på nasjonale kvalitetsindikatorar som er nærare fastsette av Sosial- og helsedirektoratet og Sintef NPR.

Rapportering til SSB og Sintef (NPR)

Helseføretaka skal i tillegg til den rapportering som Helse Vest stiller krav om, også sende rapportar til SSB og Sintef (NPR) basert på spesifikasjonar og malar som dei har fastsett. Rapport utarbeidd i Profitbase for rapportering av funksjonsrekneskap til SSB skal brukast. Rapporten byggjer på felles funksjonskontoplan som alle helseføretaka skal bruke. Funksjonskontoplanen skal vere oppdatert minst kvart tertial då denne og vil bli nytta til rapportering av kostnader fordelt på tenesteområde.

Investeringar

Helseføretaka skal innan den 15/8-2008 rapportere forslag til investeringsprosjekt med driftskonsekvens på fastsett mal. Oversikta skal vise investeringar i ein femårsperiode og vil inngå som drøftingsunderlag i den årlege budsjettprosessen.

Årleg melding

I medhald av § 34 helseføretakslova skal Helse Vest RHF sende ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet innan 1. mars 2009.

Helseføretaka skal sende ei tilsvarande årleg melding til Helse Vest RHF. Denne meldinga skal inngå som underlag for Helse Vest RHF si melding til departementet. Fristen for årleg melding blir sett til 15. januar 2009.

Meldinga må sjåast som eit ledd i eit samanhengande plan- og styringssystem mellom Helse Vest RHF og helseføretaka og skal i tråd med § 13 i vedtektene til helseføretaka innehalde:

- styret sitt plandokument for verksemda.
- styret sin rapport for det føregåande året.

Styret sin rapport for det føregåande året er ein rapport på oppfølginga av dei ulike styrings- og resultatkrava, slik dei går fram av styringsdokumentet.

Årsrekneskap

Heleføretaksgruppa skal avleggje rekneskap i medhald av rekneskapslova. Det er sett egne fristar for gjennomføring av årsoppgjeret for 2007.

Rapport for bruk av midlar og aktivitet

Ein understrekar at søknader og rapportar om bruk av øymerka midlar som hovudregel skal gjerast av Helse Vest RHF, men at helseføretaka må bidra aktivt når det gjeld søknader og rapportering.

Helseføretaka skal rapportere særskilt på alle opptrappingsmidlar som blir gitt til psykiatriplanen. Vi viser her til eige rapporteringsskjema. Det skal òg rapporterast på bruk av midlar og gjennomførte tiltak innanfor arbeidet med vald og traumatisk stress.

Rapportering av kostnader til forskning skal gjennomførast etter same mal som rapporteringa for 2006. Rapporten skal sendast til NIFU STEM innan 1. april 2008.

9 Vedlegg

Vedlegg 1	Oversikt over indikatorar
Vedlegg 2	Rapportering tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk – tertialrapportering
Vedlegg 3	Verksemdsrapport
Vedlegg 4	Oversikt over grenseverdier
Vedlegg 5	Prosjektoversikt