

Forslag til styret i Helse Vest RHF 04.03.2009

## Styringsdokument 2009

Helse Stavanger HF

<b>1</b>	<b>Innleiing</b> .....	<b>4</b>
1.1	Generelt .....	4
1.2	Helse 2020.....	4
<b>2</b>	<b>Hovudområde for styring og oppfølging i 2009</b> .....	<b>4</b>
2.1	Generelt .....	4
2.2	Risikostyring og intern kontroll .....	5
2.3	Realistiske og konkrete omstillingstiltak .....	6
<b>3</b>	<b>Helsefaglege styringskrav</b> .....	<b>6</b>
3.1	Pasientbehandling.....	7
3.1.1	Aktivitet.....	7
3.1.2	Kvalitet .....	7
3.1.3	Prioritering .....	11
3.1.4	Område med særskilt fokus.....	12
3.2	Utdanning av helsepersonell .....	21
3.3	Forsking.....	21
3.4	Opplæring av pasientar og pårørande.....	23
<b>4</b>	<b>Ressursgrunlaget</b> .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Økonomiske krav og rammevilkår</b> .....	<b>27</b>
5.1	Resultatkrav for 2009 .....	27
5.1.1	Rapporteringskrav – økonomi .....	28
5.2	Investeringar.....	28
5.2.1	Låneopptak og driftskreditt .....	29
5.3	Ny inntektsfordeling, medrekna gjestepasientoppgjjer .....	30
<b>6</b>	<b>Organisatoriske krav</b> .....	<b>30</b>
6.1	Vidareutvikling av organisering og styring.....	30
6.1.1	Rettleiar for styra.....	30
6.1.2	Standard arbeidsavtale for administrerande direktør i helseføretak.....	30
6.1.3	Internrevisjon i føretaksgruppa .....	30
6.2	Utvikling av HR-området.....	31
6.3	Samordna kommunikasjon .....	32
6.4	Eigedom .....	33
6.5	Oppfølging av juridisk rammeverk .....	33
6.5.1	Stiftingar og legat.....	33
6.6	Regional samhandling/prosjekt.....	34
6.6.1	Regionale prosjekt.....	34
6.6.2	Utvikling av IKT-området.....	34
6.6.3	Samarbeid med Helse Vest IKT.....	36
6.6.4	Samarbeid med Apoteka Vest HF .....	36
6.7	Samordning av stabs- og støttefunksjonar .....	37
<b>7</b>	<b>Andre styringskrav</b> .....	<b>37</b>
7.1	Oppfølging av miljøpolitikken .....	37
7.2	Organisering av parkeringstilbodet ved sjukehusa.....	37
7.3	Nasjonalt program for kvalitetssikring i stråleterapi (KVIST) .....	38
7.4	Poliklinisk radiologi; Kartlegging og informasjon.....	38
7.5	Rapportering av nøkkeltal .....	39
7.6	Kostnader per pasient (KPP) .....	39
7.7	Etablering av svarteneste for arts- og funksjonskontoplan .....	39
<b>8</b>	<b>Rapportering</b> .....	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>43</b>
	Vedlegg 1: Rapportering av styringsvariablar/ indikatorar/måltal m.v.....	44

Vedlegg 2: Rapportering tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk – tertialrapportering .....	46
Vedlegg 3: Rapportering frå verksemda .....	47
Vedlegg 4: Oversikt over grenseverdier.....	59
Vedlegg 5: Oversikt over regionale prosjekt som involverer helseføretaka, og som vil bli følgde opp i 2009.....	61

# 1 Innleiing

## 1.1 Generelt

Gjennom styringsdokumentet vil Helse Vest RHF gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2009. Styringsdokumentet skal klargjere dei premisser 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 2009 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 2009

## 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 helseføretaksgruppa heller ikkje i 2008 vil nå det økonomiske resultatkravet frå eigar.

Helse Vest RHF vil i 2009 oppretthalde den dialogen med helseføretaka som er etablert i forhold til økonomistyring og vil halde fram med oppfølgingsmøta mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF og helseføretaka kvar månad. I tillegg vil Helse

Vest RHF oppretthalde ein tett dialog for utvalde helsefaglege område og for utvikling i bemanninga.

Eigar har i føretaksmøtet til Helse Vest RHF presisert at budsjettert aktivitet ikkje må overstige krava som er sett i oppdragsdokumentet. Helse Vest RHF legg til grunn at helseføretaka innrettar verksemda, irekna aktivitetsfinansiert pasientbehandling og investeringar, slik at resultatkrava blir nådd, og at nødvendige omstillingstiltak blir vurdert i samsvar med gjeldande rammer for helseføretaka og føringar gitt i oppdragsdokumentet i 2009.

Føretaksgruppa har dei siste månadane av 2008 pådratt seg betydelege resultatavvik, og helseføretaka tar med seg ei omstillingsutfordring inn i 2009 som er større enn forventa. God kvalitet i budsjetteringa er ein føresetnad for nødvendig styring og kontroll med verksemda. For å sikre realistisk budsjettering og sikre at budsjetta innehar nødvendige omstillingstiltak har Helse Vest RHF oppretta ei regional budsjettgruppe som skal vurdere og kvalitetssikre budsjetta for med det å bidra til at helseføretaka i 2009 faktisk leverer resultat som med størst mogleg sikkerheit er i tråd med resultatkrava.

I tillegg skal helseføretaka opprette ei rådgivande balansegruppe som skal bidra til at helseføretaka i 2009 styrer drifta av verksemdene innafor dei budsjetttrammene som er sette og på denne måte bidra til at ein oppnår ein sunn og berekraftig styring av ressursane i åra som kjem.

## **2.2 Risikostyring og intern kontroll**

I 2008 har Helse Vest RHF i saman med helseføretaka utarbeidd retningslinjer for korleis ein organiserar og gjennomfører risikostyring i føretaksgruppa. Risikostyring er ingen objektiv aktivitet, men eit styringsverktøy som gir grunnlag for å identifisere, vurdere og handtere potensiell risiko ved hjelp av ei strukturert tilnærming. Risikostyring skal vere eit verktøy som kan tydeleggjere samanhengen mellom dei måla verksemdene i Helse Vest styrer etter, risikoar som kan true oppfyllinga av desse måla og moglege tiltak. Dette skal gje ei meir proaktiv styring, bidra til betre prioritering og ressursstyring og der igjennom betre moglegheitene for at verksemdene i Helse Vest når måla sine.

Helseføretaka skal gjere seg kjend med retningslinjene og ta i bruk dei malar for gjennomføring og rapportering som er utvikla av føretaksgruppa i fellesskap. For å få til ein god integrering av risikostyringa i mål- og resultatstyringa, skal risikovurderingar gjerast samstundes med andre planleggingsprosessar. Risikostyring skal brukast som ein aktiv styringsreiskap i forhold til andre styrande dokument i Helse Vest. Den overordna risikostyringa skal gå i årssyklusar.

Det skal årleg definerast 6-8 overordna styringsmål som skal følgjast særskilt opp gjennom året. 4-6 av desse måla vil vere felles for heile føretaksgruppa og blir definert av Helse Vest RHF. Det einskilde helseføretak kan vidare definere 2-3 overordna verksemdspesifikke mål/høgrisikoområde som skal følgjast særskilt opp. Til kvart av måla skal det i den grad det er mogleg velgast ut 1-3 styringsvariablar/indikatorar som skal risikovurderast.

Helseføretaka skal rapportere risiko som ein del av dei månadlege rapporteringsrutinane som allereie eksisterar. Risikovurderingar av dei utvalde overordna styringsmåla med styringsvariablar skal vurderast grundig ved 1. tertial. Ved 2. tertial-rapporteringa skal dei

risikoane som ein ved 1. tertial vurderte som å liggje over akseptabelt risikonivå følgjast særskilt opp.

## **2.3 Realistiske og konkrete omstillingstiltak**

Prognosane for 2008 tilseier at vedtekne omstillingstiltak i for liten grad blir gjennomført og realisert. Helse Vest RHF vil i 2009 ha ein meir bevisst haldning til og ei meir aktiv oppfølging av helseføretaka sine omstillingstiltak enn i 2008, og styra i underliggjande helseføretak skal ha direkte kontroll med at omstillingstiltaka er realistiske og konkretiserte.

Det er viktig at det ved periodeavslutningar blir utarbeidd gode og realistiske prognosar for forventa resultat for året. Helse Vest RHF ser svært alvorleg på at det berekna avviket mot resultatkravet for 2008 auka vesentleg mot slutten av året.

Helseføretaka skal:

- ha ein omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre betre intern organisering
- sikre at omstillingstiltak som kan gi kostnadseffektiv og formålseffektiv drift på lang sikt, blir prioriterte framfor kortsiktige eingongseffektar
- sikre at grunngevinga for og konsekvensane av omstillingstiltaka, og ein realistisk framdriftsplan, skal vere gjort greie for i omstillingsplanen
- sikre at det blir etablert rutinar for oppfølging slik at alternative tiltak kan bli sette i verk ved manglande gjennomføring eller realisering av planlagde omstillingstiltak
- ikkje nytte gevinstar ved sal av eigedom som omstillingstiltak

Dersom helseføretaka skal nå dei budsjetterte måla, er det og viktig å ha fokus på den daglege drifta i helseføretaket, i tillegg til dei vedtekne omstillingstiltaka.

Nye tilbod eller vesentlege utvidingar av noverande tilbod som blir planlagde og sette i gong, skal først bli behandla i styret i helseføretaket. I saksgrunnlaget for styrebehandlinga skal det vere ei konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift blir gjort greie for. I tillegg skal det gis ein omtala av kva for endringar tiltaket vil innebere for det samla tenestetilbodet og for brukarane.

Styret må sjå til at administrasjonen på ulike nivå har nødvendige ressursar, mellom anna tilstrekkeleg kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte dei omstillingsutfordringane 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.

## **3 Helsefaglege styringskrav**

Fokusområde som skal følgjast særskilt opp i 2009 vil vere fristbrot, prioritering (lansering av rettleiar og opplæring), kvalitet (styrebehandling og oppfølging), korridorpatientar og psykisk helsevern for barn og unge.

## 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 2008 til 2009, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008–2009). Veksten i aktivitet som er omfatta av innsatsstyrt finansiering og NAV-refusjonar for poliklinisk behandling, er målt i høve til prognosar per 1. tertial 2008 og 1. halvår 2008.

Helse Vest har ikkje indikasjonar på at resultatet for 2008 avvike vesentleg frå denne prognosen. Som grunnlag for fastsetting av overslagsløyving 2009 blir det derfor til grunn siste prognose for DRG poeng 2008 med tillegg for 1,5% aktivitetsauke og 0,5% kodevekst. I tillegg kjem eit anslag på om lag 6975 DRG poeng til finansiering av enkelte dyre legemiddel samt omlegging av kjøp frå Feiring. Det blir her vist til kapittel 4 Ressursgrunnlaget for nærare klargjering av bestillinga for 2009.

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

Det er viktig at helseføretaka har fokus på at:

- det øyremerkte tilskotet til rusfeltet og til ordninga ”Raskare tilbake” skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for, dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.
- midlane til rusfeltet skal nyttast i samsvar med dei spesielle krava som er sette til gjennomføringa av opptrappingsplanen.
- den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og rusbehandling i 2009 skal vere sterkare enn innanfor somatikk.
- aktiviteten innanfor rehabilitering/habilitering skal styrkjast med minst 1,5 prosent, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009).

#### ”Raskare tilbake” – helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde

Avtalar med private kommersielle aktørar innan ortopedi og ryggbehandling er prolongert. Avtalar med rehabiliteringsinstitusjonar og prosjekt ved DPS med tilbod innan lettare psykiske lidningar er også prolongert ut 2009. Lønn til prosjektkoordinatorstillingar blir dekt innanfor ramma av ordninga Raskare tilbake jf. brev datert 25.09.08.

Helseføretaka skal:

- vidareføre aktiviteten på om lag same nivå som i 2008.
- rapportere etter fastsett mal for aktiviteten.
- bruke økonomiske midlar i tråd med politiske og administrative føringar for ordninga.

### 3.1.2 Kvalitet

#### Kvalitetssatsinga i Helse Vest

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 og i styresak 124/08 Vidareføring og

styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013. Satsinga byggjer på Nasjonal helseplan og måla i den nasjonale kvalitetsstrategien.

Helseføretaka er ansvarlege for å:

- forankre kvalitetssatsinga i leiinga på alle nivå i føretaket, og m.a. sørgje for merksemd frå leiinga og medverknad frå medarbeidarane knytt til kvalitetsutviklingsprosessar, jf. styresak 124/08.
- sørgje for at styret i helseføretaket behandlar sak 124/08 Vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013 som styret i Helse Vest RHF vedtok 12. desember.
- 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.
- sikre at fagpersonell stiller opp i nasjonalt kvalitetsarbeid, medrekna utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregister, nasjonale faglege retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorar.

Kvalitetssatsinga skal vere lokalt forankra og sentralt koordinert, og 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 legg nødvendige rammer rundt arbeidet, med fokus på styring, risiko og kontroll og etterleving av lov- og myndigheitskrav, jf. punkt 2.2 om risikostyring og intern kontroll.

I 2009 er det sett av 10 mill. kr som skal brukast i helseføretaka og i dei private ideelle institusjonane til oppfølging av kvalitetssatsinga. Midlane vil bli tildelt etter søknader knytt til oppfølging av prosjekt og tiltak innanfor dei fire temaområda i tråd med styresak 124/08 (jf. brev frå Helse Vest RHF datert 07.01.09). Helseføretaka må:

- bidra til at det kjem fram gode søknader, følgje opp og fullføre tildelte prosjekt, og samarbeide med dei andre helseføretaka i regionen. Søknadene må forankrast i toppleiinga i helseføretaket. Søknadsfristen er sett til 15. mars.

Helse Vest vil i tillegg lyse ut inntil 3 mill. kr som ”såkornmidlar” til lokale kvalitetsutviklingsprosjekt. Prosjekt som er knytte opp mot føringar i styringsdokumentet og som tek vare på overføring av kunnskap i regionen, vil bli prioriterte. Helse Vest RHF vil sende eit brev om saka. Helseføretaka må i denne samanheng:

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

### **Kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd**

Innanfor temaområdet kunnskap vil arbeidet med faglege retningslinjer ha eit særskilt fokus i 2009. Andre prioriterte tiltak er klinisk fagrevisjon, tidleg vurdering av ny diagnostikk og behandling, og system for støtte i avgjerdsprosessen ved innføring av nye metodar.

Helseføretaka har ansvar for følgjande:

- Setje i verk tiltak for å implementere eksisterande og nye nasjonale retningslinjer og rettleiarar for å oppnå likebehandling. Dette gjeld spesielt nasjonale handlingsprogram



med retningslinjer for kreftbehandling<sup>1</sup> retningslinjer for bruk av TNF-alfa-hemmarar<sup>2</sup> m.m. og retningslinjer for bruk av medisin mot MS<sup>3</sup>.

- Helse Vest RHF skal, i samsvar med nye nasjonale retningslinjer (våren 2009), setje i verk prosessar for å styrkje førebygging, behandling og rehabilitering av slag i ei samordna behandlingsskjede.
- Bruke databasen [www.mednytt.no](http://www.mednytt.no) som grunnlag før innføring av nye medisinske metodar, og leggje forsking frå kunnskapsoppsummeringar til grunn for medisinsk og anna helsefagleg verksemd.
- Bruke [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no), og bidra til vidareutvikling av databasen m.a. ved å gjere retningslinjer og prosedyrar som er utvikla i helseføretaket, tilgjengelege gjennom Helsebiblioteket.
- Bidra i regionalt og nasjonalt arbeid for å gå gjennom avgjerdsprosessane ved innføring av nye, kostbare metodar og medisinar i helsetenesta.

Helse Stavanger og Helse Bergen får i oppdrag å:

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

### **Pasientfokus for å møte pasientane og pasientane sine behov på ein god måte**

Eit felles, standardisert verktøy for lokale pasienterfaringsundersøkingar er under utarbeiding, og vil ha særskilt merksemd i 2009. Utvikling av pasientforløp, forbetring av tilgang til tenestene og dårleg ernæring eller underernæring og rusmidlar som risikofaktorar i den medisinske behandling, er andre prioriterte tema i den regionale kvalitetssatsinga.

Helseføretaka har ansvar for å:

- ta i bruk standardisert verktøy for lokale pasienterfaringsundersøkingar når dette blir ferdigstilt
- gjennomføre analysar av reinnleggingar på 1-2 avdelingar i kvart helseføretak (ved bruk av validerte instrument). Resultata skal dokumenterast.
- arbeide med utvikling av gode pasientforløp/samanhengande tiltakskjeder på tvers av nivåa i helsetenesta, inkl. forpliktande samhandling med kommunar om m.a. utskrivingsklare pasientar.
- 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.
- etablere tolketenester for pasientar som har behov for det
- vurdere behovet for å auke språk- og kulturkompetansen til dei tilsette knytt til grupper med særskilte behov, og setje i verk nødvendige tiltak.
- sikre at brukarmedverknad på systemnivå reflekterer befolkningssamansetninga i opptaksområdet.
- setje i verk tiltak for at alle pasientar, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, får høve til å ta imot helsehjelp.
- setje i verk tiltak for å sikre brukarmedverknad i forsking.

---

<sup>1</sup> [www.helsedirektoratet.no/kreft/handlingsprogrammer](http://www.helsedirektoratet.no/kreft/handlingsprogrammer)

<sup>2</sup> [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00040/Nasjonale\\_faglige\\_re\\_40309a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00040/Nasjonale_faglige_re_40309a.pdf)

<sup>3</sup> [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00017/Faglige\\_retningslinj\\_17069a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00017/Faglige_retningslinj_17069a.pdf)

## **Pasienttryggleik - redusere risiko for utilsikta hendingar**

Innanfor dette temaområdet har rapportering av uønska hendingar og legemiddelhandtering høgaste prioritet i 2009. Utvikling av hjelpemiddel for drøfting av uønska hendingar på dei ulike einingane, måling og forbetring av pasienttryggleikskultur og innføring og bruk av internasjonale prototypar på tiltak for å betre pasienttryggleiken er andre prioriterte tema, jf. styresak 124/08.

Helseføretaka har ansvar for:

- at alle einingar som driv pasientbehandling har etablert faste, tverrfaglege møte for evaluering av uønska hendingar (skadar, komplikasjonar, legemiddelskadar, unaturlege dødsfall, andre utilsikta hendingar). Det skal kvart tertial rapporterast på oppfølging, dvs. kor mange einingar dette er etablert for, regelmessigheit, innhald.
- at uønska hendingar og nesten-uhell blir rapportert i felles elektronisk system i regionen – Synergi.
- å bidra til at Nasjonal eining for pasienttryggleik får informasjon om uønska hendingar som grunnlag for å avdekkje risikoområde og årsakene til dei.
- at lovpålagde meldeordningar blir følgde opp.
- å samarbeide med og bruke læringsinformasjon utarbeidd av Nasjonal eining for pasienttryggleik.
- at det er etablert klinisk etikkomité i føretaket, og at komiteane kan behandle etiske problemstillingar innanfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Det skal rapporterast på kravet 1. tertial.

Det er i gang eit regionalt prosjekt om legemiddelhandtering og pasienttryggleik i Helse Vest. Det skal etablerast ein heilskapeleg og overordna plan for korleis legemiddelforsyninga (definert som bestilling, føreskriving og utdeling) kan tilpassast behova til pasientane og dei ulike pasientforløpa som eksisterer i føretaka. Helseføretaka må:

- bidra i samband å realisere tilrådingane når prosjektet blir ferdigstilt

## **Måling av resultat som grunnlag for forbetring og synleggjering**

I 2009 vil det vere stor vekt på implementering og utprøving av felles teknisk infrastruktur for medisinske kvalitetsregister, jf. statsbudsjettet (St.prp.nr.1 2008-2009) og oppdragsdokumentet. Som eit ledd i kvalitetssatsinga vil ein i 2009 òg starte planlegging av eit system for kvalitetsmåling som skal synleggjere kva som blir oppnådd i tenestene.

### *Kvalitetsregister*

Nasjonale medisinske kvalitetsregister er eit viktig verktøy for å dokumentere resultat av medisinsk behandling, til bruk i eige kvalitetsbetringsarbeid og som grunnlag for forskning.

Helse Bergen har ansvar for å:

- utvikle, drifte og nytte dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra som er lagt til Helse Bergen. Det gjeld Norsk intensivregister, Norsk diabetesregister for vaksne, Nasjonalt KOLS-register og Nasjonalt register for leppe-/kjeve-/ganespalte.
- delta i regionalt arbeid med implementering og utprøving av felles teknisk infrastruktur for dei nasjonale kvalitetsregistra, basert på fellesløysingar utvikla i Helse Midt-Noreg.
- delta i nasjonalt arbeidet med å etablere ein nettverksstruktur for alle nasjonale register.

- vidareutvikle rolla til Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forskning. Dette må sjåast i samanheng med nasjonalt samarbeid og samarbeid med Helse Vest IKT.

Helseføretaka skal:

- rapportere data til alle nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i eige og andre helseføretak.

*Styringsvariablar*

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 lidingar eller rusmiddelmissbruk skal vente meir enn ti dagar på vurdering.
- Ingen pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal vente meir enn 65 (virke)dagar før behandling blir sett i verk, i psykisk helsevern og/eller TBS for personar under 23 år.
- Det skal vere mindre enn fem prosent strykingar av planlagde operasjonar.

Helseføretaka må ha fokus på å unngå fristbrot, og i denne samanheng:

- unngå at rettighetspasientar ventar meir enn seks månader.
- byggje eit system for å overhalde behandlingsfristar og dermed unngå fristbrot.

Det blir elles vist til oversikt over rapportering på styringsvariable og styringskrav i vedlegg 1 som helseføretaka må sørge for å rapportere på til tidsfristane som går fram av vedlegget.

### **3.1.3 Prioritering**

Pasientane skal sikrast 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 prioritert, nødvendig helsehjelp skal prioriterast framfor pasientar med behov for anna helsehjelp, og ventetida skal vere kortare for dei prioriterte pasientane.

Det er eit mål at praktiseringa av prioriteringsforskrifta blir meir heilskapleg. 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.

Helseføretaka skal:

- ta i bruk dei nye nasjonale rettleiarane utarbeidde i prosjektet «Riktigere prioritering»
- gjennomføre opplæring for einingane og for leiargrupper i samråd med Helse Vest i samband med dei nye nasjonale rettleiarane, jf. eigne informasjonsmøte
- bruke dei felles regionale rettleiarane for prioritering innan dei ulike fagområda inntil dei blir avløyste av nasjonale rettleiarane
- bidra i det nasjonale arbeidet med fleire rettleiarar for prioritering

### **3.1.4 Område med særskilt fokus**

#### **Samhandling**

Det er eit mål at pasientar og brukarar møter ei samordna helseteneste prega av kontinuitet og med fullstendige behandlingsskjeder og pasientforløp som sikrar god behandlingsskvalitet. Særleg viktig er dette for pasientar med langvarige og samansette behov, for eksempel eldre sjuke, sjuke barn og unge, pasientar med kroniske lidningar, pasientar med psykiske lidningar, rusmiddelavhengige og terminale pasientar. Ein viser til det pågåande arbeidet med ny samhandlingsreform.

Aktuelle modellar for desentralisert spesialisthelseteneste er m.a. distriktsmedisinsk senter eller sjukestove i samarbeid med eit større sjukehus, intermediære einingar drivne i eit samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, ambulante team i samarbeid med primærhelsetenesta.

Korridorpasientar er eit uttrykk for utfordringar knytte til organisering av tenesta og at samhandling mellom sjukehus og helsetenesta elles ikkje er tilfredsstillande.

Helseføretaka skal:

- vurdere etablering av ulike modellar for desentralisert spesialisthelseteneste i samarbeid med aktuelle kommunar.
- gi fagleg oppfølging, støtte og rettleiing til den kommunale omsorgstenesta slik at ho kan ta seg av sine nye og krevjande oppgåver. Dette gjeld særleg i høve til utgreiing, diagnostikk og behandling av akutte tilstandar og kroniske sjukdomar, i tillegg til fast oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og rettleiing av lokalt behandlingssapparat.
- skal rapportere i årleg melding kva for tiltak som er gjennomførte for å sikre samordna pasientforløp for å ta hand om pasientar med stort samhandlingsbehov.
- arbeide med organiseringa av tenestene og sikre tilstrekkeleg kapasitet for å unngå bruk av korridorsenger. I akuttpsykiatrien er det ikkje i samsvar med forsvarleg aktivitet å ha korridorpasientar.
- sikre at minst 80 prosent av epikrisane blir sende ut innan sju dagar.
- sikre at ein større del av pasientane får utarbeidd individuell plan.

#### **Akuttmottak**

Statens helsetilsyn avdekte i eit landsomfattande tilsyn i 2007 at mangelfull styring og leiarskap prega kvardagen i akuttmottaka, og at dette til tider gav uforsvarleg pasientbehandling i dei fleste akuttmottaka.

Helseføretaka skal:

- etablere systematiske tiltak for å betre styring, leiing og drift av akuttmottaka.

#### **Akutfunksjonane til lokalsjukehusa**

Det skal vere eit desentralisert sjukehusstilbod, som mellom anna sikrar nært samband til akutfunksjonar. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned. Lokalt tilpassa behandlingsskjeder, tilrettelagd kompetanse og forpliktande nettverk mellom sjukehusa vil vere med på å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbodet.

Helseføretaka skal:

- arbeide for å sikre eit fullstendig, samanhengande og lokalt tilpassa akuttilbod
- vurdere tilpassing av akuttfunksjonane til lokalsjukehusa i tråd med denne rettleiande standarden:
  - Felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, akuttmottak ved sjukehuset og gjerne ambulansestasjon er samlokaliserte
  - Tilpassa akuttfunksjonar med hovudvekt på indremedisinske tilbod, elektiv kirurgi og enklare kirurgisk beredskap
  - Lokalsjukehus med akuttfunksjonar (akuttsjukehus)

### **Fødselsomsorg**

Det skal vere ei samordna svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta. Ei stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er planlagt i februar 2009, og eventuelle oppdrag vil ein kome tilbake til i etterkant av dette.

Helseføretaka skal:

- sikre drift av fødeinstitusjonar heile året. Sommar- og feriestengingar av fødeinstitusjonar skal ikkje skje på grunn av økonomiske årsaker åleine. Dersom det ikkje lar seg gjere å avvikle lovpålagd ferie forsvarleg, kan dei stengje, men stengingsperioden skal gjerast så kort som råd, og det skal setjast i verk nødvendige tiltak for å sikre forsvarlege ordningar i samarbeid med kommunen.
- levere data elektronisk til Medisinsk fødselsregister for alle fødeinstitusjonar.
- vidareutvikle samarbeidet med den kommunale jordmortenesta som har ansvaret for følgjetenester.

### **Psykisk helsevern**

Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen skal fortsatt leggjast til grunn. Det overordna målet er å fremme integritet, sjølvstende og evna til å meistre eige liv.

Det er framleis viktig å utvikle og styrkje meir utoverretta og ambulante tenester og oppfølging. DPS-a må styrkjast fagleg slik at dei blir i stand til å gi adekvat hjelp til personar med meir vanlege psykiske lidingar. Sjukehusa må utviklast til å ta hand om spissfunksjonar. Ressursane må fordelast mellom DPS-a og sjukehusavdelingane i tråd med føringane og lokale forhold.

Samhandlinga mellom DPS/BUP og det kommunale tilbodet, medrekna barnevernet, må styrkjast. Helseføretaka må sørgje for redusert bruk av tvang i psykisk helsevern.

Det er i 2009 løyvd 50 mill. kr til forpliktande samhandlingstiltak mellom DPS/BUP og det kommunale tilbodet. Målgruppa for dette tiltaket er først og fremst personar med langvarige og samansette sjukdomar. Helse Vest vil kome tilbake med utfyllande informasjon når dette ligg føre frå departementet.

Helseføretaka skal:

- utvikle DPS-a i tråd med rettleiaren for DPS, og spisse sjukehusfunksjonane.
- registrere rusmiddelproblem hos pasientar som blir tilvist til psykisk helsevern og setje i verk tiltak for å sikre at desse pasientane får eit fullstendig behandlingstilbod.

- leggje til rette for at unge med psykiske lidningar kan få ha behandlaren sin også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år.
- ta i bruk rettleiar for poliklinikkane i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570).
- auke kapasiteten i tilbodet til barn og unge slik at målet om 5 prosent dekningsgrad blir nådd og ny ventetidsgaranti blir overhalde, jf. også internrevisjonsrapport.
- setje i verk tiltak for redusert og korrekt bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. m.a. handlingsplanen om redusert og kvalitetssikra bruk av tvang.
- ta i bruk nasjonale retningslinjer for førebygging av sjølv mord i psykisk helsevern (IS-1511).
- sikre at rettleiar om samarbeid med og oppfølging av pårørande innanfor psykisk helsevern (IS-1512) blir følgd opp.
- bidra i vidareutviklinga av kompetanseprogrammet "Kropp og sjølvkjensle" som eit ledd i å styrkje tilbodet til personar med matproblem.
- ordne med gode og verdige transportordningar for psykisk sjuke, som medverkar til at bruken av tvang og av politi blir redusert til eit minimum.
- vurdere å setje i verk tiltak som gjer at fleire pasientar fullfører behandling.

### **Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)**

Sentrale mål i opptrappingsplan på rusområdet for perioden 2007–2010 er å styrkje kvaliteten og kapasiteten på tenestene, forsterke den forpliktande samhandlinga i tenestene til rusmiddelavhengige og å styrkje samhandlinga mellom psykisk helsevern og TSB.

I opptrappingsplanen blir det òg lagt vekt på å etablere fleire ambulante team og verksemder. Innsatsen for å betre rutineane for samhandling slik at ein unngår avbrot i behandlinga, skal styrkjast. Auka brukarmedverknad står sentralt. Forsking og kompetanse på rusfeltet skal òg styrkjast.

Helseføretaka har ansvar for å:

- auke kapasiteten innanfor akuttbehandling, avrusing og ambulante team, i tillegg til å styrkje kapasiteten til lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR), dvs. basistenster, jf. regional rusplan.
- styrkje den helsefaglege kompetansen innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.
- vidareutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetenesta, kommunale tenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og anna tverrfagleg spesialisert behandling, og etablere rutinar for registrering av slike tiltak.
- sikre at alle pasientar som blir vist til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, også skal vurderast for sine behov for andre tenester innanfor spesialisthelsetenesta.
- setje i verk tiltak som gjer at fleire pasientar fullfører behandlinga.
- sikre gode rutinar ved utskrivning etter fullført behandling eller ved behandlingsavbrot, slik at tilhøva ligg til rette for god oppfølging av kommunale tenesteytarar.
- i samarbeid med Kriminalomsorga leggje til rette for at innsette som har rett til det, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringslova i institusjonar som tilbyr tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
- sjå til at ambulansetenesta som rykkjer ut overfor rusmiddelavhengige ved overdosar, i samarbeid med kommunale tenester sikrar vidare oppfølging etter nødvendig behandling

på staden. Ta initiativ til å etablere samarbeidsavtalar med aktuelle kommunar for å sikre ei slik oppfølging.

- i fellesskap redusere behovet for kjøp av gjesteplassar ved å utvikle større kapasitet.

#### *Forskningsprogram/medisinsk kvalitetsregister*

Helse Vest RHF har sett av 5 mill. kr til eit forskningsprogram innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Programmet vil bli organisert via Det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest og Universiteta og skal m.a. byggje på rapporten "Forskningsprogram for Russektoren. Programkomiteens innstilling" frå mai 2006. Det regionale kompetansesenteret (KORFOR) skal ha ei sentral rolle i programmet. Helseføretaka må delta i denne satsinga.

KORFOR arbeider med etablering av eit regionalt medisinsk kvalitetsregister innan tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseføretaka må levere data til kvalitetsregisteret når dette er etablert.

#### *Rapportering*

Helseføretaka skal:

- rapportere måltal/indikatorar kvart tertial og i årleg melding i tråd med vedlegg 1 og 2.
- registrere alle pasientar som blir vist til rusbehandling i dei pasientadministrative systema med fagområde 360 RUS
- registrere og rapportere aktivitetsdata frå TSB gjennom NPR-melding versjon 47.

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

### **Barn som pårørnde**

Våren 2009 vil det bli lagt fram eit lovforslag for å styrkje rettsstillinga til barn av foreldre med psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade og rusmiddelavhengige.

Helseføretaka skal i denne samanheng:

- setje i verk tiltak for å identifisere barn av pasientar med psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade og rusmiddelavhengige. Pasientane eller omsorgspersonen bør informerast om barnas generelle behov for støtte og oppfølging når foreldra er sjuke, og om andre hjelpetilbod. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet få tilbod om relevant oppfølging, for eksempel informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.

### **Rehabilitering og habilitering**

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) og regional plan for habilitering og rehabilitering (styresak 124/06) er retningsgivande for det langsiktige arbeidet for at rehabilitering og habilitering skal få ein riktig plass i tenestene i tråd med overordna mål.

Rehabiliterings- og habiliteringsfeltet i Helse Vest er styrkt i 2009, jf. styresak 125/08.

Som følge av nytt system for fordeling av basisløyvinga, blir ordninga med at pasientar kan bruke plassar i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i andre regionar utan

gjestepasientoppgjjer, avvikla. I 2009 blir det innført gjestepasientoppgjjer med finansieringsansvar for helseføretaka, jf. styresak om konsernbudsjett (026/09 B). Helse Vest vil inngå nødvendige avtaler med andre regionale helseføretak.

Helse Vest vil i 2009 setje i gang eit arbeid for å etablere ei felles vurderingseining i regionen for tilvisingar til rehabiliteringsinstitusjonar.

Helseføretaka skal:

- rapportere om dei tiltaka som er gjennomførte, og kva som er planlagt gjennomført i 2009, som oppfølging av nasjonal strategi, regional plan (styresak 124/06) og styrkinga av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet (styresak 125/08). Det skal særleg gjerast greie for tiltak innanfor forskning, kompetansehevande tiltak og habiliteringstilbod for barn og unge med omfattande behov, medrekna dei med alvorlege hovudskadar. Frist for denne rapporteringa er 1. juni 2009.
- rapportere i årleg melding om samarbeidsprosjekt som blir gjennomførte, der både kommune/kommunar og helseføretak har inngått forpliktande samarbeid.
- rapportere i årleg melding kva for pasientgrupper det er etablert pasientforløp der det er sikra at rehabilitering er ein integrt del av behandlinga.
- styrkje fokuset på habilitering av barn og unge. Det er viktig med tidleg intervensjon
- bruke dei spesielle helseinstitusjonane i minst same omfanget som i 2008.
- inngå samarbeidsavtale med kommunar og NAV knytt til høyreapparatformidling slik det er tilrådd i rapporten «Å høre og bli hørt», for å oppnå ei meir samordna formidling av høyreapparat. Det skal rapporterast i årleg melding.
- leggje til rette for at lærings- og meistringssentra kan bli arena også for ei samordna formidling av høyreapparat i samarbeid mellom spesialisthelsetenesta, kommunane, NAV og brukarane.

### **Oppfølging av nasjonale strategiar m.v.**

#### *Kreft*

Den regionale kreftplanen har i stor grad teke opp i seg føringane frå den nasjonale kreftstrategien frå 2006. Helseføretaka skal:

- følgje opp regional kreftplan og bidra i arbeidet med, og følgje opp, nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdom.
- bidra i ein gjennomgang av kva for einingar som utfører kirurgisk kreftbehandling, særleg med omsyn til kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tjukktarm, lunger og bryst, jf. føringar i revidert statsbudsjett 2008 (St.prp. nr. 59 2007-2008).
- leggje vekt på klart dokumenterte samanhengar mellom volum og kvalitet i organiseringa av tenestene

#### *Diabetes*

Helseføretaka skal:

- implementere og følgje opp måla i Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010, inkludert vidareføring av arbeidet med rettleiing for personar med eller som er i risikograppa for å utvikle diabetes type 2, jf. prosjekt som fekk tildelt midlar i 2008.
- implementere nye faglege retningslinjer på diabetesområdet
- bidra i samband med innføring av elektronisk diabetesjournal. Helse Vest vil kome tilbake til dette i brev til helseføretaka.



## *KOLS*

Helseføretaka skal:

- bidra i implementeringa av og følgje opp måla i "Nasjonal strategi for KOLS-området 2006–2011".
- bidra i utarbeidinga av faglege retningslinjer for KOLS-området.
- utvikle og prøve ut nye modellar for lungerehabilitering, medrekna utvikle dagtilbod for rehabilitering av personar med KOLS

## *Spesialisthelsetenester for eldre*

Det er i gang eit regionalt arbeid om spesialisthelsetenester for eldre, som byggjer på nasjonal strategi for spesialisthelsetenester for eldre 2008–2012. Det er eit mål at spesialisthelsetenesta i samarbeid med dei kommunale tenestene, mellom andre fastlege og pleie- og omsorgstenesta, bidreg til heilskaplege behandlings- og rehabiliteringskjeder, 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.

Den nasjonale strategien inneheld fokusområde for meistring, førebygging, tilbod i sjukehus og samhandling med kommunen, rekruttering av personell, forskning og finansiering.

Helseføretaka må:

- delta i arbeidet og utvikle tenestene i tråd med dei føringane som blir trekte opp.
- setje i verk tiltak for å ta hand om dei seks fokusområda i den nasjonale strategien, jf. pågåande regionalt prosjekt for spesialisthelsetenester for eldre.

## *Astma- og allergi*

Helseføretaka skal arbeide for at Nasjonal strategi for førebygging og behandling av astma og allergisjukdommar blir nådd.

## *Kvinnehelse*

Strategiplanen for kvinnehelse blei presentert i St.meld. nr. 16 (2002–2003) «Resept for et sunnere Norge». Strategiplanen går fram til 2013. Helseføretaka skal:

- følgje opp strategiplanen
- følgje opp handlingsplanen mot kjønnslemlesting 2008–2011 for å medverke til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlesta i Noreg
- setje i verk tiltak som fører til auka kunnskap om og reduserte kjønnskilnader i helse, sjukdommar og helsetenester

## *Kronisk utmattingsyndrom – ME*

Helseføretaka skal:

- sikre adekvate spesialisthelsetenestetilbod til alle pasientar som er ramma av CFS/ME<sup>4</sup>
- bruke det nasjonale behandlingstilbodet for dei aller sjukaste gjennom kjøp av behandlingssopphald.

---

<sup>4</sup> Chronic Fatigue Syndrome (CFS), myalgisk encefalopati (ME)

## **Nasjonale og regionale kompetansesenter og funksjonar m.v.**

### *Prosjekt om nasjonale tenester*

Helse Vest RHF leiar eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka for å kome fram til eit heilskapleg forslag til kva for nasjonale kompetansesenter og kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar det er behov for. Forslaget skal òg gjelde kva for landsfunksjonar, fleirregionale og eventuelt overnasjonale funksjonar det er behov for. Behova skal vurderast i eit femårsperspektiv. Forslag til lokalisering skal inkludertast.

Våren 2009 vil prosjektet be om søknader om nye funksjonar og kompetansesentra. Forslag om nye tenester som ein ser behov for, men som ein sjølv ikkje ønskjer å drifte, er også aktuelt. Alle søknader og forslag må sendast via Helse Vest RHF.

### *Lands- og fleirregionale funksjonar, nasjonale og regionale kompetansesentra*

Helse Bergen har ansvar for:

- at lands- og fleirregionale funksjonar helseføretaket har, er like tilgjengelege uavhengig av bustad.

Helse Bergen og Helse Stavanger har ansvar for:

- å rapportere i felles system for rapportering på nasjonale kompetansesenter og lands- og fleirregionale funksjonar gjennom portalen <http://hoyspesial.ihelse.net/Hsliste.aspx>. Rapporteringskravet gjeld òg dei regionale kompetansesentra, inkl. Norsk senter for sjøfartsmedisin.
- sikre at faglege referansegrupper er oppretta i tråd med krava.

### *Cochleaimplantatoperasjonar*

Helse Bergen skal:

- vidareføre volumet på cochleaimplantatoperasjonar i tråd med nasjonale føringar.
- samarbeide på landsbasis om operasjonar for å sikre god utnytting av samla kapasitet slik at ein når det samla nasjonale målet om minst 200 cochleaimplantatoperasjonar.

## **Organdonasjon**

Det er eit nasjonalt mål å auke talet på organdonasjonar frå dagens 19,9 donasjonar per million innbyggjarar til 30 donasjonar.

Helseføretaka har ansvar for følgjande:

- Vidareføre arbeidet og setje av tilstrekkeleg med ressursar til funksjonen som donoransvarleg lege slik at ein kan ta hand om organdonasjon på ein god måte.
- Setje i verk tiltak for å auke mengda av tilgjengelege organ og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.
- Leggje til rette for at donoransvarleg lege kan gjennomføre oppgåvene sine i tråd med funksjonsbeskrivinga. Det skal rapporterast i årleg melding korleis donoransvarlege legar utfører funksjonen sin, medrekna kva helseføretaka vurderer som potensialet for organdonasjon.
- Medverke til at talet på levande givarar av nyre (familiemedlemmer) i forhold til det totale talet på nyretransplantasjonar, kan haldast på same nivå.
- Verksemd knytt til donasjon av hornhinner skal organiserast adskilt frå anna organdonasjon. Ved donasjon av hornhinner skal det hentast inn samtykke i tråd med rundskriv I-6/2008.

## **Reservasjonsretten for helsepersonell ved assistert befruktning til lesbiske**

Ved lov av 27. juni 2008 nr. 53 om endringar i ekteskapslova, barnelova, adopsjonslova, bioteknologilova (felles ekteskapslov for heterofile og homofile par) får lesbiske par rett til assistert befruktning på lik linje med heterofile par når lovendringane trer i kraft 1. januar 2009.

Helseføretaka har ansvar for:

- at både heterofile og lesbiske par får tilbod om assistert befruktning såframt vilkåra i bioteknologilova er oppfylt, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1.
- å leggje til rette for at helsepersonell i enkelttilfelle kan fritakast for å gjennomføre eller assistere ved assistert befruktning av samvitsgrunnar. Ei slik tilrettelegging må ikkje på nokon måte hindre at par som oppfyller vilkåra, får tilbod om assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkelttilfelle skal fritakast, må helseføretaket skaffe anna helsepersonell som gjennomfører eller assisterer ved behandlinga, slik at pasienten får den helsehjelpa vedkomande skal ha.

## **Beredskap og smittevern**

Kvalitet, heilskap og samhandling i smittevern- og beredskapsarbeidet skal vidareutviklast i samarbeid med kommunesektoren og andre samarbeidspartar. Regional beredskapsplan 2007-2009 skal ligge til grunn for arbeidet i helseføretaka.

Helseføretaka skal:

- vidareutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunane og andre samarbeidspartar i eige og andre helseføretak, mellom anna om førebyggingstiltak på smittevernsområdet, landsfunksjonen for behandling av pasientar utsette for atom-, biologiske og kjemiske hendingar, om operativ samhandling og ressursdisponering under kriser.
- førebyggje antibiotikaresistens og sjukehusinfeksjonar og setje i verk tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som blei lansert våren 2008.
- utarbeide konkrete mål for smittearbeidet sitt og klarleggje personellbehovet.
- oppdatere, vidareutvikle og øve på beredskapsplanane sine, inkludert planar for atomhendingar, biologiske hendingar (smittsame sjukdommar/pandemisk influensa) og kjemiske hendingar. Dette skal skje i samarbeid med Helse Vest og Nasjonalt NBC<sup>5</sup> kompetansesenter. Beredskapsplanane skal vere i samsvar med overordna planverk, jf. regional plan.
- innarbeide omsyn til beredskapen i logistikkssystemet for tenesta og i leveranseavtalar, slik at dei regionale helseføretaka og helseføretaka saman kan sikre eit samla nasjonalt ansvar for forsyninga av lækjemiddel, materiell og andre kritiske innsatsfaktorar til spesialisthelsetenesta i landet. Dette arbeidet skal gjerast i tråd med regional plan og i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- med basis i analysar av risiko- og sårbarheit knytt til kritisk infrastruktur, fullføre tiltak som sikrar trygge system for kritiske innsatsfaktorar – som IKT, vass- og straumforsyning.

Helse Bergen har ansvar for:

- i samarbeid med Helsedirektoratet implementere rutinar og prosedyrar for etablering og utsending av helseteam til innsats ved kriser i utlandet og hjelpe direktoratet med å

---

<sup>5</sup> N=Nuclear, B=Biological, C=Chemical

utarbeide retningslinjer og prosedyrar for etablering og utsending av helsepersonell til Utanriksdepartementets utrykkingseining (URE).

### **Andre oppfølgingspunkt**

#### *Hjartebehandling*

Finansieringsansvaret for gjestepasientoppgrjer ved bruk av private institusjonar i andre regionar blir frå 2009 lagt til helseføretaka, jf. styresak om konsernbudsjett (sak 026/09 B).

Helse Bergen skal:

- auke kapasiteten for hjartebehandling med 75 operasjonar og med 200-300 pasientar til angiografi og PCI, jf. brev frå Helse Vest datert 20.01.09.

Helseføretaka må:

- samarbeide om å utnytte kapasiteten innanfor regionen.

#### *Sjukleg overvekt*

Helseføretaka skal:

- frå og med 2009 kunne tilby operasjonar for sjukleg overvekt innanfor gjeldande aktivitets- og ressursramme og må sjølv ta ansvaret for tilvisingar. Kirurgi må inngå i eit tverrfagleg tilbod. Frå 2010 blir ordninga med tilleggsfinansiering avvikla, jf. brev frå Helse Vest om fedmekirurgi – finansiering og måltal 2009, datert 05.01.09. Fristbrot innanfor området vil bli handtert på same måte som fristbrot innanfor andre fagområde.

I tillegg må helseføretaka:

- setje i verk tiltak for førebygging og behandling av barn og unge med sjukleg overvekt.

#### *Prehospitale tenester*

Helseføretaka skal:

- justere sine planverk i tråd med føringane i den regionale planen for prehospitale tenester, jf styresak 108/08.

#### *Traumesystem i Helse Vest*

Styret i Helse Vest RHF vedtok i sak 109/08 korleis organiseringa av behandlinga av alvorleg skadde pasientar skal bli ivareteke i regionen.

Helse Bergen skal:

- etablere traumesenteret i Helse Vest med systemansvar og sekretariatsfunksjon for nettverket på traumefeltet
- etablere ei stilling som traumekoordinator.

Helse Stavanger skal:

- leie nettverket på traumefeltet. Nettverket er eit supplement til traumesenteret og skal systematisere eit forpliktande samarbeide og ivareta "følge med" funksjonen.

## 3.2 Utdanning av helsepersonell

Utdanninga av helsepersonell skal vere med på å sikre eit kompetent og tilstrekkeleg helsepersonell i heile helsetenesta. Dette er ein sentral føresetnad for fagarbeid og kvalitet i tenesta. Leiarskap og god organisering og rettleiing av praksis- og turnusordningane er viktig for at helseføretaka skal stå fram som attraktive læringsarenaer. Turnustenesta for legar skal også omfatte psykisk helsevern.

Helse Vest vil frå og med 2009 fordele tilskot til mottak av turnuslegar og turnusfysioterapeutar i sjukehus og private opptreningsinstitusjonar som har avtale med dei regionale helseføretaka.

Samarbeidsorgana mellom Helse Vest og universiteta, og mellom Helse Vest og høgskolane skal sikre eit godt samarbeid med utdanningsinstitusjonane i helseregionen. Helse Vest vil ta initiativ ovanfor universitet og høgskolar for å få inkludert arbeid med kvalitet i grunnutdanningane.

Helseføretaka skal:

- etablere rett mengd kvalitativt gode praksisplassar for elevar/lærlingar/studentar i grunnutdanning og for turnuskandidatar i turnusteneste. Det skal rapporterast om talet på etablerte praksisplassar for elevar, lærlingar og studentar i grunnutdanning og turnuskandidatar i turnusteneste, medrekna gjennomført teneste i psykisk helsevern.
- sikre at stillingsstrukturen for legane heile tida er i tråd med opplysningane i databasen til Nasjonalt råd ved systematisk og kontinuerleg å melde inn avvik.
- i samarbeid med fylkeskommunane ta hand om etablering av tilstrekkeleg mange læreplassar innanfor helsefagutdanninga. Det skal rapporterast om talet på læreplassar i ambulansearbeidarutdanninga og i helsefagarbeidarutdanninga i årleg melding.
- bidra i arbeidet med å etablere eit nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseføretaka, jf. tilsvarende system for måling av ressursbruk til forskning i helseføretaka

Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka sikre at det blir utdanna minst ti geriatarar årleg, og at det blir sett i verk tiltak for auka utdanning i rekrutteringsutsette legespesialitetar, dvs. der det er diskrepans mellom forventa behov og tilgang på spesialistar. Helse Vest vil kome tilbake til oppfølginga i helseføretaka i eige brev.

## 3.3 Forsking

Forsking, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat og nye løysingar i tenesta (innovasjon) er viktig for å sikre at det aktuelle tenestetilbodet er trygt, kostnadseffektivt og gir helsegevinst.

### Forsking

Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forskning av høg kvalitet og relevans i helseføretaka, i tråd med dei føringane som er gitt i Nasjonal helseplan (2007–2010).

Helse Vest vil vidareføre forskingssamarbeidet innanfor utvalde fagområde ved å etablere formaliserte, ansvarsplasserte forskarnettverk med forankring i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefagleg forskning (NSG), jf. oppdrag gitt siste år.

Samarbeidsorganet mellom Helse Vest og universiteta arbeidar med system for kvalitets-sikring («good clinical practice») ved gjennomføring av kliniske studiar.

Helseføretaka skal:

- sikre oppbygging av forskingskompetanse innanfor forskingssvake fagområde som tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helsevern, rehabilitering/habilitering, eldre og kvinnehelse, og samtidig ta vare på forskingsmiljø av høg kvalitet, i tillegg til å sikre auka internasjonalt forskingssamarbeid, m.a. gjennom EUs 7. rammeprogram.
- sikre kjønnspektivet i klinisk forskning ved at det m.a. blir gjennomført analysar av forskingsresultat etter kjønn der dette er relevant.
- bidra i samarbeidet mellom regionane, under leiing av Helse Sør-Øst RHF, om å etablere eit felles elektronisk rapporteringssystem som gir eit oversyn over pågåande og gjennomførte kliniske studiar i helseføretaka, medrekna informasjon om mellom anna type studie, kvar studien er gjennomført, finansieringskjelde(r), samarbeidspartnarar, pasientgrunnlag, kost–nytte-vurdering, medisinsk fagområde og resultatet av studien med sikte på implementering frå 2010. Arbeidet må sjåast i samanheng med etablering av eit felles nasjonalt forskingsdokumentasjonssystem, dessutan i ny lov om medisinsk og helsefagleg forskning om at dei regionale komiteane for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk skal føre og offentleggjere systematiske oversyn over innmelde og fullførte forskingsprosjekt.
- bidra i samarbeidet mellom regionane, under leiing av Helse Midt-Norge RHF, som innan 1. juni 2009 skal utarbeide ein rapport som synleggjer infrastrukturen for gjennomføring av kliniske studiar og utprøving av ny teknologi i helseføretaka (utprøvingseiningar, «testbed», kliniske forskarnettverk, støttesystem osv.).
- rapportere til NIFU STEP både om resultat og ressursbruk til forskning, og bruke e-rapportssystemet utvikla av Helse Vest for rapportering om pågåande forskingsprosjekt, jf. <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>. Vidare skal helseføretaka bidra med kompetanse og ressursar i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og vidareutvikling av nasjonale målesystem.

## **Innovasjon**

Utvikling og implementering av nye produkt, diagnostikk- og behandlingsmetodar, tenester og organisatoriske løysingar i helsetenesta (innovasjon) er viktig for å auke offentlig verdiskaping gjennom betre kvalitet og kostnadseffektivitet i tenestene. Det er sett i verk ei femårig nasjonal satsing (2007–2011) på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, med særskilt fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr.

Helseføretaka skal:

- bidra i arbeidet med å implementere den nasjonale satsinga, og bidra til å auke talet på forskings- og utviklingskontraktar mellom norske leverandørbedrifter og helseføretak (OFU-kontraktar) innanfor helse gjennom å stille nødvendige ressursar i form av kompetanse.

- utarbeide rutinar som gjer det mogleg i større grad å identifisere eit innovasjonspotensial i forskings- og utviklingsprosjekt for å utnytte den samla forskings- og utviklingsinnsatsen på beste måten.

### 3.4 Opplæring av pasientar og pårørande

Pasientar og pårørande som har behov for tilrettelagd opplæring, skal få eit kvalitativt godt tilbod om det. Det er eit hovudmål å fremme integritet, sjølvstende og evna til å meistre eige liv. Slik opplæring kan gå føre seg i lærings- og meistringssenter eller i andre delar av spesialisthelsetenesta.

Helseføretaka er ansvarlege for følgjande:

- Tilby opplæring i lærings- og meistringssenter eller i andre delar av spesialisthelsetenesta til dei pasientane som har behov for det, medrekna kronikarar og pasientar med funksjonshemmingar.
- Utvikle ein plan for opplæring av pasientar og pårørande og auke satsinga på opplæring.
- Sikre lærings- og meistringssentra nødvendige rammer og ressursar slik at dei kan støtte avdelingane med kompetanse innan brukarmedverknad, effektive læringsmetodar og organisering av læringstilbod.
- 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, gjer systematisk bruk av likemannstenesta til brukarorganisasjonane og stimulerar til oppstart av sjølvhjelpstilbod.
- Gå gjennom rutinar for dekking av reiseutgifter m.m. for brukarrepresentantar i samband med m.a. lærings- og meistringskurs, for å sikre at brukarrepresentantar ikkje lider økonomisk tap.

## 4 Ressursgrunlaget

Helseføretaka må gjere seg kjende med dei budsjettdokumenta 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 2009, blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

<b>Inntektsfordeling 2009 - innanfor inntektsmodell</b>	Helse Stavanger
Innsatsstyrt finansiering (inkl. Feiring)	814 398
ISF pasienter behandla i andre regionar	57 005
ISF pasienter behandla for andre regionar	-18 786
Estimat ISF TNF hemmare/MS medisin	17 407
<b>SUM ISF</b>	<b>870 024</b>
Inntektsramme Helse Vest RHF	
Basis somatikk	677 583
Basis somatikk fordelt etter produksjon	392 888
Korreksjonslinje interne gjestepasienter	-15 156
Kostnadskomponent, somatikk	196 588
Basis psykiatri	601 843
Gjestepasienter rus	21 632
Ambulanse	68 551
Langliggare	9 000
Internt gjestepasientoppgjør	-41 232
Fordelt kapitaltiskot	298 208
<b>Sum fordelt etter modell</b>	<b>3 079 928</b>
Midlar til dekning av ekstern gj.pas.oppgj. Fordelt etter faktisk kostnad	19 104
Midlar til dekning av ekstern gj.pas.oppgj. Fordelt etter somatikkmodell	6 886
Fordeling av midler til dekning av 20 % kostnad gjestepasientar	29 858
Reduksjon omfordeling i ramme internt gjestepasientoppgjør	20 156
Endring organisering	-15 300
<b>Sum fordelt etter modell inkl. ekstern gj.pas.oppgjør - inntektsramme fra Helse Vest til HF</b>	<b>3 140 632</b>
<b>Inntektsfordeling 2009 - Utafor modellen</b>	Helse Stavanger
<b><i>Tilskudd i basisramme</i></b>	
Halvering lab/røntgen satsar	46 471
Kreftplan	8 039
Kompensasjon for el-avgift	5 514
Internt lab/røntgenoppgjør	-4 932
Rusomsorg	1 504
Tilleggsbevilgning St.prp. 44 - rusomsorg	700
Midler til dekning av kostnader bruk av Feiring	7 497
Styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenesta	5 207
Styrking av rusområdet i Hfa	5 000
Traumesystem i Helse Vest	250
TNF hemmar	23 077
TNF hemmar - omfordelt	5 742
TNF hemmar - raptiva	741
Finansiering av MS-legemidlar	14 892
ISF finansiering av dyre legemidlar - omlegging til ISF	-17 407
Takstreduksjon lab/røntgen (2008)	13 265
Pensjonskostnad (2007)	56 058
Pensjon ny veileder (2009)	184 820



Trekk i basisramma som følge av redusert pensjonskostnad 2009	-34 315
Styrking av inntektsramma fordelt etter nøkkel for kapitaltilskot	31 578
Ekstraløyving st.prp. 44 (2007)	28 555
Ekstraløyving aktivitetsvekst 2008 (fordelt etter sum inntektsmodell)	28 910
Inntektssystem 2009 (Magnussen utvalg) - fordelt etter sum inntektsmodell	63 021
Aktivitetsvekst 2009 (fordelt etter sum inntektsmodell)	35 217
Økt basisbevilgning - letta omstilling (fordelt etter sum inntektsmodell)	24 490
Økt egenandel pasienttransport	-1 340
<b>Særskilte tildelinger</b>	
"Mor og Barn" prosjekt	482
<b>Øremerket tilskudd</b>	
Opptrappingsplan psykiatri 2004	4 727
Opptrappingsplan psykiatri 2005	12 111
Opptrappingsplan psykiatri 2006	19 441
Opptrappingsplan psykiatri 2007	19 927
Opptrappingsplan psykiatri 2008	22 968
Tilskot til utdanning	12 164
Kompetansesentre:	
Regionale kompetansesentre	5 256
Nasjonale med. komp. Sentre	1 202
Syketransport	57 034
Tilstedevakt - beredskap Solabasen og Florø	4 188
Tilskot til arbeid med vald og traumatisk stress	353
Insulinpumper	2 948
Dyrare legemiddel	954
Lassatjern behandlingsheim overf. frå RHF	5 512
<b>SUM tildelt inntektsramme 2009 frå RHF</b>	<b>3 842 452</b>
<i>Endring av inntektsramma til HF'a som følge av gjesteapsientoppgjør:</i>	
<i>Kostnad eksternt gj.pas.oppgjør</i>	<i>-114 010</i>
<i>Fakturering av gjestepasienter andre regioner</i>	<i>37 572</i>
<i>Inntekt 40 % fakturering til andre HF i regionen (interne DRG poeng inn i 2007 * 20 % * DRG pris)</i>	<i>30 312</i>
<i>Kostnad 40 % fakturering fra andre HF i regionen</i>	<i>-59 716</i>
<i>Kostnad rus gjestepasienter</i>	<i>-25 829</i>
<i>Kostnad kjøp av kurdøgnplassar</i>	<i>-5 307</i>
<i>Kostnad kjøp fra Feiring, estimert</i>	<i>-11 968</i>
<b>SUM inntektsramme i HF'a</b>	<b>3 693 507</b>

Inntektene frå Helse Vest til helseføretaket er delte i to hovudkomponentar, inntekter innanfor inntektsmodell og inntekter utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsatsstyrt finansiering og basistilskot. Nedst i tabellen (skravert med grått) er det vist kostnader og inntekter knytt til eksternt gjestepasientoppgjør. Desse tala er anslag basert på 2008 og faktiske tal vil være ein følge av kor mykje helseføretaket kan fakturere for gjestepasientar frå andre føretak og kor mykje helseføretaket må betale for eigne pasientar som er behandla som gjestepasientar i andre føretak.

Aktiviteten finansiert via ISF-ordninga blir dekt av Helse Vest RHF basert på fastsette DRG-poeng multiplisert med 40 prosent av einingsprisen for 2009. DRG-prisen er i statsbudsjettet sett til kr 35 127. Dette gir eit vederlag til Helse Stavanger HF på kr 14 051 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 avkortingar 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 2009 er det lagt opp til eit aktivitetsnivå målt i DRG-poeng som ligg om lag 1,5 % høgare enn nivået etter 1. tertial 2008. Det er føresett at det ikkje blir utbetalt ISF-refusjon for endra registreringspraksis. Prisen for 2009 er derfor sett ned tilsvarande 0,5 % for forventa endra registreringspraksis i 2009. 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 ein auke på 1,5 % med tillegg for 0,5 % kodevekst. Det blir her vist til sak 026/09 B Konsernbudsjett 2009.

Frå og med 1/1-2009 er enkelte dyre legemidlar som tas heime og som blir finansiert av RHF-a no inkludert i ISF ordninga. Tidlegare blei desse legemidla finansiert gjennom dei regionale helseføretaka si basisramme, mens alternativ legemiddelbehandling som kravde oppmøte i sjukehuset var inkludert i ISF. I budsjettet for 2009 er det for Helse Stavanger overført midlar frå basisramma til ISF inntekt tilsvarande kr 17,407 mill. Den samla bestillinga er som følgje av dette auka opp med om lag 1 239 DRG poeng i 2009 og overslagsløyvinga er auka tilsvarande.

Helse Vest føreslår å leggje ut midlar for kjøp av tenester frå Feiring-klinikken til det einsskilte helseføretak med verknad frå 1. januar 2009. Beløpet som blir fordelt ut i basisramma er på til saman kr 19,706 mill for alle helseføretaka og gjeld både kirurgi og rehabilitering. Beløpet er berekna med utgangspunkt i DRG-volum i 2008 og fordelt til helseføretaka i høve til tidlegare forbruk. I tillegg kjem ISF inntekt knytt til DRG-volum Som følgje av denne omlegginga er bestillinga til Helse Stavanger auka opp med ytterlegare 356 DRG poeng i 2009.

Bestillinga på tal DRG-poeng for 2009 blir fastsett til 58 843 poeng. Bestillinga fordelar seg på følgjande måte:

<b>Berekening av bestilling 2009</b>	<b>Stavanger</b>
DRG poeng egne pasientar eigen region - prognose 2008	54 856
Aktivitetsvekst og kodevekst	1 130
DRG poeng pasientar tilhøyrande annan region	1619
DRG poeng dyre medisinar	1 239
<b>Sum produksjon i eige HF - bestilling 2009</b>	<b>58 843</b>
Fråtrekk DRG poeng pasientar tilhøyrande annan region	-1619
DRG poeng egne pasientar behandla i andre regionar/private	4450
DRG poeng egne pasientar hos Feiring	356
<b>Anslag DRG poeng pasientar tilhøyrande helse vest region</b>	<b>62 030</b>

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 bli avrekna i samband med departementet si avrekning på ISF.

Frå og med 2008 blei ISF-ordninga utvida til å gjelde finansiering av den somatiske aktiviteten på offentlege poliklinikkar. Aktiviteten blir vidareført inn i 2009 med tillegg for 1,5% aktivitetsauke. Helse Vest har førebels ikkje oversikt over aktiviteten i 2008. Dette er eit forhold som vil bli avklart i nær framtid og Helse Vest vil kome tilbake med ei presisering av bestillingsnivået på refusjonspoeng for 2009. Det er føresett at denne omlegginga er resultatnøytral på landsbasis. Det er førebels usikkert korleis denne omlegginga vil slå ut på det enkelte helseføretak.

For poliklinisk verksemd får Helse Vest RHF dekkja delar av utgiftene frå NAV ut frå rapportert poliklinisk aktivitet frå Helse Stavanger HF. Desse inntektene blir vidareførte til Helse Stavanger HF. I tillegg mottek 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 inntektsmodellen. Det same gjeld "ikkje fordelte midlar" som er halde tilbake i Helse Vest RHF. Det blir i denne samanhengen vist til sak 107/08 B "Inntektsfordeling 2009 og resultatkrav 2009" som blei vedteke av styret i Helse Vest RHF den 5.11.2008.

## **5 Økonomiske krav og rammevilkår**

### **5.1 Resultatkrav for 2009**

Resultatmålinga baserer seg på det rekneskapsmessige resultatet.

Resultatkravet for Helse Stavanger skal i 2009 vere eit positivt resultat på kr 20 mill. Helse Stavanger må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringar innan tilgjengeleg likviditet, og på ein måte som gir rom for tilstrekkeleg buffer for likviditet gjennom året.

Som følge av ny langsiktig løysing for pensjonspremiar og –kostnader skal samla ramme for driftskredittar for Helse Vest reduserast med kr 246 mill i løpet av 2009. Dette inneber at samla driftskredittramme pr. 1/1-2009 på kr 1,750 mrd skal reduserast til kr 1,504 mrd ved

utgangen av 2009. Dette inneber at driftskredittramma for føretaksgruppa vil bli justert ned med kr 20,5 mill kvar månad. Tilsvarande reduksjon i driftskredittramma vil bli vidareført til helseføretaka. Helse Vest vil komme tilbake til eigen plan for nedjustering av driftskredittramma til det enkelte helseføretak.

### **5.1.1 Rapporteringskrav – økonomi**

Økonomirapportar skal behandlast av styra så raskt det let seg gjere slik at eventuelle korrigerande tiltak kan bli sett i verk utan unødige opphald. Det blir her vist til kap. 8 det blir gitt nærmare føringar på rapporteringa til Helse Vest.

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.

Det vil i løpet av våren 2009 bli sett i verk eit arbeid med tanke på å avslutte rekneskapen på eit tidlegare tidspunkt i månaden. I dette arbeidet vil ein gå nærare inn på alle rutinar som har innverknad på rekneskapsavslutninga og sjå korleis ein kan legge til rette for tidlegare rekneskapsrapportering med enda høgare kvalitet. Helse Vest vil be Helse Bergen om å stille med nødvendige ressursar og kompetanse samt delta aktivt i dette arbeidet.

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 einskilte noter samt nasjonal rekneskapshandbok.

Helseføretaket skal rette seg etter og bruke utsende rekneskapsmalar.

## **5.2 Investeringar**

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

Helseføretaka må ved utarbeiding av sine investeringsplanar legge til grunn ein modell der det er kontantstraumen i føretaka som er styrande for kva investeringsnivå som dei kan bere. Det blir her vist til styresak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt og driftsmessig grunnlag, samt til styresak 027/09 B Investeringsbudsjett 2009 og lån 2009.

Helseføretaka skal i medhald av gjeldande investeringsprosedyre rapportert investeringsplanar med driftskonsekvens for kommande femårsperiode. Dei samla investeringsplanane må tilpassast 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 innafør 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 027/09 B har styret i Helse Vest RHF fastsett investeringsramma for 2009 til totalt kr 133 mill. Dersom resultatet for 2008 endrar seg vesentleg i forhold til førebels rapportering pr. desember 2008 må det gjerast tilsvarende tilpassingar i investeringsramma.

Investeringane må finansierast innafør tilgjengeleg likviditet ein klarer å skape gjennom drifta.

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

Helseføretaka skal ikkje under nokon omstendigheit binde opp eller forplikta seg i forhold til investeringsbudsjettet før investeringsramma har blitt vedtatt av styret i Helse Vest.

#### *Større investeringsprosjekt*

I samband med større investeringsprosjekt er det stilt krav om at helseføretaka så tidleg som mogleg opprettar dialog med Helse Vest RHF om aktuelle investeringsprosjekt over kr 50 mill.

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.

### **5.2.1 Låneopptak og driftskreditt**

Helseføretaka har ikkje anledning til å nytta driftskreditt til å finansiere investeringar.

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 1 750 mill. kroner. Denne ramma vil bli redusert med kr 246 mill i løpet av 2009. Helse Vest vil fordele denne driftskredittramma på det enkelte helseføretak.

Helse Vest kan gjere omfordeling av driftskredittramma mellom helseføretaka dersom behova internt i føretaksgruppa 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.

### **5.3 Ny inntektsfordeling, medrekna gjestepasientoppgjjer**

I ny inntektsfordeling av basisramma til Helse Vest er det teke omsyn til kva utslag ein auke i gjestepasientoppgjjeret inkl. kapitalkostnader vil gi. Føretaksmøtet har presisert at Helse Vest ikkje skal byggje opp eigne tilbod i konkurranse med noverande funksjonar og at justeringa for gjestepasientar derfor vil bli halde på same nivå i inntektsfordelinga i dei kommande åra.

## **6 Organisatoriske krav**

### **6.1 Vidareutvikling av organisering og styring**

#### **6.1.1 Rettleiar for styra**

Helse- og omsorgsdepartementet skal i 2009 sette ned ei arbeidsgruppe med deltaking frå dei regionale helseføretaka for å utarbeide ein rettleiar for styra. Rettleiaren skal leggjast til grunn for arbeidet til styra, og vere eit supplement til reglar i helseføretakslova, vedtekter, vedtak i føretaksmøte m.v.

#### **6.1.2 Standard arbeidsavtale for administrerande direktør i helseføretak**

Helse Vest RHF vil i 2009 utarbeide standard arbeidsavtale for administrerande direktør i helseføretak. Styret skal bruke standaravtalen ved framtidige tilsettingar av administrerande direktør.

#### **6.1.3 Internrevisjon i føretaksgruppa**

Internrevisjonen i Helse Vest RHF er ein uavhengig og objektiv stadfestingsfunksjon for heile føretaksgruppa og skal utføre oppdrag frå HF-a og for RHF-et.

Formålet med internrevisjon er å bidra til at Helse Vest RHF og dei enkelte føretaka når sine mål og betrar den daglege drifta. Føretaksleiinga har ansvaret for å etablera god styring og kontroll. Internrevisjonen sitt bidrag er å evaluera og gi råd om forbetringar når det gjeld system og prosessar for denne styringa.

Resultat frå desse revisjonane blir lagd fram for styra i føretaka og for Helse Vest RHF.

Det er viktig at det også i dette arbeidet er gode prosessar og god dialog mellom dei ulike partane. Føretaka og dei tilsette skal kunne rekne med at oppstart av ein revisjon blir varsla i god tid på førehand, at revisjonen opptrer sakleg og profesjonelt og held føretaksleiinga orientert om framdrift. Føretaksleiinga skal også få rapportutkast til verifisering, og ha høve til å gi sine kommentarar om utkastet før det blir ferdigstilt. Føretaka skal på si side legge til rette for desse revisjonane, setta av nødvendig tid og ressursar, samt svare raskt og effektivt på førespurnader om opplysningar og dokumentasjon i dette arbeidet.

Dersom revisjonen viser avvik eller at det er behov for forbetringstiltak, bør internrevisjonen og føretaka så langt råd er, bli samde om ein handlingsplan for dette. Internrevisjonen har ansvaret for å leggja fram og presentera revisjonane for dei enkelte styra. Styra bør med visse mellomrom få ei tilbakemelding om status for ein slik handlingsplan.

Det er ønskeleg at føretaka deltek med innspel og forslag ved utvikling av revisjonsplan for planlagde revisjonar. Slik revisjonsplan skal endeleg godkjennast av styret i Helse Vest RHF. Styret eller administrerande direktør kan også be om ein ad hoc revisjon for eit avgrensa område innanfor føretaket si verksemd. Rapport vil bli overlevert til aktuell oppdragsgivar.

## **6.2 Utvikling av HR-området**

Helseføretaka skal delta aktivt i utviklinga av HR-området.

Innanfor HR-området er det laga ei samla oversikt over alle krav i oppdragsdokument og føretaksprotokoll til Helse Vest RHF, samt krav frå Helse Vest RHF til helseføretaka i styringsdokument. Helseføretaka skal rapportere på denne oversikta kvart kvartal.

Hovudfokuset for helseføretaka skal vere å levere og slutføre krav stilt i styringsdokumenta for 2007 og 2008. I tillegg skal helseføretaka særleg prioritere følgjande:

### **Helsepersonell - eit godt arbeidsmiljø**

Arbeidstilsynet sin "God vakt" kampanje hadde to hovudformål: Helseføretaka skal ha fungerande HMS-system og helsepersonellet skal ikkje utsetjast for helseskadeleg psykisk eller fysisk belastning som følgje av ergonomiske forhold, arbeidskultur, organisering av arbeidet eller som følgje av omstillingar. I arbeidet med Inkluderande Arbeidsliv (IA.) er den einskilde arbeidsplassen ein viktig arena i for å redusere sjukefråvær, hindre at tilsette blir støyte ut og å få fleire med redusert funksjonsevne i arbeid. Arbeidstilsynet følgjer opp kampanjen og IA-arbeidet gjennom nye tilsyn for å undersøkje om arbeidsmiljøet ved helseføretaka er forbetra.

- Helse føretaka skal sikre eit godt arbeidsmiljø i helseføretaka, både med sikte på måla for "God vakt" og Inkluderande Arbeidsliv. Tilsynsrapportar skal følgjast opp avvik skal lukkast. Omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med dei tilsette og organisasjonane deira.

### **Helsepersonell - eit mangfaldig arbeidsliv**

Regjeringa erklærde 2008 som norsk år for markering av mangfald. Offentlege arbeidsplassar, medrekna helseføretaka, skal vere gode modellar og i størst mogleg grad spegle befolkninga

si samansetjing i arbeidsstyrken sin - og oppfylle den politiske visjonen om eit samfunn for alle.

- Helseføretaka skal sikre etterleving av diskriminerings- og tilgjengelighetslova (som blei sett i kraft 1. januar 2009) som stiller krav til individuell og generell tilrettelegging (universell utforming) og gir eit rettsleg vern mot diskriminering.
- Helseføretaka skal sikre at rekrutteringspolitikken i føretaksgruppa blir utforma for å støtte målet om eit mangfaldig arbeidsliv.

### **Reduksjon i uønska deltidstillingar**

Årsakene til bruken av deltidstillingar er samansette og heng saman med den einkilde arbeidstakaren sine preferansar (tilbodssida) og med forhold hos arbeidsgivar, t.d. arbeidsgivar sin måte å organisere arbeidet på. Helseføretaka har tidlegare kartlagt omfanget av uønska deltidstillingar i helseføretaka. Dei vart også bedne om å identifisere og setje i verk tiltak for å redusere uønska deltidstillingar.

- Helseføretaka skal framleis ha merksemd på uønska deltidstillingar, og iverksette tiltak som legg til rette for auka stillingsdelar. Helseføretaka skal rapportere kva tiltak som er sette i verk for å leggje til rette for auka stillingsdelar og om effekten av tiltaka som er sette i verk, i årleg melding.

## **6.3 Samordna kommunikasjon**

God og samordna kommunikasjon er eit viktig verkemiddel for å kunne realisere dei helsepolitiske målsetjingane. Kommunikasjonsarbeidet skal vere ein integrert del av verksemda, både når det gjeld interne og eksterne relasjonar. "Felles rammeverk for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetenesta" gir retning for korleis ein skal systematisere og utvikle nettsidene i helseføretaka, slik at brukarane lettast mogleg finn den informasjonen dei søker etter. Prosjektet "Felles nettløysing" – samarbeidsprosjektet mellom Helse Sør-Aust og Helse Vest - er ei satsing der det er ein føresetnad at alle helseføretaka deltek i prosjektet og at alle innfører løysinga.

Skriftleg kommunikasjon til pasientar og pårørande er ein viktig del av behandlingstilbodet. Det skal leggjast vekt på at all skriftleg kommunikasjon skal ha eit forståeleg og imøtekommande språk og bidra til å førebu, tryggje og informere pasientane og pårørande.

Arbeidet med å vidareføre kommunikasjonstiltak som er felles og samordna vil halde fram. Nasjonalt og lokalt må ein i størst mogleg grad finne felles løysingar på felles kommunikasjonsutfordringar.

- Alle helseføretaka skal delta aktivt i prosjektet "Felles nettløysing." Helse Bergen skal saman med Helse Vest RHF vere pilotføretak i prosjektet. Dei andre helseføretaka innfører løysinga i tråd med innføringsplan.



## 6.4 Eigedom

Det har i 2008 vore eit stort fokus på samhandling og koordinering innanfor bygg- og eigedomsområde. Helse Vest vil vidareføre dette arbeidet i 2009. Helseføretaka skal stille nødvendige ressursar til rådighet for dette arbeidet, og det er forventa at helseføretaka tek ei aktiv rolle.

Helseføretaka skal:

- innan 1. juni 2009 rapportere på normtal for oppgradering og nybygg etter mal utarbeidd av Helse Vest RHF
- innan 1. juni 2006 rapportere ein oversikt over aktuelle eigedomar/areal som er aktuelle for sal etter mal utarbeidd av Helse Vest RHF
- innan 1. september 2009 ha utarbeidd ein oversikt som viser vedlikehaldsetterslepet for bygg og anlegg. For å betre talgrunnlaget vil Helse Vest RHF ta initiativ til ein felles koordinering av dette arbeidet.

Status vedrørende utarbeiding av arealplanar varierer for dei enkelte helseføretaka. Helse Vest RHF konstaterar at det for alle helseføretaka ligg føre eit behov for å utarbeide ein føretaksarealplan som eit ledd i det planleggingsarbeidet som investeringsplanane krev.

Helseføretaka skal:

- intensivere arealplanarbeidet og ha klar eit første utkast til føretaksarealplan innan 1. september 2009. Arealplanen skal innehalde dei strategiske føringane det enkelte helseføretaket prioritetar, med ein forventa utbyggingstakt. Verksemdsplanen skal danne grunnlag for prioriteringane.

Prosjektet Heilskapleg energiinnovasjon (HEI) blei starta opp i 2007. Prosjektet er eit samarbeid mellom Helseregion Vest og Helseregion Sør-Aust og har eit stort potensiale for erfaringsutveksling og samhandlingseffektar. Prosjektet har ein varigheit på 4 år. Helse Vest RHF konstaterar at dei forventa resultatane ikkje er oppnådd i prosjektet. Helseføretaka skal sørge for at prosjektet sine intensjonar og forplikingar blir oppfylt.

## 6.5 Oppfølging av juridisk rammeverk

### 6.5.1 Stiftingar og legat

I styresak 92/08 har styret i Helse Vest RHF vedtatt retningslinjer om helseføretaka sitt forhold til gåver, stiftingar og legat. Retningslinjene skal vere gjennomgåande retningslinjer for heile føretaksgruppa.

I føretaksprotokollen til Helse Vest RHF for 2009 blir viktigheita av at retningslinjene blir fylgde påpeika. Vidare bli det understreka at stiftingar skal vere uavhengige og at ein skal ha særleg merksemd knytt til kva innverknader ein eventuell aksept av mottak av gåver eller utbetalingar frå stiftingar kan ha for helseføretaka sine prioriteringar. Føretaksprotokollen understrekar også at helseføretaka skal ha ein restriktiv praksis med omsyn til å etablere nye stiftingar knytte til spesialisthelsetenesta.

Helseføretaket skal:

- ha rutinar for at føretaket sin kontakt med stiftingar blir gjennomgått og revidert i forhold til gjeldande regelverk og retningslinjer.

## 6.6 Regional samhandling/prosjekt

### 6.6.1 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 2009, jf. vedlegg 5.

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

### 6.6.2 Utvikling av IKT-området

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 særskild viktig at IKT-personale blir gitt ressursar til den regionale samordninga.

Helseføretaka må sette i verk ei systematisk og målretta satsing på realisering av gevinstar. Strategien peikar på at det er eit linjeansvar å planlegge for og å hente ut gevinstar av føretektne investeringar. Det er difor avgjerande viktig at leiarar på alle nivå vert sett i stand til å forstå verknaden av nye IKT-løysingar og korleis desse kan utnyttast for å forbetre meir tungvinte prosessar og arbeidsmåtar i verksemda.

Helse Stavanger skal bidra til, saman med Helse Bergen, i utviklinga av ein felles metodikk og støtteverktøy for god endringsleiing. Forbetringar i verksemda, både innan effektivisering og kvalitetsheving, krev endring og endringsleiing for å kunne leia til realisering av nødvendige gevinstar. Metodikken skal tilretteleggast som ein støtte til helseføretaka og linjeorganisasjonane i denne prosessen.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er eit viktig verkemiddel for å realisere mål om heilskap og samhandling i helsetenesta. Tiltak på IKT-området vil derfor vere ein viktig del av samhandlingsreforma. Visjonen er å utvikle heilskapelege system for sikker og oppdatert forvaltning av informasjon og dokumentasjon, og i større grad ta i bruk pasientverktøy for kliniske og førebyggjande aktivitetar.

Helseføretaket skal:

- Forankre arbeidet med sikkerheit knytt til IKT i leiinga i helseføretaket. Arbeidet må ha ei formålstenleg organisering med klare retningslinjer for korleis ein skal sikre tryggleik og rutinar for autorisasjon for tilgang til pasientsystem. Arbeidet for

sikkerheit skal og omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og analysar for risiko og sårbarheit.

### **Krav til meldingsformat**

Det er dokumentert store variasjonar knytt til kva meldingsformat- og versjonar dei ulike aktørane i helsetenesta har teke i bruk. Dette er til hinder for god kommunikasjon mellom partane. Gjennom ”meldingsløftet” som er initiert av helsestyresmaktene, er det lagt vekt på at ved innføring av meldingsutveksling i dei komande åra skal dette skje samtidig og vere påreknelig. Dette krev klare krav til kva som skal implementerast og tidsfristar for når ulike meldingsstandardar skal bli tekne i bruk.

Helseføretaka skal

- følgje opp dei måla og det handlingsprogrammet som er etablert i samanheng med ”meldingsløftet” (jf. programdirektiv ”Nasjonalt meldingsløft 2008-2010”).
- Som ein del av nasjonalt meldingsløft delta aktivt i det regionale meldingsløftet og i samsvar medvedteke regionalt programdirektiv
- aktivt legge til rette for tilknytning til Norsk Helsenett sitt adresseregister

### **Elektroniske reseptar**

Spesialisthelsetenesta er knytt til arbeidet med elektroniske reseptar via rekvirentprosjektet i eReseptprogrammet. Gjennom eResept blir Statens lækjemiddelverk den sentrale leverandøren og forvaltaren av grunnlagsdata overfor rekvirentane si føreskriving av lækjemiddel og medisinsk utstyr (føreskrivings- og eksepedisjonsstønad (FEST)).

Helseføretaka skal:

- bidra i arbeidet med å utvikle standardiserte løysingar (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sjukehus som byggjer på FEST. Gjennom 2009 skal prosessane for å førebu mottak av eResept bli vidareførte gjennom aktiv deltaking inn mot eReseptprogrammet og bestilling ved å nytte rammeavtalar med leverandørar med sikte på utbreiing i 2010.
- Sørgje for at nye blåresepter blir påførde refusjonskode i tråd med den nye ”blåreseptforskrifta”.

### **Elektroniske meldeordningar – redusere feil og uønska hendingar**

God meldekultur og velfungerande meldesystem er sentrale føresetnader for å redusere feil og uønska hendingar. Statens helsetilsyn skal i 2009 starte eit arbeid med sikte på å innføre ei elektronisk meldeordning for innsending og behandling av meldingar om omfattande personskade, hendingar som kunne har ført til omfattande personskade, eller når pasient skader ein annan, jf. spesialisthelsetenestelova § 3-3.

Helseføretaka skal:

- bidra i arbeidet med innføring av elektronisk meldeordning.

### **Automatisk oversending av frikort – overtaking av pasientreisar**

I løpet av mars 2009 skal løysinga for automatisk oversending av frikort til brukarane per post vere ferdig utvikla med sikte på full drift frå 2010. Automatisk frikort baserer seg på

opplysningar om eigendelar henta frå oppgjer frå behandlarar og tenesteytarar. Helsedirektoratet har ansvar for utvikling og innføring av løysinga. Det blir arbeidd for at det skal vere eit pilotprosjekt for automatisk frikort i Helse Nord (Tromsø) frå mars/april 2009.

Helseføretaka skal:

- sørge for at alle eigendelar frå poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapporterte elektronisk til frikortløysinga i tråd med dei føringane som blir gitt for etablering av denne
- overta oppgåver, etablere organisasjon og tilsette bemanning i tråd med det som blir bestemt i det nasjonale prosjektet for pasientreiser. Kostnadene til denne overtakinga er i utgangspunktet ikkje finansiert i 2009, men Helse Vest vil dekke meirkostnader for den nye organisasjonen i 2009.

Når det gjeld vikarkostnader i samband med opplæring av nye brukarar av NISSY på m.a. legekontor vil Helse Vest dekke halvparten av desse kostnadene.

### **6.6.3 Samarbeid med Helse Vest IKT**

Helse Vest IKT AS er eit heileigd dotterselskap av Helse Vest RHF, og 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.
- Fortsette samarbeidet innan nettverket av opplæringskoordinatorar for å sikre betre grunnopplæring innan IKT i helseføretaka
- 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.

### **6.6.4 Samarbeid med Apoteka Vest HF**

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

## 6.7 Samordning av stabs- og støttefunksjonar

Helseføretaka skal delta aktivt i alle prosjekt som blir initiert av Helse Vest retta inn mot utvikling og betre samordning av stabs- og støttefunksjonar, både regionalt og nasjonalt.

## 7 Andre styringskrav

### 7.1 Oppfølging av miljøpolitikken

Føretaksmøtet i Helse Vest RHF for 2009 viste til rapporten om miljø- og klimaspørsmål som arbeidsgruppa leverte til Helse- og omsorgsdepartementet pr. 1. oktober 2008, og bad om at ein sikra ei heilskapeleg tilnærming for å oppfylle dei nasjonale miljø- og klimamåla med utgangspunkt i tilrådingane i rapporten. Vidare bad føretaksmøtet Helse Vest RHF om å delta i og leie vidareføringa av dette arbeidet, som skal organiserast som eit samarbeidsprosjekt mellom dei regionale helseføretaka. Eit ledd i dette samarbeidsprosjektet er at det skal etablerast eit nasjonalt miljø- og klimaforum innan 1. juni 2009. Forumet skal vere rådgivande og alle helseføretaka saman med dei regionale helseføretaka skal vere representert i forumet. Forumet skal leiast av Helse Vest RHF og rapportere til det interregionale samarbeidsprosjektet nemnt ovanfor.

Helseføretaka skal:

- delta i det nasjonale miljø- og klimaforumet og oppnemne representant til å ivareta denne oppgåva på vegne av helseføretaket.
- vidareføre arbeidet med miljømåla som er fastsette under punkt 7.5. i styringsdokumentet for 2008 og arbeidet med kvartalsvis rapportering og interne miljørevisjonar slik det går fram av same punkt.
- arbeide med vidareutvikling av miljøkrav i samanheng med innkjøp og sørgje for at desse krava blir samordna med tilrådingane i det nasjonale samarbeidsprosjektet nemnt ovanfor for å oppnå best mogleg bruk av felles innkjøpsmakt.

### 7.2 Organisering av parkeringstilbodet ved sjukehusa

Parkeringstilhøva ved sjukehusa er kartlagt og vurdert i rapport datert 24. november 2008 utarbeidd av dei regionale helseføretaka. Helse Vest RHF er bedt om å følgje opp at helseføretaka si organisering av parkeringstilbodet er i tråd med tilrådingane i rapporten.

Helseføretaka skal:

- Sørgje for at pasientar og pårørande får god informasjon om rettar, transporttilbod og om parkeringsforhold ved det enkelte sjukehus. Dette gjeld og sjuketransportforskrifta sine reglar om bruk av eigen bil, bruk av offentlege transportmiddel og dekning av utgifter til reise i samband med undersøking og behandling.
- Samarbeide med kommunale og fylkeskommunale styresmakter for å leggje til rette for bruk av offentleg transport. Å leggje til rette for bruk av offentlege transportmiddel kan vere eit godt bidrag for å støtte opp om dei miljømåla det regionale helseføretaket og helseføretaka arbeider mot.

- Etablere eit parkeringstilbod som inneber at pasienten ikkje får ekstra gebyr dersom behandlar ikkje held fastlagd tid for konsultasjon. Dette er også viktig for pasientar som har behov for akutt hjelp.
- Etablere gode rutinar for informasjon om klagerett og behandling av klager.
- Opprette eit partssamansett parkeringsutval ved kvart helseføretak.

Helseføretaka skal vidare ha fokus på ei god dekning av parkeringsplassar til pasientar og pårørande. Av dei totale parkeringsplassane bør 2/3 vere sett av til denne gruppa.

Det er vidare anbefalt at helseføretaka legg opp til etterskotsbetaling av parkeringsavgift, basert på medgått tid, der det er mogeleg. Parkeringsdrifta bør vera basert på kostnadsdekning av faktiske utgifter, etter sjølvkostmetoden.

Helse Vest RHF vil gjennomføre ein evaluering av parkeringstilbodet i 2010.

### **7.3 Nasjonalt program for kvalitetssikring i stråleterapi (KVIST)**

Statens strålevern har sidan år 2000, som ein del av nasjonal kreftstrategi, hatt oppgåva med å utvikle eit nasjonalt program for kvalitetssikring i stråleterapi (KVIST). Målet er å stimulere til samarbeid mellom stråleterapisentera ved å setje fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillingar. Arbeidet blir koordinert av ei fleirfagleg gruppe ved Statens strålevern.

Ei breitt samansett referansegruppe fungerer som eit rådgivande organ og skal vere eit bindeledd mellom Statens strålevern og den einskilde stråleterapiavdelinga. Referansegruppa definerer og prioriterer dei ulike prosjekta som blir gjennomførde i arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene arbeider for å etablere konsensus omkring ulike problemstillingar innanfor stråleterapi. Dette dannar grunnlag for diskusjon og utarbeiding av nasjonale tilrådingar i samarbeid med Helsedirektoratet.

Helseføretaka må:

- bidra med fagpersonell frå stråleterapiavdelingane til KVIST-arbeidsgruppene
- bidra til å identifisere område der det er behov for at Statens strålevern koordinerer arbeidet med kvalitetssikring i stråleterapi.
- bidra i det nasjonale arbeidet med å setje fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillingar i stråleterapi, og følgje opp og implementere tilrådingar som blir utarbeidde.

### **7.4 Poliklinisk radiologi; Kartlegging og informasjon**

Helse Vest RHF skal gjennomføre ei kartlegging av poliklinisk radiologi innan 1. juli 2009.

Helseføretaka må:

- bidra i arbeidet med kartlegginga

## 7.5 Rapportering av nøkkeltal

Det er eit overordna mål at helseføretaka har gode system for levering av data om helsetenestene.

Helseføretaka må:

- levere data som er komplette og av god kvalitet til Norsk Pasientregister (NPR) og andre aktuelle dataleverandørar. Det er særleg behov for å forbetre datakvaliteten innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling og innan psykisk helsevern for vaksne.
- sørge for at registrering og rapportering av eit felles minimum datasett for skade (FMDS) blir sett i verk så snart forskrifta for NPR tar til å gjelde, og at desse opplysningane blir rapporterte til NPR
- ved behov bidra i ein gjennomgang av NPR si rolle som leverandør av styringsdata både på nasjonalt nivå og til dei regionale helseføretaka.

## 7.6 Kostnader per pasient (KPP)

Helsedirektoratet har utarbeidd ein nasjonal spesifikasjon for berekningar av KPP og skal på bakgrunn av denne gjennomføre eit pilotprosjekt i 2009. Formålet med pilotprosjektet er å teste den nasjonale spesifikasjonen på eit utval av helseføretaka. Prosjektet legg til grunn at både store og små helseføretak skal delta og Helsedirektoratet vil invitere til deltaking i prosjektet i eige brev til dei regionale helseføretaka.

Helse Vest vil i løpet av dei første månedane i 2009 utpeke eit helseføretak som på vegne av føretaksgruppa vil delta i KPP-prosjektet i tråd med dei føringane og fristane Helsedirektoratet legg opp til.

## 7.7 Etablering av svarteneste for arts- og funksjonskontoplan

Det skal etablerast ei svarteneste for arts- og funksjonskontoplanen. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å leggje til rette for at svar frå svartenesta og informasjon om kontoplanen blir tilgjengeleg på internett.

Helse Vest skal bidra aktivt til å løyse problem ved spørsmål om arts- og funksjonskontoplanen. Føretaksmøtet har bedt Helse Vest om å ta eit særskilt ansvar for å sikre god dokumentasjon av avklarte problemstillingar og for å samordne og strukturere dei problemstillingane som dei regionale helseføretaka ønskjer å avklare med departementet.

Helseføretaka skal på førespurnad opplysa om korleis dei sjølv har handtert dei forskjellige problemområda i eige føretak og rette seg etter dei nasjonale avklaringar som blir gjort med høve til korleis rekneskapen skal førast.

## 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 2009 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. Oversikt over grenseverdiane finst i vedlegg 4. Helse Vest skal samarbeide med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet betre nøkkeldata og gjennomgåande rapporteringssystem.

### Månadsrapportering

Økonomirapportering og annan avtalt rapportering av styringsinformasjon som skjer månadleg skal i 2009 rapporterast etter følgjande tidsfristar:

Januar:	20/2
Februar:	14/3
Mars:	15/4
April:	15/5
Mai:	15/6
Juni:	3/8 (rekneskap) 5/8 (rapporteringspakke)
Juli:	14/8
August:	15/9
September:	15/10
Oktober:	16/11
November:	15/12
Desember:	Bli 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 15/8-2009 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 tilsvarende 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 eigne fristar for gjennomføring av årsoppgjeret for 2008.

## **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.

Rapportering av kostnader til forskning skal gjennomførast etter same mal som rapporteringa for 2006. Rapporten skal sendast til NIFU STEP innan 1. april 2009.

## 9 Vedlegg

- Vedlegg 1 Rapportering av styringsvariablar/indikatorar/måltal m.v.
- Vedlegg 2 Rapportering av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk – tertialrapportering
- Vedlegg 3 Rapportering frå verksemda
- Vedlegg 4 Oversikt over grenseverdier
- Vedlegg 5 Prosjektoversikt

## Vedlegg 1: Rapportering av styringsvariablar/ indikatorar/måltal m.v.

Dei styringsvariablane som står i tabellen nedanfor, skal rapporterast til Helse Vest saman med rapporteringspunkta for økonomi og investeringar som er pålagde helseføretaka. Styringsvariablane er definerte ved at dei er målsette og skal følgjast som det går fram av tabellen. Helseføretaka vil få tilsendt regneark som skal nyttast til rapporteringa.

Styringsvariablar/måltal/indikatorar som skal rapporterast	Frekvens	Nivåsett
Talet på produserte DRG-poeng	Månadleg	x
Inntekter for somatisk poliklinisk verksemd/talet på refusjonspoeng	Månadleg	x
Refunderte polikliniske inntekter	Månadleg	x
Minst 80 pst. av epikrisane skal vere sende innan sju dagar	Månadleg	x
Del av pasientar som er vurderte innan 30 dagar	Tertialvis	x
Ventetida til vurdering innanfor BUP skal vere mindre enn ti dagar	Tertialvis	x
Det skal normalt ikkje vere korridorpatientar	Tertialvis	x
Det skal vere færre enn fem pst. strykingar av planlagde operasjonar	Tertialvis	x
Del av pasientar som har fått tildelt individuell plan, skal aukast	Tertialvis	x
Del av tvangsinnlagde i psykisk helsevern skal reduserast	Tertialvis	x

Måltal og indikatorar som skal rapporterast i årleg melding	Frekvens
Prevalens av sjukehusinfeksjonar	Årleg
Del av ikkje-planlagde re-innleggingar i akuttavdelingar innan 30 dagar per 10 000 innbyggjarar	Årleg
Talet på årsverk for psykiatrar og psykologar i DPS per 10 000 innbyggjarar innanfor psykisk helsevern	Årleg
Talet på barn og unge per 10 000 innbyggjarar under 18 år som har fått behandling frå ambulant teneste innanfor psykisk helsevern	Årleg
Talet på og del av pasientar over 18 år som er behandla i sjukehus og i DPS per 10 000 innbyggjarar fordelt på døgninnleggingar, dagtilbod, poliklinisk verksemd og ambulant teneste innanfor psykisk helsevern	Årleg
Pst.vis fordeling av årsverk mellom sjukehus og DPS innanfor psykisk helsevern	Årleg
Talet på årsverk for legar, legespesialistar og psykologar i tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	Årleg
Talet på barn fødte av kvinner i LAR, og kva slags tilbod desse pasientane får	Årleg
Talet på gjennomførte samarbeidsprosjekt der både kommune/kommunar og helseføretak har inngått forpliktande samarbeid, skal rapporterast	Årleg
Talet på cochleaimplantat-operasjonar	Årleg
Talet på læreplassar i ambulansearbeidarutdanninga og helsefagarbeidarutdanninga	Årleg
Talet på søknader, godkjende prosjekt og tildelte midlar frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram	Årleg
Talet på OFU (ev. IFU)-kontraktar og tildelte midlar frå Innovasjon Noreg	Årleg
Talet på prosjekta FORNY, BIP (brukarstyrte innovasjonsprosjekt) og KBM (kompetanseprosjekt med brukarmedverknad) og tildelte midlar frå Noregs forskingsråd til innovasjonsprosjekt	Årleg
Talet på registrerte oppfinningar (DOFI)	Årleg
Talet på registrerte patent	Årleg

Talet på lisensavtalar	Årleg
Talet på bedriftsetableringar	Årleg

I årleg melding skal det rapporterast på alle kulepunkta i styringsdokumentet.

I tillegg skal følgjande rapporterast:

<b>Tema</b>	<b>Rapporteringsfrist/ frekvens</b>
Oppfølging av tverrfaglege møte for evaluering av uønskte hendingar; kor mange einingar dette er etablert for, regelmessigheit, innhald	Tertialvis
Klinisk etikkomité som dekkjer somatikk, psykisk helsevern og rusfeltet	1. tertial 2009
Oppfølging av nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, regional plan for habilitering og rehabilitering (styresak 124/06) og styrkinga av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet (styresak 125/08)	1. juni 2009

## Vedlegg 2: Rapportering tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk – tertialrapportering

Følgjande einingar i helseføretaka inngår i rapporteringa i 2009:

Helse Førde HF:

- PSK, Førde og Florø
- Nordfjord psykiatrisenter
- Psykiatrisenteret Sogndal
- Tronvik (aktuelle avdelingar)

Helse Bergen HF:

- PUT, DPS Klinikken
- Floenkollektivet

Helse Fonna HF:

- Vurderings- og utgreiingseininga ved Haugesund Sjukehus
- Haugesund Sjukehus, inkl. PUT og LAR-senter
- Vurderings- og behandlingsspoliklinikk ved Folgefonn DPS
- Vurderings- og behandlingsspoliklinikk ved Karmøy DPS
- Ungdomsenheten ved Karmøy DPS
- Vurderings- og behandlingsspoliklinikk ved Haugaland DPS
- Vurderings- og behandlingsspoliklinikk ved Stord DPS

Helse Stavanger HF:

- PUT, Stavanger
- PUT, Sandnes inkl. LAR-senter
- Gauselskogen utrednings- og behandlingssenter

Tertialrapporteringa skjer på eiga skjema i Corporater. Utpeika kontaktpersonar får tilsendt lenke til skjema på e-post. Frist for rapportering er 12. mai 2009, 12. september 2009 og 12. januar 2010. Rapporteringa inneheld informasjon om talet på:

- Behandlingsplassar fordelt på type behandling (døgn/dag)
- Liggjedøgn fordelt på type behandlingssplassar, lovparagrafar (§12, § 6-2) og det helseføretaksområde/region som pasienten tilhøyrar
- Utskrivne pasientar fordelt på type behandlingssplassar
- Sendte epikrisar innan 7 dagar frå utskriving
- Vurderingar fordelt på om pasientane fekk rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje og kor mange av desse som vert vurderte innan 30 dagar
- Poliklinisk aktivitet (tiltak)
- Utskrivne pasientar frå poliklinisk behandling
- Årsverk fordelt på type fagårsverk og type behandling
- Pasientar på venteliste og forventa ventetid fordelt på om dei var med eller utan rett til nødvendig helsehjelp og type behandling
- Pasientar med individuell plan (IP) ved utskriving
- Pasientar under 23 år med rett til nødvendig helsehjelp og kor mange av desse som fekk behandling innan 65 dagar
- Fristbrot for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp

# **Verksemdsrapport**

---

**Produksjon/aktivitet  
Økonomi  
Kvalitet**

**2009**

## Driftskommentar

Denne måneden:

**Aktivitet:**

**Økonomi:**

Akkumulert

**Aktivitet:**

**Økonomi:**

Prognose

Omstilling



Omstillingsutfordring 2009:	Budsjett 2009
TOTALT	

Angi hvilken periode som rapporteres  (JAN=1, FEB=2, osv..)

Utpålegg regulerbart ut over annen uttak slik sum i figur.

Tabell 1.

Budsjettert omstilling fordelt på måned

Tiltak:	Klinikk	Avdeling	Ansvarlig	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	SUM	Hittil	
<b>Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:</b>																		
<b>Tiltak vedr. personalkostnader</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		Avd 3															0,0	0,0
	SUM															0,0	0,0	
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
SUM																0,0	0,0	
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. varekostnader</b>																		
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. andre driftskostnader</b>																		
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Annet</b>																		
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbud</b>																		
<b>Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:</b>																		
<b>Tiltak vedr. personalkostnader</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		Avd 3															0,0	0,0
	SUM															0,0	0,0	
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
SUM																0,0	0,0	
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. varekostnader</b>																		
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. andre driftskostnader</b>																		
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Annet</b>																		
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbud</b>																		
<b>Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år</b>																		
<b>Nye tiltak i løpet av 2009</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM															0,0	0,0
SUM tiltak nn																0,0	0,0	
<b>Sum nye tiltak 2009</b>																		
TOTALT																0,0	0,0	
Akkumulert																0,0	0,0	

Tabell 2

Realisert omstilling fordelt pr måned				Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	SUM	Hittil	
Tiltak:	Klinikk	Avdeling	Ansvarlig															
<b>Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:</b>																		
<b>Tiltak vedr. personalkostnader</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		Avd 3														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
SUM				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. varekostnader</b>																		
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. andre driftskostnader</b>																		
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Annet</b>																		
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbud</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:</b>																		
<b>Tiltak vedr. personalkostnader</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		Avd 3														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
SUM				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. varekostnader</b>																		
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Tiltak vedr. andre driftskostnader</b>																		
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Annet</b>																		
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbud</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbud</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Nye tiltak i løpet av 2009</b>																		
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0	
		Avd 2														0,0	0,0	
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1															0,0	0,0
		Avd 2															0,0	0,0
		SUM			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SUM tiltak nn			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Sum nye tiltak 2009</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>TOTALT</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Akkumulert</b>				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Tiltak:	Klinikk	Avdeling	Akkumulert			Året totalt			Kommentar
Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:			Realisert effekt	Budsjett	% resultat oppnåelse	Prognose effekt	Budsjett	% resultat oppnåelse	
<b>Tiltak vedr. personalkostnader</b>									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		Avd 3							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
	Avd 2								
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Tiltak vedr. varekostnader</b>									
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Tiltak vedr. andre driftskostnader</b>									
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Annet</b>									
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbud</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:</b>									
<b>Tiltak vedr. personalkostnader</b>									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		Avd 3							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
	Avd 2								
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Tiltak vedr. varekostnader</b>									
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Tiltak vedr. andre driftskostnader</b>									
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Annet</b>									
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbud</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbud</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år</b>									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Nye tiltak i løpet av 2009</b>									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
	SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %		
		<b>SUM tiltak nn</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>Sum nye tiltak 2009</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	
<b>TOTALT</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0 %</b>	

#### Beskrivelse av tiltakene 2009

Her skal alle tiltakene som står i rapporteringstabellene beskrives inkl en risikovurdering av gjennomførelsen. Nye tiltak skal føres opp fortløpende. I beskrivelse av de nye tiltakene må det spesifiseres hvilken kostandsgruppe de tilhører.

Kontantstømpoppstilling 2009 - likviditetsprognose

	JAN	FEB	MAR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES
<b>KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:</b>												
Månedens resultat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ordinære avskrivninger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nedskrivninger varige driftsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endring avsetning til forpliktelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>= Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>A = Endring i driftslikviditet</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGS AKTIVITETER:</b>												
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inn-/utbet. ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>B = Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGS AKTIVITETER:</b>												
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre tilskudd og gaver til investeringer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>C = Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>B+C = Over-/underskuddslikviditet investeringer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>A+B+C = Total endring likviditet</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Inngående likviditetsbeholdning i perioden</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>= Utgående likviditetsbeholdning</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Rapportert likviditetsbudsjett

NB! Skattetrekkmidler skal ikke inngå i den rapporterte likviditetsbeholdningen, heller ikke øvrige bundne midler.

## 2009

<b>Budsjettert DRG-aktivitet 2009</b>	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
DRG-poeng pasienter tilhørende egen region, A													0
DRG-poeng pasienter tilhørende andre regioner - fakturering av gjestepasienter, B													0
SUM DRG poeng produsert i HF (A+B)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DRG poeng egne pasienter behandlet ved andre regioner/private, C													0
SUM DRG - grunnlag ISF inntekt (A+C)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
virksomhet													0
ISF-inntekt somatisk poliklinisk verksemd													0
Anslag DRG-poeng kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus													0
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus													0

<b>Realisert og estimert DRG-aktivitet 2009</b>	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
DRG-poeng pasienter tilhørende egen region, A													0
DRG-poeng pasienter tilhørende andre regioner - fakturering av gjestepasienter, B													0
SUM DRG poeng produsert i HF (A+B)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DRG poeng egne pasienter behandlet ved andre regioner/private, C													0
SUM DRG - grunnlag ISF inntekt (A+C)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
virksomhet													0
ISF-inntekt somatisk poliklinisk verksemd													0
Anslag DRG-poeng kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus													0
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus													0

Realiserte og -pognosetall	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
<b>Somatikk:</b>													
Antall Dagkirurgi/dagbehandling													0
Antall sykehusopphold													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
<b>PSYKIATRI:</b>													
<b>Voksenpsykiatri:</b>													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
<b>Barne- og ungdomspsykiatri:</b>													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0

Budsjett	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
<b>Somatikk:</b>													
Antall Dagkirurgi/dagbehandling													0
Antall sykehusopphold													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
<b>PSYKIATRI:</b>													
<b>Voksenpsykiatri:</b>													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
<b>Barne- og ungdomspsykiatri:</b>													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0

Kostnader fordelt på tjenesteområder	Regnskap for 2008	Årsbudsjett 2009	Regnskap per 1. tertial 2009	Regnskap per 2. tertial 2009	Regnskap per 3. tertial 2009	Årsestimat etter 1. tertial	Årsestimat etter 2. tertial	Prosentvis vekst	Fordeingsnøkkel til bruk for "Annet"
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere					0			0,0 %	
Psykisk helsevern					0			0,0 %	
Somatiske tjenester					0			0,0 %	
Rehabilitering					0			0,0 %	
Annet					0			0,0 %	
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0,0 %	0 %

### Rapporteringskjema investeringer og resultateffekt av disse

Alle tall i 1 000 kr.

Foretak	Utbetalingsdata		Videre investeringsplaner						Gjenstående etter 2014	Totalt	Merknader (status)
	Utbetalt tom 2008	Utbetalt hittil pr ..... 2009	Gjenstående 2009	2010	2011	2012	2013	2014			
<b>Prosjekter og bygningsmessige investeringer</b>		Bygg	Utstyr								
prosjekt over 100 mill. kr											0
prosjekt											0
prosjekt											0
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Øvrige bygningsmessige investeringer											
<b>Utstyr, mv</b>											
Medisinsk teknisk utstyr											
IKT- utstyr											
Annet											
<b>Sum totale investeringer</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investeringsnivå påvirkning på samlede avskrivninger *											
Investeringsnivå påvirkning på renter											
<b>Samlet resultateffekt kapital</b>				0	0	0	0	0	0		

\*Effekt av både avgang og planlagt tilgang skal beregnes

Positive tall (+) /negative tall (-)

Alle prosjekter over 100 mill. kr skal rapporteres særskilt

Eksl. prosjekter over psykiatriplanen - Her skal tabellen i ark 3 fylles ut

0

### Prosjekter på psykiatriplanen

Alle tall i 1 000 kr

Foretak	Utbetalingsdata		Videre investeringsbehov						Gjenstående etter 2014	Totalt	Merknader (status)
	Utbetaling tom 2008	Utbetaling hittil pr ..... 2009	Gjenstående 2009	2010	2011	2012	2013	2014			
<b>Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03</b>		Bygg	Utstyr								
DSP Stavanger											0
BUO Stavanger											0
DPS Karmøy, nybygg											0
Voksenpsykiatri, Haugesund, påbygg											0
Kvinnherad DPS, ombygg Valen											0
Stord DPS, nybygg											0
Familiebehandl. BUP Haugesund											0
BUP Stord, nybygg polikl.											0
Åstveit DPS, nybygg døgnavd.											0
Fjell og Årstad DPS, nybygg polikl.											0
Fana DPS, nybygg											0
BUP Åsane, ombygg											0
BUP Betanien, nybygg											0
BUP Årstad, nybygg											0
BUP Fana, nybygg Solli											0
BUP, ny døgnavd Fana											0
BUP, Helse Bergen											0
DPS Indre Sogn, inkl. BUP nybygg											0
Ungdomspsykiatri, Avd SSSF, nybygg											0
<b>Sum prosjekter på psykiatriplanen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



# Kvalitet

## Månedlige indikatorer

Delberegning		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
Epikrisetid - somatikk	Antall sendte epikriser inne 7 dager etter utskrivning - somatikk												
	Totalt antall utskrivninger - somatikk												
	<b>Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - somatikk</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Epikrisetid - psykisk helsevern	Antall sendte epikriser inne 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern												
	Totalt antall utskrivninger - psykisk helsevern												
	<b>Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>

## Tertialvise indikatorer

		2008			2007		
		1.tert 08	2.tert 08	3.tert 08	1.tert 07	2.tert 07	3.tert 07
Andel keisersnitt	Antall keisersnitt						
	Antall fødsler						
	<b>Andel keisersnitt</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Strykninger på planlagte operasjoner	Antall strykninger						
	Antall operasjoner						
	<b>Andel strykninger på planlagte operasjoner</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Korridorpasienter	Antall korridorpasienter - somatikk						
	Totalt antall sengedøgn - somatikk						
	Antall korridorpasienter - psykisk helsevern						
	<b>Andel korridorpasienter</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Andel individuell plan	Antall pasienter med individuelle planer innen barnehabilitering.						
	Totalt antall pasienter (registrert i PAS) behandlet i perioden innen barnehabilitering.						
	<b>Andel pasienter innen barnehabilitering med individuell plan</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
	Antall pasienter som har diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse innen barne- og ungdomspsykiatrien med individuelle planer						
	Totalt antall pasienter med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse.						
	<b>Andel med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse med individuell plan</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag	Antall konsultasjoner						
	Antall årsverk						
	Antall virkedager						
	<b>Andel konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag	Antall tiltak						
	Antall årsverk						
	Antall virkedager						
	<b>Andel tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Andel ikke planlagte reinnleggelse i psykisk helsevern	Antall øyeblikkelig hjelp reinnleggelse innen 30 dager innen psykisk helsevern						
	Antall døgnopphold i perioden						
	<b>Andel ikke planlagte reinnleggelse i psykisk helsevern</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Tvangsinnlagte i psykisk helsevern	Antall inntak TU (døgn)						
	Antall inntak TPH (døgn)						
	Antall døgninnleggelse						
	<b>Andel tvangsinnleggelse av det samlede antall innleggelse</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Ventetid for vurdering i BUP	Antall vurdert innen 10 dager						
	Totalt antall henvist						
	<b>Andel vurdert i BUP innen 10 dager</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
Andel fristbrudd	Antall fristbrudd						
	Antall nyhenvisninger						
	<b>Andel fristbrudd</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>

Rapportering av inntektsføring RASKERE TILBAKE 2009  
Helse Vest

Totalramme Raskere tilbake Helse Vest	2007	2008	2009
Prosjektmidler			
Overført ubrukte midler fra forrige år		0	0
Samlet bruk av bevilgningen	0	0	0
Rest (kan overføres)	0	0	0






















Bruk av bevilgningen Helse Vest	2007	2008	2009														
			Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Akkumulert		
Samlet aktivitetsavhengig bruk av bevilgningen																	0
Samlet inntektsføring av transportkostnader																	0
Samlet inntektsføring av toppfinansiering																	0
Samlet inntektsføring av administrasjonskostnader																	0
Reservefelt til bruk ved eventuelle endringer																	0
<b>Samlet bruk av bevilgningen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Samlet inntektsføring av egenandeler																	0
<b>Helse Vest samlede inntekter av ordningen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Kontrollsum (skal være 0)</i>			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0






















Herav bruk av private aktører	2007	2008	2009														
			Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Akkumulert		
Private rehabiliteringsinstitusjoner																	0
Andre private																	0
<b>Sum bruk av private aktører</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Antall henvisninger	2007	2008	2009														
			Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Akkumulert		
Fra eksternt instans																	0
Fra egne ventelister																	0
<b>Sum</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bruk av bevilgningen pr hovedkategori	2007	2008	2009														
			Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Akkumulert		
Ortopedi																	0
Kirurgi eks ortopedi																	0
Indremedisinske fag																	0
Rehab i sykehus																	0
Rehab i Oppføringsinstitusjon																	0
Psykisk helsevern																	0
LMS																	0
Sammensatt lidelse																	0
Rus																	0
Annet??																	0
<b>Samlet bruk av bevilgningen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Kontrollsum (skal være 0)</i>			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Vedlegg 4: Oversikt over grenseverdier

<b>Indikatorar - kvalitet</b>	<b>Grenseverdi</b>	
Median ventetid for første vurdering	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 – 10 dagar 10 – 30 dagar Over 30 dagar
Andel diagnostisk vurdert	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 100 % - 80 % 80 % - 60 % 60 % - 0
Epikrisetid innan psykiatri	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 100-80 % 80-60 % 60-0 %
Andel korridorpasientar innan psykiatri	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % -1 % 1 % -3 % 3 % og over
Epikrisetid innan somatikk	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 100 % -80 % 80 % - 60 % 60 % - 0 %
Korridorpasientar innan somatikk	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % -1 % 1 % - 3 % 3 % og over
<b>Indikatorar - Aktivitet</b>	<b>Grenseverdi</b>	
Aktivitet målt i strykingar av planlagde operasjonar	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % -5 % 5 % - 10 % 10 % og over

<b>Indikatorar - Økonomi</b>	<b>Grenseverdi</b>	
Resultatavvik for perioden	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 0,1 % avvik 0,1 % - 0,5 % avvik 0,5 % og over
Resultatavvik hittil	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 0,1 % avvik 0,1 % - 0,5 % avvik 0,5 % og over
Resultatavvik prognose	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 0,1 % avvik 0,1 % - 0,5 % avvik 0,5 % og over
<b>Indikatorar - Medarbeidar</b>	<b>Grenseverdi</b>	
Sjukefråvær	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 4,5 % 4,5 % - 7,5 % 7,5 % og over
Netto månadsverk	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 2 % 2 % - 3 % 3 % og over
Avvik variabel løn	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 1 % avvik 1 % - 2 % avvik 2 % og over
Antall einingar med over 4,5 % sjukefråvær	<b>Trafikklys</b>  Grønt  Gult  Rødt	<b>Grenseverdi 2007</b> 0 % - 25 % 25 % - 60 % 60 % og over

## Vedlegg 5: Oversikt over regionale prosjekt som involverer helseføretaka, og som vil bli fulgte opp i 2009

(Prosjekt inneholdende IKT vil også vere underlagt prosess for prioritering og styring av prosjektporteføljen)

Område	Tema	Status
<i>Strategi og styring:</i>	Program styringsinformasjon inkludert datavarehus, indikatorar og styrerapportering	Pågår
	Utvikling av konsernmanualar og fullmaktsstrukturar	Pågår
<i>Helsefag:</i>	Kvalitetsprogrammet inkl. kvalitetsregister for kjerneverksemda	Pågår
	Felles EPJ-programmet	Pågår
	Meldingsløftet (Nasjonalt og regionalt program)	Pågår (Ny høst-08)
	Samarbeid med primærhelsetenesta, inkl ELIN-prosjekt	Pågår
	Samla plan for biletdiagnostikk/radiologi	Pågår
	Teleradiologi, saumlaus informasjonsutveksling	Pågår
	Synergi, felles avvikssystem, ferdigstilling	Pågår
	Fødesystem, ferdigstilling	Pågår
	e-Resept	Pågår
	Mikrobiologi, ferdigstilling (HST+HFO)	Pågår
	Nytt lab-system, ferdigstilling (HBE)	Pågår
<i>Personal og org.:</i>	MOT – ferdigstilling og overlevering	Pågår
	Integrasjonar mellom Agresso/MOT og DIPS/EPJ Inkl. forprosjekt	Ny
<i>Økonomi og Innkjøp:</i>	Pasienttransport inkl. Enkeltoppgjer	Pågår
	Integrasjon mellom Oracle Financials økonomisystem og DIPS/EPJ	Ny
	Innkjøpsprogrammet inkl. nasjonal anskaffing	Pågår
	Eigedomsprogrammet	Pågår
<i>Kommunikasjon:</i>	Felles Internett og Intranettløysing, nytt nasjonalt rammeverk	Pågår
<i>IKT/ Sikkerheit:</i>	IKT-beredskap i føretaka (pilot HBE)	Pågår
	Arkitektur spesielt for kjerneverksemda, nasjonalt og regionalt	Pågår