Til styremøtet
i Helse Vest RHF
03.03.2010

# Styringsdokument 2010

# Helse Bergen HF

**1 Innleiing ... 4**
1.1 Generelt ... 4
1.2 HELSE 2020 ... 4
**2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2010 ... 4**
2.1 Generelt ... 4
2.2 Realistiske og konkrete omstillingstiltak ... 5
**3 Helsefaglege styringskrav ... 6**
3.1 Aktivitet ... 6
3.1.1 Ressursramme og overordna føringar ... 6
3.1.1 "Raskare tilbake" – helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde ... 7
3.2 Kvalitet, prioritering og pasientrettar ... 7
3.2.1 Kvalitetssatsinga i Helse Vest ... 7
3.2.2 Kvalitetsforbetring ... 10
3.2.3 Prioritering ... 10
3.2.4 Pasienttryggleik – trygge og sikre tenester ... 10
3.2.5 Tilgjenge og brukarmedverknad ... 11
3.3 Pasientbehandling ... 12
3.3.1 Heilskaplege pasientforløp og samhandling ... 12
3.3.2 Psykisk helsevern ... 13
3.3.3 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) ... 15
3.3.4 Habilitering og rehabilitering ... 16
3.3.5 Område med særskild vektlegging ... 16
3.4 Utdanning av helsepersonell ... 20
3.5 Forsking og innovasjon ... 20
3.5.1 Forsking ... 20
3.5.2 Innovasjon ... 21
3.6 Opplæring av pasientar og pårørande ... 22
**4 Ressursgrunnlaget ... 22**
**5 Økonomiske krav og rammevilkår ... 27**
5.1 Resultatkrav for 2010 ... 27
5.1.1 Rapporteringskrav – økonomi ... 27
5.2 Investeringar ... 27
5.2.1 Låneopptak og driftskreditt ... 28
5.3 Andre forhold ... 29
**6 Organisatoriske krav ... 30**
6.1 Tiltak på personalområdet ... 30
6.1.1 Utvikling av personalområdet. ... 30
6.1.2 Inkluderande Arbeidsliv (IA), sjukefråvær og uønska deltid m.m ... 32
6.1.3 Retningslinjer for løns- og pensjonsvilkår for leiarar i statleg eigde føretak ... 32
6.1.4 Bruk av konsulentar ... 33
6.1.5 Regionalt leiarprogram ... 33
6.2 Oppfølging av juridisk rammeverk ... 33
6.2.1 Internkontroll og risikostyring ... 33
6.2.2 Oppfølging av forholdet til stiftingar ... 34
6.2.3 Oppfølging av lov om pasientrettar ... 34
6.3 Utvikling på IKT-området ... 34
6.3.1 Vidareutvikling av Norsk Helsenett SF ... 35
6.3.2 Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet ... 36
6.3.3 Elektroniske reseptar ... 36
6.3.4 Automatisk frikort – rapportering av opplysningar om eigendelar ... 36

6.3.5 Nytt naudnett ..... 37
6.4 Datakvalitet og rapportering ..... 37
6.4.1 Nasjonalt helseregisterprosjekt ..... 37
6.4.2 Prosedyrekodar knytt til psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk. ..... 37
6.5 Samordning av stabs- og støttefunksjonar ..... 37
6.6 Regional samhandling ..... 38
6.6.1 Regionale prosjekt ..... 38
6.6.2 Styrking av regionale initiativ for samla styringsinformasjon ..... 38
6.6.3 Samarbeid med Helse Vest IKT ..... 39
6.6.4 Samarbeid med Apoteka Vest HF ..... 39
6.7 Eigedom ..... 39
6.7.1 Utvikling av eigedomsområdet ..... 39
6.7.2 Arealplanarbeidet ..... 40
6.7.3 Vedlikehaldsplanlegging ..... 40
6.7.4 Heilskapleg energiinnovasjon ..... 41
6.7.5 Evaluering av parkeringstilbodet ved sjukehusa ..... 41
6.7.6 Røykfrie inngangsparti ved helseinstitusjonar ..... 41
6.7.7 Landingsplassar for helikopter ..... 41
6.7.8 Landsverneplan for helsesektoren ..... 41
6.8 Innkjøp ..... 42
**7 Andre styringskrav for 2010 ..... 42**
7.1 Samhandlingsreforma – økonomiske verkemiddel ..... 42
7.2 Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet ..... 42
7.3 Samordna kommunikasjon ..... 42
7.4 Miljø- og klimapolitikken ..... 43
7.5 Prosjekt "snøgg-lukking" ..... 43
7.6 Felles regional mal for styresaker ..... 43
**8 Rapportering ..... 43**
**9 Vedlegg ..... 46**

# 1 Innleiing

## 1.1 Generelt

Gjennom styringsdokumentet vil Helse Vest RHF gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2010. Styringsdokumentet skal klargjere dei premissane og rammene som gjeld for verksemda og inneheld resultatkrava som blir stilte til helseføretaka.

Det er likevel ikkje slik at dei samla krava til helseføretaka går fram av styringsdokumentet. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som skal vektleggast og prioriterast. Desse oppgåvene må ein sjå i samanheng med dei måla, rammer og retningslinjer for helsetenesta som går fram av lov og forskrifter, Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument for 2010 til Helse Vest RHF og dei styringskrava frå eigar som er 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.

Det er lagt opp til rullering av handlingsplanen kvart fjerde år. I løpet av hausten 2010 vil Helse Vest RHF starte ein prosess med revidering og oppdatering av tiltaksplan for den neste fireårsperioden, 2011-2014.

# 2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2010

## 2.1 Generelt

Spesialisthelsetenesta forvaltar betydelege verdiar på vegne av samfunnet. Det er viktig at helseføretaka tek sin del av dette samfunnsansvaret for å sikre bærekraftig utvikling og godt omdømme.

Helseføretaka skal vidareføre arbeidet med strategiske prosesser for å utvikle ei moderne teneste og for å møte dei utfordringane spesialisthelsetenesta står overfor. Forslaga som er lagde fram i samhandlingsmeldinga, vil få stor innverknad for helseføretaka, og helseføretaka må førebu seg på dei endringane som vil komme.

Kontroll på økonomien er viktig for å frigjere ressursar til investeringar, forsking og for å styrke kvalitet på pasientbehandlingar. Helse Vest RHF er tilfreds med at det samla resultat for 2009 er betre enn resultatkravet frå eigar. For å sikre at den positive utviklinga blir vidareført og styrka i 2010, vil økonomistyring og økonomioppfølging framleis vere ein hovudprioritet i Helse Vest RHF. Helseføretaka har då eit særskilt ansvar for å sikre realistisk budsjettering og følgje opp rapporteringskrava til Helse Vest RHF.

Helse Vest RHF vil i 2010 oppretthalde den dialogen med helseføretaka som er etablert i forhold til økonomistyring. Oppfølgingsmøta mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF og helseføretaka kvar månad vil halde fram. I tillegg vil Helse Vest RHF oppretthalde ein tett dialog for utvalde helsefaglege område og når det gjeld utvikling i bemanninga.

Det vil i 2010 bli halde eit særskilt fokus på å sikre at sentrale pasientrettar blir ivaretekne. Handtering av ventelister og rutinar for å unngå fristbrot vil då stå sentralt. Det vil bli utvikla ein regional metodikk for å handtere ventelister i poliklinisk verksemd. Helseføretaka skal også vidareutvikle system og rutinar som sikrar at det blir gitt god informasjon om desse rettane. Pasient og pårørande sitt møtet med spesialisthelsetenesta skal vere prega av service, respekt og tryggleik og helseføretak skal ha ein klar profil på korleis den enkelte pasient blir møtt.

Tal tapte dagsverk som følgje av sjukefråvær er både ei organisatorisk utfordring så vel som at det belastar mange medarbeidarar og leiarar. Det er ei prioritert oppgåve å redusere sjukefråværet og hindre helserelatert utstøyting frå arbeidslivet.

## 2.2 Realistiske og konkrete omstillingstiltak

Helseføretaka har ved inngangen til 2010 framleis omstillingsutfordringar. Helse Vest vil difor halde fram med ei aktiv oppfølging av helseføretaka sine omstillingstiltak. Styra i helseføretaka 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.

<u>Helseføretaka skal:</u>

- ha ein omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse, betre intern organisering og sikre god kvalitet på tenestene.
- sikre at omstillingstiltak som kan gi kostnadseffektiv og formålseffektiv drift på lang sikt, blir prioriterte framfor kortsiktige eingongseffektar.
- sikre at grunngivinga 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 òg viktig å ha fokus på den daglege drifta i helseføretaket, i tillegg til dei vedtekne omstillingstiltaka.

Planar om nye tilbod eller vesentlege utvidingar av noverande tilbod, skal først behandlast i styret i helseføretaket før ein realiserer planen. I saksgrunnlaget for styrebehandlinga skal det vere ei konsekvensvurdering der det blir gjort greie for omfang, økonomi, framdrift og innverknad på kvaliteten på pasientbehandlinga. I tillegg skal ein omtale 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 tilstrekkjeleg kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte dei omstillingsutfordringane som helseføretaket står ovanfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med og med medverknad frå vernetenesta og dei tilsette og deira organisasjonar. Det skal leggjast til rette for omstillingstiltak som er initierte av dei tilsette.

# 3 Helsefaglege styringskrav

I 2010 skal desse områda følgjast særskilt opp:
pasientrettar i høve til tilvisingar frå primærhelsetenesta, ventetider, fristbrot, prioritering, kvalitet med fokus på kvalitetsforbetring og pasienttryggleik, korridorpasientar, psykisk helsevern for barn og unge, rusbehandling og rehabilitering/habilitering.

Eit viktig grunnlag for det arbeidet som spesialisthelsetenesta utfører er mellom anna dei utgreiingane som blir gjorde på ulike nivå, med viktige og naudsynte bidrag frå dei ulike helseføretaka. Helseføretaka er forplikta til å delta med fagfolk i arbeidet med både nasjonale og regionale utgreiingar og prosjekt. Helse Vest RHF har eit ansvar for at deltakinga og ressursbehovet i slike tilfelle blir jamt fordelt på dei ulike helseføretaka ut frå storleik med og fagleg kompetanse.

## 3.1 Aktivitet

### 3.1.1 Ressursramme og overordna føringar

Den ressursramma som blir stilt til disposisjon for helseføretaka, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga på 1,3 prosent frå 2009 til 2010, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2009–2010). Veksten i aktivitet er basert på overslag for 2009, basert på aktivitet og rekneskap for første tertial og juni 2009. For å understøtte målet om høgare prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, er det lagt til rette for ein aktivitetsvekst på 2,5% for polikliniske refusjonar. Under ordninga med innsatsstyrt finansiering er det lagt til rette for ein aktivitetsvekst på 1,2%.

Helse Vest har ikkje indikasjonar på at resultatet for 2009 er vesentleg annleis enn denne prognosen. Som grunnlag for fastsetting av overslagsløyving 2010 blir det derfor lagt til grunn siste prognose for DRG-poeng 2009 med tillegg for 1,2% aktivitetsauke og 0,7% kodevekst. Det blir her vist til kapittel 4 Ressursgrunnlaget for nærare omtale av bestillinga for 2010.

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 øyremerka tilskotet til rusfeltet og til ordninga "Raskare tilbake" skal komme 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.

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

Ordninga ”Raskare tilbake” er vidareført gjennom inneverande års statsbudsjett. Stortinget har løyvd ekstramiddel til kjøp av helse- og rehabiliteringstenester for å få sjukmeldte arbeidstakarar raskare tilbake i jobb. Tiltaket er eit ledd i oppfølginga av Sykefraværsutvalgets arbeid.

Helseføretaka skal sørgje for at:

- ”Raskare tilbake” er eit tilbod i tillegg til og uavhengig av anna avtale. ”Raskare tilbake” skal ikkje på nokon måte gå ut over tenester som allereie blir gitt i samsvar med pasientrettslova og prioriteringsforskrifta.

## 3.2 Kvalitet, prioritering og pasientrettar

### 3.2.1 Kvalitetssatsinga i Helse Vest

Kvalitetssatsinga i Helse Vest er eit langsiktig arbeid som er forankra i Helse 2020, og byggjer på Nasjonal helseplan og måla i den nasjonale kvalitetsstrategien. Hovudlinjer i satsinga går fram av styresak 124/08 Vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013.

Kvalitetssatsinga har fokus på kvalitet i kjerneverksemda, og hovudprinsippet er at kvalitetsarbeidet er lokalt forankra med helseføretaka som ansvarlege, og sentralt koordinert på nokre område med behov for felles regionalt arbeid.

I 2010 er det sett av 10 mill. kr som skal brukast i helseføretaka og i dei private ideelle institusjonane til gjennomføring av felles regionale prosjekt. Det er inngått avtaler mellom Helse Vest og helseføretaka om gjennomføring av prosjekt i 2009 og 2010, jf. nedanfor.

Når prosjektperioden er over vil arbeidet i hovudsak gå over i drift, og frigjorde middel vil kunne nyttast til nye prosjekt. Helse Vest vil derfor i 2010 ta initiativ til at fleire nye regionale prosjekt kan starte opp frå 2011.

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.
- delta i kvalitetssatsinga, inkludert styringsgruppe og kvalitetsforum.
- gjennomføre og/eller delta i regionale prosjekt innanfor hovudområda kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik, måling av resultat, jf. avtaler om prosjektgjennomføring og – deltaking.
- bidra til at det kjem fram gode søknader om nye prosjekt frå 2011 i samarbeid med dei andre helseføretaka i regionen. Søknadene må forankrast i toppleiinga i helseføretaket. Helse Vest vil konkretisere dette i brev.

**Kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd**

Det er i gang eit prosjekt for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer innanfor helsefag, og det er under utvikling eit verktøy, mini-HTA, (Health Technology Assessments), som støtte i avgjerdsprosessen ved innføring av nye metodar.

Helseføretaka har ansvar for å:

- bidra i regionalt og nasjonalt arbeid for å gå gjennom avgjerdsprosessane ved innføring av nye, kostbare metodar og medisinar i helsetenesta.

- bruke databasen www.mednytt.no som grunnlag før innføring av nye medisinske metodar, og leggje forsking frå kunnskapsoppsummeringar til grunn for medisinsk og anna helsefagleg verksemd.

Helseføretaket 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**
Det er i gang eit program med tema pasientforløp, og eit prosjekt arbeider med verktøy for kartlegging og identifisering av feilernæring og rus som risikofaktorane i den medisinske behandlinga. Vidare er eit felles web-basert verktøy for gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkingar planlagt ferdig første halvår 2010.

Helseføretaka har ansvar for å:
- ta verktøyet for lokale pasienterfaringsundersøkingar i bruk når det er ferdigstilt, og etablere ein funksjon i kvart helseføretak for gjennomføring og koordinering av lokale undersøkingar.

**Pasienttryggleik - redusere risiko for utilsikta hendingar**
*Uønska hendingar*
Det er etablert eit felles elektronisk system for avviksregistrering i regionen (Synergi), og det er under utarbeiding ein felles mal for rapportering til styringsformål frå systemet. Dette er planlagt ferdig første halvår 2010. Rapporteringa bør omfatte t.d. meldte skadar / uønska hendingar / nestenuhell, alvorleg personskade eller dødsfall (melding til Helsetilsynet og politi), klagesaker Pasientombodet, klagesaker Norsk Pasientskadeerstatning og melde biverknader (legemiddel).

Helseføretaka har i denne samanheng ansvar for:
- at uønska hendingar og nestenuhell blir rapporterte i Synergi, og at tilstrekkeleg opplæring i bruk av og registrering i systemet er gjennomført.
- å rapportere til Helse Vest i felles mal når denne er ferdigstilt.
- at alle einingar som driv pasientbehandling har etablert faste, tverrfaglege møte for evaluering av uønska hendingar (skadar, komplikasjonar, legemiddelskadar, unaturlege dødsfall, andre utilsikta hendingar), og bruke evalueringa til læring for å unngå liknande hendingar.

*Legemiddeltryggleik*
Det er i gang eit regionalt prosjekt om legemiddelhandtering og pasientryggleik (LOP), som i 2010 skal starte implementeringsarbeidet basert på prosjektrapportar.

Helseføretaka må i denne samanheng:
- bidra med aktuell fagkompetanse i arbeidet med å realisere tilrådingane.

*Safe Surgery – Trygg kirurgi vernar liv*
Det er i gang eit prosjekt for innføring og bruk av ei sjekkliste i samband med kirurgiske inngrep basert på WHO-prototypen Safe Surgery Saves Lives.

Helseføretaka skal:
- ta i bruk sjekklista rutinemessig i alle operative einingar, og rapportere på bruken i felles opplegg når dette er ferdigstilt.

## Måling av resultat som grunnlag for forbetring og synleggjering

*Kvalitetsregister*

Nasjonale medisinske kvalitetsregister skal styrkjast ved at ein vidareutviklar felles løysingar for betre effektivitet, betre datakvalitet og betre utnytting av data til kvalitetsforbetring og forsking. Implementering av felles teknisk infrastruktur for medisinske kvalitetsregister er i gang. Arbeidet skal styrkjast i 2010.

Helse Vest RHF skal, saman med dei andre regionale helseføretaka, utarbeide forslag til etablering av kvalitetsregister for pasientar som bruker kostnadskrevjande biologiske lækjemiddel for behandling av autoimmune lidingar. Helse Vest vil komme tilbake til eventuelle bidrag og innspel frå helseføretaka i dette arbeidet.

<u>Helse Bergen har ansvar for å:</u>

- 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. Frå 2010 gjeld det også Nasjonalt register for leddprotesar, Nasjonalt hoftebrotregister, Nasjonalt korsbandregister og Norsk MS-register, jf. brev frå Helse- og omsorgsdepartementet datert 08.12.09.
- delta i regionalt arbeid med implementering av felles teknisk infrastruktur for dei nasjonale kvalitetsregistra, basert på fellesløysingar utvikla i Helse Midt-Noreg.
- delta i nasjonalt arbeid med å etablere ein nettverksstruktur for alle nasjonale register.
- vidareutvikle rolla til Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forsking. Dette må sjåast i samanheng med nasjonalt samarbeid og samarbeid med Helse Vest IKT.

<u>Helseføretaka skal:</u>

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

## Internkontroll

Internkontroll og risikostyring er føresetnader for kvalitetssatsinga, og legg nødvendige rammer rundt arbeidet, med fokus på styring, risiko, kontroll og etterleving av lov- og myndigheitskrav, jf. punkt 6.2.1 i styringsdokumentet om risikostyring/internkontroll.

## Kulturbygging og læring

For å understøtte iverksetjinga av kvalitetssatsinga og bidra til kulturbygging og læring, arrangerer Helse Vest m.a. kvalitetskonferanse, deler ut kvalitetspris og "såkornmiddel" til lokale kvalitetsutviklingsprosjekt.

<u>Helseføretaka har i denne samanheng ansvar for å:</u>

- 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.
- delta på kvalitetskonferansen og foreslå kandidatar til kvalitetspris.
- bidra til at det kjem fram gode søknader om "såkornmiddel" til lokale kvalitetsutviklingsprosjekt, og prioritere mellom dei, og følgje dei opp i etterkant.

### 3.2.2 Kvalitetsforbetring

Førebygging, behandling og rehabilitering skal vere basert på relevant, påliteleg og oppdatert kunnskap i tillegg til erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Helseføretaka er ansvarlege for å:

- sikre at informasjon frå sjukehusopphaldet (epikrise) for pasientar med behov for oppfølging blir send tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlinga.
- sikre at barn som pårørande får god oppfølging når foreldra er til behandling på sjukehus.
- sikre at det innanfor akuttpsykiatri ikkje er korridorpasientar.
- sørgje for at det i helseføretaket blir etablert ein mest mogleg likeverdig behandlingspraksis for pasientar som bruker kostnadskrevjande biologiske lækjemiddel for behandling av autoimmune lidingar. Behandlingspraksis skal vere i tråd med dei nasjonale faglege retningslinjene.
- vidareføre arbeidet til kliniske etikkomitear, og sikre at dei kan behandle etiske problemstillingar innanfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.
- leggje til rette for innsyn frå og ha god dialog med Statens helsetilsyn, og bruke tilbakemeldingar frå tilsynet til læring.

Styringsparameter:

*Skal rapporterast tertialvis*

- prosentdel av epikrisar sende innan sju dagar etter utskriving (mål: minst 80 %).
- prosentdel av korridorpasientar (mål: ~ 0).
- prosentdel av strykingar av planlagde operasjonar (mål: < 5 %).

*Skal rapporterast i årleg melding*

- prevalens av sjukehusinfeksjonar (mål: skal reduserast).
- talet på helseinstitusjonar som har barneansvarleg personell (somatiske sjukehus, institusjonar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige).

### 3.2.3 Prioritering

Pasientar skal sikrast eit likeverdig tilbod av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsrettleiarane skal leggjast til grunn for å sikre einskapleg vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Helseføretaka skal:

- leggje til grunn dei nasjonale rettleiarane for prioritering av pasientane, og sikre pasientane einskapleg vurdering.

Styringsparameter:

*Skal rapporterast tertialvis*

- prosentdel pasientar som får rett til nødvendig helsehjelp.

### 3.2.4 Pasienttryggleik – trygge og sikre tenester

Talet på feil og uønska hendingar i helsetenesta skal reduserast. Det er eit leiingsansvar på alle nivå å sikre velfungerande system for melding av uønskte hendingar. Tilsette skal oppleve det trygt å melde, og meldingane skal følgjast opp ut frå eit system- og læringsperspektiv. Det skal

utformast ein nasjonal tryggleikskampanje for å redusere talet på uønska hendingar på utvalde innsatsområder. Dette skal leggje grunnlag for varige endringar. Kampanjestart vil vere seinhausten 2010 eller byrjinga av 2011. Sjå punkt 3.2.1 om tiltak for pasienttryggleik i kvalitetssatsinga i Helse Vest.

Helseføretaka har ansvar for:

- følgje opp Helsetilsynet sin rapport "Sikker som banken… – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften" (6/2009).
- følgje opp resultata etter tilsyn utført av Statens strålevern.
- å bidra med fagpersonell til arbeidsgrupper i samband med kampanjen for pasienttryggleik. Arbeidsgruppene blir oppretta av Nasjonal eining for pasienttryggleik, som er sekretariat for kampanjen.

### 3.2.5 Tilgjenge og brukarmedverknad

Tenestene må vere tilgjengelege og innretta etter brukarane sine behov. Det inneber både fysisk tilgjenge, og tilgjenge knytt til kulturell og språkleg forståing. Brukarar skal sikrast medverknad i eiga helsehjelp, og medverke i utviklinga av helsetenester på systemnivå.

Ei ny refusjonsordning for helsehjelp utanfor sjukehus i andre EØS-land vil tidlegast ta til å gjelde i 2010. Ordninga kjem til å gi norske pasientar større valfridom. Helsedirektoratet skal administrere ordninga.

Helseføretaka har ansvar for å:

- sikre at pasientar og pårørande blir informerte om klagerett.
- setje i verk tiltak for å betre informasjonen til publikum om dei mest vanlege behandlingstilboda ved sjukehusa.
- dekke utgifter for brukarrepresentantar slik at ikkje medverknad gir økonomisk tap.
- utgreie, gå gjennom og vurdere ventetida for pasientar med lang ventetid. Setje i verk tiltak for å:
  a) redusere ventetida for kirurgisk behandling av sjukleg overvekt.
  b) redusere ventetida for pasientar med hjarteflimmer.
- ha oppdatert informasjon om ventetider på nettsida fritt sjukehusval.

Styringsparameter:

*Skal rapporterast tertialvis*

- gjennomsnittleg ventetid for ordinært behandla pasientar innanfor somatikk (mål: skal reduserast).
- gjennomsnittleg ventetid for ordinært behandla pasientar innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduserast).
- gjennomsnittleg ventetid for ordinært behandla pasientar innanfor psykisk helsevern for vaksne (VOP) (mål: skal reduserast).
- gjennomsnittleg ventetid for ordinært behandla pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB) (mål: skal reduserast).
- prosentdel av pasientar som er vurderte innan 30 dagar (mål: 100 %).
- prosentdel av pasientar innanfor BUP som er vurderte innan ti dagar (mål: 100 %).
- prosentdel av rettigheitspasientar som får behandling innan 65 dagar i psykisk helsevern og/eller TSB for personar under 23 år (mål: 100 %).
- talet på pasientar som har fått tildelt individuell plan (mål: skal aukast).

- prosentdel av fristbrot for rettigheitspasientar (mål: skal reduserast).

## 3.3 Pasientbehandling

Det er nødvendig å halde fram med utvikling og omstilling av spesialisthelsetenestetilbodet for å møte endringar i sjukdomsbilete, i alders- og befolkningssamansetjing, ny medisinsk teknologi og endra pasientrolle. Arbeidet med ei betre arbeidsdeling mellom sjukehus skal vidareførast.

Ved omstilling av spesialisthelsetenestetilbodet må det leggjast til rette for gode prosessar. Lokale løysingar må utformast i samarbeid med brukarar, tilsette i føretaket, politisk leiing i aktuelle kommunar og kommunehelsetenesta.

Det er viktig at det finst gode tilbod når det gjeld palliativ pleie og hospice. Tilboda skal inngå som ein integrert og naturleg del av spesialisthelsetenesta og det samla helse- og omsorgstilbodet i kommunen.

Fagområdet ernæring inngår som ein del av både førebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av ei rekkje sjukdommar. Helseføretaka skal sikre at det blir lagt vekt på ernæring i det samla tenestetilbodet i spesialisthelsetenesta.

Arbeidet med oppfølging av strategiar skal halde fram i 2010. For 2010 gjeld blant anna følgjande strategiar for spesialisthelsetenesta:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
- Strategiplan for kvinners helse (2003–2013)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008- 2011)
- Nasjonal strategi for førebygging og behandling av astma og allergisjukdommar (2008–2012)
- Nasjonal strategi for førebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Nasjonal strategi for førebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014).

### 3.3.1 Heilskaplege pasientforløp og samhandling

Pasientar og brukarar skal møte ei heilskapleg teneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og med heilskaplege behandlingskjeder og pasientforløp som sikrar god behandlingskvalitet. Pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkinga, skal liggje til grunn for utvikling av tenester. Erfaringar frå prosjekt som Pilotsjukehusprosjektet (partssamarbeidet), andre samhandlingsprosjekt og pasientforløpsprogrammet i kvalitetssatsinga i Helse Vest, skal bli lagde vekt på der dette er formålstenleg.

Helseføretaka skal i utgangspunktet sørgje for at fødeinstitusjonar blir haldne opne heile året. Sommar- og feriestengingar skal ikkje skje på grunn av økonomiske årsaker åleine. Det kan stengjast dersom det ikkje let seg gjere å avvikle lovpålagd ferie forsvarleg, men stengingsperioden skal gjerast kortast mogleg, og det skal setjast i verk nødvendige tiltak i samarbeid med kommunane for å sikre at tilbodet er forsvarleg.

Helseføretaka skal:

- bidra i arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planar for store pasientgrupper som pasientar med dei hyppigaste kreftformene, pasientar med hjerneslag og pasientar i tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Planane skal utviklast i eit forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandling der dette er relevant. Planane skal identifisere viktige flaskehalsar, f.eks. kapasitet innanfor radiologi og laboratorietenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialistar og eventuelt anna helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetenesta. Relevante faglege retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogram (ulike krefttypar) og rapportar frå forløpsgruppene[1], som bleietablerte i samband med samhandlingsreforma[2], skal leggjast til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er eit viktig element.
- bidra i nasjonalt arbeid med å utarbeide forslag til styringsvariablar/indikatorar på gode forløp utan uønska brot og forseinkingar for pasientar med dei hyppigaste kreftformene, pasientar med hjerneslag og pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.
- setje i verk tiltak på systemnivå for at rettleiingsplikta overfor kommunehelsetenesta blir sikra. Dette inneber for eksempel å etablere system som sikrar godt tilgjenge til kompetent fagleg rådgiving for fastlegar og legar i vakt, og system som sikrar at kompetanseoverføring til kommunehelsetenesta er ein integrert del av all ambulant verksemd.
- ha ansvar for følgjeteneste for gravide til fødeinstitusjon. Ansvaret er overført til helseføretaka frå 1. januar 2010. I følgje tilleggsdokument til Styringsdokument 2009 skal det også bli utarbeidd ein fleirårig heilskapleg og lokalt tilpassa plan for fødetilbodet i opptaksområdet saman med dei kommunane det gjeld. Helse Vest RHF vil komme tilbake til oppfølginga av dette i eit eige brev.
- gi samhandlings- og koordineringsfunksjonen ei tydeleg leiingsmessig og organisatorisk forankring.
- greie ut om korleis dei kan auke talet på polikliniske konsultasjonar for nytilviste pasientar og redusere talet på kontrollar. Det skal i tillegg utgreiast kva for oppgåver og kva for kompetanse det er behov for i primærhelsetenesta for å samarbeide om dette. Frist for rapportering til Helse Vest RHF er 15.05.2010.
- ha rutinar og kompetanse som sikrar at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet, og at rettleiingsoppgåva overfor kommunane blir sikra på ernæringsområdet.

Styringsparameter:
*Skal rapporterast i årleg melding*

- prosentdel pasientar med hjerneslag som får trombolyse ved kvart enkelt helseføretak.

### 3.3.2 Psykisk helsevern

Det overordna målet i psykisk helsearbeid er å fremme sjølvstende og evne til å meistre eige liv.

Det er framleis viktig å utvikle og styrkje meir utoverretta og ambulante tenester og oppfølging. Dei distriktspsykiatriske sentra (DPS) 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

[1] http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen/Forlopsprosjektet-varen-2009---Samhandlingsreformen.html?id=592281
[2] http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201

om spissfunksjonar. Ressursane må fordelast mellom DPS-a og sjukehusavdelingane i tråd med føringane og lokale forhold.

Tilbodet til barn og unge skal prioriterast. Helse Vest RHF har i budsjettet for 2010 sett av ei ekstraløyving til psykisk helse for barn og unge på 15 millionar kroner. Dette kjem i tillegg til middel i basisramma. Arbeidet med å innfri barne- og ungdomsgarantien må prioriterast av helseføretaka, og nødvendige tiltak må setjast i verk. Det må spesielt vere fokus på tilføring av naudsynt behandlarkapasitet og kompetanse, og sikre ei effektiv utnytting av ressursane i barne- og ungdomspsykiatrien. Vedtak i sak 109/09 B, fatta av styre i Helse Vest den 02.12.09 må bli følgjast opp.

Brukarmedverknad skal vere det berande prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noko som inneber at individuelle planar må bli meir utbreidde.

Helseføretaka skal:

- evaluere effekten av avtalene om samarbeid mellom DPS/BUP og kommunane, mellom anna barnevernet. I evalueringa skal ein vurdere avtalene opp mot omstillingskravet og behovet for å utvikle konkrete samhandlingsmodellar.
- bidra i arbeidet med å setje i verk ein regional, forpliktande handlingsplan for å avgrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Dette er eit ledd i etableringa av ny Nasjonal strategi for redusert og rett bruk av tvang i dei psykiske helsetenestene. Helse Vest RHF vil kome tilbake til dette i eit eige brev.
- i samarbeid med kommunehelsetenesta skal helseføretaket redusere bruk av tvang og sørgje for at praksis samsvarer med gjeldande helselovgiving.
- undersøkje rusmiddelproblem hos pasientar som blir viste til psykisk helsevern, og setje i verk tiltak for å sikre at desse pasientane får eit heilskapleg behandlingstilbod for rusmiddelproblemet sitt.
- bidra i Helsedirektoratet si kartlegging av behandlingstilbodet til menneske med spiseforstyrringar når det gjeld kapasitet, kvalitet og tilgjenge. Direktoratet si kartlegging skal omfatte tilbodet på regionalt nivå, i helseføretak og DPS, i BUP, i privat regi, og i kommunane, jf. regjeringa sitt ønske om å styrkje behandlingstilbodet til pasientar med spiseforstyrringar, med særleg søkjelys på barn og unge.
- sørgje for at gode erfaringar frå brukarbaserte tiltak kjem til nytte ved alle DPS i helseføretaket, jf. relevante erfaringar frå prosjekta Brukerorienterte alternativer til tvang (SINTEF 2008) og Brukerstyrte plasser (Jæren DPS) o.a.
- følgje opp Helsetilsynet sin rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009).
- innfri målet om 5 % dekningsgrad i barne- og ungdomspsykiatrien og innfri barne- og ungdomsgarantien.
- tilføre barne- og ungdomspsykiatrien naudsynt behandlarkapasitet og kompetanse, og sikre ei effektiv utnytting av ressursane.
- innan 1. mai 2010 ha innfridd ventetidsgarantien, eventuelt gjennom ein plan ha dokumentert at garantien vil bli innfridd. Helseføretaka må gi tilbakemelding seinast 15.05.2010.
- vurdere å leggje til rette for å gi auka tilbod til personar med psykiske lidingar/problemstillingar innanfor ordninga "Raskare tilbake".

Styringsparameter:

*Skal rapporterast tertialvis*

- talet på tvangsinnleggingar per 10 000 innbyggjarar og prosentdel av tvangsinnleggingar per institusjon (mål: skal reduserast).

*Skal rapporterast i årleg melding*

- prosentdel ikkje planlagde reinnleggingar i akuttpsykiatriske avdelingar innan 30 dagar per 10 000 innbyggjarar (mål: skal reduserast).
- prosentdel og tal på pasientar over 18 år behandla i sjukehus og DPS per 10 000 innbyggjarar fordelte på døgninnleggingar, dagtilbod, poliklinisk verksemd og ambulant teneste innanfor psykisk helsevern.
- prosentdel og tal på pasientar over 18 år behandla i dagtilbod og poliklinisk verksemd (mål: skal aukast).
- talet på konsultasjonar innanfor ambulant verksemd for barn og vaksne (mål: skal aukast med 10 %).
- prosentvis fordeling av årsverk mellom sjukehus og DPS-tenester innanfor psykisk helsevern (mål: talet på årsverk innanfor DPS skal auke).
- talet på årsverk for psykiatrar og psykologar i DPS per 10 000 innbyggjarar innanfor psykisk helsevern.

### 3.3.3 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007–2010) skal kvaliteten og kapasiteten styrkjast innanfor TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Føremålet er å redusere ventetider og sørgje for eit samanhengande behandlingsforløp, slik at det ikkje oppstår ventetid mellom ulike delar av TSB som f.eks. mellom avrusing og vidare behandling.

Helseføretaka skal sørgje for at LAR inngår som ein integrert del av anna TSB. Den helsefaglege kompetansen i TSB skal styrkjast. Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattande psykiske lidingar. Arbeidet med å styrkje samhandlinga mellom psykisk helsevern og TSB skal halde fram. Forsking og kompetanse på rusfeltet skal styrkjast.

Helseføretaka skal:

- leggje til rette for behandlingsførebuande tiltak overfor rusmiddelavhengige, som har fått rett til nødvendig helsehjelp innanfor tverrfagleg spesialisert behandling, mens dei ventar på at behandling startar. Dette skal bli gjort i samarbeid med kommunane.
- bidra til å starte etableringa av ein eigen rusakutt ved Bergen legevakt i samarbeid med Bergen kommune, og eit eige mottak i regi av føretaket
- forberede overtaking av pasientane i LAR som tilhøyrer Helse Bergen sitt føretaksområde, jmf. styrevedtak i Helse Vest RHF 22. desember 2009.

Styringsparameter:

*Skal rapporterast i årleg melding*

- talet på årsverk for legar, legespesialistar og psykologar i tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal aukast).
- talet på barn som blir fødde av kvinner i LAR-behandling, og kva slags tilbod desse pasientane får.
- bruk av dei øyremerka midla frå Helse Vest RHF til TSB i 2009 og 2010.

**Forskingsprogram / medisinsk kvalitetsregister**

Helse Vest RHF har sett i verk eit forskingsprogram innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Programmet er organisert via det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest, universiteta og

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforsking i Helse Vest. Helseføretaka må delta i denne satsinga.

Det regionale kompetansesenteret arbeider med etablering av eit regionalt medisinsk kvalitetsregister innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Helseføretaka må levere data til kvalitetsregisteret når dette er etablert.

Helseføretaka skal:

- registrere alle pasientar som blir viste til rusbehandling i dei pasientadministrative systema med fagområde 360 RUS.
- registrere og rapportere aktivitetsdata frå TSB gjennom NPR-melding versjon 47.

### 3.3.4 Habilitering og rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), regional plan for habilitering og rehabilitering (styresak 124/06) og sak 125/08 om styrking av feltet i 2009, er retningsgivande for det langsiktige arbeidet for at rehabilitering og habilitering skal få ein rett plass i tenestene i tråd med overordna mål. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli rett og betre prioritert innanfor dei ulike tenesteområda. Rehabiliterings- og habiliteringsfeltet i Helse Vest er styrka i 2010, jf. styresak 108/09B.

Retningsgivande for arbeidet er heilskaplege behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukarmedverknad, tilgjenge og likeverd i tilbodet. Alle som har behov for habiliterings-/rehabiliteringstenester på spesialisert nivå, skal kunne få slike tenester til riktig tid. Rettleiar for habiliteringstenesta for vaksne og Handlingsplan for habilitering av barn og unge skal leggjast til grunn i utviklinga av tenestene.

Helseføretaka må:

- styrkje rehabiliterings- og habiliteringstenestene, med særleg fokus på barnehabilitering, på grunnlag av auka middel i tråd med regional plan og nasjonal strategi, handlingsplan og rettleiar, og rapportere om korleis midla er nytta. Nye middel må kome i tillegg til det som ligg i basisramma.
- samarbeide med og bidra i oppbygginga av den regionale vurderingseininga for tilvising til private rehabiliteringsinstitusjonar frå fastlegar, jf. brev frå Helse Vest datert 24.11.09.
- inngå samarbeidsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjonar i opptaksområdet, og bidra til fag- og tenesteutvikling ved institusjonane.
- følgje opp samarbeidsavtala mellom dei regionale helseføretaka og NAV for å sikre ei meir samordna formidling av høyreapparat, m.a. ved å inngå lokale avtaler slik det er tilrådd i rapporten ”Å høre og bli hørt”.

### 3.3.5 Område med særskild vektlegging

**Kronisk smerte**

Tilbodet til pasientar med kronisk smerte skal styrkjast når det gjeld kapasitet og kompetanse.

Helseføretaka skal:

- innan 15.04.10 gi Helse Vest RHF ein oversikt over tilbodet til kroniske smertepasientar og planar for å styrkje tilbodet.

**Kronisk utmattingssyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)**
Helseføretaka skal sikre adekvat tilbod om diagnostikk, behandling og rehabilitering, mellom anna tilbod om lærings- og meistringskurs, til pasientar med CFS/ME. Tilbodet skal utviklast i samarbeid med kommunane og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME. Helseføretaka skal ta i bruk det nyoppretta døgntilbodet til dei sjukaste pasientane med CFS/ME i helseføretaket Oslo Universitetssykehus.

Helseføretaka skal:

- utarbeide ein rapport med status over adekvate tilbod om diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasientar med CFS/ME. Rapporten skal vise kva for type tilbod helseføretaket har til pasientgruppa, talet på pasientar som er sende dit, og talet på pasientar som er gitt eit tilbod i helseføretaket i 2009. Frist for rapportering er 15.08.10.
- sikre adekvate tilbod om diagnostikk, behandling og rehabilitering til alle pasientar som er ramma av CFS/ME. Tilbodet skal også inkludere tilbod om lærings- og meistringskurs.
- bruke det nasjonale behandlingstilbodet for dei aller sjukaste gjennom kjøp av behandlingsopphald.

**Organdonasjon/transplantasjon**
Det er eit nasjonalt mål å auke talet på organtransplantasjonar til 30 donasjonar per mill. innbyggjarar.

Helseføretaka har ansvar for følgjande:

- setje i verk tiltak for å auke mengda av tilgjengelege organ og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.

**Cochleaimplantasjon/rehabilitering**
Det er eit nasjonalt mål at volumet på cochleaimplantatoperasjonar skal vidareførast, og at CI-opererte får habilitering og rehabilitering.

Helse Bergen skal:

- sikre tilstrekkelig kapasitet for cochleaimplantasjonar, jf. nasjonale mål.
- sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.

Styringsparameter:
*Skal rapporterast i årleg melding*

- talet på cochleaimplantatoperasjonar.

**Prehospitale tenester**
Helseføretaka skal sikre befolkninga i sitt opptaksområde nærleik til prehospitale tenester med god kompetanse og kvalitet.

Helseføretaka må:

- innan 1.4.2010 oppfylle kompetansekrava i forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.
- bidra i Helsedirektoratet sitt arbeid med å utvikle nasjonale krav til ambulansebilar, som følgje av Noregs iverksetjing av direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy.

**Nasjonale kompetansesenter, landsfunksjonar, fleirregionale og overnasjonale funksjonar i spesialisthelsetenesta**
Helse Vest RHF har leia eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka kor det har blitt utarbeidd eit heilskapleg forslag om kva for nasjonale tenester, i form av landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar og nasjonale kompetansesentrer, det er behov for i eit femårsperspektiv. Lokalisering av desse tenestene er og vurdert, og tilråding er sendt til HOD. Helsedirektoratet er bede om å vurdere forslaget, og gi ei heilskapleg tilråding til departementet innan 15.3.2010. Helse Vest skal innføre nytt styringssystem for lands- og fleirregionale funksjonar i tråd med, og frå det tidspunktet som departementet bestemmer.

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, og senter for genterapi.
- sikre at faglege referansegrupper er oppretta i tråd med gjeldande krav frå HOD.

**Smittevern**
Nasjonal strategi for førebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens (2008–2012) legg føringane for helseføretaka sitt arbeid med smittevern. Forsking på og overvaking av sjukehusinfeksjonar og antibiotikabruk er eit spesielt innsatsområde i oppfølginga av strategien i 2010.

Helseføretaka har ansvar for kvalitetssikring i eiga verksemd og at det er god oversikt over kvalitetssikra materiale som blir rapportert til regionale/nasjonale register, prevalensundersøkingar og talet på inngrep som blir overvaka prospektivt (insidens). Data skal leverast til databehandlar innan fristen, og tilbakeførte data må nyttast til å kvalitetssikre tenesta i helseføretaket.

Helseføretaka har ansvar for å:

- sørgje for at det er tilstrekkelege ressursar til å rapportere og at materiale som blir levert er kvalitetssikra.
- kvalitetssikre at data blir brukte til å evaluere klinisk praksis i einingar som rapporterer til NOIS-systemet. Alle føretak der det blir utført to eller fleire inngrep som inngår i NOIS, skal rapportere minst to prosedyrar til NOIS-systemet innanfor fastsette tidsfristar og med kvalitetssikra data.

**Beredskap**
Helseføretaka skal medverke til kvalitet og samhandling i sektorens beredskaps- og smittevernarbeid i samarbeid med kommunar, fylkesmenn og andre samarbeidspartnarar.

Helseføretaka skal:

- handtere og følgje opp erfaringar frå ny influensa A (H1N1).
- sørgje for at helseføretaksgruppa har oppdaterte, innøvde og koordinerte beredskapsplanar med rutinar for å oppdage og varsle hendingar og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.

**Andre oppfølgingspunkt**

*Kreft*

Den regionale kreftplanen har i stor grad teke opp i seg føringane frå den nasjonale kreftstrategien frå 2006. Planen legg til grunn ei klar arbeidsdeling innanfor spesielle fagområde og område med lågt volum. I 2008 blei det vedteke ei nærare fordeling av oppgåver innan tre avgrensa område innafor kreftkirurgi: kirurgi i små volum i mage- og tarmområdet og Hodgins lymfom og radikale inngrep med kurativt formål i prostata og urinblære.

Helse Vest har i 2009 starta ein ny gjennomgang av arbeidsfordelinga innan kreftkirurgi. Det er bedt om bistand frå Kunnskapssenteret som ledd i kartlegging av situasjonen. Gjennomgangen vil gå føre seg i 2010.

Helseføretaka skal:

- bidra i ein gjennomgang av kva for einingar som utfører kirurgisk kreftbehandling, særleg med omsyn til kreft i spiserøyr, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tjukktarm, lunger og bryst, jf. føringar i revidert statsbudsjett 2008 (St.prp. nr. 59 2007-2008).

*Spesialisthelsetenesta til eldre*

Helse Vest har utarbeida ein regional plan for styrking av spesialisthelsetenestene til eldre. Rapport frå arbeidsgruppe blei lagt frem for styret i Helse Vest RHF den 03.02.10 (jfr. styresak 015/10B).

Rapporten gir viktige tilrådingar for korleis tenestetilbodet kan bli betre overfor eldre med meir samansette lidingar, som har behov for eit tverrfagleg samansett tenestetilbod og heilskapeleg behandlingstilbod på tvers av nivå.

Spesialisthelsetenestene til eldre må utviklast i tråd med dei prioriterte tiltaka i rapporten som ligg føre. Tilrådingane må følgjast opp i helseføretaka i samarbeid med m.a. kommunane og brukarane.

Helse Vest RHF vil særleg følgje opp tiltak knytt til utdanning av geriatarar og styrking av kompetanse og forsking på området.

Helseføretaka har ansvar for å:

- utvikle tverrfaglege geriatriske einingar.
- utvikle samanhengande behandlingskjeder på tvers av nivå for utvalde store pasientgrupper i tett samarbeid med kommunane.
- vurdere korleis ulike yrkesgrupper, gjennom utdanning og vidareutdanning, kan bidra til å møte behovet for spesialisthelsetenester til eldre. Det gjeld m.a. legar, sjukepleiarar, fysioterapeutar og hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar.

*Patologitenester*

Helse Vest RHF vedtok i oktober 2004 plan for patologitenester i Helse Vest (sak 74/04). Planen innebar oppbygging av eigne patologiavdelingar i alle helseføretaka.

Helseføretaka skal:

- lage planar for utvikling av tilbodet som set helseføretaka i stand til å dekke behovet for patologitenester i eige føretaksområde frå 1. aug. 2012. Dette skal skje ved hjelp av eiga patologiavdeling eller i samarbeid med patologiavdeling i anna helseføretak i Helse Vest.

## 3.4 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell skal vere med på å sikre riktig kompetanse og nok helsepersonell i helsetenesta, både på kort og lengre sikt. Utdanningsoppgåver omfattar tiltak knytt til grunnutdanning, turnusteneste, vidareutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Leiingsforankring og god organisering og rettleiing av praksis- og turnusordningane bidreg til at helseføretaka står fram som gode og attraktive læringsarenaer.

Samarbeidsorgana mellom Helse Vest og universiteta, og mellom Helse Vest og høgskolane skal sikre eit godt samarbeid med utdanningsinstitusjonane i helseregionen slik at regionen har tilstrekkelege og kvalitativt gode praksisplassar.

Vedlegg 1 viser aktivitetskrava Kunnskapsdepartementet har sett til universitet og høgskular. Behovet for praksisplassar er noko høgare enn aktivitetskravet fordi opptaket reflekterer eit forventa fråfall i studietida.

Helseføretaka må:

- i samarbeid med fylkeskommunane ta hand om etablering av tilstrekkeleg mange eigne læreplassar innanfor helsefagutdanninga og ambulansearbeidarutdanningane. 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. tilsvarande system for måling av ressursbruk til forsking i helseføretaka.
- bidra i Helsedirektoratet sitt pilotprosjekt om oppretting av kompetanseområde i palliativ medisin.

## 3.5 Forsking og innovasjon

Forsking, forskarutdanning, formidling og oppfølging av forskingsresultat og nye løysingar i tenesta (innovasjon) er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tenestetilbodet er trygt, kostnadseffektivt og gir ein helsegevinst.

### 3.5.1 Forsking

Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forsking, mellom anna forskarinitierte kliniske intervensjonsstudiar av høg kvalitet og relevans i helseføretaka. Det er eit mål å sikre oppbygging av forskingskompetanse innanfor forskingssvake fagområde, samtidig som det er viktig å stimulere forskingsmiljø av høg kvalitet slik at desse miljøa kjem i posisjon til å få eksterne middel nasjonalt og internasjonalt, f.eks. gjennom EUs 7. rammeprogram.

I samband med det nasjonale arbeidet med å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studiar og for forskingsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi, må helseføretaka etablere oversikt over pågåande og sluttførte kliniske studiar i helseføretaket.

Helse Vest har øyremerka 3 mill. kroner av basisløyvinga til forsking retta mot samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Med dette meiner ein forsking som bidreg til kunnskapsgrunnlaget for heilskaplege pasientforløp og meir koordinerte tenester for pasientane.

Det blir teke sikte på å etablere ein felles nasjonal database for registrering av vitskaplege publikasjonar (Norsk vitskapsindeks) i helse-, universitets- og høgskole- og instituttsektoren frå 2011. Databasen skal brukast som grunnlag for nasjonal måling av vitskapleg publisering i helseføretaka. Det er ønskjeleg å innføre eit felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefagleg forsking etter fagområde og type forsking i nasjonale rapporteringssystem. Det kan vere aktuelt å knyte eit slikt klassifikasjonssystem opp til Norsk vitskapsindeks. Health Research Classification System (http://www.hrcsonline.net/pages/front.) blir vurdert til å kunne sikre dette.

Helseføretaka må:

- bidra i samarbeidet mellom regionane, under leiing av Helse Sør-Øst RHF, om å sluttføre arbeidet med å etablere eit felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudiar (fase I–IV) i helseføretaka, jf. oppdrag i styringsdokumentet for 2009. I dette samarbeidet skal det sikrast koherens med dei systema som blir etablerte i dei regionale etiske komiteane for å registrere forskingsprosjekt (SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre system for registrering av kliniske studiar og forsking. Det skal gjennomførast eit arbeid for å vurdere om det er mogleg å klassifisere og rapportere alle forskingsprosjekt i helseføretaka etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.
- bidra med nødvendig kompetanse og ressursar i utviklingsarbeid knytt til vidareutvikling av dei nasjonale systema for måling av forskingsresultat og ressursbruk til forsking og utvikling.
- setje av nødvendige ressursar for etablering av Norsk vitskapsindeks i dei rapporteringseiningane som inngår i det nasjonale målesystemet for forskingsresultat.

Styringsparameter:
*Skal rapporterast i årleg melding*

- årlege forskingspoeng berekna ut frå artikkelproduksjon og avlagde doktorgradar totalt for Helse Vest RHF (berekna av NIFU STEP).
- årleg ressursbruk til forsking og utvikling totalt i Helse Vest RHF, mellom anna prosentdel til psykisk helse og rus (berekna av NIFU STEP).
- talet på søknader, godkjente prosjekt og tildelte middel frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram.

### 3.5.2 Innovasjon

Utvikling og implementering av nye produkt, diagnostikk- og behandlingsmetodar, tenester og organisatoriske løysingar i helsetenesta (innovasjon) er viktig for å auke offentleg verdiskaping gjennom auka kvalitet og kostnadseffektivitet i tenestene.

Under Stortinget si behandling av St.meld. nr. 7 (2008–2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* vart det bestemt at ein vil forlengje den pågåande satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, dersom det kjem ei positiv halvvegsevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskingsbasert innovasjon.

Helseføretaka skal:

- bidra i arbeidet med å implementere den nasjonale satsinga på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren.

Styringsparameter:
*Skal rapporterast i årleg melding*

- talet på OFU- (ev. IFU-) kontraktar og tildelte middel frå Innovasjon Norge
- talet på FORNY-prosjekt (kommersialisering av FoU-resultat), BIP-prosjekt (brukarstyrte innovasjonsprosjekt) og KBM-prosjekt (kompetanseprosjekt med brukarmedverknad) og dessutan tildelte middel frå Noregs forskingsråd til innovasjonsprosjekt
- talet på registrerte oppfinningar (DOFI)
- talet på patentsøknader og registrerte patent
- talet på lisensavtaler
- talet på bedriftsetableringar
- talet på forprosjekt finansierte av InnoMed

## 3.6 Opplæring av pasientar og pårørande

For personar med kronisk sjukdom er god opplæring og meistring av sjukdommen like viktig som medisinsk behandling. Pasientopplæringa skal bidra til å gjere pasientane uavhengige, sjølvstendige og kunne meistre eige liv. Det er ein føresetnad at lærings- og meistringstiltak skal vere eit likeverdig samarbeid mellom brukarar og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.

Helseføretaka må:

- tilby eit kvalitativt godt tilbod om opplæring i lærings- og meistringssenter, eller i andre delar av spesialisthelsetenesta, til pasientar og pårørande som har behov for det.
- sjå til at tilbodet om lærings- og meistringsaktivitetar er tilpassa pasientar med annan språkleg og kulturell bakgrunn og pasientar med ulike funksjonshemmingar, f.eks. pasientar med syns- og høyrselshemming.
- sørgje for at opplæring av pasient og pårørande er ein integrert del av pasientforløpa.
- samarbeide med kommunane om utvikling av lokale opplæringstiltak.
- registrere alle kurs for opplæring av pasientar og pårørande i den regionale kursdatabasen for pasientopplæring.

# 4 Ressursgrunnlaget

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

Til finansiering av Helse Bergen HF si verksemd i 2010, blir det stilt følgjande middel til disposisjon:

| Inntektsfordeling 2010 | Helse Bergen |
|---|---|
| Innsatsstyrt finansiering (inkl. dyre medisinar) | 1 602 724 |
| ISF-pasientar behandla i andre regionar | 37 978 |
| ISF-pasientar behandla for andre regionar | -56 680 |
| **SUM, ISF** | **1 584 023** |
| **SUM, basisramme fordelt etter modell** | **4 540 925** |
| **SUM, basisramme fordelt utanfor modell *)** | **739 072** |
| **SUM, tildelt inntektsramme 2010 frå RHF** | **6 864 020** |

| *) Spesifikasjon av postar utanfor modell | Helse Bergen |
|---|---|
| Inntektsramme Helse Vest RHF | |
| Kompensasjon for arbeidsgivaravgift | 436 |
| Internt lab-/røntgenoppgjer | 15 925 |
| Overtaking av ansvar for LAR | |
| Hjartekirurgi Helse Bergen | 2 062 |
| Regional eining for rehabilitering ved alvorleg hovudskade | 11 341 |
| Styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenesta | 7 352 |
| Styrking rehabilitering i 2010 (somatikknøkkel) | 8 119 |
| Arbeidsmedisinskavdeling | 5 774 |
| Styrking av rusområdet i HF-a (2009) | 7 217 |
| Skjønnstilskot til Helse Førde | |
| Styrking rusområdet i HF-a i 2010 (rusnøkkel) | 5 844 |
| Kjøp av avrusningsplassar hos private | |
| Styrking bemanning psykiatri (psykiatrinøkkel) | 6 174 |
| Aktivitetsauke - styrking av basisramma (1,2%) | 56 139 |
| Aktivitetsauke poliklinikk - styrking av psykisk helsevern og rusområdet (2,5%) | 4 359 |
| Traumesystem i Helse Vest | 495 |
| Nevrokirurgisk verksemd | 6 500 |
| PET-senter | 26 909 |
| Pensjonskostnad | 406 062 |
| Trekk i basisramma som følgje av redusert pensjonskostnad 2009 | -27 106 |
| Tilskot til utdanning | 107 764 |

| | | |
|---|---|---|
| Kompetansesenter: | | |
| Regionale kompetansesenter | | 33 813 |
| Nasjonale med. Kompetansesenter | | 31 875 |
| Tilstadevakt - beredskap, Solabasen og Florø | | |
| **Helseundersøkinga i Gulen og Masfjorden** | | **2 500** |
| **"Kropp og sjølvkjendsle" - spiseforstyrring** | | **1 674** |
| **Pasienttransport** | | **5 168** |
| **Rusmestringseining ved fengsla i Stavanger og Bergen** | | **645** |
| **Prøveordning narkotikaprogram med domstolskontroll** | | **807** |
| **Etablering av soningseining for dei under 18 år** | | **930** |
| **Vurderingseining for inntak til private rehab institusjonar** | | **2 500** |
| **Regionalt autismemiljø og regionalt fagmiljø ADHD** | | **2 059** |
| **Uttekk 8 sengeplassar ved Askviknes - overført Solli DPS** | ***)** | **-9 170** |
| Tilskot til farmasøytisk rådgiving (jfr. brev av 21.04.08) | | 4 531 |
| Utanlandsbehanlingar - overf. frå RHF | | 11 304 |
| Pasienttransport - auka eigenbetaling | | -3 224 |
| Pasienttransport - fritak til 16 år | | 2 293 |
| Organisatorisk endring | | |
| **SUM, basisramme fordelt utanfor modell** | | **739 072** |
| | | |
| **SUM, tildelt inntektsramme 2010 frå RHF** | | **6 864 020** |
| **Endring av inntektsramma til HF-a som følgje av gjesteapsientoppgjer:** | | |
| Kostnad, eksternt gj.pas.oppgjer | | -75 957 |
| Fakturering av gjestepasientar andre regionar | | 113 360 |
| Kostnad, rus gjestepasientar | | -27 204 |
| Kostnad, kjøp av kurdøgnplassar | | -7 686 |
| Kostnad, kjøp frå Feiring, estimert | | -1 445 |
| **SUM, inntektsramme i HF-a** | | **6 865 087** |

**) Helse Bergen har lagt ned si verksemd på Askviknes kor Solli leiger ein post på 8 senger. Som følgje av dette blei det i 2009 avklart at Helse Bergen skulle overføre pengar knytt til husleige, personell og drift til Solli DPS knytt til drift av desse 8 sengeplassane. Dette blei i 2009 gjort opp mellom partane. Det er naturleg at desse 8 sengeplassane blir teke inn i avtala mellom Helse Vest og Solli, og at pengane inngår i den ordinære driftsramma til Solli. Ved ein inkurie blei dette ikkje teke omsyn til ved fastsetting av inntektsramma for 2010. Dette inneber at Helse Vest vil gjere eit uttrekk frå basisramma til Helse Bergen. Beløpet tilsvarer det partane blei einige om i 2009. Beløpet vart sett til kr 8.894.372 som for 2010 vil utgjere kr 9.169.714,-. I tabellen ovanfor vert dette forholdet no teke omsyn til.*

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 gjestepasientoppgjer. Desse tala er stipulerte faktiske tal vil vere ein følgje 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 2010. DRG-prisen er i statsbudsjettet sett til kr 35 964. Dette gir eit vederlag på kr 14 385,60 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 anten 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.

Det er i Statsbudsjettet lagt til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga på 1,3 % basert på aktivitet etter første tertial 2009 og juni 2009. Den generelle veksten i pasientbehandlinga er berekna på heile inntektsgrunnlaget til helseføretaka.

Veksten i inntektsramma fordeler seg som følgjer:

- ISF-ordninga har ein vekst på 1,2%
- For å understøtte høgare prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling er det lagt opp til ein vekst på 2,5% innan poliklinikk

Det er lagt til grunn ein gjennomsnittleg marginalkostnad på 80% av den auka aktiviteten. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfatta av dei aktivitetsbaserte tilskotsordningane (innsatsstyrt finansiering og poliklinisk behandling), så vel som behandlingar som i all hovudsak er finansierte av basisramme (f.eks rehabilitering, psykisk helsevern og rus).

Av den aktivitetsauken som er knytt til ISF-ordninga er det føresett at det ikkje blir utbetalt ISF-refusjon for endra registreringspraksis. Prisen for 2010 er derfor sett ned tilsvarande 0,7 % for forventa endra registreringspraksis i 2010. 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 prognose på DRG-produksjon med ein auke på 1,2 % med tillegg for 0,7 % kodevekst. Det blir her vist til sak 108/09 B Inntektsfordeling 2010 samt 008/10 B Konsernbudsjett 2010.

I 2010 er det lagt opp til blant anna å ta i bruk eit fullverdig ISF-system for poliklinisk behandling. Dette gir kostnadsbaserte DRG-poeng på lik linje med systemet for innlagde pasientar.

Bestillinga på tal DRG-poeng for 2010 blir fastsett til 110 110 poeng. Bestillinga fordeler seg på følgjande måte:

| Berekning av bestilling 2010 | Bergen |
|---|---|
| Prognose 2009 - DRG-produksjon eige HF | 97 397 |
| DRG-poeng, dyre medisinar - omfordelt frå HSR | |
| Justert bestilling, 2009 | 97 397 |
| Aktivitetsvekst, 1,2% | 1 169 |
| Kodevekst, 0,7% | 682 |
| **Bestilling 2010 - DRG-produksjon eige HF** | **99 248** |
| Anslag, DRG-poeng, stråleterapi | 4 060 |
| Anslag, DRG-poeng, ISF poliklinikk | 8 103 |
| **Bestilling 2010 - DRG-produksjon, eige HF, inkl. poliklinikk** | **111 410** |
| Fråtrekk, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i annan region | -3940 |
| DRG-poeng, eigne pasientar behandla i andre regionar/private | 2600 |
| DRG-poeng, eigne pasientar hos Feiring | 40 |
| **Anslag, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i Helseregion Vest** | **110 110** |

Det er usikkerheit rundt anslaget for DRG-poeng frå stråleterapi og poliklinikk. Fordelinga av DRG-poeng er her gjort med basis i registrerte inntekter pr. september. I tillegg er det teke høgde for estimert effekt av ny grupperar.

Grunnlaget for á kontobetaling første kvartal blir fastsett med utgangspunkt i inntektsramma som kjem fram av tabellen ovanfor. Dersom produksjonen avvik frå overslagsløyvinga kan Helse Vest, med basis i utviklinga for kvart kvartal, gjere justeringar i à 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.

For poliklinisk verksemd får Helse Vest RHF dekka delar av utgiftene frå NAV ut frå rapportert poliklinisk aktivitet. Desse inntektene blir vidareførte til helseføretaka. I tillegg mottek helseføretaka 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 middel" som er halde tilbake i Helse Vest RHF. Det blir i denne samanhengen vist til sak 108/09 B "Inntektsfordeling 2010 og resultatkrav 2010" samt sak 008/10 B Konsernbudsjett 2010 og justering av inntektsramma til helseføretaka.

**Andre tilskot**
Influensasenteret i Bergen blir tildelt kr 2 665 000. Helse Bergen skal i samråd med Helse Vest RHF ta del i drøftingar med Universitetet i Bergen med sikte på ei sterkare tilknyting til Helse Bergen HF. Dette kjem i tillegg til inntektsfordelinga i tabellen over.

# 5 Økonomiske krav og rammevilkår

## 5.1 Resultatkrav for 2010

Resultatmålinga baserer seg på det rekneskapsmessige resultatet.

Helse Bergen skal i 2010 oppnå eit positivt resultat på kr 110 mill. Helse Bergen 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 følgje av ny langsiktig løysing for pensjonspremiar og –kostnader skal samla ramme for driftskredittar for Helse Vest reduserast med kr 95 mill i løpet av 2010. Dette inneber at samla driftskredittramme pr. 1/1-2010 på kr 1,675 mrd skal reduserast til kr 1,580 mrd ved utgangen av 2010. Tilsvarande reduksjon i driftskredittramma vil bli vidareført til helseføretaka. Helse Vest vil kome tilbake til eige oppsett 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 sette i verk utan unødig opphald. Det blir her vist til kap. 8 der 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 tiltaka 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 i tillegg til ansvarleg klinikk og avdeling. Det vil gjennom året bli gjort månadleg oppfølging på gjennomføringsgrad av kvart tiltak og avvik knytt til omstillingsplanen.

Det er sett i verk eit arbeid med tanke på å avslutte rekneskapen på eit tidlegare tidspunkt i månaden. I dette arbeidet går ein nærare inn på alle rutinar som har innverknad på rekneskapsavslutninga og for å sjå korleis ein kan legge til rette for tidlegare rekneskapsrapportering med enda høgare kvalitet. Helse Vest vil komme tilbake med ein oppdatert rapporteringskalender så snart dette arbeidet er sluttført.

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

Helseføretaket skal rette seg etter og bruke utsendte 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 den underbyggjer og blir gjennomført i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommande samhandlingsreforma.

Helseføretaka må ved utarbeiding av investeringsplanane sine leggje til grunn ein modell der det er kontantstraumen i føretaka som er styrande for kva investeringsnivå 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 009/10 B Langtidsbudsjett 2010 – 2014 og investeringsbudsjett 2010.

Helseføretaka skal i samband med årleg utarbeiding av langtidsbudsjett rapportere 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 lønnsemdsanalyse som viser både den finansielle føresetnaden for gjennomføringa av prosjektet og den driftsøkonomiske innverknaden dette har på resultatet. Krav om investerings- og lønnsemdsanalyse gjeld alle typar av investeringar.

Gjennomføring av investeringsplanar vil gi betydelege driftsmessige konsekvensar for føretaka. Dette gjeld både auka avskrivingar, rentekostnad og endra drift som følgje av investeringane. Dette er forhold som helseføretaka må løyse innanfor driftsramma. Det er derfor nødvendig å utarbeide risikoanalysar i tilknyting til større investeringsprosjekt og utarbeide konkrete tiltaksplanar for korleis føretaka skal handtere dei driftsmessige konsekvensane av investeringsplanane slik at resultatkravet blir innfridd.

Tiltaksplanen for å løyse dei driftsmessige konsekvensane skal inngå som ein del av langtidsbudsjettet.

I sak 009/10 B har styret i Helse Vest RHF fastsett investeringsramma for 2010 til totalt kr 415,3 mill. Dersom resultatet for 2009 endrar seg vesentleg i forhold til førebels rapportering, må det gjerast tilsvarande tilpassingar i investeringsramma.

Investeringane må finansierast innanfor 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 aldri binde opp eller forplikte seg i forhold til investeringsbudsjettet før investeringsramma er vedteken 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 opsjonsavtaler eller gjere andre disposisjonar som på ein uheldig måte legg føringar for den endelege avgjerda om investering.

### 5.2.1 Låneopptak og driftskreditt

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

Det er i 2010 ikkje tildelt lån til utbyggingsprosjekt til helseføretaka i Helse Vest region.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler lånemiddel til spesifikke prosjekt basert på rapportering av 5-årig investeringsplan og søknad frå Helse Vest RHF. Som hovudregel kan ein ikkje finansiere investeringar innan MTU, IKT og innleiande prosjektplanlegging ved lån.

Helse Vest RHF har ei godkjent driftskredittramme på inntil 1 675 mill. kroner. Denne ramma vil blir redusert med kr 95 mill i løpet av 2010. 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 avskrivingar, også vurderer likviditetsmessige effektar av eventuelt sal av eigedom, låneopptak i dotterselskap organisert som aksjeselskap, og omfang av operasjonelle leigeavtaler.

## 5.3 Andre forhold

Det er etablert eit kompetansenettvert mellom dei regionale helseføretaka for å betre økonomisk styring. Med utgangspunkt i arbeidet som allereie er gjort  vil det bli sett i gang eit arbeid for å betre den interne effektiviteten i sjukehusa. Kapasitet, logistikk og pasientflyt vil bli særskilt vurdert.

Helseføretaket skal:

- stille med nødvendig kompetanse og ressursar ved behov i dette arbeidet.

Riksrevisjonen har utarbeidd ein rapport om økonomistyring i helseføretaka (Dokument 3:3 (2009-2010)). Det vil bli sett i gang eit arbeid med å følgje opp dei områda som Riksrevisjonen har peika på i rapporten. Helse Vest skal rapportere på oppfølging av Riksrevisjonens rapport til 1. tertialmøtet.

Helseføretaket skal:

- gjere seg kjend med innhaldet i rapporten frå Riksrevisjon om økonomistyring i helseføretaka.
- bidra aktivt  i oppfølginga av dei forholda som er peikte på i rapporten samt i rapporteringa til 1. tertialmøtet.

Prioritering av pasientar skal baserast på individuelle vurderingar av den enkelte pasient og ikkje betraktningar om lønsemd i forhold til finansieringssystem. Helse Vest skal gjere ein gjennomgang av korleis finansieringsordninga blir praktisert internt i sjukehusa.

Helseføretaket skal:

- bidra aktivt i dette arbeidet.

I ny inntektsfordeling av basisramma til Helse Vest er det teke omsyn til kva utslag ein auke i gjestepasientoppgjeret inkl. kapitalkostnader vil gi. Det skal ikkje byggjast opp eigne tilbod i konkurranse med noverande funksjonar. Justeringa for gjestepasientar vil derfor bli halde på same nivå i inntektsfordelinga i dei kommande åra.

# 6 Organisatoriske krav

## 6.1 Tiltak på personalområdet

### 6.1.1 Utvikling av personalområdet.

Helseføretaka skal delta aktivt i utviklinga av HR-området. I tillegg til dei krava som er stilte for 2010 skal helseføretaka levere på og sluttføre krava som blei stilte i styringsdokumenta for åra 2007-2009. Helse Vest har utarbeidd ein samla oversikt over krav som Helse Vest har fått i oppdragsdokumentet og føretaksprotokoll til Helse Vest RHF og som Helse Vest har gitt til HF-a i styringsdokumenta.

Helseføretaka skal:

- rapportere på denne matrisa kvart kvartal.

I løpet av våren 2010 vil det bli lagt fram ei sak for styret i Helse Vest RHF om rekruttering og kompetanse. Det vil bli stilt krav til at helseføretaka etablerer seg som ein god lærebedrift for yrkesgrupper som har sitt utdanningsløp gjennom læreordninga.

Helseføretaka skal:

- sjølve vere lærebedrifter og ikkje berre ta i mot hospitantar frå andre
- utvikle eigne rutinar for å ivareta og halde på denne arbeidskrafta etter endt lærlingeperiode

Nasjonale HR-indikatorar vil bli implementerte i løpet av 2010.

Helseføretaka skal:

- implementere og levere i tråd med nasjonale HR-indikatorar etter kvart som dei blir sette i verk.
- implementere HR-indikatorar i si rapportering til styret.

Det er viktig at helseføretaka har eit godt og fungerande HMS-system.

Helseføretaka skal:

- implementere månadleg rapportering av HMS innan 1. april 2010.
- Sørgje for at HMS-kartleggingar og undersøkingar skjer ved bruk av dei IKT-løysingane som er tilgjengelege. Det må sikrast at det blir sett av tilstrekkeleg med ressursar for å sluttføre implementeringa.

Føretaksgruppa har som mål å løfte fram vernetenesta for å betre HMS-tilhøva i føretaksgruppa. Helse Vest byggjer tilnærmingane sine på dei råda som blir gitt i HMS-rådet, kor føretaka er representerte ved HMS-leiarar og hovudverneomboda. Ulike tilsette skal involverast i vernearbeidet. Det skal gjennomførast vernerundar, som ikkje skal ta meir enn 15 minutt. Leiar og verneombod planlegg saman korleis ein skal gjennomføre rundane og korleis ein kan involvere fleire tilsette.

Helseføretaka skal:

- sørgje for at det i alle einingar blir gjennomført ein enkel vernerunde første dag i veka i tråd med dei føringane som er gitt.

For å sikre rett oppgåvedeling for oppgåvene som skal løysast er det viktig å opne opp for ein lokal dialog kring oppgåvedeling i alle einingar. Oppgåveglidinga har dei seinaste 10 åra endra samansetjinga mellom yrkesgruppene.

Helseføretaka skal:

- delta i arbeidet for å sikre rett og betre oppgåvedeling.
- sikre at dei tillitsvalde og vernetenesta aktivt bidrar i arbeidet.
- sikre at omgjering av stillingar i føretaket ikkje inneber at oppgåvene blir lagde til utdanningsgrupper med lengre utdanning. Dette kan berre skje dersom administrerande direktør har godkjent dette.

Det har gjennom dei to siste åra skjedd mykje positivt med omsyn til betre arbeidsplanlegging. Aktivitetsstyrd arbeidsplanlegging kor alle grupper er ein del av same plan, må vidareutviklast.

Helseføretaka skal:

- fortløpande delta i implementering av ny versjon av arbeidsplanlegging slik at det understøttar målet om aktivitetsstyrd arbeidsplanlegging kombinert med rett bruk av kompetanse og ferdigheiter.
- sikre at det er lojalitet til nasjonale avtaler for innleige av helsepersonell og rapportere månadleg til Helse Vest RHF i tråd med mal frå HINAS.

Det er framleis eit stor tal registrerte i lønns- og personalsystemet som ikkje er tilsette. Dette påverkar IKT-tryggleik i føretaka og gjer at arbeidsgivar- /arbeidstakarregisteret ikkje er oppdatert.

Helseføretaka skal:

- sørgje for at alle som ikkje lengre er tilsette er melde ut og alle forhold knytt til deira tidlegare tilsettingsforhold blir avslutta innan 15. mai 2010.
- kvar månad oppdatere arbeidsgivar- og arbeidstakarregisteret slik at det til ei kvar tid er mest mogleg oppdatert.

Helseføretaka i Helse Vest skal bidra aktivt og implementere dei arbeidsprosessar som blir endra fortløpande i 2010, i den samanheng skal helseføretaka sørgje for implementering/rett handtering av:

- overlegepermisjon.
- personalportalen for tilsetjing, studentar og innleige av personell.
- bierverv.
- overtaking av NR-databasen. Dersom det er nødvendig skal helseføretaket også delta aktivt i sluttføring av arbeidet og stille til disposisjon dei ressursane som er nødvendige for arbeidet.

Personalportalen er eit viktig grunnlag for å sikre interaksjonen mellom leiarar og medarbeidarar. Likeeins er koplinga mellom Personalportalen, læringsportalen og arbeidsplansystemet viktige element for å styrkje heilskapen innanfor HR-området.

Helseføretaket skal:

- ta i bruk Personalportalen når Elektronisk pasientjournal system (EPJ) er implementert i Helse Bergen. Nærmare avklaring av denne fristen vil bli gjort etter dialog mellom Helse Vest RHF og Helse Bergen.

### 6.1.2 Inkluderande Arbeidsliv (IA), sjukefråvær og uønska deltid m.m

I arbeidet med Inkluderande Arbeidsliv (IA) er den enkelte arbeidsplassen ein viktig arena for å redusere sjukefråvær, hindre helserelatert utstøyting frå arbeidslivet og få fleire med redusert funksjonsevne i arbeid. Gjeldande IA-avtale er forlenga til 1. mars 2010 i påvente av at partane i avtala vurderer nye tiltak, til dømes meir differensierte tiltak mellom sektorar.

Helseføretaka skal:

- leggje til rette for eit godt arbeidsmiljø for å sikre god bruk av dei tilgjengelege personellressursane og måla i Inkluderande Arbeidsliv.
- Ta i bruk IA-modul i arbeidsplansystemet

Regjeringa har sett ned eit utval som skal gå gjennom årsakene til det relativt høge sjukefråværet og tidleg avgang frå arbeid i helsesektoren. Utvalet skal vidare foreslå tiltak som kan redusere sjukefråvær og helserelatert utstøyting i helseføretaksgruppa. Utvalet skal levere si utgreiing (NOU) innan utgangen av 2010.

Helseføretaka skal:

- kartleggje omfanget av og årsaker til sjukefråværet og helserelatert utstøyting i helseføretaksgruppa, samt utarbeider handlingsplanar med adekvate tiltak. Dette arbeidet skal rapporterast i årleg melding.

Det er tidlegare stilt krav om at helseføretaka skal kartleggje omfang av og setje i verk tiltak mot uønska deltidsstillingar i helseføretaka.

Helseføretaka skal:

- arbeide aktivt for å redusere uønska deltidsstillingar og leggje til rette for auka stillingsdelar. Det skal rapporterast i årleg melding på dei tiltaka som er sette i verk og om effekten av tiltaka.

### 6.1.3 Retningslinjer for løns- og pensjonsvilkår for leiarar i statleg eigde føretak

Det er avgjerande at den offentlege spesialisthelsetenesta har tillit og legitimitet i samfunnet. Det er derfor viktig at leiarane i helseføretaka har lønns- og pensjonsvilkår som ikkje blir oppfatta som urimelege, sett i forhold til dei krava stillinga inneber.

- helseføretaka er omfatta av retningsliner frå Nærings- og handelsdepartementet for lønns- og pensjonsvilkår for leiarar i statleg eigde føretak (sist fastsett 8. desember 2006).

### 6.1.4 Bruk av konsulentar

Eksterne konsulentar bør fortrinnsvis brukast på område der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengeleg i eigen organisasjon og for ein tidsavgrensa periode. Engasjement av eksterne konsulentar bør i kvart enkelt tilfelle vurderast opp mot å rekruttere aktuell kompetanse til organisasjonen.

Helseføretaka skal:
- sikre at det er eit bevisst forhold til bruk av konsulentar i verksemda.

### 6.1.5 Regionalt leiarprogram

Regionalt leiarprogram skal bevisstgjere leiarane om utfordringane i helsesektoren og forankre prioriteringar og vegval i HELSE 2020. Programmet skal styrke dialogen mellom toppleiarane i føretaksgruppa. Programmet vil vere ein arena for drøfting og utvikling av leiarpraksis der det er fokus på å skape god verksemdskultur. Regionalt leiarprogram vert starta i 2010 og det vil bli arrangert 3 samlingar dette året.

Helseføretaka skal:
- delta med toppleiargruppa på samlingane til regionalt leiarprogram.

## 6.2 Oppfølging av juridisk rammeverk

### 6.2.1 Internkontroll og risikostyring

Styret skal sjå til at helseføretaket har god intern kontroll og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekke avvik. Ved omstilling av verksemda skal det vere gjort risikovurderingar for kva for konsekvensar tiltaket vil ha for andre deler av verksemda og det samla tenestetilbodet for pasientane.

I 2009 har Helse Vest RHF saman med helseføretaka revidert retningslinjer for risikostyring i Helse Vest. Styret i Helse Vest RHF har i styresak 013/10 B slutta seg til dei reviderte retningslinjene.

Synergi er no innført i alle helseføretaka. Dette systemet representerer ei kjelde til læring som det er viktig å nytte seg av i alle delar av verksemda.

Helseføretaka skal:
- gjere seg kjend med dei reviderte retningslinjene for risikostyring i Helse Vest og ta desse i bruk i det vidare arbeidet med risikostyring.
- oversende rapport frå styret sin gjennomgang av risikovurdering av utvalde overordna styringsmål ved rapportering per 1. og 2. tertial. I tillegg skal det bli gjort greie for dette arbeidet i årleg melding.
- utvikle god systematikk i forhold til oppfølging av rapportar frå ulike tilsynsmyndigheiter for å sikre at tiltak blir sett i verk og at organisasjonen kontinuerleg lærer av dei tilsyna som er gjennomførte.

- Gjere seg nytte av det potensialet for læring som meldingane i Synergi representerer.

### 6.2.2 Oppfølging av forholdet til stiftingar

Vedtekne *Retningslinjer om helseføretaka sitt forhold til gåver, stiftingar og legat* blei omtala i styringsdokumenta til helseføretaka for 2009 pkt. 6.5.1. Føringane frå styringsdokumenta bleifølgd opp i brev til helseføretaka i 2009.

Helseføretaka skal:

- arbeide vidare med å bringe helseføretaket sitt forhold til stiftingar i samsvar med lova om stiftingar og retningslinjene nemnde ovanfor.
- innan 1. mai 2010 sende Helse Vest RHF ein status som viser helseføretaket sitt forhold til lova om stiftingar og retningslinjene.

### 6.2.3 Oppfølging av lov om pasientrettar

Helseføretaka har ansvar for at sentrale pasientrettar blir ivaretekne. Dette inneber m.a. å ha rutinar og praksis for mottak, registrering, medisinsk vurdering og rettigheitsvurdering av tilvisningar. Pasientane må sikrast informasjon om rettane sine. Fristbrot er ikkje i samsvar med god pasientbehandling, og skal ikkje førekomme.

Helse Vest vil i løpet av 2010 initiere ein gjennomgang av dei systema og rutinane som er etablerte for å sikre at lov om pasientrettar blir overhaldne. Det vil bli vurdert å nytte intern revisjonen til å stå for ein slik gjennomgang.

Helseføretaka har ansvar for å:

- sørgje for presisering og opplæring i forståing av regelverket kring pasientrettar, og handtering av tilvisningar
- sørgje for felles og god forståing av korleis ein skal nytte systemet for behandling av tilvisningar på rett måte
- implementere dei nye brevmalane og informasjonsvedlegg til pasientar, som svar på vurdering av tilvisning til spesialisthelsetenesta.
- følgje opp pasientar med informasjon og rettleiing i tilfeller der fristbrot førekjem.

## 6.3 Utvikling på IKT-området

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er eit viktig verkemiddel for å realisere mål om heilskap og samhandling i helse- og omsorgstenesta. 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 særs nødvendig at personale, også i helseføretaka, blir gitt ressursar til den regionale samordninga.

Helseføretaka må setje i verk ei systematisk og målretta satsing på realisering av gevinstar og basert på dei metodar og verktøy som no er leverte til føretaksgruppa. Dette er verktøy både for god prosjektgjennomføring og realisering av nyttegevinst i linja. Strategien peikar på at det er eit

linjeansvar å planlegge for og å hente ut gevinstar av føretekne investeringar. Det er difor avgjerande viktig at leiarar på alle nivå blir sette 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.

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 heilskaplege system for sikker og oppdatert forvaltning av informasjon og dokumentasjon, og i større grad ta i bruk pasientverktøy for kliniske og førebyggjande aktivitetar.

Helseføretaka har ansvar for kritiske område av IKT-infrastrukturen på same måten som Helse Vest IKT har ansvar for sine område. Sluttrapporten frå det regionale IKT-beredskapsprosjektet påpeikar m.a. behovet for ein gjennomgang  og risikovurdering av den IKT-infrastrukturen som helseføretaka har ansvar for. Direktørmøtet i Helse Vest har slutta seg til tilrådingane i sluttrapporten frå beredskapsprosjektet og bede om at Helse Vest RHF koordinerer arbeidet med gjennomgang og risikovurdering. Dette arbeidet blir nå planlagt og styrt gjennom det regionale IKT-tryggleiksutvalet, der alle helseføretaka og Helse Vest IKT er representerte. Tryggleiksutvalet er leia av Helse Vest RHF.

Helseføretaka 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.
- sørgje for at helseføretaket er representert i det regionale tryggleiksutvalet for IKT med fast representant som har IKT-tryggleik som ansvarsområde i helseføretaket.
- stille til rådigheit nødvendige ressursar for å gjennomføre risikovurdering av den IKT-infrastrukturen som helseføretaket har ansvar for i samsvar med tilrådingane frå det regionale IKT-tryggleiksutvalet.
- sørge for at alle tilsette i løpet av 2010 gjennomgår obligatorisk IKT-tryggleiksopplæring i samsvar med tilråding frå det regionale IKT-tryggleiksutvalet.

### 6.3.1 Vidareutvikling av Norsk Helsenett SF

Statsføretaket Norsk Helsenett er etablert som ei ny nasjonal eining for utvikling og drift av IKT innan sektoren. Utvikling på IKT-området er ein viktig del av samhandlingsreforma.

Helseføretaka skal:

- støtte utviklinga av Norsk Helsenett SF og bidra til at dei helsepolitiske måla for etableringa blir realiserte.

### 6.3.2 Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet

Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåa i helsetenesta skal vere basert på sikker elektronisk meldingsutveksling og å avvikle parallelle sendingar av papir.

Helseføretaka skal:

- sørgje for at dei regionale prosjektplanane og dei nasjonale måla som er sette i meldingsløftet, blir følgde opp. Spesielt skal det leggjast vekt på å få auka volum i meldingsutvekslinga og å avvikle bruk av papirløysningar i tråd med dei prioriterte måla. I tillegg legg ein vekt på tiltak for å sikre samhandling vedrørande elektronisk meldingsutveksling, jf. handlingsplan for Nasjonalt meldingsløft.

### 6.3.3 Elektroniske reseptar

Helseføretaka skal bidra til utbreiing av elektroniske reseptar

Helseføretaka skal:

- leggje til rette for utbreiing av elektroniske reseptar med sikte på at elektroniske reseptar kan sendast og mottakast i 2011. Tidsplanar om ambisjonsnivå vil bli avklart gjennom dialog mellom Helse Vest og Helse- og omsorgsdepartementet.

### 6.3.4 Automatisk frikort – rapportering av opplysningar om eigendelar

Ordninga med automatisk frikort blir innført på landsbasis frå 1. juni 2010. Ein føresetnad for automatisk frikort er at alle som kan krevje inn eigendelar som inngår i "tak 1"(utgifter til legemiddel og utstyr på blå resept, lege, psykolog, poliklinikk og reise) og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, sender inn komplette opplysningar om betalte eigendelar til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). I 2010 er komplett innsending av eigendelar for sjuketransport med rekvisisjon basert på at pasienten sjølv sender inn kvitteringar for betalte eigendelar. Fram til 1. juni 2010 skal kvitteringane sendast til NAV. Frå 1. juni 2010 skal pasienten sende kvitteringane til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, som skal formidle desse opplysningane vidare til HELFO.

Helseføretaka skal:

- bidra aktivt i prosjektet Innføring av automatiske frikort og utfasing av POLK (som er eit system for overføring av refusjon for poliklinisk behandling og eigendelar), og setje av naudsynte ressursar for å levere i tråd med bestemmingar i prosjektet.
- sørgje for at eigendelar for poliklinisk behandling og sjuketransport blir rapportert elektronisk til HELFO.
- fase ut oppgjerssystemet POLK innan 1. januar 2011 etter nærare retningslinjer frå Helsedirektoratet.
- setje i verk nødvendige tiltak i 2010, slik at rapportering frå pasienten sjølv ikkje lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av eigendelar for direkteoppgjer frå og med 1. januar 2011.

### 6.3.5 Nytt naudnett

Gjennomføring av første utbyggingstrinn for nytt digitalt naudnett blei omtala i protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest i januar 2007 og i brev får Helse- og omsorgsdepartementet dagsett 15.1.07 der rammer og gjennomføring av første utbyggingstrinn blei klargjorte.

Det er no fastlagt nye planar som legg til grunn at leveransane til helsetenesta for første byggetrinn skal implementerast i løpet av 2010.

Helseføretaka skal:

- bidra til at måla med innføringa av nytt digitalt naudnett i Noreg blir nådde.
- setje av naudsynte ressursar til å kunne ta i mot og delta i installeringa av utstyret og sikre drifta av det, samt bidra i evalueringa av bruken av utstyret.

## 6.4 Datakvalitet og rapportering

### 6.4.1 Nasjonalt helseregisterprosjekt

Det er eit sentralt mål i Nasjonalt helseregisterprosjekt å styrkje datakvaliteten i Norsk pasientregister (NPR). Det skal vere data som er komplette, av god kvalitet og i høve til retningslinjer gitt av NPR. Dette for å sikre eit godt grunnlag for styring, administrasjon og forbetring av spesialisthelsetenesta. Regjeringa har i 2009 vedteke ny nasjonal strategi for førebygging av ulykker som fører til personskade; *Ulykker i Norge* (2009-2014), der ei sentral utfordring er at mangel på gode data har vore til hinder for effektiv skadeførebygging.

Helseføretaka skal:

- bidra med kontaktpersonar som skal ha særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på data til NPR, spesielt innan psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og skadar og ulykker.
- ha nødvendig merksemd i leiinga knytt til god kvalitet på den medisinske kodinga, og at verksemdene følgjer opp nasjonale retningsliner for medisinsk koding.

### 6.4.2 Prosedyrekodar knytt til psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk.

Dei regionale helseføretaka skal sørgje for at alle einingar innan psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekodar frå 1. september 2010. Helsedirektoratet vil saman med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren bidra til at det blir gitt opplæring for dei som skal kode. Sjølve opplæringa vil skje i samarbeid med dei regionale helseføretaka og helseføretaka.

Helseføretaka skal:

- sørgje for at alle einingar innan psykisk helsevern for vaksne og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekodar frå 1. september 2010.

## 6.5 Samordning av stabs- og støttefunksjonar

Dei regionale helseføretaka blei i føretaksmøta i januar 2009 bedne om å rapportere om status for arbeidet med å samordne stabs- og støttefunksjonar innan 1. oktober 2009. I rapporten skulle det særskilt gjerast greie for tiltak som sikrar forankring og implementering av dei ulike prosjekta. Det

skulle vidare gjerast greie for lønsemda i prosjekta, og visast fram ein strategi for korleis den påviste lønnsemda skal takast ut gjennom eigna tiltak for å realisere gevinstar. Det går fram av rapporten at analyser av lønsemda ikkje er ferdigstilte. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2010 initiere eit prosjekt for mellom anna å utrede moglegheita for å etablere eit nasjonalt selskap for stabs- og støttefunksjonar. Målet er å utnytte samordningsmoglegheiter og -gevinstar som ligg i dent statlege eigarskapen til spesialisthelsetenesta.

Helseføretaka skal:

- på førespurnad delta i ferdigstilling av analysar av lønsemda for dei tre delprosjekta og følgje opp strategiar for å realisere gevinstar.

## 6.6 Regional samhandling

### 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 der det trengst særskild oppfølging i 2010, jf. vedlegg 4.

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

### 6.6.2 Styrking av regionale initiativ for samla styringsinformasjon

Helse Vest har etablert regionale løysingar for rapportering innanfor sentrale styringsområde som økonomi, innkjøp, lønn/personal og helsefag. Desse løysingane vil støtte ein heilskapleg måte å samle inn nødvendig grunnlagsdata, berekne ulike indikatorar, samt presentere indikatorane i eit felles sett av rapportar som blir tilgjengelege for helseføretaka gjennom ein felles styringsportal. Helse Vest har som målsetjing å standardisere produksjonen av styringsindikatorar gjennom den etablerte infrastrukturen med delane datavarehus, portal og rapporteringsverktøy. Med ei felles plattform for styringsinformasjon oppnår Helse Vest måla med å samordne bruk av styringsindikatorar på tvers av helseføretaka og ei effektiv ressursutnytting gjennom regional satsing på kompetansebygging innan ulike fag- og styringsområde, teknologi, utvikling og forvalting av løysingar.

Helseføretaka skal:

- innføre og aktivt ta i bruk dei regionale løysingane for periodisk rapportering av eigne sentrale styringsindikatorar gjennomgåande i føretaket.
- i løpet av 1. kvartal 2010 skal igangsette og/eller planlagde initiativ for å utvikle lokale løysingar for produksjon av styringsdata innafor dei ovannemnde styringsområda stansast. Eksisterande lokale løysingar som overlappar dei regionale løysingane skal vere terminerte innan utgongen av 2. kvartal 2010.
- avklare, få godkjent og koordinert med Helse Vest RHF eventuelle lokale løysingar for produksjon av styringsdata, eller planar for utvikling av slike, for eventuelt å tilby desse som regionale løysingar.

### 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.
- samarbeide 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.
- halde fram 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 og 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.

**DIPS og Oracle Financials**

Helseføretaka må ta i bruk integrasjonen mellom DIPS og Oracle Financials for å ha ein heilskapleg reskontro i rekneskapssystemet og dermed mogleg å avstemme rekneskapen mot pasientsystemet.

**Felles EPJ-senter**

Helseføretaka blir bedne om å starte arbeidet med førebuing av eit felles regionalt EPJ-senter. Det finst pr i dag lokale EPJ-senter ved fleire av føretaka, og det er viktig å få teikne eit vegkart som sikrar vår felles løysing. Slik kan vi vidareføre den kompetansen og erfaringa som er etablert inn i ein regional struktur. Føretaka må prioritere ressursar til denne viktige funksjonen.

### 6.6.4 Samarbeid med Apoteka Vest HF

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

## 6.7 Eigedom

### 6.7.1 Utvikling av eigedomsområdet

Det har i 2009 vore høgt fokus på samhandling og koordinering innanfor bygg- og eigedomsområdet. Det er etablert eit eigedomsfagleg fagforum der eigedomssaker blir drøfta. Programstyret i eigedomsprogrammet gjorde i møte 14. desember 2009 vedtak om framtidig organisering innanfor eigedomsområdet. Dette vedtaket legg opp til større regional samordning og koordinering. Ein viser også til orientering gitt i styresak 020/10 O, som blei behandla av styret i Helse Vest RHF 3. februar 2010.

Helseføretaka skal:

- implementere valt organisasjonsmodell og beste praksisar for eigedomsforvaltning i samsvar med programstyret sitt vedtak.
- stille til rådigheit ressursar til å kunne delta i vidareføringa av eigedomsprogrammet.
- frigjere ressursar for å tilrettelegge for og implementere beste praksisar i eigen organisasjon med følgjande prioriteringar for 2010;
  - innføring av areal/husleigeavtaler
  - innføring av felles IT-løysing
  - innføre modell for kostnadsdeling for bruk av ressursar på tvers av føretaka
  - innføre felles kontoplan og rapporteringsstruktur
  - innføring av regionalt eigedomsutval.
- innan 1. juni 2010 rapportere på normtal for vedlikehald, oppgradering og nybygg etter mal utarbeidd av Helse Vest.
- innan 1. juni 2010 rapportere ein oversikt over aktuelle eigedomar/areal som er aktuelle for sal etter mal utarbeidd av Helse Vest RHF

Med bakgrunn i måla i Nasjonal helseplan, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007) har kompetansenettverket for sjukehusbygg utvikla eit klassifikasjonssystem for funksjonar og areal i sjukehusbygg.

Helseføretaka skal:

- registrere sine sjukehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet.

### 6.7.2 Arealplanarbeidet

Status vedrørande utarbeidinga av arealplanar varierer for dei enkelte føretaka. I 2009 har det vore fokus på at alle føretaka skal starte arealplanarbeidet.

Helseføretaka skal:

- intensivere arealplanarbeidet, slik at ein innan 1. juni 2010 kan legge fram eit forslag til arealplan for føretaket. Arealplanen skal innehalde dei strategiske føringane det enkelte føretaket har som sine prioritetar, med ei forventa utbyggingstakt. Verksemdsplanen skal danne grunnlag for prioritetane. Forvaltningsplanar for dei eigedomane som er omfatta av landsverneplanen, skal vere implementert i arealplanen.

Helse Vest RHF vil, basert på dei lokale arealplanane, sette i gang arbeidet med å utarbeide ein regional arealplan.

### 6.7.3 Vedlikehaldsplanlegging

Helseføretaka har i varierande grad utarbeidd ein vedlikehaldsplan for bygg og anlegg som inneheld plan for å ta ned vedlikehaldsetterslepet. I 2009 blei det etablert ei arbeidsgruppe med deltakarar frå alle føretaka som har tilrådd ein felles metode for berekning av vedlikehaldsetterslep.

Helseføretaka skal:

- innan 1. september 2010 rapportere på vedlikehaldsetterslepet etter mal utarbeidd av Helse Vest.

### 6.7.4 Heilskapleg energiinnovasjon

Prosjektet Heilskapleg energiinnovasjon (HEI) blei starta opp i 2007. Prosjektet er eit samarbeid mellom Helseregion Vest og Helseregion Sør-Øst og har eit stort potensiale for erfaringsutveksling og samhandlingseffektar. Prosjektet går over 4 år. Dei venta resultata i prosjektet er ikkje oppnådde. Helseføretaka må prioritere deltaking og oppfølging av resultatkrava for prosjektet. Oppnådde tilskottsmiddel vil bli fordelte i løpet av våren 2010.

### 6.7.5 Evaluering av parkeringstilbodet ved sjukehusa

Som oppfølging av styringsbodskap i 2009 om organisering av parkeringstilbodet ved sjukehusa,skal parkeringstilbodet i Helse Vest evaluerast i 2010. Helse Vest vil utarbeide felles mal for rapportering.

Helseføretaka skal:

- innan den frist Helse Vest set rapportere etter mal utarbeidd av Helse Vest RHF.

### 6.7.6 Røykfrie inngangsparti ved helseinstitusjonar

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom fleire år arbeidd med å avgrense skadane ved tobakksrøyking, jf. *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006 -2010*. Ved revisjon av tobakkskadelova vil det bli lagt til grunn at inngangsparti til helseinstitusjonar blir røykfrie område.

Helseføretaka skal:

- legge til rette for at inngangspartia ved eigne helseinstitusjonar blir røykfrie innan utgangen av 2010.

### 6.7.7 Landingsplassar for helikopter

Rapport utarbeidd i juni 2008 av *Luftambulansetjenesten ANS* viser at det ikkje er tilfredstillande landingsmoglegheiter for ambulansehelikopter ved fleire av akuttsjukehusa i landet. Dei regionale helseføretaka vil i 2010 setje i gang eit prosjekt for å ivareta kravet om forsvarlege landingsmoglegheiter for ambulanse- og redningshelikopter ved akuttsjukehusa. Dette skal sjåast i lys av at det skal kjøpast nye redningshelikopter.

Helseføretaka skal:

- vurdere behovet for utbetring og nybygg av landingsplassar i forbindelse med planlegging av byggeprosjekt.

### 6.7.8 Landsverneplan for helsesektoren

Aktiviteten med å utarbeide forvaltningsplanar for dei eigedommane som er omfatta av landsverneplanen må fortsetje og arbeidet skal vere sluttført innan utgangen av 2011. Det skal utarbeidast forvaltningsplanar for alle bygg i både verneklasse 1 og verneklasse 2. I denne samanheng blir det vist til rettleiaren "Mal for forvaltningsplan", som er utarbeidd av *Statens Kulturhistoriske Eiendommer* i januar 2009.

Helseføretaka skal:

- Halde fram med å utarbeide forvaltningsplanar for alle bygg som er omfatta av verneklasse 1 og verneklasse 2, slik at dette arbeidet kan sluttførast innan utgangen av 2011.
- innan 1. mai 2010 oversende ein plan til Helse Vest RHF som viser korleis arbeidet med forvaltningsplanar er lagt opp med tanke på sluttføring av arbeidet innan utgangen av 2011.

## 6.8 Innkjøp

Styret i Helse Vest behandla i styremøtet 3. februar 2010 sak 005/10 B *Innkjøpsprogrammet 2007-2010 – organisering av innkjøpsarbeidet i regionen*. Styret slutta seg i saka til at innkjøpsfunksjonane blir organisert etter ein sentralstyrt modell, og at alle innkjøp blir grupperte i kategoriar. Det er planlagde for 4 pilotkategoriar i 2010.

Helseføretaka skal:

- leggje til grunn retninga i innkjøpsprogrammet for det vidare arbeidet på innkjøpsområdet
- stille med faglege ressursar til alle aktuelle kategoriteam

# 7 Andre styringskrav for 2010

## 7.1 Samhandlingsreforma – økonomiske verkemiddel

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma vil bli behandla i Stortinget i april 2010. I Stortingsmeldinga er det lagt til grunn at nye økonomiske verkemiddel skal setjast i verk frå 2012. Parallelt med behandling av meldinga i Stortinget vil departementet i 2010 arbeide med den konkrete innrettinga for desse verkemidla. Helseføretaka må rekne med å stille ressursar til disposisjon i det vidare arbeidet med økonomiske verkemiddel i samhandlingsreforma.

## 7.2 Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet

Det er legemiddel med løyve til marknadsføring som skal nyttast i legemiddelassistert rehabilitering. Innan legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet blir det likevel nytta både industrielt framstilte legemiddel med løyve til marknadsføring og apotekarframstilte legemiddel utan løyve til marknadsføring.

Helseføretaka skal:

- nytte legemiddel der det er gitt løyve til marknadsføring i legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ikkje ligg føre medisinske grunnar til å nytte apotekframstilte legemiddel.

## 7.3 Samordna kommunikasjon

Helseføretaka skal framleis bidra i arbeidet for betre og meir samordna pasientinformasjon på Internett.

Helseføretaka skal:

- legge det nasjonale rammeverket til grunn for arbeidet.
- bidra til framleis regionalt samarbeid om nettinformasjonen.
- ta i bruk det justerte profilprogrammet når dette er ferdigstilt.

## 7.4 Miljø- og klimapolitikken

Arbeidet med å følgje opp dei nasjonale miljø- og klimamåla er etablert som eit samarbeidsprosjekt mellom dei fire regionale helseføretaka. Det er i tilknyting til prosjektet etablert eit nasjonalt miljø- og klimaforum med ei eiga nettside. Det er etablert delprosjekt innanfor innkjøp og bygg.

Helseføretaka skal:

- halde seg orienterte om arbeidet i det nasjonale samarbeidsprosjektet.
- delta i det nasjonale miljø- og klimaforumet med representant som er oppnemnd av helseføretaket.
- vidareutvikle lokale miljøkrav og sørgje for at desse krava blir samordna med tilrådingane frå det nasjonale samarbeidsprosjektet.

## 7.5 Prosjekt "snøgg-lukking"

Det vart i 2009 sett i verk eit arbeid med å avslutte rekneskapen på eit tidlegare tidspunkt i månaden. Dette arbeidet held fram i 2010. Føretaka må bidra med nødvendige ressursar og kompetanse i prosjektet samt forankre og setje i verk dei tiltaka som prosjektet finn naudsynte for å avslutte rekneskapen tidlegare.

## 7.6 Felles regional mal for styresaker

Helse Vest RHF har i 2009 utarbeida ein felles mal for bruk i styresaker.

Helseføretaka skal:

- Ta i bruk den felles regionale malen for styresaker i løpet av våren 2010.

# 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 ein eigen mal for rapportering til styret, jf. vedlegg 2. Styrerapporteringa er som ein heilskapleg rapportering, der både fag, økonomi, medarbeidarar og omdømme er ein del av rapporteringa. Helseføretaka skal i 2010 leggje til grunn fastsett mal for si styrerapportering.

Det er eit mål å ha utarbeidd gode og gjennomgåande system for oppfølging av utviklinga i tenestene. Oversikt over grenseverdiane finst i vedlegg 3. Helse Vest skal samarbeide med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet om betre nøkkeldata og gjennomgåande rapporteringssystem.

**Månadsrapportering**

Økonomirapportering og annan avtalt rapportering av styringsinformasjon som skjer månadleg, skal i 2010 rapporterast etter følgjande tidsfristar:

| | |
|---|---|
| Januar: | 15/2 |
| Februar: | 15/3 |
| Mars: | 15/4 |
| April: | 18/5 |
| Mai: | 15/6 |
| Juni: | 4/8 |
| Juli: | 16/8 |
| August: | 15/9 |
| September: | 15/10 |
| Oktober: | 15/11 |
| November: | 15/12 |
| Desember: | Blir avklara seinare |

Den månadlege rapporteringa inneheld følgjande element:

- Økonomirapportering etter fastsett rapporteringsmal i datavarehuset.
- Rapportering av månadsverk og sjukefråver etter fastsett rapporteringmal i datavarehuset.
- Rapportering på omstillingstiltak etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2).
- Aktivitet og fagdata etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2). 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 2).
- Rapportering av likviditet etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2).

**Tertialrapportering**
Etter kvart tertial skal det rapporterast på styringsdokumentet.

Det skal rapporterast på risikovurderingar av dei utvalde overordna styringsmåla ved 1. og 2. tertial. Ved årsslutt skal det gjerast ei kort evaluering av no-situasjonen i forhold til dei kritiske suksessfaktorane.

Det skal vidare rapporterast på regionale kvalitetsindikatorar etter ein fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2). 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 òg vil bli nytta til rapportering av kostnader fordelt på tenesteområde.

**Årleg melding**
I medhald av § 34 helseføretakslova skal Helse Vest RHF sende ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet innan 15. mars 2011.

Helseføretaka skal sende ei tilsvarande årleg melding til Helse Vest RHF. Fristen for årlig melding er 15 januar. Denne meldinga skal inngå som underlag for Helse Vest RHF si melding til

departementet. Det vil i løpet av 2010 bli sendt ut mal for årleg melding som HF-a skal halde seg til.

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 2009.

**Rapport for bruk av middel og aktivitet**
Ein understrekar at søknader og rapportar om bruk av øyremerka middel som hovudregel skal gjerast av Helse Vest RHF, men at helseføretaka må bidra aktivt når det gjeld søknader og rapportering.

Rapportering av kostnader til forsking skal gjennomførast etter same mal som rapporteringa for 2006. Rapporten skal sendast til NIFU STEP innan 1. april 2010.

# 9 Vedlegg

| | |
|---|---|
| Vedlegg 1 | Utdanning av helsepersonell – dimensjonering |
| Vedlegg 2 | Rapportering frå verksemda |
| Vedlegg 3 | Oversikt over grenseverdiar |
| Vedlegg 4 | Prosjektoversikt |

# Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**GRUNNUTDANNING** omfattar studium ved vidaregåande skular, høgskular og universitet der elevane/lærlingane/studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei vidaregåande skulane og for å sikre kvar enkelt sin rett til slik utdanning. I dei fleste fylke er det eit opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

**VIDAREUTDANNING** omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastset årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane (jf. Helsemod/ www.ssb.no). Følgjande aktivitetskrav er fastsette for 2010/2011:

| Helse region | Høgskule Universitet | Obligatorisk praksis | | | Ikkje obligatorisk praksis | | | ABIOK-sjukepleie | Jordmor ** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sjuke-pleie | Radio-grafi | Bio-ingeniør | Fysio-terapi | Ergo-terapi | Verne-pleie | | |
| Helse Sør -Øst | Akershus | 108 | | | | | 142 | 20 | 40 |
| | Gjøvik | 171 | 25 | | | | | 20 | |
| | Hedmark | 153 | | | | | | 12 | |
| | Lillehammer | | | | | | 23 | | |
| | Oslo | 418 | 38 | 62 | 144 | 51 | | 130 | |
| | Østfold | 136 | | 28 | | | 64 | 17 | |
| | Diakonova | 82 | | | | | | 30 | |
| | Lovisenberg diak. | 160 | | | | | | 37 | |
| | Diakonhjemmet | 114 | | | | | | | |
| | Univ. i Agder | 234 | | | | | 23 | 31 | |
| | Buskerud | 162 | 15 | | | | | | |
| | Telemark | 126 | | | | | 25* | | |
| | Vestfold | 119 | | | | | | 40 | 14 |
| Helse Vest | Bergen | 194 | 31 | 22 | 51 | 22 | 58 | 47 | 40 |
| | Sogn og Fjordane | 138 | | | | | 29 | 7 | |
| | Univ. i Stavanger | 194 | | | | | | 32 | |
| | Stord/Haugesund | 163 | | | | | | 10 | |
| | Betanien Diakonale | 63 | | | | | | 15 | |
| | Haraldsplass diakonale høgskole | 70 | | | | | | | |
| | Diakonhjemmet | | | | | | 106* | | |
| Helse Midt-Norge | Molde | 99 | | | | | 23 | | |
| | Nord-Trøndelag | 211 | | | | | 26 | | |
| | Sør-Trøndelag | 217 | 34 | 39 | 57 | 48 | 59 | 55 | 21 |
| | Ålesund | 130 | | 30 | | | | 39 | |
| Helse Nord | Bodø | 155 | | | | | | 33 | |
| | Finnmark | 63 | | | | | | | |
| | Harstad | 78 | | | | | 33 | | |
| | Narvik | 35 | | | | | | | |
| | Univ. i Tromsø | 145 | 30 | 21 | 22 | 24 | | 65 | 25 |
| | | | | | | | | | |

Auka aktivitetskrav i Revidert nasjonalbudsjett 2009 i sjukepleie-, ABIOK- og jordmorutdanninga er vidareført i 2010.

Dei fleste ABIOK-utdanningane har ikkje årlege opptak, og aktivitetskrava for desse gjeld gjennomsnittleg studiepoengproduksjon. Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annakvart år til jordmorutdanninga. Det vil seie at det totale aktivitetskravet for jordmor ved dei statlege høgskolane er 80 i 2011/2012. For Diakonhjemmet Høgskole er det eit samla aktivitetskrav for ergoterapi og vernepleie på 106 60- studiepoengseiningar. I 1998 vart det inngått ein avtale mellom Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole, avdeling Rogaland om samarbeid for å dekkje behovet for vernepleiarutdanning i Nord-Rogaland. Avtalen vart fornya i 2002. Den inneber at dei to institusjonane alternerer (annakvart år) om å tilby 30 nye studieplassar til desentralisert vernepleieutdanning. Diakonhjemmet Høgskole Rogaland hadde første opptak i 1998, Høgskolen i Telemark i 1999 osv.

Behovet for praksisplassar er høgare enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonane som følgje av venta fråfall må ta opp fleire personar enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganet må komme fram til kor mange praksisplassar det skal leggjast til rette for (jf. Instruks om dei regionale helseføretaka sitt forhold til universitet og høgskular, revidert 20. januar 2004). Regionale helseføretak har eit felles ansvar for tilrettelegging av praksisplassar for desentraliserte utdanningar og utdanningar som ikkje er etablerte i alle helseregionar, f.eks. **audiografutdanninga** ved Høgskolen i Sør-Trøndelag med aktivitetskrav 31.

Følgjande aktivitetskrav er fastsette for høvesvis medisin, psykologi og farmasi ved universiteta:

| Universitet | Medisin | Psykologi | Farmasi |
|---|---|---|---|
| Universitetet i Oslo | 209 | 87 | 57 |
| Universitetet i Bergen | 127 | 70 | |
| NTNU | 116 | 45 | |
| Universitet i Tromsø | 89 | 32 | 24 |

**TURNUSTENESTE** kompletterer grunnutdanninga og er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatane har helseføretaka som tenestestad. Helsedirektoratet (SAFH) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av dei regionale helseføretaka (www.safh.no/lenker/turnus).

**FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR**

I samsvar med spesialisthelsetenestelova § 4-2 kan departementet årleg fastsetje talet på nye legestillingar og fordele desse på dei ulike spesialitetane. Innanfor denne rammetildelinga har dei regionale helseføretaka eit ansvar for å bidra til at det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane. God lokal, regional og nasjonal fordeling av legar og mellom spesialitetar skal leggjast til grunn. For 2010 er fordelinga som følgjer:

| | Helse Sør-Øst | Helse Vest | Helse Midt | Helse Nord | SUM |
|---|---|---|---|---|---|
| Overlegestillingar (overlege/avtalespesialist) | | | | | |
| Utdanningsstillingar (m.a. fordjupingsstillingar) | | | | | |
| " til disposisjon for RHF-et" | 16 | 7 | 7 | 0 | 30 |
| SUM | 16 | 7 | 7 | 0 | 30 |

Tildelinga av ein ekstra kvote på tolv utdanningsstillingar for geriatrar i september 2009 skal vidareførast til same formål. Regionale helseføretak blir oppmoda om å prioritere bruk av ledige

overlegestillingar til heimlar i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkeleg utdanningskapasitet.

Dei regionale helseføretaka skal vurdere fordelinga av overlegestillingar og LIS-stillingar. Det skal takast omsyn til nødvendig behandlingskapasitet, rekruttering til utsette spesialitetar og ei optimalisering av spesialistutdanningskapasiteten.

Dei regionale helseføretaka skal vurdere omdisponering av ubesette stillingar, før det blir tildelt nye stillingar til helseføretaka. For ikkje å svekkje utdanningskapasiteten i regionen gjeld dette også for utdanningsstillingar.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefordeling (NR) skal på basis av innrapporterte tal frå regionale helseføretak ha oversikt over stillingsstrukturen for legar i helseføretaka. Regionale helseføretak skal når det får spørsmål, innrapportere korleis fordelte stillingar er brukte, og gi ei oversikt over ubesette og ”ikkje fordelte” stillingar.

# Virksomhetsrapport

## Produksjon/aktivitet
## Økonomi
## Kvalitet

**2010**

**Driftskommentar**

Denne måneden:

**Aktivitet:**

**Økonomi:**

Akkumulert

**Aktivitet:**

**Økonomi**:

Prognose

Omstilling

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Omstillingsutfordring 2010:** | Budsjett 2010 | | | |
| **TOTALT** | | **Angi hvilken periode som rapporteres** | 1 | (JAN=1, FEB=2, osv ..) |

Formler er ikke lagt inn i regnearket, da jeg regner med at dere vil tilpasse regnearket til deres antall tiltak slik som i fjor.

**Tabell 1.**
**Budsjettert omstilling fordelt pr måned**

| Tiltak: | Klinikk | Avdeling | Ansvarlig | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des | SUM | Hittil |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tiltak vedr. personalkostnader** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Tiltak vedr. varekostnader** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Tiltak vedr. andre driftskostnader** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Annet** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod** | | | | **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 med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tiltak vedr. personalkostnader** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Tiltak vedr. varekostnader** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Tiltak vedr. andre driftskostnader** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Annet** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod** | | | | **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 med akseptable konsekvenser for pasienttilbod** | | | | **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** |
| **Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år** | | | | **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** |
| **Nye tiltak i løpet av 2010** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Sum nye tiltak 2010** | | | | **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** |
| **TOTALT** | | | | **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** |
| **Akkumulert** | | | | **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** | |

Tabell 2

Realisert omstilling fordelt pr måned

| Tiltak: | Klinikk | Avdeling | Ansvarlig | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des | SUM | Hittil |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiltak vedr. personalkostnader | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| Tiltak vedr. varekostnader | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| Tiltak vedr. andre driftskostnader | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| Annet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod** | | | | **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 med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiltak vedr. personalkostnader | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| Tiltak vedr. varekostnader | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| Tiltak vedr. andre driftskostnader | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| Annet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod** | | | | **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 med akseptable konsekvenser for pasienttilbod** | | | | **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** |
| **Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år** | | | | **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** |
| **Nye tiltak i løpet av 2010** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **Sum nye tiltak 2010** | | | | **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** |
| **TOTALT** | | | | **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** |
| **Akkumulert** | | | | **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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet: | | | Realisert effekt | Budsjett | % resultat oppnåelse | Prognose effekt | Budsjett | % resultat oppnåelse | Kommentar |
| Tiltak vedr. personalkostnader | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Tiltak vedr. varekostnader | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Tiltak vedr. andre driftskostnader | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Annet | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod** | | | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet: | | | | | | | | | |
| Tiltak vedr. personalkostnader | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Tiltak vedr. varekostnader | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Tiltak vedr. andre driftskostnader | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| Annet | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod** | | | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilb** | | | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år** | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år** | | | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **Nye tiltak i løpet av 2010** | | | | | | | | | |
| 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 % | |
| | | **SUM tiltak nn** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **Sum nye tiltak 2010** | | | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |
| **TOTALT** | | | **0,0** | **0,0** | **0 %** | **0,0** | **0,0** | **0 %** | |

**Beskrivelse av tiltakene 2010**

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.

## Kontantstømoppstilling  2010 - likviditetsprognose

| | | JAN | FEB | MAR | APR | MAI | JUN | JUL | AUG | SEP | OKT | NOV | DES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:** | | | | | | | | | | | | |
| | 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 |
| | ***= Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter*** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| A | ***= Endring i driftslikviditet*** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | **KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:** | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | ***= Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter*** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | **KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:** | | | | | | | | | | | | |
| | 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 |
| C | ***= Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter*** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| | | | | | | | | | | | | | |
| B+C | ***Over-/underskuddslikviditet investeringer*** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| | | | | | | | | | | | | | |
| A+B+C | ***= Total endring likviditet*** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| | ***Inngående likviditetsbeholdning i perioden*** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ***= Utgående likviditetsbeholdning*** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| | ***Rapportert likviditetsbudsjett*** | | | | | | | | | | | | |

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

| | 2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Budsjettert DRG-aktivitet 2010** | **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 |
| **Herav:** | | | | | | | | | | | | | |
| DRG-poeng stråleterapi og ISF poliklinisk virksomhet | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ISF-inntekt stråleterapi og ISF poliklinisk virksomhet | | | | | | | | | | | | | 0 |
| DRG-poeng kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | | | | | | | | | | | | | 0 |

| **Realisert og estimert DRG-aktivitet 2010** | **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 |
| **Herav:** | | | | | | | | | | | | | |
| DRG-poeng stråleterapi og ISF poliklinisk virksomhet | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ISF-inntekt stråleterapi og ISF poliklinisk virksomhet | | | | | | | | | | | | | 0 |
| DRG-poeng kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | | | | | | | | | | | | | 0 |

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

| Kostnader fordelt på tjenesteområder | Regnskap for 2009 | Års-budsjett 2010 | Regnskap per 1. tertial 2010 | Regnskap per 2. tertial 2010 | Regnskap per 3. tertial 2010 | Årsestimat etter 1. tertial | Årsestimat etter 2. tertial | Prosentvis vekst | Fordelings-nøkkel 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 % |

# Rapporteringsskjema investeringer og resultateffekt av disse

Alle tall i 1 000 kr.

| | Utbetalingdata | | | Videre investeringsplaner | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Foretak | Utbetalt tom 2009 | Utbetalt hittil pr …./…. 2010 | | Gjenstående 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Gjen-stående etter 2015 | Totalt | Merknader (status) |
| **Prosjekter og bygingsmessige investeringer** | | Bygg | Utstyr | | | | | | | | | |
| prosjekt over 100 mill. kr | | | | | | | | | | | 0 | |
| prosjekt | | | | | | | | | | | 0 | |
| prosjekt | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Øvrige bygningsmessige investeringer | | | | | | | | | | | | |
| **Utstyr. mv** | | | | | | | | | | | | |
| Medisinsk teknisk utstyr | | | | | | | | | | | | |
| IKT- utstyr | | | | | | | | | | | | |
| Annet | | | | | | | | | | Sum MTU ,IKT | Sum Bygg | |
| **Sum totale investeringer** | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| Investeringsnivå påvirkning på samlede avskrivninger * | | | | | | | | | | **Totalt** | | |
| Investeirngsnivå påvirkning på renter | | | | | | | | | | **2009-2015** | **0** | |
| Samlet resultateffekt kapital | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | | | |

*Effekt av både avgang og planlagt tilgang skal beregnes

Positive tall (+ )/negative tall (-) **0**

Alle prosjekter over 100 mill. kr skal rapporteres særskilt

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

# Prosjekter på psykiatriplanen

Alle tall i 1 000 kr

| | Ubetalingsdata | | | Videre investeringsbehov | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Foretak** | Utbetaling tom 2009 | Utbetaling hittil pr …./…. 2010 | | Gjenstående 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Gjenstående etter 2015 | Totalt | Merknader (status) |
| **Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03** | | Bygg | Utstyr | | | | | | | | | |
| DSP Stavanger | | | | | | | | | | | 0 | |
| BUO Stavanger | | | | | | | | | | | 0 | |
| DPS Karmøy, nybygg | | | | | | | | | | | 0 | |
| Voksenpsyk polikl. 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 | |
| Ungdomspsyk. Avd SSSF, nybygg | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| **Sum prosjekter på psykiatriplanen** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |

# Kvalitet

**Månedlige indikatorer**

| | Delberegning | Januar | Februar | Mars | April | Mai | Juni |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Epikrisetid - somatikk | Antall sendte epikriser inne 7 dager etter utskrivning - somatikk | | | | | | |
| | Totalt antall utskrivninger - somatikk | | | | | | |
| | **Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - somatikk** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Epikrisetid - psykisk helsevern | Antall sendte epikriser inne 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern | | | | | | |
| | Totalt antall utskrivninger - psykisk helsevern | | | | | | |
| | **Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |

**Tertialvise indikatorer**

| | | 2010 | | | 2009 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.tert 08 | 2.tert 08 | 3.tert 08 | 1.tert 07 | 2.tert 07 | 3.tert 07 |
| Andel keisersnitt | Antall keisersnitt | | | | | | |
| | Antall fødsler | | | | | | |
| | **Andel keisersnitt** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Strykninger på planlagte operasjoner | Antall strykninger | | | | | | |
| | Antall operasjoner | | | | | | |
| | **Andel strykninger på planlagte operasjoner** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Korridorpasienter | Antall korridorpasienter - somatikk | | | | | | |
| | Totalt antall sengedøgn - somatikk | | | | | | |
| | Antall korridorpasienter - psykisk helsevern | | | | | | |
| | Totalt antall (faktiske) sengedøgn - psykisk helsevern | | | | | | |
| | **Andel korridorpasienter** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Andel individuell plan | Antall pasienter med individuelle planer innen barnehabilitering. | | | | | | |
| | Totalt antall pasienter (registrert i PAS) behandlet i perioden innen barnehabilitering. | | | | | | |
| | **Andel pasienter innen barnerehabiliteringen med individuell plan** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| | Antall pasienter som har diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse innen barne- og ungdomspsykiatrien med individuelle planer | | | | | | |
| | Totalt antall pasienter med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. | | | | | | |
| | **Andel med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse med individuell plan** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| | Antall pasienter som har diagnosen schizofreni (F 20 i ICD -10) innen voksen psykiatrien med individuelle planer | | | | | | |
| | Totalt antall pasienter med diagnosen schizofreni (F 20 i ICD -10). | | | | | | |
| | **Andel pasienter med diagnosen Schizofreni med individuell plan** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag | Antall konsultasjoner | | | | | | |
| | Antall årsverk | | | | | | |
| | Antall virkedager | | | | | | |
| | **Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag | Antall tiltak | | | | | | |
| | Antall årsverk | | | | | | |
| | Antall virkedager | | | | | | |
| | **Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern | Antall øyeblikklig hjelps reinnleggelser innen 30 dager innen psykisk helsevern | | | | | | |
| | Antall døgnopphold i perioden | | | | | | |
| | **Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Tvangsinnlagte i psykisk helsevern | Antall inntak TU (døgn) | | | | | | |
| | Antall inntak TPH (døgn) | | | | | | |
| | Antall døgninnleggelser | | | | | | |
| | **Andel tvangsinnleggelser av det samlete antall innleggelser** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Ventetid for vurdering i BUP | Antall vurdert innen 10 dager | | | | | | |
| | Totalt antall henvist | | | | | | |
| | **Andel vurdert i BUP innen 10 dager** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Andel fristbrudd | Antall fristbrudd | | | | | | |
| | Antall nyhenvisninger | | | | | | |
| | **Andel fristbrudd** | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |

**Rapportering av inntektsføring RASKERE TILBAKE 2010**
**Helse Vest**

| Totalramme Raskere tilbake | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|---|---|---|---|
| Prosjektmidler | | | | |
| Overført ubrukte midler fra forrige år | | 0 | 0 | 0 |
| Samlet bruk av bevilgningen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Rest (kan overføres)** | **0** | **0** | **0** | **0** |

| | | | | 2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bruk av bevilgningen Helse Vest** | **2007** | **2008** | **2009** | **Jan** | **Feb** | **Mars** | **April** | **Mai** | **Juni** | **Juli** | **Aug** | **Sept** | **Okt** | **Nov** | **Des** | **Akku** |
| Samlet aktivitetsavhengig bruk av bevilgningen | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Samlet inntektsføring av transportkostnader | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Samlet inntektsføring av toppfinansiering | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Samlet inntektsføring av administrasjonskostnader | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reservefelt til bruk ved eventuelle endringer | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Samlet bruk av bevilgningen** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| Samlet inntektsføring av egenandeler | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Helse Vest samlede inntekter av** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | *Kontrollsum (skal være 0)* | | | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | |

| | | | | 2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Herav bruk av private aktører** | **2007** | **2008** | **2009** | **Jan** | **Feb** | **Mars** | **April** | **Mai** | **Juni** | **Juli** | **Aug** | **Sept** | **Okt** | **Nov** | **Des** | **Akku** |
| Private rehabiliteringsinstitusjoner | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andre private | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sum bruk av private aktører** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |

| | | | | 2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Antall henvisninger** | **2007** | **2008** | **2009** | **Jan** | **Feb** | **Mars** | **April** | **Mai** | **Juni** | **Juli** | **Aug** | **Sept** | **Okt** | **Nov** | **Des** | **Akku** |
| Fra ekstern instans | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fra egne ventelister | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sum** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |

| | | | | 2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bruk av bevilgningen pr** | **2007** | **2008** | **2009** | **Jan** | **Feb** | **Mars** | **April** | **Mai** | **Juni** | **Juli** | **Aug** | **Sept** | **Okt** | **Nov** | **Des** | **Akku** |
| Ortopedi | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kirurgi eks ortopedi | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indremedisinske fag | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rehab i sykehus | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rehab i Opptreningsinstitusjon | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psykisk helsevern | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LMS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sammensatt lidelse | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rus | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annet?? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Samlet bruk av bevilgningen** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| *Kontrollsum (skal være 0)* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | |

# Vedlegg 3: Oversikt over grenseverdiar

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

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

# Vedlegg 4 Oversikt over regionale prosjekt som involverer helseføretaka, og som vil bli følgde opp i 2010:

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

| ***Område*** | **Tema** | **Status** |
|---|---|---|
| *Strategi og styring:* | Program styringsinformasjon inkludert datavarehus, styrerapportering og ferdigstilling av helsefagleg del | Pågår |
| | Utvikling av konsernmanualar og fullmaktsstrukturar | Pågår |
| | Strategiske forprosjekt for å avklare nye prosjektkandidatar | Nye 2010 |
| *Helsefag:* | Kvalitetsprogrammet inkl. kvalitetsregister for kjerneverksemda | Pågår |
| | Felles EPJ-programmet | Pågår |
| | Meldingsløftet (Nasjonalt og regionalt program) | Pågår |
| | Samarbeid med primærhelsetenesta, inkl ELIN-prosjekt | Pågår |
| | PACS oppgraderingar | Pågår |
| | Teleradiologi, saumlaus informasjonsutveksling | Pågår |
| | Synergi, felles avvikssystem, ferdigstilling | Pågår |
| | Fødesystem, ferdigstilling | Pågår |
| | e-Resept, regionalt og nasjonalt løp | Pågår |
| | ESAC – Cytodose, ferdigstille utrulling i føretaksgruppa | Pågår |
| | Automatisk frikortløysing – utfasing av POLK | Ny 2010 |
| *Personal og org.:* | MOT – ferdigstilling av utrulling i det enkelte HF | Pågår |
| | Samlepunktet og felles brukaradministrasjon | Pågår |
| | Gjenståande integrasjonar til og frå mellom Agresso/MOT og tilstøytande system (under prosjekt Samlepunktet) | Pågår |
| *Økonomi og Innkjøp:* | Pasienttransport inkl. Enkeltoppgjer | Pågår |
| | Innkjøpsprogrammet inkl. nasjonal anskaffing | Pågår |
| | Eigedomsprogrammet | Pågår |
| *Kommunikasjon:* | Felles publiseringsløysing i føretaksgruppa (Internett) Pilotering samt utrulling til kvart HF | Pågår |
| *IKT/ Sikkerheit:* | Ny klientplattform for IKT, forprosjekt | Ny 2010 |
| | Arkitektur, spesielt for kjerneverksemda, nasjonalt og regionalt | Pågår |