



Styringsdokument for Helse Fonna HF 2012

1	Innleiing	3
1.1	Generelt	3
1.2	Helse 2020	3
2	Hovudområde for styring og oppfølging i 2012.....	4
3	Helsefaglege styringsmål	5
3.1	Nye lover og forskrifter	5
3.2	Nasjonale strategiar og handlingsplanar.....	6
3.3	Aktivitet.....	6
3.4	Raskare tilbake	7
3.5	Særlege satsingsområde 2012.....	7
3.5.1	Ventetider	7
3.5.2	Kvalitetsforbetring	7
3.5.3	Pasienttryggleik	9
3.5.4	Tilgjengelegheit, brukarvennlegheit og brukarmedverknad	10
3.5.5	Samhandlingsreforma	10
3.5.6	Kreftbehandling	11
3.5.7	Behandling av hjerneslag	12
3.5.8	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og anna avhengigheitsbehandling	12
3.6	Andre områder.....	13
3.6.1	Psykisk helsevern	13
3.6.2	Habilitering og rehabilitering	14
3.6.3	Behandling av kronisk utmattingsyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)	15
3.6.4	Barn og nyfødde som treng intensivbehandling	15
3.6.5	Kjeveleddsdisfunksjon	15
3.6.6	Beredskap og smittevern	16
3.6.7	Førebygging	16
3.6.8	Sjukleg overvekt	17
3.6.9	Andre styringskrav	17
3.7	Utdanning av helsepersonell.....	17
3.8	Forsking og innovasjon	19
3.8.1	Forsking	19
3.8.2	Innovasjon	19
3.9	Opplæring av pasientar og pårørande	20
4	Ressursgrunnlaget	20
5	Økonomiske krav og rammevilkår	24
5.1	Resultatkrav for 2012	24
5.2	Investeringar	24
5.3	Låneopptak og driftskreditt	25
5.4	Rapporteringskrav økonomi	26
6	Organisatoriske krav	26
6.1	Samhandlingsreforma.....	26
6.2	Samhandling med Sjukehusapoteka Vest HF.....	27
6.3	Intern kontroll og risikostyring.....	27
6.4	E-helse	28

6.5	Prosjekt og porteføljestyring	29
6.6	Samhandling med Helse Vest IKT og utvikling av IKT/Teknologiområdet.....	29
6.7	Tiltak på personalområdet	30
6.7.1	Strategisk kompetansestyring	30
6.7.2	Etisk rekruttering og gode rutinar for tilsetting	30
6.7.3	HR- og HMS-arbeidet	31
6.7.4	Leiarrolla	31
6.7.5	Faste stillingar og deltid	32
6.7.6	Oppgåvedeling	33
6.7.7	Arbeidsplanlegging	33
6.7.8	Bruk av konsulentar og innleige	33
6.8	Eigedom.....	33
6.9	Eigarpolitikken til regjeringa.....	34
6.10	Landsdekkjande utbygging av nødnett	35
7	Andre styringskrav	35
7.1	Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)	35
7.2	Fritt sjukehusaval.....	36
7.3	Miljø- og klimatiltak.....	36
7.4	Samordna kommunikasjon	36
8	Analyse av styringsinformasjon	37
8.1	Forvaltning av organisasjonsstruktur.....	37
8.2	Gjennomføring av KPP-pilot.....	37
8.3	Drift, forvaltning, utvikling av datavarehusløysing.....	37
9	Rapportering.....	38
10	Vedlegg	39

1 Innleiing

1.1 Generelt

Gjennom styringsdokumentet vil Helse Vest RHF gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2012. Styringsdokumentet skal klargjere dei premissar og rammer som gjeld for verksemda og inneheld resultatkrava som blir stilte til helseføretaka.

Det er likevel ikkje slik at dei samla krav til helseføretaka går fram av styringsdokumentet. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som skal vektleggast og prioriterast. Desse oppgåvene må ein sjå i samanheng med dei mål, rammer og retningslinjer for helsetenesta som går fram av lov og forskrifter, Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument for 2012 til Helse Vest RHF og styringskrav frå eigar formidla i føretaksmøtet i Helse Vest RHF.

1.2 Helse 2020

Det er no ti år sidan spesialisthelsetenesta blei organisert i regionale helseføretak, under statleg eigarskap og ansvar. Dei første åra var vi prega av å vere ein ny organisasjon som måtte fokusere på å balansere kravet til å vareta pasienttilbodet og drifta best mogleg, samtidig som basale fellesfunksjonar skulle etablerast.

I 2006 gjennomførte vi eit større strategiarbeid der vi såg nærmare på dei utfordringane og moglegheitene Helse Vest vil stå overfor i eit 2020-perspektiv. Arbeidet engasjerte breitt, både i vår eigen organisasjon og hos samarbeidspartane våre. Som ledd i dette strategiarbeidet blei det også laga handlingsplanar. Desse har vore rullerte årleg.

Vi kan slå fast at dei tiltaka som vi vedtok å starte opp i samband med strategiarbeidet, i all hovudsak no er gjennomførte. Det viser at Helse Vest har modnast som organisasjon, og at strukturert planarbeid hjelper oss til å fokusere og til å allokere ressursane dit dei tener pasientane på Vestlandet best.

Sjølv om handlingsplanane som følgjer Helse2020, har vore rullerte årleg, gjennomførte vi i 2010-2011 ei noko grundigare revidering av strategiplanen. Denne revideringa har gitt grunnlag for ei oppdatert beskriving av dei samla utfordringane og moglegheitene Helse Vest står overfor dei nærmaste åra, og tiltak som er tilpassa dette.

Den oppdaterte utgåva av Helse2020 som blei godkjent av styret i Helse Vest RHF i styremøte 22. juni 2011, sak 075/11 B, skal vere ein tenleg reiskap for ei kontinuerleg betring av helsetenestetilbodet til befolkninga i regionen. Den vedtekne planen gir retning for utviklinga fram mot 2020, legg grunnlaget for prioriterte tiltak dei neste fire åra og er styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektporteføljen.

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 visjonar, verdiar og lokale målformuleringar.

Kvart helseføretak har eit sjølvstendig ansvar for at strategidokumentet 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.

Dei enkelte tiltaka i Helse 2020 skal bidra til å sikre overordna måloppnåing. Vi vil understreke ansvaret verksemdene har for å bidra til gjennomføring av tiltak som sikrar identifisering av gevinstområde og i neste omgang uthenting av desse gevinstane som bidrag til å nå våre felles mål.

2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2012

Styret må vere bevisst på ansvaret sitt for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetenester, berekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlege helsetenester. Styret skal sjå til at samfunnsansvaret i vid forstand blir ivareteke, og at det blir sett i verk tiltak for å betre kvalitet og pasientsikkerheit.

Spesialisthelsetenesta vil i 2012 i større grad bli styrt på kvaliteten i tilbodet. Dei overordna satsingsområda for 2012 om kvalitet og pasientsikkerheit, samhandlingsreforma, kreftbehandling, og rusbehandling vil bli følgd opp med fleire kvalitetsindikatorar som vil bli offentlig tilgjengelege. Det vil bli publisert tal på 30-dagars overleving etter innlegging og mål for rask og effektiv behandling. Kravet om reduserte ventetider og ingen fristbrot blir vidareført.

Kontroll på økonomien er viktig for å frigjere ressursar til investeringar, forskning, og for å styrke kvalitet i pasientbehandlninga. Helse Vest RHF er nøgd med det samla resultatet for 2011. God økonomistyring og økonomioppfølging er ein grunnleggande føresetnad for å nå dei måla som blir sett, og dette vil derfor framleis vere ei prioritert oppgåve. Helseføretaka har eit særleg ansvar for å sikre realistisk budsjettering og følge opp rapporteringskrava til Helse Vest RHF. Dette for å sikre at planlagde investeringar kan gjennomførast i helseføretaket.

Helse Vest RHF vil i 2012 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 for utvikling i bemanninga. For 2012 vil dette særleg gjelde fristbrot, ventetider/langtidsventande og korridorpatientar.

Det har over tid vore eit klart styringsmål for Helse Vest å redusere ventetidene og unngå fristbrot. Helse Vest RHF har i 2011 registrert ei positiv utvikling i forhold til desse styringsmåla. Måla blei likevel ikkje nådd fullt ut, og det blir lagt til grunn at helseføretaka i 2012 set i verk nødvendige tiltak for å innfri krava. Helseføretaka har ansvar for at sentrale pasientrettar blir ivaretekne, særleg for å etterleve innhaldet i prioriteringsforskrifta. Dette inneber mellom anna å ha rutinar og praksis for mottak, registrering, medisinsk vurdering og vurdering av rettar av tilvisingar. Pasientane må sikrast informasjon om rettane sine. Fristbrot er ikkje i samsvar med forsvarleg pasientbehandling og skal ikkje skje.

Helse Vest RHF vil ta initiativ til eit utviklingsarbeid innan psykisk helsevern for å styrkje samarbeidet og gjensidig læring mellom føretaka. Aktuelle tema er:

- Oppfølging av samhandlingsreforma
- Utvikling av barne- og ungdomspsykiatrien

- Rekruttering og kompetanseutvikling
- Benchmarking og faglege revisjonar

Det er eit grunnleggjande prinsipp i helsetenesta at pasientar skal vernast mot skade som følgje av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. Tal som er lagde fram i samband med den nasjonale pasienttryggleikskampanjen viser at mange pasientar opplever svikt i tenestene. Gjennom Kvalitetssatsinga og ved å ta del i Pasienttryggleikskampanjen skal helseføretaka arbeide for å redusere talet på og konsekvensane av uønskete hendingar som fører til skade på pasientar, og byggje strukturar og kultur som borgar for god pasienttryggleik.

Helse Vest vil i samråd med helseføretaka lage ein målsetting for reduksjon i pasientskadar og uønskete hendingar.

Summert opp er det 5 område som Helse Vest vil følgje særleg opp i 2012:

- Samhandlingsreforma
- Pasienttryggleik
- Psykisk helsevern
- Ventetider og fristbrot
- Økonomi

3 Helsefaglege styringsmål

Helse- og omsorgsdepartementet lyfter opp følgjande område særleg i 2012: ventetider, kvalitetsforbetring, pasienttryggleik, tilgjenge/brukarvennlegheit/brukarmedverknad, samhandlingsreforma, kreftbehandling, behandling av hjerneslag og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling.

Oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF er utgangspunktet for dei helsefaglege styringsmåla. Styringsmåla frå Helse- og omsorgsdepartementet er supplert med styringsmål for områder som Helse Vest RHF vurderer som særleg utfordrande, områder der rapportering tyder på at tidlegare mål ikkje er nådd og oppfølging av vedtak i styremøtet i Helse Vest RHF.

Eit viktig grunnlag for det arbeidet som spesialisthelsetenesta utfører, er mellom anna dei utgreiingane som blir gjort på ulike nivå, med viktige og nødvendige 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 avgivinga av ressursar i slike tilfelle blir fordelt på dei ulike helseføretaka ut frå storleik og fagleg kompetanse.

3.1 Nye lover og forskrifter

Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstenester). I samband med dette vedtok Stortinget også ei rekkje viktige endringar i spesialisthelsetenestelovgivinga, mellom anna ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta. I tillegg inneheld helse- og omsorgstenestelova i seg sjølv fleire forslag som indirekte har innverknad for dei regionale helseføretaka og helseføretaka. Lovendringane gjeld frå 1. januar 2012. Samtidig med helse- og

omsorgstenestelova, vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid).

Helse Vest RHF ventar at helseføretaka er kjende med innhaldet i lovene og forskriftene. Helseføretaka skal sørge for nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon og tilsette om nye helselover og– forskrifter.

3.2 Nasjonale strategiar og handlingsplanar

For 2012 gjeld følgjande strategiar og handlingsplanar for spesialisthelsetenesta:

Aksept og meistring – nasjonal hivstrategi (2009 –2014)
Demensplan 2015 – *Den gode dagen* (2012–2015)
Handlingsplan for førebygging og behandling av kronisk nyresjukdom (2011–2015)
Handlingsplan for habilitering av barn og unge
Helse- og omsorgsdepartementet sin forskingsstrategi (2006–)
Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
Nasjonal strategi for førebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens (2008–2012)
Nasjonal strategi for førebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014)
Nasjonal strategi for førebygging og behandling av astma- og allergisjukdommar (2008–2012)
Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta ... *Og bedre skal det bli!* (2005–2015)
Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011–2015)
Nasjonal strategi for spesialisthelsetenester for eldre (2008–2012)
Nasjonal strategi for tobakksførebyggjande arbeid (2012–2016)
Nevroplan 2015 (2012–2015)
Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2012)
Strategi for kvinners helse (2003–2013)

Helse Vest RHF ventar at helseføretaka er kjende med innhaldet i strategiane og handlingsplanane, og at dei blir lagt til grunn for utviklinga av tenestetilbodet på dei ulike områda.

3.3 Aktivitet

Mål 2012:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillinga.

Styringsparametrar (skal rapporterast til Helse Vest RHF månadleg, sjå vedlegg 3):

- Tal på produserte DRG-poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

3.4 Raskare tilbake

Overordna mål:

- Personar som er sjukemeldte, eller står i fare for å bli sjukemelde, får tilbod om spesialisthelseteneste dersom dette vil føre dei raskare tilbake til jobb.

Mål 2012

- Det øyremerkte tilskotet til helse- og rehabiliteringstenester for sjukemeldte innanfor prosjektet "Raskare tilbake" kjem i tillegg til, og ikkje i staden for, dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.
- Har avklaringsseiningar med adekvat medisinsk kompetanse og tverrfagleg tilnærming, der også kompetanse frå NAV er involvert.
- Samarbeider med NAV og kommunehelsetenesta, inkludert fastlegane, om kartlegging av behov som grunnlag for tenestene innanfor "Raskare tilbake".

3.5 Særlege satsingsområde 2012

3.5.1 Ventetider

Overordna mål:

- Reduserte ventetider.

Mål 2012:

- Lovverket for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal haldast. Fristbrot skal ikkje skje.
- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta skal for behandla pasientar vere ned mot 65 dagar.
- Alle medarbeidarar som vurderer elektive tilvisingar skal ha gjennomgått e-læringskurs i dette emnet og bestått kursprøve. E-læringskurs om vurdering og rettigheitsvurdering av elektive tilvisingar til spesialisthelsetenesta vi liggje føre i løpet av våren 2012.

Styringsparameter (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde. Sjå vedlegg 3:

- Gjennomsnittleg ventetid for behandla pasientar i spesialisthelsetenesta (mål: ned mot 65 dagar).

3.5.2 Kvalitetsforbetring

Overordna mål:

- Tenestene som blir tilbydde er av god kvalitet, trygge og sikre.
- Betre behandlingresultat, auka overleving og mindre variasjon mellom sjukehus.
- Tenestene er prega av god lærings- og forbetningskultur.
- Leiinga på alle nivå legg til rette for systematisk kvalitets- og pasienttryggleiksarbeid.
- Leiinga på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasienttryggleik i tenesta
- Nasjonale faglege retningslinjer er tekne i bruk
- Nasjonale medisinske kvalitetsregister er etablerte og tekne i bruk innanfor viktige fagområde som utgangspunkt for forskning og forbetningsarbeid
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorar er tilfredsstillande

Mål 2012:

- Delta i kvalitetssatsinga i Helse Vest, og bidreg med fagkompetanse og personellressursar i regionale prosjektet for å betre pasienttryggleik og kvalitet i helsetenestene.
- Bidra til at kunnskap frå prosjekta blir overført til ulike einingar i helseføretaket, og at kunnskap frå prosjekta blir implementert i drifta av helseføretaket
- Mini-HTA¹ er lagt til grunn når nye metodar skal tas i bruk².
- Bidra i utvikling av nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevjande metodar. Helse Vest RHF vil komme tilbake til dette.
- Nasjonale retningslinjer er gjort elektronisk lett tilgjengelige for dei tilsette.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomitear er lagt til grunn for verksemda i komiteane (jf. brev av 24.november 2011 frå Helse Vest RHF).
- Det er god kvalitet i rapporteringa frå psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikrisene er sendte ut innan sju dagar.
- Ingen korridorpatientar.
- Faglege revisjonar og benchmarking mellom einingar og over føretaksgrenser blir gjennomført som metode, for å utvikle fag og organisasjon.
- Rapportere data til, og bruker data frå alle nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i eige og i andre helseføretak. Helseføretaka skal delta i etableringa av løysingar som gjer det mogleg med elektronisk kommunikasjon mellom eigne avdelingar og dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra.
- Sikre at data i medisinske kvalitetsregister blir brukte i tråd med formålet og nytta til å forbetre kvaliteten på pasientbehandlinga.
- Tiltaka i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er sett i verk innanfor eige ansvarsområde. Tiltaka blir lagde ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandla i styringsgruppa for prosjektet i starten av februar 2012. Helse Vest RHF vil komme tilbake til ein nærmare konkretisering.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Helsedirektoratet og NPR som datakjelder. Sjå vedlegg3):

- 30-dagars overleving etter innlegging for lårhalsbrot.
- 30-dagars overleving etter innlegging for hjarteinfarkt.
- 30-dagars overleving etter innlegging for hjerneslag.
- 30-dagars risikojustert totaloverleving.
- Prosentdel epikriser som er sendte ut innan sju dagar (mål: 100 %)
- Prosentdel korridorpatientar ved somatiske sjukehus (mål: 0 %).
- Registrering hovudtilstand psykisk helsevern barn og unge (mål: 100 %).
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne (mål: 100 %).
- Registrering hovudtilstand psykisk helsevern vaksne (mål: 100 %).

¹ HTA står for "Health Technology Assessment". Det er eit støtteverktøy når ein skal ta avgjerder som gjeld innføring av nye metodar i sjukehus.

3.5.3 Pasienttryggleik

Overordna mål:

- Færre uønskte hendingar.
- Færre infeksjonar påførte i samband med sjukehusopphald.
- Tryggare legemiddelbruk.
- Større del av uønskte hendingar blir melde.
- Uønskte hendingar blir brukt aktivt til læring og forbetring
- Leiinga på alle nivå sikrar velfungerande system for melding av og handtering av uønskte hendingar.
- Tilsette opplever det trygt å melde, og meldingane blir følgde opp frå eit system- og læringsperspektiv.
- Rett og oppdatert informasjon om sjukehistorie, funn og undersøkingar (som laboratorieprøvar og røntgenundersøkingar) er tilgjengelege til eitkvart tidspunkt
- Informasjon om pasienten sin legemiddelbruk i og utanfor sjukehus er elektronisk tilgjengeleg.
- Helse Vest vil kome tilbake til og invitere helseføretaka inn i ein prosess for å etablere eit langsiktig målbiletet for reduksjon av pasientskadar.

Mål 2012:

- Alle sjukehus og helseføretak deltek i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen i tråd med vedtaka i styringsgruppa, og rapporterer data til kampanjesekretariatet på fastsette tidsfristar.
- Leiinga i helseføretaka følgjer aktivt opp egne resultat i kampanjen.
- Bidra med å utvikle realistiske og hensiktsmessige mål og tiltak som kan tas inn i den nasjonale kampanjen.
- Legge til rette for og gjennomføre målingar av pasienttryggleikskultur, og arbeider med å forbetre resultatet.
- Medarbeidarane skal involverast i arbeidet med pasienttryggleik
- Alle pasientar har med legemiddelliste ut frå sjukehus etter innleggingar.
- Endringar i legemiddelbruken blir poengtert og gjort greie for i epikrisene.
- Sikre at det er system for å melde alvorlege pasientrelaterte hendingar til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.
- Bidreg i Helse Vest RHF sitt samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta, med å utarbeida informasjonspakke om handtering av endringar i meldeordninga.
- Informasjonen om handtering av endringar i meldeordninga når ut til alle tilsette.
- Det er sikra nødvendig kompetanse og rutinar ved bruk av pasientadministrative system.
- Bruke evaluering av uønskte hendingar til læring for å unngå liknande hendingar.
- Tilsynsrapportar blir brukt til læringsformål og erfaringsutveksling mellom helseføretaka.
- Sjekkliste for trygg kirurgi ("Trygg kirurgi vernar liv") blir brukt ved alle operasjonar.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta og Medisinsk fødselsregister som datakjelder. Sjå vedlegg 3):

- Helseføretak som har gjennomført journalundersøking etter GTT-metoden, i tråd med føringane i pasienttryggleikskampanjen (mål: 100 %).
- Helseføretak som har undersøkt pasienttryggleikskultur i tråd med føringane i pasienttryggleikskampanjen (mål: 100 %).
- Prosentdel pasientar med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.

3.5.4 Tilgjengelegheit, brukarvennlegheit og brukarmedverknad

Overordna mål:

- Pasientar, brukarar og pårørande blir møtte med respekt og omsorg.
- Pasientar, brukarar og pårørande har innverknad på utforminga av eige behandlingstilbod og tenestetilbodet i verksemda.
- Tenestene er innretta etter behova til brukarane, både når det gjeld fysisk, kulturelt og språkleg tilgjengelegheit.
- Erfaringar og klagar frå pasientar og pårørande blir brukt systematisk i kvalitetsforbetningsarbeid, forskning og innovasjon.
- Ingen fristbrot
- Betre informasjon om fritt sjukehusval

Mål 2012:

- Rettleiarane ”*Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjeforente*” og ”*Veileder om kommunikasjon via tolk*” er lagt til grunn for arbeidet med å sikre likeverdige og forsvarlege helsetenester til innvandrarak, asylsøkarar og flyktninger. Dette må forankrast både på leiarnivå, systemnivå og hos den enkelte medarbeidar. (jfr. styresak 125/11B og brev av 16.02.12).
- Det er sett i verk tiltak for å betre informasjonen til pasientar og pårørande om fritt sjukehusval.
- Det er levert oppdaterte ventetider til nettsida fritt sjukehusval.
- Alle helseføretak har styrebehandla mål og strategiar for brukarmedverknad.
- Brukarane er involvert i planlegging og gjennomføring av pasienttryggleikskampanjen.
- Resultat frå pasienterfaringsundersøkingar, registrering og rapportering av uønskte hendingar og andre kvalitetsmålingar er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka.
- Verktøyet for undersøking av pasienterfaringar på lokalt nivå er tatt i bruk.
- Resultata frå undersøkingane om brukarerfaringar og om fastlegars erfaringar med DPS er nytta til kvalitetsforbetring i verksemda..
- Brukarrepresentasjon for innvandrargruppa er sikra i helseføretaka sitt arbeid, og det er vurdert korleis innvandrargruppa kan bli representert i brukarutvala.

Styringsparametrar: (Helseføretaka, Helsedirektoratet og NPR er datakjelder, sjå vedlegg 3)

- Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel.
- Brukarerfaringar for innleggjande pasientar som får behandling i somatiske sjukehus.
- Fastlegar sine erfaringar med DPS.
- Prosentdel ventetider som er oppdatert siste 4 veker på nettsida fritt sjukehusval (mål: 100 %).
- Prosentdel fristbrot for rettigheitspasientar (mål: 0 %).

3.5.5 Samhandlingsreforma

Overordna mål:

- Det er etablert og vidareutvikla effektive og lokale behandlingstilbod i samarbeid med kommunane, inkludert lokalmedisinske senter.
- Med bakgrunn i dei lovpålagde avtalane mellom kommunar og helseføretak, er det etablert heilskaplege pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseføretak og kommuner.

Mål 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtalar om dei lovpålagde elementa med frist 31.01.2012 og 1.7.2012.
- Det er lagt inn eit eige punkt i avtalane som beskriv øyeblikkeleg hjelp-tilboda i kommunane i tråd med rammene for tilskotsordninga, slik at partane ser øyeblikkeleg hjelp-tilboda sine i samanheng, og kan bli einige om løysingar som er formålstenlege for pasientar, kommunar og helseføretak. Det hindrar etablering av dobbeltpasientkapasitet, eller nedtrapping av tilbodet i helseføretaka utan at tilbod er etablerte i kommunane.
- Avtalar om jordmortenester, mellom anna følgjetenesta for gravide, er inngått innan 1.7.2012.
- Helseføretaka samarbeider aktivt med kommunane i opptaksområda om utvikling av gode tiltak for å understøtte samhandlingsreforma, og deltek i felles regionalt utviklingsarbeid.

3.5.6 Kreftbehandling

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdommar.
- Formålstenleg organisering av tilbodet til kreftpasientar, med vekt på samling av funksjonar som på grunn av kvalitet bør skje på færre einingar (t.d. spesialisert kreftkirurgi), og desentralisering av tilbod som kan givast nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasientar.

Mål 2012

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsar i forløpa for kreftpasientar.
- 80 % av kreftpasientane har oppfølging innanfor anbefalte oppfølgingstider:
 - 5 arbeidsdagar frå motteken tilvising til tilvisinga er ferdig vurdert
 - 10 arbeidsdagar frå motteken tilvising til utgreiing er starta
 - 20 arbeidsdagar frå motteken tilvising til start av behandling
- Pasientar som blir tilvist, og det er grunngeven mistanke om kreft, har fått ein eigen kontaktperson som skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om kva som skjer, om rettar og ventetider. Pasientar som skal gjennom komplisert utgreiing, har ein koordinator (som kan vere kontaktpersonen) som sikrar rask og samordna framdrift fram til behandlingstart.
- Utdanningskapasiteten og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert. (Sjå også Kap. 8 - Utdanning av helsepersonell).
- Tiltak for å redusere ventetida for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er sett i verk.
- Det er lagt til rette for gjennomføring av vidareutdanning i samsvar med kriteria for den nasjonale piloten i kompetanseområdet palliativ medisin.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde. Sjå vedlegg 3):

- Prosentdel pasientar med tjukktarmskreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar (mål: 80 %)
- Prosentdel pasientar med brystkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar (mål: 80 %)
- Prosentdel pasientar med lungekreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar (mål: 80 %)
- Prosentdel på pasientar med kreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar (indikatoren blir utvikla i 2012) (mål: 80 %)

Helse Vest RHF ber om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar innan 20.august 2012.

3.5.7 Behandling av hjerneslag

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag i tråd med nasjonale faglege retningslinjer.
- Godt og effektivt forløp for slagpasientar.
- Alle pasientar med akutt hjerneslag skal behandlast i slageining.
- Fleire pasientar med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Auka kunnskap blant fagpersonell, pasientar og pårørande om symptoma ved akutt hjerneslag
- Små sjukehus som tar imot pasientar med akutt hjerneslag til akutt diagnostikk og evt. trombolysebehandling nyttar teleslag.
- Tidlig støtta utskrivning (ESD)³ er vurdert for pasientar både ved slageining og ved rehabiliteringsavdelingar, jfr. nasjonale retningslinjer.

Mål 2012

- Det er utarbeida gode og effektive standardiserte pasientforløp, som varetek kontinuitet og kvalitet i alle fasar av slagbehandlingskjeda. ”Forløpshandboka”⁴ bør nyttast som rettleiar.
- Minst 20 % av pasientane under 80 år med hjerneinfarkt har fått trombolyse
- Regional plan for slagbehandlingskjeda i Helse Vest blir implementert. Planen vil bli behandla i styret i Helse Vest RHF våren 2012. Helse Vest vil komme tilbake med vidare oppfølging av planen. .
- Alle helseføretak som behandlar pasientar med hjerneslag, rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.
- Det er sett i verk felles regionale tiltak for å gjere helse- og omsorgstenesta og befolkninga merksam på symptoma ved akutt hjerneslag.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde. Sjå vedlegg 3)

- Prosentdel pasientar under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling
- Prosentdel sjukehus og helseføretak som har slageining (av sjukehus og helseføretak som behandlar slagpasientar).

3.5.8 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og anna avhengigheitsbehandling

Overordna mål:

- Det er høg kompetanse og kvalitet i tilbodet til pasientar/brukarar med rusmiddelavhengigheit og anna avhengigheit.

³ ESD = Early Supported Discharge. ESD inneber utskrivning frå institusjon til eigen heim så tidleg som det kan gjennomførast på ein forsvarleg måte, kombinert med oppfølging av tverrfagleg ambulant team utgåande frå spesialisthelsetenesta og tverrfagleg rehabilitering i førstelinetenesta.

⁴ ”Forløpshandboka” er utarbeida av det regionale prosjektet ”Pasientforløpsprosjektet”, som er ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest.

- Tenestene innanfor TSB er samordna med tenester innanfor psykisk helsevern og andre spesialisthelsetenester, slik at tilbodet er tilpassa pasientar med samansette lidingar
- Tenestene innanfor TSB blir i størst mogleg grad tilbydde nær bustaden til pasientane, og i samarbeid med kommunale tenester.
- Pasientane opplever gode og samanhengande behandlingsforløp, også ved øyeblikkeleg hjelp. Dette gjeld også der behandling blir starta av ambulansetenesta ved overdosar.
- Det er gode rutinar for samarbeid med kommunen under behandling, ved avslutta behandling og ved behandlingsavbrot. Det er rutinar for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrot, dersom pasienten ønskjer dette.
- Betre informasjonsflyt og kapasitetsutnytting innan TSB
- Helseføretaka bruker Sjukehusapoteka Vest HF for leveranse av legemiddel til pasientar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Mål 2012:

- Det samla tilbodet innanfor TSB er styrka, inkludert betre utnytting av eksisterande kapasitet.
- Det er etablert behandlingførebudande tiltak for rettigheitspasientar i samarbeid med kommunane, mens dei ventar på behandling.
- Alle pasientar, der ambulansetenester rykker ut ved overdosar, er sikra vidare oppfølging enten i spesialisthelsetenesta eller i kommunen.
- Prosentdelen pasientar som fullfører TSB, er auka
- Det er etablert ein informasjonskoordinator i kvart helseføretak tidleg i 2012, som løypande mottek rapportering om ledig kapasitet frå alle einingar innan TSB i føretaksområdet og vidareformidlar informasjonen og bidreg til at kapasiteten blir betre utnytta
- Det er inngått avtalar med Sjukehusapoteka Vest HF for levering av legemiddel i LAR til kommunale utdelingsstader, institusjonar, fastlegar m.m., der dette er kostnadseffektivt. All kjøp av legemiddel i LAR er i tråd med lov om offentlege anskaffingar.
- Det er auka merksemd på, og kompetanse i, behandling av pasientar som er avhengige av anabole eller androgene steroid, og har skadar som følgje av det.

3.6 Andre områder

3.6.1 Psykisk helsevern

Overordna mål:

- Omstillinga innanfor psykisk helsevern blir vidareført, slik at DPS blir prioriterte og sett i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjonar, m.a. akutfunksjonar gjennom døgn.
- Pasientar/brukarar får eit heilskapleg tilbod på eit nivå som best mogleg kan leggje til rette for meistring og eit normalt liv, dvs. at tilbodet som hovudregel skal givast på kommune- og DPS-nivå.
- Sjukehusa utfører oppgåver som berre kan utførast på sjukehusnivå, dvs. sikkerheitsavdelingar, lukka akuttavdelingar og enkelte avgrensa spesialfunksjonar.
- Psykisk helsevern er i størst mogleg grad basert på frivilligheit (reduisert bruk av tvang)
- Psykisk helsevern har eit ansvar for behandling og oppfølging av personar med samansette lidingar.

Mål 2012:

- Asylsøkarar, flyktningar og innvandrarar har same tilgang på spesialisthelsetenester innan psykisk helsetenester og TSB som resten av befolkninga. Det er eit spesielt fokus på barna. Rettleiarane ”*Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*” og ”*Veileder om kommunikasjon via tolk*” er lagt til grunn for arbeidet (Sjå også kap. 3.5.4 og brev av 16.02.2012)
- Lokale planar for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomførte som ledd i den nasjonale strategien på området. Den regionale handlingsplanen for redusert og rett bruk av tvang er lagt til grunn for arbeidet (jfr. styresak 124/11B).
- Pasientar i psykisk helsevern med mindre alvorlege ruslidingar bør få tilbod om behandling av ruslidinga same stad, eventuelt i samarbeid med TSB⁵.
- Det er sikra nødvendig behandlarkapasitet og kompetanse for barn og unge.
- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjonar med fastlege, i skulehelsetenesta, på helsestasjon, med barnevernet osv., også for pasientar som ikkje er tilvist til spesialisthelsetenesta.
- Rapportane frå Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB⁶ blir ferdigstilte våren 2012. Helse Vest RHF vil komme tilbake til oppfølginga av rapportane.
- Det blir gitt opplæring i, og tilbod om, eksponeringsterapi ved tvangslidingar.
- Kompetansen i ambulansetenesta dekkjer både ruslidingar, psykiske og somatiske lidningar.
- Det er auka merksemd på pasientar med narkolepsi, spesielt ved det regionale fagmiljøet for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.
- Deltek i eit utviklingsarbeid innan psykisk helsevern som Helse Vest RHF vil ta initiativ til for å styrkje samarbeidet og gjensidig læring mellom føretaka. Aktuelle tema er:
 - Oppfølging av samhandlingsreforma
 - Utvikling av barne- og ungdomspsykiatrien
 - Rekruttering og kompetanseutvikling
 - Benchmarking og faglege revisjonar

Styringsparameter (Helse Vest RHF nyttar Helsedirektoratet og NPR som datakjelde. Sjå vedlegg 3)

- Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne, fordelt på høvesvis DPS og sjukehus.
- Talet tvangsinnleggingar (tal per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet).

3.6.2 Habilitering og rehabilitering

Overordna mål:

- Tilboda innanfor habilitering og rehabilitering er relevante og tilstrekkelege. Det gjeld og institusjonsbaserte tilbod.
- Tilboda innanfor habilitering og rehabilitering er heilskaplege og koordinerte.

Mål 2012:

- Den medisinskfaglege kompetansen i habiliteringstenestene er styra.

⁵ ”Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser”, Helsedirektoratet 2011.

⁶ Dei tre aktuelle rapportane er: ”Ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk helsevern for barn og unge”, ”Kvalitet” og ”Hvordan gjøre pårørende til en ressurs?”.

- Det er sikra tilstrekkeleg kapasitet innanfor spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstenester til ulike grupper.
- Det er etablert tilbod til pasientar med sansetap.
- Faglege samarbeidsavtalar skal vere inngått med private rehabiliteringsinstitusjonar i eige opptaksområde, for å bidra til å utvikle kompetansen ved institusjonane og tenester i tråd med behova. Samarbeidsavtalene skal supplere avtalar inngått av Helse Vest og vurderingseininga.
- Det blir gitt gode medisinske opplysningar, ei grunngeving og eit mål for rehabiliteringsopphaldet i samband med tilvising frå sjukehusa til rehabiliteringsinstitusjonane.
- Informasjon om habilitering og rehabilitering frå dei koordinerande einingane i helseføretaka skal vere lett tilgjengelege.

3.6.3 Behandling av kronisk utmattingsyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Overordna mål:

- Tilbodet til pasientar med CFS/ME er adekvat med omsyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Mål 2012:

- Bidreg i regional gjennomgang av tilbodet til pasientar med CFS/ME med tanke på om tilbodet bør givast ved eitt eller fleire sjukehus i regionen, for å sikre adekvat kompetanse og formålstenleg ressursbruk. Det er etablert ambulante team i alle helseføretak
- Det er etablert regional poliklinikk. Helse Vest RHF vil komme tilbake til om dette skal bli etablert i eit eller fleire helseføretak.
- Det blir tilbydd lærings- og meistringskurs til pasientar med CFS/ME (sjå også kap.3.9)
- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetenesta.
- Eit nasjonalt klinisk multisenterstudie skal ha blitt satt i gong. Helse Vest RHF vil komme tilbake til dette (sjå kap. 3.8).

3.6.4 Barn og nyfødde som treng intensivbehandling

Overordna mål:

- Barn og nyfødde som treng intensivbehandling, får eit tilbod av god kvalitet på riktig behandlingnivå.

Mål 2012:

- Bidreg i ein gjennomgang av tilbodet i regionen til barn og nyfødde, som treng intensivbehandling, slik at adekvat kompetanse og formålstenleg ressursbruk blir sikra.

3.6.5 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordna mål:

- Det skal givast eit tilbod av god kvalitet til pasientar med invalidiserande kjeveleddsdysfunksjon (TMD)

Mål 2012:

- Det er sett i verk tiltak for å styrkje tilbodet om utgreiing og behandling av personar med invalidiserande kjeveleddsdisfunksjon

3.6.6 Beredskap og smittevern

Overordna mål:

- Tilstrekkeleg beredskap for å kunne handtere ulykker og katastrofar.
- Redusert risiko for helsetenesteassosierte infeksjonar
- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens
- Innsamla infeksjonsdata blir brukt aktivt i forbetningsarbeid, og dette arbeidet er forankra i leiinga ved kvart enkelt sjukehus/helseføretak.

Mål 2012:

- ”Regional plan for helsemessig og sosial beredskap (2012-2014)” er følgd opp i helseføretaka (jfr. styresak 141/11B).
- Beredskapsplanane i helseføretaka er oppdaterte og tilpassa, med utgangspunkt i erfaringane frå handteringane av terrorangrepet 22. juli 2011, andre tidlegare hendingar og den regionale beredskapsplanen.
- Smittevernplanar i helseføretaka er oppdatert og tilpassa, med utgangspunkt i ny regional smittevernplan
- Det er frå og med 1. september 2012 sett i verk kontinuerleg registrering av alle dei kirurgiske prosedyrane som inngår i NOIS, og som blir utførte på kvart enkelt sjukehus.
- Samarbeider med Helse Vest RHF, dei andre helseføretaka og Helsedirektoratet om innføringa av felles krisestøttesystem for føretaksgruppa i 2012.

3.6.7 Førebygging

Overordna mål:

- Betre ernæringsstatus hos pasientar i ernæringsmessig risiko
- Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskadar.
- Redusert bruk av tobakk hos pasientar.

Mål 2012:

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følgjer med pasienten når han/ho flytter til eit anna tenestnivå eller mellom behandlingseiningar
- Helseføretaka rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR
- Sjukehusa har etablert tilbod om tobakksavvenning i tråd med faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet.

Styringsparametrar: (Helse Vest RHF nyttar helseføretaka og NPR som datakjelde. Sjå vedlegg 3)

- Prosentdel helseføretak som rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR.
- Talet på sjukehus som har etablert tilbod om tobakksavvenning

3.6.8 Sjukleg overvekt

Overordna mål:

- Helseføretaka har eit samla ansvar for pasientar i opptaksområdet sitt, og det er etablert eit kirurgisk tilbod for pasientar med overvekt i alle helseføretak.

Mål for 2012:

- Alle tilvisingar av pasientar i eige opptaksområde går til det enkelte helseføretaket. Dette inneber at:
 - tilvisingane blir vurderte i tråd med prioriteringsforskrift og rettleiar
 - dei ulike behandlingalternativa (type kirurgisk behandling, livsstilsbehandling) blir vurdert for kvar pasient
 - det er rutinar for pasientar som må få eit livsstilstilbod i andre regionar i tillegg til oppfølging ved private rehabiliteringsinstitusjonar innanfor Helse Vest. Eit samarbeid med Vurderingseininga for rehabilitering må vurderast.

3.6.9 Andre styringskrav

Brystdiagnostikk

Overordna mål:

- Det er sikra lik rettighetsvurdering av tilvisingar knytt til brystdiagnostikk.

Mål for 2012

- Frå og med 01.09.12 er alle tilvisingar til brystdiagnostikk sendt til brystdiagnostisk senter i helseføretaka. Helse Vest vil ikkje kjøpe mammografiundersøkingar frå private røntgeninstitutt frå og med 01.09.12.

Donor

Mål for 2012:

- Det er felles praksis for dekning av innteksttap og utgifter for nyregivarar i tråd med anbefalingar
- Helseføretak med godkjent donorsjukehus har utnemnt ein person med særleg ansvar for ordninga
- Fagmiljøa samarbeider om informasjonsmateriell til pasientane og sikrar at pasientane får riktig informasjon med omsyn til langvarig tap av inntekt og NPE- ordninga.

3.7 Utdanning av helsepersonell

Overordna mål:

- Det er riktig kompetanse, tilstrekkeleg helsepersonell, god utvikling og utnytting av personellressursane.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring støttar opp under samhandlingsreforma
- Nødvendig etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka sikrar kvalitet og pasienttryggleik i tenestene.
- Praksis- og turnusordningar bidreg til at helseføretaka står fram som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplassar.

- Etablerte samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjonar er utnytta på ein god og kraftfull måte og i samsvar med utviklinga av tenestetilbodet.
- Det er god kvalitet i tilbodet og berekraftig utvikling med tanke på å utvikle og halde på medarbeidarar og sikre at det blir lagt eit godt grunnlag for framtidig rekruttering av arbeidskraftbehov i sektoren.

Mål 2012:

- Praksisopplæring i samarbeid med universitets- og høgskulesektoren og aktuelle kommunar er ivareteken og utvikla.
- Det er utvikla planar for etter- og vidareutdanning av medarbeidarar og leiarar i helseføretaka som bidreg til å løyse utfordringane i sektoren.
- Det er særskild merksemd på legestillingar som kan styrkje utviklinga av lokalsjukehus og samhandlinga med kommunane.
- Det blir lagt til rette for breiddekompetanse, særleg i dei mindre sjukehusa.
- Det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innan dei ulike spesialitetane.
- Det blir lagt til rette for effektive utdanningsløp for legespesialitetane.
- Fordeling av legestillingane mellom dei ulike spesialitetane er grundig vurdert.
- Etterleve krava i det lovbaserte legefordingssystemet og bidra til (implementering og) driftinga av systemet for forvaltning av legeheimlar.
- Utdanningskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien er styrka.
- Det blir gjennomført og lagt til rette tilstrekkeleg utviklingsløp for spesialsjukepleiarar og jordmødre som møter behova på kort og lang sikt
- Det er lagt til rette for å auke talet på læreplassar for elevar i vidaregåande opplæring, og etablere tilstrekkeleg mange eigne læreplassar innan helsefagarbeidarfaget og ambulansesarbeidarfaget.
- Ein utvikler og held på medarbeidarar, og sikrer at det blir lagt eit godt grunnlag for framtidig rekruttering
- Det er lagt til rette for praksisplasser for utdanningar som ikkje er etablerte i alle helseregionar.
 - Det er tilstrekkeleg mange turnusplassar for fysioterapistudentar, og sørgje for tilstrekkeleg mange praksisplassar av god kvalitet.
 - Det er gitt bidrag til Helsedirektoratet sitt arbeid med å skaffe betre oversikt og data over helsepersonellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetenesta framover.
 - Det er utvikla planar for etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka som bidreg til å løyse utfordringane i sektoren.
 - Kompetanseportalen blir tatt i bruk som et effektivt system for å kartlegge kompetanse, utviklingstiltak og å sette saman gode team.
- Kompetansen i samisk språk og kultur er tilstrekkeleg.
- Medverke i arbeid med mogleg omlegging av turnusteneste for legar inkludert å sette i verk tiltak hausten 2012, som kan hjelpe på kapasitetsutfordringar i dagens ordning.
- Bidra i eit regionalt arbeid med å analysere og leggje frem planar for framtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv (jfr. tilleggsdokument til Styringsdokument 2011).
- Utdanningskapasiteten og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert. (Sjå også kap. 6.6 Kreftbehandling).

- Dobbelkompetanseutdanning⁷ i psykologi er vidareført ved at kliniske stillingar er tilgjengelege i helseføretaka i samarbeid med universiteta.

3.8 Forsking og innovasjon

3.8.1 Forsking

Overordna mål:

- Omfanget av klinisk pasientretta forskning og helsetenesteforskning er av høg relevans og kvalitet er auka.
- Alle helseføretak og private institusjonar som har avtale med det regionale helseføretaket, og tek i mot hovudtyngda av finansieringa herifrå, har eigen forskingsaktivitet.
- Synleggjering og bruk av resultat, oppnådde gjennom forskning og innovasjon, er auka.
- Har god forskingsinfrastruktur for biobankar og for deltaking i kliniske multisenterstudium og translasjonsforskning.
- Nasjonalt og internasjonalt forskings- og innovasjonssamarbeid er auka.
- Norsk deltaking i det europeiske forskingsområdet, m.a. EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskingsprogram og europeiske forskingsinfrastrukturtiltak er auka.

Mål 2012:

- Det øyremerkte tilskotet til forskning i helseføretaka over kap. 732, post 78, som Helse Vest/Samarbeidsorganet tildeler helseføretaket, er handtert av helseføretaket og ikkje gjennom forskningsselskap.
- Det er sikra transparens og god dokumentasjon i handteringa av det øyremerkte tilskotet til forskning i helseføretaka.
- Helseføretaket har styrka eigen infrastruktur og forskning på biobankar gjennom deltaking i Biobank Norge
- Har medverka i interregional gjennomgang av dagens indikatorar for forskingsaktivitet i helseføretaka, og foreslått eventuelle endringar. Arbeidet skal bli leia av Helse Sør-Øst RHF, og er ferdig innan 30. september 2012. Det vil vere deltaking frå NIFU.
- Har medverka i interregionalt arbeid med utvikling av eit forslag til revidert instruks for samarbeid med universitet og høgskular. Departementet vil spesifisere oppdraget i eige brev. Arbeidet skal ha vore forankra i samarbeidsorgana mellom dei regionale helseføretaka og universitet og høgskular. Arbeidet vil bli leia av Helse Vest RHF.
- Helseføretaka har etablert meir effektive system for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseføretaka og rapportert i tråd med nye tidsfristar, jf. vedlegg 3.
- Helseføretaka har utarbeidd rutinar som sikrar at pasientar får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfelle kan brukast til forskning, og informasjon om retten til å reservere seg.

3.8.2 Innovasjon

Overordna mål:

- Auka forskingsbasert og behovsdriven innovasjon i helseføretaka.

⁷ Kombinert utdanning som omfattar både forskings- og klinisk kompetanse.

- Auka implementering av nye produkt, tenester, diagnostikk- og behandlingsmetodar, organisatoriske prosessar og løysingar som bidreg til auka kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og meir heilskaplege pasientforløp.
- Auka innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlege innkjøp, før-kommersielle avtalar og prosjekt med leverandørindustrien.

Mål for 2012:

- Satsinga på innovasjon i tråd med gjeldande tiltaksplanar og nye føringar som blir avklara i ei eiga formidling frå HOD er vidareført i helseføretaka
- Ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorar i helseføretaka er etablert i samarbeid med dei andre regionane og Cristin (Current Research Information System in Norway), (HSØ/UiO)

3.9 Opplæring av pasientar og pårørande

Overordna mål

- Det blir gitt 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.
- Pasientopplæringa bidreg til å gjere pasientane sjølvstendige slik at dei kan meistre eige liv.
- Opplæringa er ein integrert del av pasientforløpa
- Lærings- og meistringstiltak skjer i eit likeverdig samarbeid mellom brukarar og fagfolk.
- Det blir samarbeidd med kommunane om utvikling av lokale opplæringstiltak

Mål 2012

- Alle kurs for opplæring av pasientar og pårørande er registrert i den regionale kursdatabasen for pasientopplæring.
- Det skal vere lærings- og meistringstilbod til pasientar med syns- og høyrselshemming, inkludert høyreapparattilpassing.
- Det skal vere lærings- og meistringstilbod til pasientar med CFS/ME (sjå også kap.3.6.3).

4 Ressursgrunlaget

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

Til finansiering av Helse Fonna HF si verksemd i 2012, blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

INNETEKTSFORDELING 2012		Helse Fonna
Innsatsstyrt finansiering (inkl. dyre medisinar)		534 189
ISF-pasientar behandla i andre regionar		22 620
ISF-pasientar behandla for andre regionar		-2 827
SUM, ISF		553 981
SUM, basisramme fordelt etter modell		1 744 823
SUM, basisramme fordelt utanfor modell *)		237 765
Øyremerkta midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):		7 409
SUM, inntekt 2012 fordelt frå RHF		2 543 979
*) Spesifikasjon av postar utanfor modell		Helse Fonna
Inntektsramme Helse Vest RHF		
Internt lab-/røntgenoppgjer		-6 728
Styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenesta		7 038
Styrking av rusområdet samt overtaking av LAR		27 082
Styrking av rusområdet 2012, herunder styrking av LAR		1 618
Styrking bemanning psykiatri (psykiatrinøkkel)		2 675
Aktivitetsauke - styrking av basisramma 2010 (1,2%)		21 138
Aktivitetsauke poliklinikk - styrking av psykisk helsevern og rusområdet (2,5%)		1 889
Pensjonskostnad		147 864
Pensjon videreført frå RNB 2011		38 296
Samhandlingsreforma - Utskrivingsklare pasienter		-18 465
Samhandlingsreforma - Øyeblikkelig hjelp		-1 871
Tilskot til utdanning		6 652
Pasienttransport		6 888
Pasientreiser - transaksjonstunge oppgåver		1 678
Kjøp av gjesteplassar innan psykiatri		2 496
Pasienttransport - auka eigenbetaling		-1 677
Pasienttransport - fritak til 16 år		1 194
SUM, basisramme fordelt utanfor modell		237 765

Øyremerka midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):		
Kompensasjon for arbeidsgivaravgift	Kap. 732.70	6 680
Nasjonale kompetansetenester inkludert regionalt autismemiljø og regionalt fagmiljø ADHD (NY FORDELING)	Kap. 732.78	729
Sum øyremerka midlar frå HOD		7 409
SUM, tildelt inntekt 2012 frå RHF		
		2 543 979
Endring av inntektsramma til HF-a som følgje av gjestepasientoppgjjer:		
Kostnad, eksternt gj.pas.oppgjer		-45 239
Fakturering av gjestepasientar andre regionar		5 655
Kostnad, rus gjestepasientar		-4 180
Kostnad, kjøp av kurdøgnplassar		-3 473
Kostnad, kjøp frå Feiring, estimert		-7 454
SUM, inntektsramme i HF-a		2 489 287

Inntektene frå Helse Vest til helseføretaket er delte i to hovudkomponentar, inntekter innanfor inntektsmodell og inntekter utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsattsstyrt finansiering og basistilskot. Nedst i tabellen (skravert med grått) er det vist kostnader og inntekter knytt til eksternt gjestepasientoppgjjer. 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 2012. DRG-prisen er i statsbudsjettet sett til kr 38 209. Dette gir eit vederlag på kr 15 283,60 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 enten på pris per DRG-poeng, på DRG-poeng eller på annan måte dersom departementet finn grunn til å gjere dette på grunn av utilsikta verknader av systemet. Helse Vest vil vidareføre alle slike endringar og korreksjonar frå departementet.

Det er i budsjettoplegget lagt til rette for ein vekst i pasientbehandlinga på om lag 1,4 % på nasjonalt nivå frå 2011 til 2012. Overslaget for 2011 er ein prognose basert på aktivitet pr. første tertial 2011 for ISF og rekneskap pr. mai for poliklinisk aktivitet. Det er lagt til rette for ein vekst på 6,5 % frå overslag for 2011 til 2012 innanfor poliklinisk aktivitet som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorieverksemd og radiologi. I dette overslaget ligg det ein aktivitetsvekst på 0 % for refusjon av eigenbetalingar i samband med somatisk poliklinisk behandling, 6% innanfor vaksenpsykiatri/rusbehandling, 5% innanfor barne- og ungdomspsykiatri, 10% innanfor offentleg laboratorieverksemd og 7 % innanfor offentleg radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF ordninga er det lagt til rette for ein vekst på 1,1 % frå overslag for 2011 til 2012. Til fråtrekk i dette vekstoverslaget kjem auka pasientbehandling i kommunane som følgje av oppretting av nye tilbod knytt til samhandlingsreforma. Det er anslått til å utgjere om lag 0,8% av ISF aktiviteten.

Den generelle veksten i pasientbehandlinga er berekna på heile inntektsgrunnlaget til helseføretaka, og gjeld derfor all pasientbehandling innanfor somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Det er lagt til grunn ein gjennomsnittleg marginalkostnad på 80% for den auka aktiviteten.

Tilskot gjennom ISF-ordninga er ei overslagsløyving. Helse Vest har ved fastsetjing av overslagsløyvinga på ISF lagt til grunn prognose på DRG-produksjon ved rapporteringa pr. september justert opp med aktivitetsvekst. Aktivitetsveksten er fordelt ulikt på dei enkelte helseføretaka. For meir informasjon om fastsetting av DRG bestillinga for 2012 blir det vist til 136/11 B Inntektsfordeling 2012 og resultatkrav 2012.

Bestillinga på DRG-poeng for 2012 er fastsett til 36 247 poeng. Bestillinga fordeler seg på følgjande måte:

Berekning av bestilling 2012	Fonna
Prognose 2011 (DRG produksjon ege HF)	34 793
Aktivitetsvekst (SVG 0,66%, FON 0,44%, BGO 0,35% og FRD -1,04%)	159
Tilpassing av bestillinga til HOD	0
Bestilling 2012 - DRG-produksjon, eige HF, inkl. poliklinikk	34 952
Fråtrekk, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i annan region	-185
DRG-poeng, eigne pasientar behandla i andre regionar/private	1 480
Anslag, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i Helseregion Vest	36 247

Grunnlaget for a 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 å kontoutbetalinga i høve til den reelle produksjonsutviklinga. Dersom veksten i DRG-produksjonen er vesentleg høgare enn føresetnaden som departementet legg til grunn, vil ein auke utover dette nivået bli avrekna i samband med departementet si avrekning på ISF.

For poliklinisk verksemd får Helse Vest RHF dekkja delar av utgiftene frå HELFO 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 særleg vurdering, og kan ikkje fordelast etter dei same kriteria som er lagt 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 005/12 B Konsernbudsjett 2012.

Pensjonskostnader i gjestepasientoppgjeret

ISF-refusjonen er meint å dekkje om lag 40% av gjennomsnittlege kostnader eksklusive kapitalkostnader. Analyser av dekningsgraden til ISF-satsen viser at ISF refusjonen nå dekker om lag 34% av kostnadene og at basisramma dekkjer ein tilsvarende høgare del av kostnadene. Årsaka til denne utviklinga er at RHF-a har fått kompensert enkelte meirkostnadar gjennom auka basisramme, dette gjeld mellom anna auka pensjonskostnader og gjennomføring av ny nasjonal inntektsmodell. Helseføretaka skal ta omsyn til auka pensjonskostnadar i gjestepasientoppgjeret 2012, slik at dette i større grad reflekterer intensjonen om reell kostnadsdekning. Helse Vest vil komme tilbake til HF-a når det gjeld handteringa av dette punktet.

5 Økonomiske krav og rammevilkår

5.1 Resultatkrav for 2012

Resultatmålinga baserer seg på det rekneskapsmessige resultatet.

Helse Fonna skal i 2012 oppnå eit resultat minimum i balanse. Føretaket må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringar innanfor tilgjengeleg likviditet, og på ein måte som gir rom for tilstrekkeleg buffer for likviditet gjennom året.

5.2 Investeringar

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

Helseføretaka må styre og prioritere investeringsplanane sine innanfor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramme. Det blir her vist til styresak 087/11 Langtidsbudsjett 2012 – 2016.

Helseføretaka skal i samband med utarbeiding av neste 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 er i regi av departementet etablert system for kvalitetssikring for å sjå til at det er dei riktige investeringsprosjekta som blir vedteke gjennomført. I dette arbeidet skal minimum tre alternativ utgreiast. Det er her lagt til grunn at samfunnsmessige vurderingar m.a. konsekvensar for infrastruktur og miljø, blir teke omsyn til i desse vurderingane. Helsedirektoratet har utarbeida «revidert veileder for tidligfaseplanlegging i sjukehusprosjekt» og «veileder for sykehusprosjekters økonomiske bæreevne». Helseføretaka må legge til grunn dei føringar som er gitt i dei aktuelle rettleiingane.

Gjennomføring av investeringsplanar vil gi betydelege driftsmessige konsekvensar for føretaka. Dette gjeld både auka avskrivningar, 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 tilknytning 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 005/12 B har styret i Helse Vest RHF fastsett investeringsramma for 2012 til totalt kr 83 mill. Dersom resultatet for 2011 endrar seg vesentleg samanlikna med førebels rapportering, må det gjerast tilsvarende 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

For å legge til rette for meir overordna styring frå departementet med helseføretaka sine investeringar, er grensa for prosjekter som skal leggast fram for departementet sett til kr 500 mill.

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.

5.3 Låneopptak og driftskreditt

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

Helse- og omsorgsdepartementet kan tildele lån til store enkeltprosjekt basert på søknad frå Helse Vest RHF. Som hovudregel kan ein ikkje finansiere investeringar innan MTU, IKT og innleiande prosjektplanlegging ved hjelp av lån.

Helse Vest RHF har i starten av 2012 ei godkjent driftskredittramme på inntil 1 998 mill. kroner. Helse Vest har fordelt driftskredittramma på det enkelte helseføretak gjennom konsernkontosystemet. Helse Fonna si driftskredittramme er på kr 343 mill.

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

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

5.4 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. Vi viser til 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 utarbeid eigen mal for rapportering som skal nyttast av helseføretaka, jfr. kap. 9.

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 enkelte notar samt nasjonal rekneskapshandbok.

Helseføretaket skal rette seg etter og bruke utsendte rekneskapsmalar.

6 Organisatoriske krav

6.1 Samhandlingsreforma

Helse Vest RHF viser til omtale av samhandlingsreforma i kap. 3.5.5 Samhandlingsreforma, samt rettleiaren om lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunar og regionale helseføretak/ helseføretak.

Helseføretaka skal:

- Sikre at samhandlingsavtalene med kommunane blir dimensjonert slik at befolkninga sine behov for gode og heilskaplege helse- og omsorgstenester blir ivareteke, og at avtalane i tilstrekkeleg grad omfattar samarbeid om førebyggjande tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.
- Arbeide systematisk for å fremme folkehelsa og førebyggje sjukdom og skade i tråd med ny bestemming i spesialisthelsetenestelova § 2-1 a og følgjer opp den lovpålagte rettleiingsplikta overfor kommunane, jf. § 6-3 i spesialisthelsetenestelova.
- Arbeide for å styrke samhandlinga og stimulere til etablering av tilbod i kommunane, m.a. døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp, i tråd med føringane i kap. 3.5.5 Samhandlingsreforma og i tråd med regelverket for tilskot.
- Tilpasse tilbodet i helseføretaka i forhold til etableringa av nye tilbod i kommunane.
- Medverke til samhandling og tilrettelegging av tenester innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunane, slik at desse områda ikkje vert nedprioriterte.
- Styrke forskning og innovasjon for å understøtte heilskaplege og koordinerte tenester i tråd med måla med samhandlingsreforma, jf. Helse- og omsorgsdepartementet sin Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling.
- Jamleg rapportere på status i samhandlingsreforma. Rapporteringa skal omfatte både tenestetilbodet, kompetanse og økonomi.

6.2 Samhandling med Sjukehusapoteka Vest HF

Sjukehusapoteka Vest HF er eit helseføretak i føretaksgruppa Helse Vest RHF. Føretaket skal vere ein strategisk partner, og levere legemiddel og farmasifaglege tenester til sjukehusføretaka.

Prosjektet "Legemidler og pasientsikkerheit" (LOP) er eit prosjekt i regi av Helse Vest RHF som har som målsetting å trygge legemiddelbruken i Helse Vest gjennom ei rekkje aktivitetar. Helseføretaket må sikre at det stiller ressursar til rådighet til prosjektgruppene i LOP, samt følgjer opp dei vedtaka som blir tatt i prosjektet.

Helseføretaka skal:

- Samhandle med Sjukehusapoteka Vest HF for å etterleve og justere hovudavtalen og tilpasse lokale avtalar om farmasifaglege tenester og leveransar av legemiddel.
- Samhandle med Sjukehusapoteka Vest HF:
 - for å bidra til meir effektiv legemiddelforsyning og trygg legemiddelbruk
 - for å vidareutvikla prismodellen for varer og tenester
 - om leveranseløysingar og rådgjeving om legemiddelbruk som understøtter god sjukehusøkonomi, og dermed effektiviserer verdikjeda frå produsent til pasient
 - om å utvikle og etablere logistikk- og rådgjevingsløysingar som sikrar pasienttryggleik i vareleveransar, legemiddelhandtering og legemiddelbehandling i føretaket
 - om oppfølging av legemiddelbruken i føretaka gjennom leveranse av statistikk- og analyseverktøyet for legemiddelbruk.
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF om å bidra til betre heilskap på tvers av oppgåver og aktørar innan legemiddelhandtering for den enkelte pasient
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF om opplæring av både tilsette og pasientar på legemiddelområdet m.a. gjennom lærings- og meistringstilbod
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF i relevante forskings- og utviklingsprosjekt for å sikre gode data på behandlingseffekt av legemiddelbruk og graden av, og konsekvensar av, uønskte hendingar i legemiddelbehandlinga
- Sikre at utviklingsprosjekt som gir felles nytteverdi for sjukehusføretaket og Sjukehusapoteka Vest blir implementerte i drifta
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF i oppfølginga av Samhandlingsreforma

6.3 Intern kontroll og risikostyring

Det er også i 2011 avdekt fleire tilfelle av uheldige hendingar og systematiske avvik i tenesta. Helse Vest RHF viser til tidlegare stilte krav om å ha god intern kontroll og system for risikostyring for å førebyggje, forhindre og avdekke avvik. Styringssystema skal tilpassast risiko og det som er vesentleg i forhold til verksemdene sine målsettingar og ha nødvendig forankring i leiinga i heile organisasjonen. Det skal rapporterast om arbeidet i årleg melding.

Helseføretaka skal :

- Gjennomføre risikostyring i tråd med retningslinjene for risikostyring i Helse Vest.
- Følgje opp rapportar frå ulike tilsynsmyndigheiter systematisk, for å sikre at tiltak vert sette i verk og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn
- Følgje opp tilsynsnotat som grunnlag for læring sendt ut frå RHF-et til alle føretaka etter gjennomførte systemrevisjonar ved Helsetilsynet

- Følgje opp førespurnader frå Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheiter og svare innanfor dei fristane som er sette.
- rapportere månadleg til styra og til Helse Vest RHF på status i tilsynssaker
- Gjennomgå og lære av uønskte hendingar og meldingar i Synergi
- Ved omstilling av verksemda, ved innføring av ny teknologi og ved organisasjonsendringar gjennomføre risikovurderingar for kva for konsekvensar tiltaket vil ha, og for andre deler av verksemda og det samla tenestetilbodet for pasientane. Der det er risiko for uønskte hendingar skal det etablerast særlege rutinar for overvaking og førebyggjande tiltak for å redusere risiko.

Krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet

Helse Vest RHF viser til at det er avdekka svikt i det pasientadministrative arbeidet både ved interne revisjonar og tilsyn frå Helsetilsynet. Dert må utviklast betre metodar for å teste og overvake informasjonsflyten i elektronisk pasientjournal/pasientadministrative system med tanke på å avdekke systemsvikt. Arbeidet må følgjast opp med forbetringstiltak og rapportering til det regionale helseføretaket når avvik skjer. Arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutinar må følgjast opp med omsyn til organisasjons- og kompetanseutvikling. Arbeidet må ha sterk forankring i leiinga. Det skal gjerast greie for arbeidet i årleg melding.

Helseføretaka må:

- sikre at det er etablert metodar for å teste og overvake eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak vert sette i verk raskt
- følgje opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutinar med omsyn til organisasjons- og kompetanseutvikling

6.4 E-helse

Helseføretaka skal arbeide for ei framtidretta utvikling på e-helseområdet for å medverke til effektiv samhandling, betre ressursbruk, betre pasientsikring og kvalitetsheving i alle deler av behandlingsskjeda. Dette er viktig for å nå måla om heilskaplege helse- og omsorgstenester og ei sterkare pasient- og brukarrolle.

Helseføretaka skal saman med Helse Vest RHF, Helse Vest IKT AS og i samarbeid med Helsedirektoratet og dei andre regionale helseføretaka:

- leggje til rette for implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften
- leggje til rette for utbreiing av elektronisk resept i helseføretaka
- medverke i dei nasjonale prosjekta på e-helseområdet som m.a. helseportal, kjernejournal, elektroniske reseptar, nasjonalt standardiseringsarbeid, helse- og kvalitetsregistrene, automatisk frikort og arbeidet med felles løysing for folkeregisteropplysningar
- sikre at alle helseføretaka i regionen følgjer opp dei nasjonale tiltaka for elektronisk meldingsutveksling. Alle helseføretak skal i løpet av 2012 være førebudd for mottak av elektroniske tilvisingar frå primærhelsetenesta
- medverke i arbeidet med å utvikle ein standard for elektronisk tilvising med vedlegg mellom helseføretaka og pilotere denne
- medverke til å få på plass eit elektronisk system for å støtte innføringa av melding etter spesialisthelsetenestelova § 3-3

Dokumentasjon av medisinsk aktivitet i føretaka skal skje på helsefagleg grunnlag, og ikkje etter kva for inntekt som eventuelt blir generert. Helseføretaka må sørge for at rutinar, prosessar, opplæring og IKT-system bidreg til korrekt medisinsk koding i helseføretaka.

Test og overvaking

Helseføretaka skal:

- ha metodar, basert på felles regionale prosessar, for å teste og overvake eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak vert sette i verk raskt
- følgje opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutinar med omsyn til leiing, organisasjons- og kompetanseutvikling

6.5 Prosjekt og porteføljestyring

Føretaksgruppa bruker prosjekt- og porteføljestyring strategisk for å utvikle verksemda.

Helseføretaka må:

- vere aktive bidragsytarar i dei prosjekt og program som til ei kvar tid er gitt prioritet i porteføljen og vidareutvikle kompetanse innan portefølje, program og prosjektstyring for leiing og medarbeidarar
- etablere kompetanse og tilgjengelege ressursar innan kritiske område som verksemdarkitektur, endringsleiing og gevinstrealisering både for eigen bruk samt til å bidra i regionalt og nasjonalt prioriterte tiltak
- sikre eit godt mottaksapparat for nye teknologiske løysingar og sikre god leiarmessig forankring i samspelet mellom teknologi og forbetringar gjennom endringsleiing

6.6 Samhandling med Helse Vest IKT og utvikling av IKT/Teknologiområdet

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

Det skal frå helseføretaket si side leggjast vekt på å:

- Delta i etablerte strategiske og operasjonelle fora og bidra til samordning av infrastruktur og applikasjonar samt utvikling av IKT/teknologiområdet
- Bidra og delta i vidare utviklinga av systemeigarrolla, portefølje-, program- og prosjektprosessar
- Medverke og delta i utviklinga av programområde tilhøyrande prosjektporteføljen
- Samarbeide med Helse Vest IKT og Helse Vest RHF for aktivt å betre forståinga av rollar og korleis dei enkelte aktørane kan betre samarbeidsrelasjonane.
- Stille til disposisjon kompetanse og ressursar i føretaket innan dei program, prosjekt og forbetringar innan IKT/teknologi utvikling som blir gitt prioritet
- Styrke fokus på vidareutvikling av brukarkompetanse innan IKT/teknologiområdet

6.7 Tiltak på personalområdet

Helseføretaka skal delta aktivt i utviklinga av HR-området. I tillegg til dei krava som er stilte for 2012, skal helseføretaka levere og slutføre dei krava som blei stilte i styringsdokumenta for åra 2007-2011. Ny funksjonalitet i HR systema skal fortløpande implementerast. Det er ei rekkje områder som er omhandla i styringsdokumenta i perioden 2007 – 2012 som er langvarige utviklingsprosessar. Dette arbeidet skal halda fram. Helseføretaka skal bidra til vidareutvikling av HR området. Føretaksgruppa Helse Vest har i samarbeid utvikla løysingar for å støtta leiarar og medarbeidarar i deira kvardag. Ved inngangen til 2012 er det særskild viktig at helseføretaka:

- Sørgje for at medarbeidarane registrerer sine biverv i biervervsmodulen.
- Implementere NR-databasen, og vedlikehalde data som er registrert i NR-databasen.

6.7.1 Strategisk kompetansestyring

Helseføretaka i Helse Vest er viktige utdannings- og læringsarenaer. Det er avgjerande at helseføretaka har ein kultur der opplæring, tileigning av ny kunnskap og iverksetting av ny kunnskap blir ein naturleg del av kompetansesatsinga. Det er grunnlaget for å kunne utvikle og behalde dei kompetente og dyktige medarbeidarane som alt er i føretaka. Det er også grunnlaget for å kunne tiltrekkje seg nye dyktige medarbeidarar.

Helseføretaka skal:

- Planlegge og gjere tiltak for å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse, både på kort og lang sikt
- Bidra i utviklinga av området.
- Sikre at det blir ei god oppleving i møte med elevar og studentar. Dei første møta med elevar og studentar er viktige for opplevinga av helseføretaka som profesjonelle og attraktive arbeidsplassar.
- Samarbeide med høgskular/Universitet for å sikre rett dimensjonering og innhald av praksisplassar. Dimensjoneringa må vere i samsvar med føretaka sine moglegheit for rettleiing og oppfølging av studentar i grunn- og vidareutdanning.
- Leggje til rette for å auke talet på læreplassar for elevar i vidaregåande opplæring i helseføretaka. Både når det gjeld helsepersonell og andre yrkesgrupper som det er interessant å rekruttere frå.
- Vere lærebedrift og tilsette eigne lærlingar.
- Utvikle eigne rutinar for å ivareta og halde på lærlingar etter avslutta læretid. Føretaka må sikre at kompetansen som blir opparbeida, står i høve til dei behova som føretaka har.

6.7.2 Etisk rekruttering og gode rutinar for tilsetting

Føretaksgruppa Helse Vest rapporterer på kvaliteten i rekrutteringsprosessane. Det er viktig å dokumentere og registrere alle stega i ein rekrutteringsprosess for å kunne etablere den beste praksisen. Føretaksgruppa Helse Vest har etablert ein eigen mal for rekrutteringsprosessen, «Kvalitet i prosess», som er ei sjekklisse på elleve punkt. God dokumentasjon og moglegheita for å etterprøve prosessen er viktig for kvaliteten i rekrutteringsprosessen.

Helseføretaka skal:

- Bidra i utviklinga av området.

6.7.3 HR- og HMS-arbeidet

Arbeidet med å vidareutvikle nasjonale indikatorar på HR- og HMS-området vil halde fram i 2012.

Helseføretaka skal:

- Implementere og levere i tråd med dei nasjonale HR- og HMS-indikatorane etter kvart som dei blir satte i verk.

HMS er ei av bærebjelkane i føretaksgruppa Helse Vest. Det er viktig at helseføretaka har eit godt og fungerande HMS-system. Føretaksgruppa har som målsetting 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-leiarane og føretakshovudverneombod. Tilsette skal involvere seg i vernearbeidet. Ein skal gjennomføre regelmessige vernerundar. Leiar og verneombod skal saman planlegge korleis ein skal gjennomføre desse rundane, og korleis ein kan involvere fleire tilsette i dette arbeidet.

Helseføretaka skal:

- Sørge for at HMS-kartleggingar og undersøkingar skjer elektronisk, og gjennom dei IKT-løysingane som er tilgjengelege.
- Sørge for at det i alle einingar blir gjennomført enkle vernerundar med jamne mellomrom, i tråd med dei føringane som er gitt.

6.7.4 Leiarrolla

Dei regionale helseføretaka har utvikla eit eige program for leiarutvikling. I tillegg er det utarbeida nasjonale krav til leiaråttferd i helseføretaka.

Hovuddelen av leiarar er førstelineleiarar som står midt i den daglege drifta. Dei tek avgjerder som påverkar arbeidskvardagen til medarbeidarane våre, og pasientane sine opplevingar i møtet med helsetenesta. Leiaransvaret er ulikt på dei ulike nivåa av helseføretaka. Leiarar som er nær pasientbehandlinga møter særlege utfordringar. Dei skal ivareta den pasientnære drifta, personalbehandlinga, økonomistyringa og andre administrative rutinar. For at leiarane best mogleg skal kunne utøve oppgåvene sine innan alle desse områda, må helseføretaka definere rammene og ansvaret. Leiarane må ha eit gjensidig avklart og forstått ansvarsområde. Dei må ha tilgjengelege og velfungerande informasjonskjelder og støttetjenester.

Helseføretaka skal:

- Bidra i utviklingsarbeidet i «*Nasjonal lederutvikling i de regionale helseforetakene.*»
- Forankre nasjonal leiarplattform i eiga toppleing.
- Ta i bruk nasjonal leiarplattform som verktøy for leiing og for å rekruttere, følgje opp og utvikle leiarar. Leiarplattforma skal konkretisere verdiar, prinsipp, retningslinjer og krav til leiaråttferd i helseføretaka. Helseføretaka må gjere dei nødvendige tilpassingane til dei krava og utfordringane som leiarane i helseføretaka står ovanfor.

Lokale leiarprogram skal vektleggje leiarane si rolleforståing (horisontal og vertikal), kvalitetskrav, krav til pasientsikkerheit og krava til samhandlinga med kommunehelsetenesta.

- Sikre gode system for å velje kandidatar og leggje til rette for deira deltaking i det nasjonale programmet for leiarutvikling.
- Sikre gode system for deltaking i det felles lokale/ regionale leiarprogrammet.
- Sørgje for at den nasjonale leiarplattformen blir ferdigstilt innan utgangen av 2. tertial 2012 og inneheld plan for systematisk vidareutvikling og revidering.

Regionalt leiarprogram skal bevisstgjere leiarane om utfordringane i helsesektoren og forankre prioriteringar og vegval i Helse2020. Programmet skal styrke dialogen mellom toppleiarane i føretaksgruppa. Programmet er ein arena for drøfting og vidareutvikling av leiarpraksis der det er fokus på å skape god verksemdkultur.

Helseføretaka skal:

- Vere med på å vidareutvikle det felles regionale leiarprogrammet
- Sikre gode system for utvikling av framtidige leiarar på ulike nivå og samarbeide om å etablere felles leiarprogram i heile føretaksgruppa for å utnytta kunnskap og kapasitet på området.
- Delta aktivt i etablering av leiarhandbok

6.7.5 Faste stillingar og deltid

Helseføretaka skal føre ein ansvarleg arbeidsgivarpolitikk, som medverkar til gode og attraktive arbeidsplassar og god og riktig bruk av alle medarbeidarane.

Helseføretaka skal:

- Sørgje for at ein som hovudregel brukar faste heiltidsstillingar, og avgrensar bruken av midlertidige stillingar, deltidsstillingar og vikariat til eit nødvendig minimum
- Samarbeide med arbeidstakarorganisasjonane for å sikre at permisjonspraksis ikkje fører til unødvendige midlertidige tilsettingar.
- Fortsette arbeidet med å auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidsstillingar, og vidareføre arbeidet med å redusere delen av deltid og midlertidige tilsettingar, i samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane.
- Medverke til å gjere kjent og vidareutvikle systemet som gir oversikt over medarbeidarar i deltidsstilling som ønskjer større stillingsdel.
- I samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane, finne prosjekt eller gode tiltak som kan medverke til å auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidsstillingar og gi fleire heiltidsstillingar. Det blir mellom anna vist til avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide saman for fleire heiltidsstillingar.

6.7.6 Oppgåvedeling

For å sikre rett oppgåvedeling for dei oppgåvene som helseføretaka skal løyse, er det viktig å opne opp for ein lokal dialog kring oppgåvedeling i alle einingar. Oppgåvedelinga har dei siste åra endra samansettinga mellom yrkesgruppene.

Helseføretaka skal:

- Systematisk bidra til gjennomgang av oppgåvedelinga mellom ulike yrkesgrupper, utnytta handlingsrommet og sikra at oppgåvedelinga kan fornyast og vidareutviklast som del av ein framtidsretta og attraktiv arbeidsplass
- Etablere kompetanseplanar og oppgåvurdering i Kompetanseportalen

6.7.7 Arbeidsplanlegging

Det har gjennom dei siste åra skjedd mykje positivt med omsyn til betre arbeidsplanlegging. Aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging, der alle grupper er ein del av same plan, held fram som eit satsingsområde. Det er eit strategisk satsingsområde å få til betre samarbeidsplanlegging i og mellom dei ulike einingane som også blir sett i samanheng med god oppgåvedeling. I dette arbeidet må ein sikre godt samarbeid med tillitsvalde og verneteneste.

Helseføretaka skal:

- Innføre avansert oppgaveplanlegging og samarbeidsplanlegging.
- Ta i bruk nye modular i HR systema som blir stilt til disposisjon

6.7.8 Bruk av konsulentar og innleige

Eksterne konsulentar bør bli brukt på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet ut over det som er tilgjengeleg i eigen organisasjon, og for ein tidsavgrensa periode.

Helseføretaka skal:

- 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.
- Bruke Personalportalen ved innleige av helsepersonell og sikra at det er gjennomgåande dokumentasjon av all innleige, at innleidde helsepersonell vikarar blir planlagt og styrt i arbeidsplansystemet.

6.8 Eigedom.

Helsedirektoratet ga i desember 2011 ut revidert *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekt*. Revidert rettleiar legg til grunn at investeringsprosjekt skal forankrast i dei overordna strategiplanane til dei regionale helseføretaka og i helseføretaka sine utviklingsplanar.

Dei regionale helseføretaka blei i føretaksmøtet i januar 2010 bedne om å registrere sine sjukehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet som er utvikla av *Kompetansenettverket for sykehusplanlegging* med bakgrunn i måla i *Nasjonal helseplan*, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007).

Ei like eins registrering vil gi moglegheiter for å samanlikne kapasitet og areal og vil vere nyttig i den strategiske planlegginga på alle nivå. Databasen skal være strukturert og tilrettelagt for kopling mot andre datakjelder for informasjon om pasientbehandling, samt informasjon frå helseføretaka sine FDV (forvaltning, drift, vedlikehald)-system.

Bygga skal vere funksjonelle for pasientbehandlinga, og skal utviklast og tilpassast i tråd med endra behov. Helseføretaka skal arbeide med kontinuerleg forbetring av eigedomsforvaltninga for å oppnå effektiv arealbruk. Klassifikasjonssystemet for sjukehusbygg skal brukast for registrering og arealoversikt, og det skal avsettast nødvendige midlar til vedlikehald.

Det er i Helse2020 peika på at det er sentralt å sikre koordinerte arealplaner som reflekterer det samla arealbehovet i regionen. Med utgangspunkt i arealplanane i det enkelte helseføretak skal det utarbeidast ein regional arealplan med overordna utviklingsstrategiar.

I styringsdokumentet for 2010, pkt. 6.7.8. er helseføretaka som er omfatta av Landsverneplanen for helsesektoren (LVPH) pålagde å utarbeida forvaltningsplanar for alle bygg og eigedommar som er omfatta av verneklasse 1 og 2 i LVP innan utgangen av 2011. På grunn av forseinkingar i det sentrale arbeidet med å framskaffe tilbod på rådgiving innan kulturminnekompetanse knytt til arbeidet med forvaltningsplanar, er ikkje målet om ferdigstilling av arbeidet innan utgangen 2011 nådd. Helse- og omsorgsdepartementet og Riksantikvaren er innforstått med dette.

Helseføretaka skal:

- legge prinsipp og føringar i Helsedirektoratet sin Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekt til grunn i planprosessar. Revidert rettleiar legg m.a. til grunn at investeringsprosjekt skal forankrast i dei overordna strategiplanane til dei regionale helseføretaka og i helseføretaka sine utviklingsplanar.
- legge til rette for å kunne registre sjukehusbygga i ny nasjonal database for registrering av sjukehusbygg
- som ein del av økonomisk langtidsplan, inkludere plan for forbetring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporterast om status for arbeidet pr. 2. tertial 2012.
- ha utarbeidd ein arealplan som inneheld dei strategiske føringane det enkelte føretaket har som sine prioritatar, med ei forventa utbyggingstakt tilpassa føretaket si investeringsevne. Verksemdsplanen skal danne grunnlag for prioriteten
- vere aktiv bidragsytar i arbeidet med å utarbeide ein regional arealplan
- prioritere arbeidet med å utarbeida forvaltningsplanar for bygg og eigedommar som er omfatta av LVPH verneklasse 1 og 2 slik at arbeidet kan ferdigstillast innan utgangen av 2012.

6.9 Eigarpolitikken til regjeringa

Det blei lagt fram ny eigarmelding 1. april 2011 (Meld. St. 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap - norsk statlig eierskap i en global økonomi*). Hovudtrekka eigarpolitikken til regjeringa (www.eierpolitikk.no) er vidareført frå førre eigarmelding. Samtidig har regjeringa vidareutvikla og tydeleggjort eigarpolitikken særleg på fire område. Dette er meir fleksibilitet i eigarskapet, styrking av eigarforvaltninga, tydlegare krav til samfunnsansvar og nye retningsliner for tilsettingsvilkår for leiarar.

Helseføretaket skal:

- gjere seg kjent med krava som følgjer av eigarpolitikken til regjeringa
- vere kjent med krava til samfunnsansvar, særleg på områda menneskerettar, arbeidstakarrettar, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon
- ha retningsliner og rutinar for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell styring av verksemda
- medverke til moderasjon i leiarlønningane og vere kjent med og følgje retningslinene for tilsettingsvilkår for leiarar i statlege føretak og selskap fastsett 31. mars 2011
- vere kjent med Riksrevisjonen si undersøking av leiarlønn i Dokument 3:2 (2011-2012)

6.10 Landsdekkjande utbygging av nødnett

Helse Vest RHF viser til arbeidet med utbygging av første trinn av Nødnett og til at Stortinget den 9. juni 2011 vedtok ei landsomfattande utbygging. Helseføretaka må bidra i det vidare arbeidet.

Helseføretaka må:

- bidra, gjennom lokale førebuingar og deltaking i det regionale prosjektet, til at måla med innføringa av nytt digitalt nødnett i Noreg blir nådd.
- setje av nødvendig ressursar til nytt digitalt nødnett i helseføretaket.

Organiseringa av helsetenesta sitt delprosjekt i landsomfattande utbygging blir no vurdert. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme nærmare tilbake til føringar for oppgåvene til Helse Vest RHF når organiseringa er vedteke. Det gjeld både for utbygginga og for drifta av Nødnett i helsetenesta.

7 Andre styringskrav

7.1 Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)

- **Ulykkesskadar**

Kravet om rapportering på ulykkesskadar til NPR skal vere etterlevd jfr. tidlegare styringskrav.

Helseføretaka skal:

- lage ein tidsplan for gjennomføring av rapportering innan 1. mars 2012.

Samhandlingsreforma

Det er behov for meir kunnskap om samhandlinga mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. NPR har forbetra kodeverka for rapportering av tilvisande eining/eining det vert tilvist til.

Helseføretaka skal:

- Sørgje for at nye koder er tekne i bruk og at det blir rapportert i tråd med spesifikasjon.

- Sørgje for at utskrivingsklare pasientar innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling blir registrert og rapportert.

Ventetider radiologi

Det er behov for meir informasjon om ventetid til radiologiske undersøkingar på offentlege poliklinikkar og private røntgeninstitut.

Helseføretaka må:

- Sørgje for at offentlige poliklinikkar rapporterer ventetider til NPR frå 2013.

Andre krav

Helseføretaka må:

- Sikre at sjukehusa har rutinar for kvalitetssikring av data før rapportering til NPR.
- Sikre at det er mulig å identifisere behandlingsstad i rapporterte data. Dette er naudsynt mellom anna for å kunne presentere ventelistestatistikk og kvalitetsindikatorar på korrekt nivå.

7.2 Fritt sjukehusaval

Riksrevisjonen si undersøking av fritt sjukehusval tyder på at det er eit potensial for å redusere forskjellar i ventetider mellom sjukehus ved at fleire pasientar nyttar ordninga med fritt sjukehusval. Riksrevisjonen peikar og på at sjukehusa har etablert rutinar for å informere om moglegheita til å velje sjukehus, men at informasjonen ofte vektlegg avgrensingane i ordninga.

Helseføretaka må:

- Sikre at dei har sett i verk tiltak som sikrar at alle får informasjon og rettleiing om fritt sjukehusval. Informasjonen om fritt sjukehusval bør gis saman med at pasientane får opplyst når dei har timeavtale, slik at pasienten får eit grunnlag for å vurdere om det kan vere hensiktsmessig å nytte fritt sjukehusval.

7.3 Miljø- og klimatiltak

I styringsdokumentet for 2011 er aktivitetane som følgjer av det nasjonale samarbeidsprosjektet for miljø- og klimasaker omhandla. Desse aktivitetane må vidareførast i 2012.

Dessutan må det sørgjast for at:

- Helseføretaket er representert i den regionale miljøfaggruppa i Helse Vest og deltek i dette arbeidet i samsvar med mandatet som er fastsett for faggruppa.

7.4 Samordna kommunikasjon

Nasjonalt profilprogram blei revidert i 2011.

Helseføretaka skal:

- ta i bruk og rette seg etter det reviderte nasjonale profilprogrammet for helseføretaka som ligg føre.

- legge det nasjonale rammeverket for nettbasert kommunikasjon til grunn for arbeidet med utviklinga av Internett.

8 Analyse av styringsinformasjon

Helse Vest RHF vil i 2012 styrkje arbeidet med analyse og styringsinformasjon. I dette arbeidet vil ein leggje til rette for god samhandling mellom analyse- og styringsinformasjonsmiljøa i HF-a og RHF-et slik at dei samla ressursane i regionen blir utnytta best mogleg.

Styringsinformasjon og analysar skal understøtte leiinga si styring av verksemda. Viktige føresetnader for gode operative analysar er pålitelege styringsdata som kan koplatt på rett organisatorisk nivå

8.1 Forvaltning av organisasjonsstruktur

Det er i dag ulike organisasjonsstrukturar i dei administrative og medisinske fagsystema. Organisasjonsstrukturane blir nytta mellom anna til å bestemme fullmakter og til produksjon av styringsinformasjon. Endringar av ein organisasjonsstruktur i eitt system kan få utilsikta verknader. Føretaka må derfor gjere gode vurderingar av kva verknader endring i eitt system får før ein gjer ei endring. I tillegg må føretaka etablere gode prosesser for kartlegging av endringsbehov, godkjenning og gjennomføring av endring slik at ein får god styring med desse organisasjonsstrukturane. Forvaltning av Register over Einingar i SpesialistHelsetenesta, RESH-strukturar, er ei oppgåve som må sjåast i samheng med forvaltninga av organisasjonsstrukturane i dei enkelte fagsystema. Ansvar for oppdatering og vedlikehald av RESH må vere tydeleg plassert i føretaket. I dette forvaltningsansvaret ligg det at registrert basisinformasjon og organisasjonshierarki i RESH skal kvalitetssikrast, og at HF-a sikrar at dette blir vedlikehalde kontinuerlig i høve til den gjeldande organisasjonsstrukturen, nasjonale retningslinjer for registrering i RESH, og for føringar frå Helse Vest RHF.

8.2 Gjennomføring av KPP-pilot

Helse Vest skal delta med minst eit helseføretak i KPP-prosjekta Helsedirektoratet set i verk i samsvar med dei krav og fristar direktoratet set. Helse Vest ber om at Helse Fonna framleis deltar i dette prosjektet.

8.3 Drift, forvaltning, utvikling av datavarehusløyising

For å sikre ei god forvaltning av felles datavarehusløyising blir det i 2012 etablert fora for drift, forvaltning og utvikling (DFU-fora) for fagområde som er sentrale i datavarehusløyisinga. Kvart HF skal delta i kvart DFU-forum. Ei viktig oppgåve som ligg til DFU-foraa, er å gje råd om prioritering av vidareutvikling av datavarehusløyisinga. Endeleg prioritering av utviklingsløp vil skje i AD-møtet i samsvar med den vedtekne saksgangen.

9 Rapportering

Metodikk og struktur for rapportering

Det er gjennom arbeidet med heilskapleg styringsinformasjon lagt opp til gjennomgåande 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 2012 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. 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 2012 rapporterast etter følgjande tidsfristar som blir kommuniserte til helseføretaka i eige brev.

Den månadlege rapporteringa inneheld følgjande element:

- Økonomirapportering etter fastsett rapporteringsmal i datavarehuset.
- Rapportering av månadsverk, sjukefråver og deltidsstillingar etter fastsett rapporteringmal i datavarehuset.
- 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).
- Rapportering av tilsyn gjennomført i HF-a etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2)

Tertialrapportering

Etter kvart tertial skal det rapporterast på styringsdokumentet. Mal for denne rapporteringa vil bli utarbeidd av Helse Vest RHF.

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 Helsedirektoratet og NPR.

Rapportering til SSB og NPR

Helseføretaka skal i tillegg til den rapportering som Helse Vest stiller krav om, også sende rapportar til SSB og 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 2013.

Helseføretaka skal sende ei tilsvarende årleg melding til Helse Vest RHF. Fristen for årlig melding er 15. januar 2013. Denne meldinga skal inngå som underlag for Helse Vest RHF si melding til departementet. Det skal rapporterast på alle krav i styringsdokumentet. Det vil i løpet av 2012 bli sendt ut mal for årleg melding som HF-a skal bruke. I malen vil HF-a også bli bedt om å rapportere tiltak gjennomført for å oppnå måltala/måla for alle styringsparametre, sjå tabell 1 og 2 i vedlegg 3.

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 2013.

Rapport for bruk av middel og aktivitet

Ein understrekar at søknader og rapportar om bruk av øymerka 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 forskning skal gjennomførast etter same mal som rapporteringa for 2006. Rapporten skal sendast til NIFU STEP innan 1. april 2012.

10 Vedlegg

Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell

Vedlegg 2: Rapportering frå verksemda

Vedlegg 3: Oversikt over rapportering av styringsparametrar / indikatorar

Vedlegg 4: Oversikt over grenseverdiar