



Styringsdokument for Helse Stavanger 2013

Innhald

1	Innleiing	3
1.1	Generelt	3
1.2	Helse 2020	3
2	Hovudområde for styring og oppfølging i 2013.....	3
3	Helsefaglege styringsmål	5
3.1	Aktivitet.....	6
3.2	Satsingsområde 2013	6
3.2.1	Tilgjengelegheit og brukarorientering.....	6
3.2.2	Kvalitetsforbetring	7
3.2.3	Pasienttryggleik	9
3.2.4	System for innføring av nye metodar og ny teknologi.....	10
3.2.5	Samhandlingsreforma.....	10
3.2.6	Kreftbehandling.....	11
3.2.7	Behandling av hjerneslag	12
3.2.8	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og anna avhengigheitsbehandling	12
3.2.9	Psykisk helsevern	13
3.2.10	Habilitering og rehabilitering	14
3.2.11	Behandling av kronisk utmattingsyndrom / myalgisk encefalopati (CFS/ME)	15
3.2.12	Fødselsomsorg.....	15
3.2.13	Barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling	15
3.2.14	Kjeveledds-dysfunksjon	15
3.2.15	Livsstilsrelaterte tilstandar	16
3.2.16	Helseberedskap.....	16
3.2.17	Andre styringskrav	16
3.3	Utdanning av helsepersonell.....	17
3.4	Forsking og innovasjon	18
3.4.1	Forsking.....	18
3.4.2	Innovasjon	19
3.5	Opplæring av pasientar og pårørnde	19
4	Ressursgrunnlaget	19
5	Økonomiske krav og rammevilkår	22
5.1	Resultatkrav for 2013	22
5.2	Styring og oppfølging i 2013.....	22
5.3	Investeringar	23
5.4	Låneopptak og driftskreditt	24
5.4.1	Endringar i driftskredittramma 2012 med konsekvensar for 2013	24
5.4.2	Endring i driftskredittramma 2013	24
5.5	Rapporteringskrav økonomi	25
6	Organisatoriske krav	25
6.1	Informasjonsteknologi og digitale tenester (E-helse)	25
6.2	Tiltak på personalområdet	26
6.2.1	Strategisk kompetansestyring.....	26
6.2.2	Etisk rekruttering og gode rutinar for tilsetjing.....	27
6.2.3	HR- og HMS-arbeidet	27
6.2.4	Oppfølging av arbeidsmiljølova.....	27

6.2.5	Leiarrolla	27
6.2.6	Faste stillingar og deltid	28
6.2.7	Avansert oppgåvedeling og arbeidsplanlegging	28
6.2.8	Bruk av konsulentar og innleige.....	29
6.3	Vurdering av utvida opningstid for planlagd verksemd	29
6.4	Intern kontroll og risikostyring og krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet	29
6.5	Regjeringa sin eigarpolitikk.....	30
6.5.1	Mangfald og likestilling	30
6.5.2	Lønnsutviklinga i helseføretaka	30
6.6	Utvikling av nødmeldetenenesta	31
6.7	Barn som tolk.....	31
6.8	Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2.....	31
6.9	Samhandling med Sjukehusapoteka Vest HF.....	32
6.10	Samhandling med Helse Vest IKT og utvikling av IKT/ Teknologiområdet.....	32
6.11	Prosjekt og porteføljestyling.....	33
7	Andre styringskrav	33
7.1	Rapportering til Norsk pasientregister.....	33
7.2	System for innføring av ny teknologi og nye metodar i spesialisthelsetenenesta	33
7.3	Kjøp av helsetenester	34
8	Analyse og styringsinformasjon.....	34
8.1	Forvaltning av organisasjonsstruktur.....	34
8.2	Kvalitet i styringsinformasjonssystemet.....	34
8.3	Gjennomføring av KPP-pilot.....	35
9	Rapportering.....	35
9.1	Metodikk og struktur for rapportering	35
9.2	Månadsrapportering	35
9.3	Tertialrapportering	36
9.4	Rapportering til SSB og NPR.....	36
9.5	Årleg melding	36
9.6	Årsrekneskap	36
9.7	Rapport for bruk av midlar og aktivitet.....	37
10	Vedlegg	37

1 Innleiing

1.1 Generelt

Gjennom styringsdokumentet vil Helse Vest RHF gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2013. Styringsdokumentet skal klargjere dei premissane og rammene som gjeld for verksemda, og inneheld resultatkrava som blir stilte til helseføretaka.

Det er likevel ikkje slik at dei samla krava til helseføretaka går fram av styringsdokumentet. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som det skal leggjast vekt på, og som skal prioriterast. Desse oppgåvene må ein sjå i samanheng med dei måla, rammene og retningslinjene for helsetenesta som går fram av lov og forskrifter, Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument for 2013 til Helse Vest RHF og styringskrav frå eigaren formidla i føretaksmøtet i Helse Vest RHF.

1.2 Helse 2020

Helse 2020 blei etablert som overordna verksemdstrategi i 2007 og revidert i 2011. Strategien med tilhøyrande tiltaksområde er forankra i styra og har heile tida vore grunnlag for årlege prioriteringar og tiltak. Helse 2020 gjer greie for dei samla utfordringane og moglegheitene Helse Vest står overfor dei nærmaste åra, med tiltak som er tilpassa verksemda, og skal vere ein tenleg reiskap for ei kontinuerleg forbetring av helsetenestetilbodet til befolkninga i regionen. 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 innanfor spesialisthelsetenesta i regionen. Det er derfor grunnleggjande at visjonen, verdigrunnlaget og dei overordna målsetjingane er felles for heile helseføretaksgruppa.

Kvart helseføretak har eit sjølvstendig ansvar for at strategidokumentet blir gjort kjent i organisasjonen. Visjon, verdigrunnlag og målsetjingar 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 den overordna måloppnåinga. Vi vil understreke det ansvaret verksemdene har for å bidra til gjennomføring av tiltak som sikrar identifisering av gevinstområde og i neste omgang uthenting av desse gevinstane, slik at vi kan nå dei felles måla våre.

2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2013

Saman med det regionale helseføretaket forvaltar dei enkelte helseføretaka viktige samfunnsoppgåver og store ressursar på vegner av fellesskapet, og dei er viktige verksemder i det norske samfunnet. Helseføretaka har ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetenester, berekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlege helsetenester.

Styra i helseføretaka skal sjå til at samfunnsansvaret i vid forstand blir ivareteke, og at tiltak for å forbetre kvaliteten og pasienttryggleiken blir følgde opp. Styra skal vidare forsikre seg om at helseføretaket har ei leiing med rett kompetanse, og at det blir utvikla gode rutinar for å halde leiinga i helseføretaka ansvarleg for god drift av sjukehusa og god leiing av personalet.

Det er stor merksemd rundt spesialisthelsetenestetilbodet i heile landet. Saker bør følgjast opp av styreleiaren og den lokale leiinga, som har best kjennskap til sakene. Viktige saker skal leggjast fram for departementet. Det blir vist til endringane i § 30 i lov om helseforetak, der det blir presisert kva for saker som skal leggjast fram for departementet.

Kontroll av økonomien er viktig for å frigjere ressursar til investeringar, til forskning og til å styrkje kvaliteten i pasientbehandlninga. Helse Vest RHF er nøgd med det samla resultatet i føretaksgruppa for 2012. God økonomistyring og økonomioppfølgning er ein grunnleggande føresetnad for å nå dei måla som blir sette, og dette vil derfor framleis vere ei prioritert oppgåve. Helseføretaka har eit særleg ansvar for å sikre realistisk budsjettering og følgje opp rapporteringskrava til Helse Vest RHF, slik at planlagt investeringar kan gjennomførast i helseføretaket.

Helse Vest RHF vil i 2013 halde oppe den dialogen med helseføretaka som er etablert når det gjeld økonomistyring. Oppfølgingsmøta kvar månad mellom styreleiaren og den administrerande direktøren i Helse Vest RHF og helseføretaka vil halde fram. I tillegg vil Helse Vest RHF halde oppe ein tett dialog når det gjeld utvalde helsefaglege område og utvikling i bemanninga. For 2013 vil dette særleg gjelde fristbrot, ventetider/langtidsventande og korridorpatientar.

Det har over tid vore eit klart styringsmål for Helse Vest RHF å redusere ventetidene og unngå fristbrot. Helse Vest har registrert ei positiv utvikling når det gjeld desse styringsmåla. Måla er likevel ikkje nådde fullt ut, og det blir lagt til grunn at helseføretaka i 2013 følgjer opp Helse Vest sitt notat om ventetider og fristbrot, jf. pkt. 3.2.1, i arbeidet med desse saksområda. Helseføretaka skal ha utarbeidd og ha konkrete og gjennomførlege planar for å redusere ventetida og unngå fristbrot.

Det er eit mål at det ikkje skal vere korridorpatientar. Likevel er det framleis ein del korridorpatientar ved enkelte av helseføretaka. Helse Vest RHF vil i 2013 setje i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsetjinga om at det ikkje skal vere korridorpatientar, blir oppfylt.

Helseføretaka har ansvar for at sentrale pasientrettar blir ivaretekne, særleg for å etterleve innhaldet i prioriteringsforskrifta. Dette inneber blant anna å ha rutinar og praksis for mottak, registrering, medisinsk vurdering og vurdering av rett til tilvising. Pasientane må sikrast informasjon om rettane sine. Lovverket for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal følgjast, og fristbrot er ikkje i samsvar med forsvarleg pasientbehandling og skal ikkje skje.

Helse Vest RHF vil også i 2013 ha stor merksemd retta mot utviklingsarbeid innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Aktuelle tema er

- oppfølging av samhandlingsreforma og samarbeid mellom profesjonar, verksemdar og nivå
- kvalitet og innhald i tenestene
- 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 lagt 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 uønskte hendingar som fører til skade på pasientar, og byggje strukturar og ein kultur som borgar for god pasienttryggleik.

Helse Vest vil i samråd med helseføretaka lage ei målsetjing for reduksjon av pasientskadar og uønskte hendingar.

Regjeringa har tatt eit nasjonalt, heilskapleg grep om IKT-politikken, og det er investert i store prosjekt som legg grunnlag for ein einskapleg satsing. Føretaksgruppa har utarbeidd ein ny teknologiplan som gir retning for utvikling og bruk av teknologi og definerer ei rekke innsatsområde for å utvikle og forbetre verksemda. Ei brei satsing på IKT er avgjerande for at vi skal lykkast med dei oppgåvene vi er sett for å løyse.

Summert opp er det seks område Helse Vest vil følgje særleg opp i 2013:

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

I tillegg ber Helse Vest RHF om at helseføretaka har merksemd retta mot dei tiltaka som helse- og omsorgsministeren har peika på i sin tale til sjukehusa 30. januar 2013. Tiltaka, som alle er utforma for å gi pasientane eit betre tilbod er som følgjer:

- Lengre opningstid ved sjukehusa
- Arbeide for ein heiltidskultur og redusert bruk av deltid
- Betre oppgåvedeling mellom dei som arbeider ved sjukehusa
- Avvikle systemet med kvotefordeling av legestillingar
- Fjerne unødig rapportering
- Raskare diagnostisering ved alvorleg sjukdom
- Forsking, innovasjon og utprøving av ny teknologi
- Betre metodar for prioritering i sjukehusa
- Sterkare samordning på tvers av regionane
- Betre leiing ved norske sjukehus

3 Helsefaglege styringsmål

Oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF er utgangspunktet for dei helsefaglege oppdraga og styringsmåla. Oppdrag og styringsmål frå Helse- og omsorgsdepartementet er supplerte med

oppdrag og styringsmål for område som Helse Vest RHF vurderer som særleg utfordrande, område der rapportering tyder på at tidlegare mål ikkje er nådde, og oppfølging av vedtak i styremøtet i Helse Vest RHF.

Eit viktig grunnlag for det arbeidet som spesialisthelsetenesta utfører, er blant anna dei utgreiingane som blir gjorde 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 Aktivitet

Mål 2013:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillinga.
- 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. Det er ønskjeleg at føretaka vidarefører etablert aktivitet på 2012-nivå. Ny aktivitet kan etablerast, men må vere innanfor områda tverrfagleg behandling av muskel- og skjelettlidingar, psykiske lidingar/rusbehandling og ortopedisk kirurgi med kort rekonvalesenstid. Økonomisk støtte til prosjektkoordinator blir vidareført. Toppfinansiering av tiltak kan søkast der ordinær prosjektfinansiering ikkje er tilstrekkeleg.

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

- Tal på produserte DRG-poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

3.2 Satsingsområde 2013

3.2.1 Tilgjengelegheit og brukarorientering

Overordna mål:

- Pasientar, brukarar og pårørande opplever at dei blir ivaretekne, sett og høyrde.
- Pasientar og brukarar opplever god kvalitet og service.
- Pasientar, brukarar og pårørande kan delta aktivt i utforminga av eige behandlingstilbod og tenestetilbodet i verksemda¹.
- Tenestene er innretta etter behova til brukarane, både når det gjeld fysisk, kulturelt og språkleg tilgjengelegheit.
- Pasient- og brukaropplæring har større merksemd, blant anna ved likemannsarbeid og bruk av elektroniske verktøy.
- Pasientar og pårørande sine erfaringar blir brukte systematisk i kvalitetsforbetringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Helsepersonell har god kompetanse på kommunikasjon.
- Reduserte ventetider
- Ingen fristbrot
- God og forståeleg informasjon om fritt sjukehusval

¹ Ei nyttig nettside i dette arbeidet: www.pårørendeprogrammet.no

Mål 2013:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar. Helseføretaka legg til grunn notat om ventetider og fristbrot, behandla i direktørmøtet 5. november 2012 (sak 74/12), i arbeidet med desse saksområda.
- Alle medarbeidarar som vurderer elektive tilvisingar, skal ha gjennomgått e-læringskurs i dette emnet og bestått kursprøve.
- Resultat frå pasienterfaringsundersøkingar er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka, og aktivt følgde opp.
- Pasientar som skal igjennom omfattande utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta, har fått utarbeidd behandlingsplan. Planen skal dokumenterast i journal og beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkt for dei ulike delane av forløpet. Planen skal vere eit arbeidsdokument for pasientar og behandlarar, og skal bli revidert ved behov.
- Det er sett i verk tiltak for å gjere informasjonen til pasientar og pårørande om fritt sjukehusval god og forståeleg.
- Brukarane er involverte i planlegging og gjennomføring av pasienttryggleikskampanjen.
- Elektronisk verktøy² for undersøking av pasienterfaringar på lokalt nivå er teke i bruk.
- *Veileder om kommunikasjon via tolk*³ blir nytta som ledd i arbeidet med å sikre likeverdige og forsvarlege helsetenester til innvandrarakar, asylsøkjarakar og flyktningar.

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

- Gjennomsnittleg ventetid for behandla pasientar i spesialisthelsetenesta (mål: under 65 dagar)
- Prosentdel ventetider som er oppdatert siste 4 veker på nettsida fritt sjukehusval (mål: 100 %)
- Prosentdel fristbrot for rettspasientar (mål: 0 %)
- Brukarerfaringar for inneliggjande pasientar, som får behandling i somatiske sjukehus
- Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel

3.2.2 Kvalitetsforbetring

Overordna mål:

- Betre behandlingsresultat og auka overleving
- Mindre variasjon i praksis mellom sjukehus
- Leiinga på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasienttryggleik i tenesta innanfor sitt ansvarsområde og legg til rette for systematisk kvalitets- og pasienttryggleiksarbeid.
- Leiinga på alle nivå følgjer opp eigne resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar og arbeider aktivt for å forbetre desse resultatata.
- Sterke anbefalingar⁴ i nasjonale faglege retningslinjer er implementerte.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregister er etablerte og tekne i bruk innanfor viktige fagområde.
- Data frå lokale, regionale og nasjonale medisinske kvalitetsregister blir brukte til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbetringsarbeid. Dette inkluderer oppfølging av sentrale anbefalingar i nasjonale faglege retningslinjer.
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorar er tilfredsstillande.

² Elektronisk verktøy er utvikla i regi av Kvalitetssatsinga i Helse Vest i samarbeid med Kunnskapssenteret.

³ Sjå også e-læringskurset «Kommunikasjon via tolk i helsetjenesten» i Helse Vest sin Læringsportal.

⁴ Tilrådingar i nasjonale faglege retningslinjer er graderte etter styrken på kunnskapsgrunnlaget. Når tilrådingane er svake, er ønska til pasienten i større grad bestemmande for kva for tiltak ein vel.

Mål 2013:

Til alle helseføretak

- Tek del i kvalitetssatsinga i Helse Vest og Program for pasienttryggleik i Helse Vest, og bidrar med fagkompetanse og personellressursar
- Bidrar til at kunnskap frå prosjekta blir overført til ulike einingar i helseføretaket, og at kunnskap frå prosjekta blir implementert i drifta av helseføretaket
- Helseføretaka har utarbeidd planar for implementering av sterke anbefalingar i relevante nasjonale faglege retningslinjer (sjå fotnote 3).
- Det er god kvalitet i rapporteringa frå psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikrisane er sende ut innan sju dagar.
- Ingen korridorpatientar
- Faglege revisjonar og benchmarking mellom einingar og over føretaksgrenser blir brukt som metode for å utvikle fag og organisasjon.
- Rapporterer 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 nytta i tråd med formålet og nytta til å forbetre kvaliteten på pasientbehandlinga

Til Helse Bergen

- Nasjonale medisinske kvalitetsregister leverer offentleg tilgjengelege årsrapportar, baserte på ein felles mal.
- Utviklar, driftar og nyttar dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra som er lagt til Helse Bergen
- Bidra i nasjonalt arbeid med å etablere felles teknisk infrastruktur og nettverksstruktur for nasjonale register
- Arbeide for å sikre at dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra i regionen har implementert felles elektroniske innregistreringsløysingar, og at dei er tilgjengelege for alle som skal levere og bruke data i samsvar med formålet til registra
- Vidareutvikle rolla til Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forskning. Dette må sjåast i samanheng med nasjonalt samarbeid og samarbeid med Helse Vest IKT. Fagsenteret får ei særleg oppgåve i å hjelpe til med samhandlinga mellom kliniske miljø og IKT-miljø i utviklinga av velfungerande elektroniske system for kvalitetsregistra.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Helsedirektoratet og NPR som datakjelder, sjå også vedlegg 3):

- 30-dagars overleving etter innlegging for lårhalsbrot (datakjelde: Helsedirektoratet)
- 30-dagars overleving etter innlegging for hjarteinfarkt (datakjelde: Helsedirektoratet)
- 30-dagars overleving etter innlegging for hjerneslag (datakjelde: Helsedirektoratet)
- 30-dagars risikjustert totaloverleving (datakjelde: Helsedirektoratet)
- Prosentdel epikrisar som er sende ut innan sju dagar (mål: 100 %) (datakjelde NPR)
- Prosentdel korridorpatientar ved somatiske sjukehus (mål: 0 %) (datakjelde: Helsedirektoratet)
- Registrering av lovgrunnlag for psykisk helsevern for vaksne (mål: 100 %) (datakjelde NPR)

3.2.3 Pasienttryggleik

Overordna mål:

- Færre infeksjonar påførte i samband med sjukehusopphald
- Tryggare legemiddelbruk
- Færre fall og trykksår
- Open haldning om uønskte hendingar
- Større del av uønskte hendingar blir melde
- Uønskte hendingar blir brukte aktivt til læring og forbetring.
- Leiinga på alle nivå sikrar velfungerande system for melding og handtering av uønskte hendingar.
- Tilsette opplever det trygt å melde, og meldingane blir følgde opp med årsaksanalysar og tiltak ut frå eit system- og læringsperspektiv.
- Pasientar og pårørande blir involverte i pasienttryggleiksarbeid, og det er etablert gode rutinar for oppfølging av pasientar og pårørande som opplever skade.
- Rett og oppdatert informasjon om sjukehistorie, funn og undersøkingar (f.eks. laboratorieprøver og røntgenundersøkingar) er tilgjengelege til kvar tid.
- Informasjon om pasienten sin legemiddelbruk er elektronisk tilgjengeleg.

Mål 2013:

- Helseføretaka har på alle sjukehus implementert dei tiltakspakkane i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen «I trygge hender» som er relevante for pasientgruppene dei behandlar, og rapporterer egne resultat.
- Helseføretaka bidrar med å utvikle realistiske og formålstenlege mål og tiltak som kan takast inn i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen.
- Helseføretaka set i verk tiltak for å følgje opp egne resultat i dei ulike tiltaka i pasienttryggleikskampanjen, inklusive kartlegginga av pasienttryggleikskulturen.
- Det skal tidleg i 2014 gjerast ein ny måling av pasienttryggleikskulturen. Helseføretaka skal saman med tillitsvalde og vernetenesta førebu denne undersøkinga, slik at resultatata kan analyserast på post-/poliklinikknivå⁵.
- Helseføretaka set i verk tiltak for å følgje opp tilsynsrapportar og egne meldingar til Kunnskapssenteret.
- Helseføretaka legg på eigna måte ut informasjon om melde § 3-3-hendingar⁶, og om egne resultat frå journalundersøkingar.
- Helseføretaka har utarbeidd planar for opplæring i bruk av pasientadministrative system.
- Legemiddelliste skal følgje med alle pasientar ut frå sjukehus etter innleggingar.
- Endringar i legemiddelbruken blir poengtert og gjort greie for i epikrisane.
- Sjekkliste for trygg kirurgi blir brukt ved alle relevante operasjonar.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta som datakjelde, sjå vedlegg 3):

- Prosentdelen sjukehus som har gjennomført journalundersøking etter Global Trigger Tool (GTT) metoden, i tråd med føringane i pasienttryggleikskampanjen (mål: 100 %)

⁵ Med post-/poliklinikknivå er det meint behandlingseiningar på teamnivå med rundt 20–30 og opp mot 100 medarbeidarar.

⁶ Helseinstitusjonar som omfattast av spesialisthelsetenesteloven har etter lov § 3-3 ei plikt til å melde om betydeleg personskaade på pasient som følgje av helseteneste eller ved at en pasientar skader ein annan. Det skal også meldast frå om hendingar som kunne ha ført til betydeleg personskaade. Meldingane skal frå 1. juli 2012 sendast til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

- Prevalens av sjukehusinfeksjonar

3.2.4 System for innføring av nye metodar og ny teknologi

Overordna mål:

- Etablere ein einskapleg og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metodar og ny teknologi, i tråd med nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta

Mål 2013:

- Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utføring av mini-metodevurderingar.
- Mini-metodevurderingar (mini-HTA⁷) er lagt til grunn når nye metodar skal takast i bruk i helseføretaka.
- Helseføretaka bidrar i arbeidet med å etablere og drive dei regionale helseføretaka sitt forum for å prioritere mellom metodevurderingar som er aktuelle for nasjonalt nivå. Arbeidet er eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka, Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.
- Helseføretaka bidrar i det regionale helseføretaket si deltaking i den nasjonale arbeidsgruppa for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetenesta.

Styringsparametrar:

- Talet på gjennomførte mini-metodevurderingar som er sende til Kunnskapssenterets database

3.2.5 Samhandlingsreforma

Overordna mål:

- Det er etablert og vidareutvikla effektive og lokale behandlingstilbod i samarbeid med kommunane, blant anna lokalmedisinske senter.
- Med bakgrunn i dei lovpålagt avtalane mellom kommunar og helseføretak, er det etablert heilskaplege pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseføretak og kommunar.
- Det er etablert funksjonar og tenester som støttar opp om kommunane sitt behov for støtte og rettleiing, slik at dei kan yte primærhelsetenester i samsvar med lov, forskrifter og inngåtte avtalar.

Mål 2013:

- Det er utarbeidd planar for desentralisering av spesialisthelsetenester i dialog med kommunane.
- Helseføretaka samarbeider med kommunane om etablering av døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Helseføretaka har gjort sitt til at nye døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehusa. Sjå Helsedirektoratet sin rettleiar om kommunane si plikt til døgntilbod om øyeblikkelig hjelp.
- Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetenester bør samlokaliseras med det nye kommunale tilbodet.

⁷ HTA står for Health Technology Assessment. Det er eit støtteverktøy når ein skal ta avgjerder som gjeld innføring av nye metodar i sjukehus.

- Det er sikra at ordninga med betaling for utskrivingsklare pasientar ikkje har endra vurderinga av når ein pasient er utskrivingsklar.
- Det er eit nært samarbeid mellom helseføretaka og Helse Vest RHF om utvikling av tenestetilbodet, i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma, jf. regionalt prosjekt.

3.2.6 Kreftbehandling

Overordna mål:

- Nasjonal kreftstrategi (2013–2017) er lagd til grunn for utvikling av tenestetilbodet til kreftpasientar.
- 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 av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre einingar (f.eks. spesialisert kreftkirurgi), og desentralisering av tilbod som kan givast nær pasienten med god kvalitet
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasientar

Mål 2013:

- Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utgreiing og redusere flaskehalsar i forløpa for kreftpasientar.
- 80 % av kreftpasientane har oppfølging innanfor anbefalte forløpstider:
 - 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 behandlinga er starta
- Helseføretaka legg til grunn notat om kreftforløp, behandla i direktørmøtet 5. november 2012 (sak 74/12), i arbeidet med desse saksområda.
- Det er sett i verk tiltak for å forbetre informasjonen til kreftpasientar og koordinere pasientforløpa. Pasientar som skal igjennom ei komplisert utgreiing, har ein koordinator (som kan vere kontaktpersonen) som sikrar rask og samordna framdrift fram til behandlingsstart.
- Det er bygd opp robuste fagmiljø med auka kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.
- Det er etablert fleire tilbod for pasientopplæring, likemannsarbeid og meistring. Pusterom⁸ og vardesenter⁹ er også aktuelt.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde, sjå vedlegg 3):

- Prosentdel pasientar med tjukkarmskreft 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 %)

⁸ Lågterskel trenings- og aktivitetssentra for kreftpasientar i sjukehusa

⁹ Vardesenter er ein arena og møteplass for kreftramma og pårørande. Frivillige er ein viktig del.

3.2.7 Behandling av hjerneslag

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag, i tråd med nasjonale faglege retningslinjer
- Alle pasientar med akutt hjerneslag blir behandla i slageining.
- Fleire pasientar med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Auka kunnskap blant fagpersonell, pasientar og pårørande om symptoma ved akutt hjerneslag
- Små sjukehus som tek imot pasientar med akutt hjerneslag til akutt diagnostikk og ev. trombolysbehandling, nyttar teleslag.
- Tidleg støtta utskriving (ESD)¹⁰ er vurdert for pasientar både ved slageiningar og ved rehabiliteringsavdelingar, jf. nasjonale retningslinjer.

Mål 2013:

- Den regionale planen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag ligg til grunn for vidare utvikling av slagbehandlingstilbodet i helseføretaka, jf. brev datert 26.06.12.
- Det er utarbeidd gode og effektive standardiserte pasientforløp, som sikrar kontinuitet og kvalitet i alle fasar av slagbehandlingsskjeda. «Forløpshandboka»¹¹ bør nyttast som rettleiar. Den regionale planen er lagd til grunn for dette arbeidet.
- Minst 20 % av pasientane under 80 år med hjerneinfarkt har fått trombolyse.
- Det er sett i verk felles regionale informasjonstiltak for å gjere helse- og omsorgstenesta og befolkninga merksam på symptoma ved akutt hjerneslag.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde, sjå også vedlegg 3):

- Prosentdel pasientar under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling

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

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering til pasientar/brukarar med rus og andre avhengigheitslidingar. Jf. Helsedirektoratet sitt oppdrag om å samanlikne kvalitet og kostnader for offentlege og private rusinstitusjonar.
- Distriktspsykiatriske senter er lagt til grunn som nøkkelstruktur for vidare utvikling av spesialisthelsetenester ved rus og avhengigheitslidingar, der lokale forhold tilseier det.
- Fleire pasientar fullfører tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Dei private institusjonane som har avtale med regionale helseføretak, er inkluderte i fagutviklingsarbeid og planprosessar.
- Etablering av gode rutinar for samarbeid med kommunen for pasientar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling, ved behandlingsavbrot og etter utskriving, og dessutan rutinar for raskt reinntak i tverrfagleg spesialisert rusbehandling ved behandlingsavbrot dersom pasienten ønskjer det

¹⁰ ESD = Early Supported Discharge. ESD inneber utskriving frå institusjon til eigen heim så tidleg som det kan gjennomførast på ein forsvarleg måte, kombinert med oppfølging av tverrfagleg ambulant team som går ut frå spesialisthelsetenesta, og tverrfagleg rehabilitering i førstelinjetenesta.

¹¹ «Forløpshandboka» er utarbeidd som ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest. Sjå: http://www.helse-vest.no/fagfolk/kvalitet/Documents/02Pasientfokus/Handbok_i_standardiserte_pasientforlop.pdf

- Auka merksemd mot og kompetanse i behandling av pasientar med skadar og avhengigheit av anabole androgene steroid
- Ivareta det sosialfaglege aspektet innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling
- Sikre eit godt tilbod på institusjonar for rusavhengige som har rusfridom som mål
- God kapasitetsutnytting og god informasjonsutveksling om kapasitet innanfor TSB i regionen

Mål 2013:

- Bidra i ein gjennomgang av den samla kapasiteten, med vurdering av om det er behov for å auke kapasiteten på feltet ytterlegare, bl.a. langtidsplassar drivne av private ideelle organisasjonar
- God utnytting av eksisterande kapasitet, bl.a. ved registrering i programmet «Ledig Plass»¹²
- Styrking av kunnskapen om førebygging av rusmiddelskadar hos barn
- Etablere tilbod om brukarstyrte plassar innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling
- Etablere system ved somatiske avdelingar for å fange opp pasientar med underliggjande rusproblem og eventuelt vise desse vidare til tverrfagleg spesialisert rusbehandling
- Etablere tilbod om lågterskel-LAR for den mest hjelpetrengjande gruppa av opiatavhengige med samansette sjukdommar i samarbeid med kommunen
- Bidra i planlegging av eit lågterskeltiltak/familieambulatorium¹³ i regionen, for å ivareta langsiktig oppfølging av familiar med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling
- Gjennomføre brukarundersøkingar innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling i alle helseføretak
- Ta del i arbeidet med revidering av regional plan for TSB

3.2.9 Psykisk helsevern

Overordna mål:

- Fullføre omstillinga innanfor psykisk helsevern, slik at DPS blir sett i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjonar, bl.a. akutfunksjonar gjennom døgnet
- Vurdere å samlokalisere akuttavdelingar og spesialfunksjonar, for eksempel alderspsykiatri og spiseforstyrningar, med somatiske sjukehus
- 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. tryggleiksavdelingar, lukka akuttavdelingar og enkelte avgrensa spesialfunksjonar.
- Psykisk helsevern er i størst mogleg grad basert på frivillig medverknad (reduert bruk av tvang). Det blir lagt til rette for frivillige og brukarstyrte tilbod, blant anna legemiddelfrie behandlingstilbod for pasientar som ønskjer det.
- Psykisk helsevern har eit ansvar for behandling og oppfølging av personar med samtidig ruslidingar og psykiske lidingar – ROP-lidingar¹⁴.

¹² «Ledig Plass» er eit program der ledig kapasitet i døgnavdelingar blir registrert. «Ledig Plass» skal gi betre oversikt over ledige plassar, slik at kapasiteten kan bli betre utnytta. Skal nyttast av vurderingseiningar og døgnavdelingar.

¹³ Familieambulatoriet er ei tverrfagleg eining for spesialisert svangerskapsomsorg for gravide med rusmiddelproblem og for barn som har vore eksponerte for rusmiddel i fosterlivet.

- Auka merksemd når det gjeld kapasitet og kompetanse for å ivareta småbarnsgruppa 0–7 år innanfor psykisk helsevern for barn og unge.

Mål 2013:

- Omstillinga av psykisk helsevern held fram i tråd med regional plan og nasjonale overordna føringar. Dette gjeld m.a. vidare utvikling av DPS, utvikling og spissing av sjukehusfunksjonane og overføring av ressursar frå sjukehus til DPS.
- Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjonar der lokale forhold gjer det nødvendig.
- Alle DPS har etablert ambulante funksjonar der legar og psykologar er med.
- Prosentdel tvangsinnleggingar er redusert med 5 %, i samarbeid med dei kommunale tenestene.
- Prosentdel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.
- Pasientar i psykisk helsevern med mindre alvorlege ruslidingar bør få tilbod om behandling av ruslidinga same staden, eventuelt i samarbeid med TSB (sjå fotnote 8).
- Lokale brukarundersøkingar er gjennomført ved hjelp av elektronisk verktøy utvikla i regi av Kvalitetssatsinga i Helse Vest¹⁵.
- Småbarnsgruppa 0–7 år utgjer 20 prosent av dei behandla pasientane innanfor Psykisk helsevern for barn og unge (i samsvar med *Regional plan for psykisk helse 2011–2015*).

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar helseføretaka, gjennom verksemdsrapportering, Helsedirektoratet og NPR som datakjelder, sjå vedlegg 3):

- Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne, fordelt på høvesvis DPS og sjukehus
- Prosentdel DPS som dekkjer akuttberedskap utover normal arbeidstid
- Registrering av lovgrunnlag om psykisk helsevern for vaksne
- Prosentdel tvangsinnleggingar (talet per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet)
- Prosentdel tvangsbehandlingstiltak (talet per 100 000 innbyggjarar > 18 år)
- Prosentdel reinnleggingar innan 30 dagar for pasientar med schizofreni

3.2.10 Habilitering og rehabilitering

Overordna mål:

- Tilboda til barn, unge og vaksne som har behov for habiliterings-/rehabiliteringsretta tiltak, er tilstrekkelege og relevante.
- Det er sikra nødvendig kompetanse i tenestene, inkludert legetenester.
- Habiliterings-/rehabiliteringstilboda til kvar enkelt brukar/pasient er heilskaplege og koordinerte.
- Det er etablert godt samarbeid og rettleiing mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta på habiliterings-/rehabiliteringsområdet.

Mål 2013:

- Det er sikra tilstrekkeleg kapasitet innanfor spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstenester til ulike grupper.
- Helseføretaka har lagt Helsedirektoratet sin modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn for det vidare arbeidet på rehabiliteringsfeltet.

¹⁴ «Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser», Helsedirektoratet 2011

¹⁵ Utvikling av verktøy er gjort i samarbeid med Kunnskapsenteret.

- Tilvising frå sjukehusa til rehabiliteringsinstitusjonane inneheld alle relevante medisinske opplysningar, ei grunngiving og eit mål for rehabiliteringsopphaldet.

Til Helse Fonna

- 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. Samarbeidsavtalane skal supplere avtalar inngått av Helse Vest og vurderingseininga.

3.2.11 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 2013:

- Det er sett i verk tiltak for å styrkje kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

3.2.12 Fødselsomsorg

Overordna mål:

- Fødselsomsorga er av høg kvalitet, og kvalitetskrava for fødeinstitusjonar er oppfylt.

Mål 2013:

- Kvalitetskrava for fødeinstitusjonar er gjennomgått og implementert.
- Redusert prosentdel fødselsrifter

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Helsedirektoratet og Medisinsk fødselsregister som datakjelder, sjå vedlegg 3):

- Prosentdel pasientar med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4
- Prosentdel forløyisingar utførte ved keisarsnitt totalt, og prosentdel keisarsnitt utførte som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt)

3.2.13 Barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling

Mål 2013:

- Det er god kompetanse i helseføretaka og gode rutinar for å ta vare på barn som kan ha vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling.

3.2.14 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordna mål:

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

Mål 2013:

- Det er gitt behandlingstilbod til pasientar med alvorleg kjeveleddsdysfunksjon, som er vurderte og utgreidde ved det tverrfaglege tilbodet etablert i Helse Bergen HF.

3.2.15 Livsstilsrelaterte tilstandar

Overordna mål:

- Bete ernæringsstatus hos pasientar i ernæringsmessig risiko
- Tilstrekkeleg kapasitet for kirurgisk behandling av sjukleg overvekt
- God kunnskap om skadar og ulykker som kan førebyggjast

Mål 2013:

- Helseføretaka rapporterer data om skadar og ulykker til NPR.
- Helseføretaka har etablert ein overordna ernæringsstrategi i tråd med anbefalingar i faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet og *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet 2012).
- Auka kapasitet for kirurgi mot sjukleg overvekt

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar helseføretaka og NPR som datakjelder, sjå vedlegg 3):

- Prosentdel helseføretak som rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR
- Prosentdel helseføretak som har utarbeidd ernæringsstrategi

3.2.16 Helseberedskap

Overordna mål:

- Helseføretaka har oppdaterte og innøvde beredskapsplanar med system for å førebyggje hendingar, oppdage og varsle hendingar, og system for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Systema skal vere koordinerte mellom dei aktuelle partane.

Mål 2013:

- Med utgangspunkt i evalueringsrapportane etter terrorangrepet 22. juli 2011, regional beredskapsplan og erfaringar frå øvingar og hendingar har helseføretaka oppdatert og gjort nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane sine.
- Det er teke initiativ til felles trening og øvingar med andre nødetatar og frivillige organisasjonar.
- Samarbeider med Helse Vest RHF og dei andre helseføretaka om innføring av virtuelt AMK i 2013.

3.2.17 Andre styringskrav

Regional plan for kirurgi

Mål 2013:

- Helseføretaka skal implementere regional plan for kirurgi når denne planen ligg føre våren 2013.

Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft

Mål 2013:

- Helseføretaka skal implementere Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft når denne planen ligg føre vinteren/våren 2013.

3.3 Utdanning av helsepersonell

Overordna mål:

- Rett kompetanse på rett plass, tilstrekkeleg helsepersonell og god utnytting av personellressursane
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støttar opp under samhandlingsreforma
- Etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka som sikrar kvalitet og pasienttryggleik i tenestene
- Praksis- og turnusordningar som bidrar 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.
- God kvalitet i tilbodet og berekraftig utvikling med tanke på å utvikle og halde på kompetente medarbeidarar som sektoren har behov for på kort og lang sikt, og sikre at det blir lagt eit godt grunnlag for framtidig rekruttering av arbeidskraftbehov i sektoren
- Helse Vest skal vere ein attraktiv, utviklande og lærande arbeidsplass. Vi skal tiltrekkje oss kompetente medarbeidarar, halde på medarbeidarane og utvikle dei i tråd med dei behova regionen har.

Mål 2013:

- Rask og effektiv tilsetjingsprosess for turnuslegar i samarbeid med aktuelle kommunar
- Talet på turnusplassar for fysioterapeutar er auka, jf. kap. 732, post 70 Særskilde tilskott (turnusteneste i sjukehus for legar og fysioterapeutar).
- Kunnskap om arbeid med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik blir sikra gjennom kompetansetiltak til helsepersonell i helseføretaka.
- Helseføretaka har bidratte til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i ei forsterka kommunehelse- og omsorgsteneste, spesielt innanfor geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengigheit.
- Det blir lagt til rette for breiddekompetanse, særleg ved dei mindre sjukehusa.
- Det er særskild merksemd retta mot legestillingar som kan styrkje utviklinga av lokalsjukehus og samhandling med kommunane.
- Det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane og lagt til rette for effektive utdanningsløp for legespesialitetane.
- Utdanningskapasiteten og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert.
- Dobbelkompetanseutdanning¹⁶ i psykologi er vidareført ved at kliniske stillingar er tilgjengelege i helseføretaka i samarbeid med universiteta.
- Utdanningskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien er styrka.
- Det blir gjennomført og lagt til rette tilstrekkeleg utdanning og utviklingsløp for spesialsjukepleiarar, jordmødrer og andre spesialistutdanna grupper, som møter behova på kort og lang sikt.
- Praksisopplæring i samarbeid med universitets- og høgskolesektoren og aktuelle kommunar er av god kvalitet, og blir vidareutvikla.
- Det er lagt til rette for å auke talet på læreplassar for elevar i vidaregåande opplæring, og etablere tilstrekkeleg mange eigne læreplassar innanfor helsefagarbeidarfaget og ambulansearbeidarfaget.
- Kompetansen i samisk språk og kultur er tilstrekkeleg.

¹⁶ Kombinert utdanning som omfattar både forskingskompetanse og klinisk kompetanse

3.4 Forsking og innovasjon

3.4.1 Forsking

Overordna mål:

- Auka omfang av klinisk pasientretta forskning og helsetenesteforskning av høg relevans og kvalitet, blant anna kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake område
- Alle helseføretak og private institusjonar som inngår i det nasjonale systemet for måling av forskingsresultat i helseføretaka, har eigen forskingsaktivitet.
- Auka synleggjering og bruk av resultat oppnådde gjennom forskning og innovasjon
- God forskingsinfrastruktur for kliniske multisenterstudium, translasjonsforskning og biobankar, blant anna IKT-løysingar
- Auka bruk av kvalitetsregister i forskning
- Utprøvande behandling er som hovudregel gitt gjennom kliniske forskingsstudium og i samsvar med nasjonale prinsipp for dette, jf. kapittel 8 i stortingsmeldinga om kvalitet og pasienttryggleik.
- Auka nasjonalt og internasjonalt forskings- og innovasjonssamarbeid
- Auka deltaking i det europeiske forskingsområdet, blant anna EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskingsprogram og europeiske forskingsinfrastrukturiltak
- Tilrettelegging for gode karrierevegar i helseforskning

Mål 2013:

- Det er sett i verk tiltak for å få meir forskning på pasienttryggleik.
- Etter førespurnad frå Helse Vest RHF bidrar helseføretaka i desse samarbeidsprosjekta:
 - Interregionalt arbeid med å utarbeide retningslinjer og setje i verk tiltak for større grad av brukarmedverknad i ulike fasar av forskinga. Retningslinjene er forankra i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning. Arbeidet skal leiast av Helse Nord RHF.
 - Det regionale helseføretaket sitt samarbeid med Noregs forskingsråd og CRISStin om vidareutvikling av klassifiseringssystemet for helseforskning (HRCS), og blant anna vurdering av behov for å inkludere nye kategoriar
 - Interregionalt arbeid med å utarbeide retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering i samband med gjennomføring av fleirregionale kliniske multisenterstudium. Retningslinjene er forankra i NorCRIN. Arbeidet blir leia av Helse Midt-Noreg RHF.
 - Det nordiske samarbeidet om kliniske studium, Nordic Trial Alliance
 - Interregionalt arbeid med å utarbeide ein felles årleg rapport som gjer greie for forskingsresultata og kva implikasjonar dei har for tenesta. Rapporteringssystemet E-rapport er trekt inn i arbeidet på ein formålstenleg måte. Arbeidet skal leiast av Helse Sør-Aust.

Til Helse Stavanger og Helse Bergen

- Bidra i arbeidet med å etablere støtte-/insentivsystem for å få sende fleire søknader frå helseføretaka til EUs 7. rammeprogram for forskning
- Minst 40 % av publikasjonane rapporterte i 2012 har internasjonalt forskingssamarbeid (ein eller fleire utanlandske medforfattarar)
- Minst 20 % av artiklane rapporterte i 2012 er på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrift som er vurderte til å ha høg kvalitet og relevans)

3.4.2 Innovasjon

Overordna mål:

- Auka forskingsbasert og behovsdriven innovasjon i helseføretaka
- Auka omfang av innovasjonar som støttar opp om heilskapelege pasientforløp, og betre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta
- Auka implementering av nye produkt, tenester, diagnostikk- og behandlingmetodar, organisatoriske prosessar og løysingar som bidrar til auka kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og meir heilskapelege pasientforløp
- Auka innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlege innkjøp, før-kommersielle avtalar og prosjekt med leverandørindustrien

Mål for 2013:

- Den nasjonale samarbeidsavtalen og tiltaksplanen for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren er vidareført i tråd med nasjonale føringar.
- Leggje til rette for innovasjon i offentlige anskaffingar basert på tiltaka i rapporten «Fremme innovasjon og innovative løysningar i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser» frå 2012.

3.5 Opplæring av pasientar og pårørnde

Overordna mål:

- Pasient- og pårørndeopplæringa er ein integrert del av pasientforløpa og bidrar til sjølvstende og meistring av eige liv.
- Pasient- og pårørndeopplæringa skjer i eit likeverdige samarbeid mellom brukarar og fagfolk, og det blir samarbeidd med kommunane om utvikling av lokale opplæringstiltak.

Mål 2013:

- Helseføretaka bidrar til regionalt nettverk for læring og meistring og dekkjer deltaking for eigne medarbeidarar.

4 Ressursgrunlaget

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

Til finansiering av Helse Stavanger HF si verksemd i 2013 blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

INNETKTSFORDELING 2013		Helse Stavanger
Innsatsstyrt finansiering (inkl. dyre medisinar)		1 134 221
ISF-pasientar behandla i andre regionar		75 058
ISF-pasientar behandla for andre regionar		-30 451
SUM, ISF		1 178 828
SUM, basisramme fordelt etter modell		3 338 553
Sum fordelt etter modell inkl. ekstern gj.pas.oppgjjer		4 517 381
SUM, basisramme fordelt utanfor modell *)		543 192
Øyremerkte midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):		3 613
SUM, inntekt 2013 fordelt frå RHF		5 064 186
*) Spesifikasjon av postar utanfor modell		Helse Stavanger
Inntektsramme Helse Vest RHF		
Internt lab-/røntgenoppgjjer		-6 448
Styrking av rusområdet samt overtaking av LAR		51 183
Pensjonskostnad		428 668
Tilskot til utdanning		13 717
Kompetansetenester:		
Regionale kompetansetenester (NY FORDELING)		11 952
Tilstadevakt - beredskap, Solbasen og Florø		7 247
Pasienttransport		8 382
Helseradionett		128
Overgangsordning samhandlingsreforma		8 848
Døgntilbod øyeblikkeleg hjelp i kommunane		16 449
ME-poliklinikkar Stavanger og Bergen		1 000
Utdanningsstillingar geriatri		2 066
SUM, basisramme fordelt utanfor modell		543 192
		Stavanger
Øyremerkte midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):		
Nasjonale kompetansetenester inkludert regionalt autismemiljø og regionalt fagmiljø ADHD (NY FORDELING)	Kap. 732.78	2 892
Rusmeistringseining ved fengsla i Stavanger og Bergen	Kap. 734.72	720
Sum øyremerkte midlar frå HOD		3 613
SUM, tildelt inntekt 2013 frå RHF		5 064 186
Endring av inntektsramma til HF-a som følgje av gjestepasientoppgjjer:		
Kostnad, eksternt gj.pas.oppgjjer		-150 115
Fakturering av gjestepasientar andre regionar		60 902
Kostnad, rus gjestepasientar (estimat)		-29 128
Kostnad, kjøp av kurdøgnplassar (estimat)		-5 984
Kostnad, kjøp frå Feiring (estimat)		-4 144
SUM, inntektsramme i HF-a		4 935 717

Inntektene frå Helse Vest til helseføretaket er delte i to hovudkomponentar, inntekter innanfor inntektsmodellen og inntekter utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsattsstyrt finansiering og basistilskot. Den nedre delen av tabellen (skravert med grått) viser kostnader og inntekter knytt til eksternt gjestepasientoppgjjer. Desse tala er stipulerte. Faktiske tal vil vere ei 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 2013. DRG-prisen er i statsbudsjettet sett til kr 39 447. Dette gir eit vederlag på kr 15 778,80 per DRG-poeng dersom dette overslaget blir endeleg. Endeleg einingspris blir bestemt i samband med DRG-avrekninga til departementet. I DRG-avrekninga kan det gjerast avkortningar anten på pris per DRG-poeng, på DRG-poeng eller på annan måte dersom departementet finn grunn til å gjere det 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 2 % på nasjonalt nivå frå 2012 til 2013. Prognosen for 2012 er basert på aktivitet per første tertial 2012 for ISF og rekneskap per mai 2012 for poliklinisk aktivitet. Det er lagt til rette for ein vekst på 6,5 % frå prognosen for 2012 til 2013 innanfor poliklinisk aktivitet som omfattar psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling, laboratorium og radiologi. For pasientbehandling som er omfatta av ISF-ordninga, er det lagt til rette for ein vekst på 1,7 % frå anslaget for 2012 til 2013. Til fråtrekk kjem auka pasientbehandling i kommunane som følgje av oppretting av nye tilbod. Dette er vurdert å utgjere om lag 0,8 % av ISF-aktiviteten.

Den generelle veksten i pasientbehandlinga er berekna ut frå 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 til ISF lagt til grunn prognose for DRG-produksjon ved rapporteringa per september, justert opp med aktivitetsvekst. Aktivitetsveksten er fordelt ulikt på dei enkelte helseføretaka. For meir informasjon om fastsetjing av DRG-bestillinga for 2013 blir det vist til sak 123/12 B Inntektsfordeling 2013 og resultatkrav 2013.

Aktivitetsbestillinga for 2013, rekna i DRG-poeng, er fastsett slik:

Berekning av bestilling 2013	Stavanger
Prognose 2012 (DRG produksjon ege HF)	70 993
Justering av bestillinga	
Aktivitetsvekst (SVG 1,25%, FON 0,43%, BGO 0,86% og FRD 0%)	890
Tilpassing av bestillinga til HOD	
Bestilling 2013 - DRG-produksjon, eige HF, inkl. poliklinikk	71 883
Fråtrekk, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i annan region	-1 930
DRG-poeng, eigne pasientar behandla i andre regionar/private	4 757
Anslag, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i Helseregion Vest	74 710

Grunnlaget for akontobetaling 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 akoutbetalinga i forhold 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 av ISF.

For poliklinisk verksemd får Helse Vest RHF dekt delar av utgiftene frå HELFO ut frå rapportert poliklinisk aktivitet. Desse inntektene blir vidareførte til helseføretaka. I tillegg tek helseføretaka imot 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 midlar», som er haldne tilbake i Helse Vest RHF. Det blir i denne samanhengen vist til sak 09/13 B Konsernbudsjett 2013.

5 Økonomiske krav og rammevilkår

5.1 Resultatkrav for 2013

Resultatmålinga baserer seg på det rekneskapsmessige resultatet.

Helse Stavanger skal i 2013 oppnå eit positivt resultat på 90 mill. kroner. 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 Styring og oppfølging i 2013

Helse Vest RHF viser til dei regionale helseføretaka sitt arbeid med å kartleggje og greie ut standardiserings-, effektiviserings- og samordningspotensialet ved medisinske støttefunksjonar i kvar region.

Helseføretaka skal

- rapportere status for eksternt samarbeid med andre helseføretak når det gjeld medisinske støttefunksjonar, for eksempel radiologi og alle typar laboratorietenester. Frist for rapportering er 1. april 2013. Rapporteringa skal omfatte:
 - Kva eksisterer av samarbeid med andre helseføretak i dag?
 - Kva er under oppstart av samarbeid?
 - Omtale av kva for område helseføretaka ser at det er standardiserings-, effektiviserings- og samordningspotensial ved medisinske støttefunksjonar

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2013 initiere ein gjennomgang av pasientstraumar med sikte på oppdatering av gjestepasientoppgeret mellom helseregionane.

Helseføretaka skal

- bidra i arbeidet med gjennomgang av pasientstraumar

Finansieringsmodellen for regionale helseføretak inneber at helseregionane fordeler rammetilskot og innsattsstyrt finansiering til det enkelte helseføretaket. Det er viktig at finansieringa ikkje er til hinder for god organisering av tilbodet på den enkelte avdelinga eller mellom avdelingar. Den medisinske kodinga dokumenterer helsehjelpa som blir gitt til pasienten. Kodinga må vere fagleg korrekt og skal ikkje brukast for å auke innteninga i strid med god fagleg praksis og formålstenleg organisering.

Innsattsstyrt finansiering er ei forenkling av ein kompleks klinisk røyndom og er ikkje eigna til finansiering av dei enkelte avdelingane ved sjukehusa.

Helseføretaka skal

- sikre at den medisinske kodinga er fagleg korrekt og ikkje blir brukt for å auke innteninga i strid med god fagleg praksis og ei formålstenleg organisering

Betre kunnskap om samanhengen mellom aktivitet og kostnader kan bidra til at rammene til dei enkelte avdelingane på sjukehusa blir fordelte i samsvar med dei reelle kostnadene.

Helsedirektoratet publiserte hausten 2012 ein nasjonal spesifikasjon for kostnader per pasient (KPP). Med dette etablerer styresmaktene eit verktøy for berekning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetenesta. Saman med den medisinske kodinga gir dette betre grunnlag for økonomisk og medisinsk oppfølging til beste for pasientane.

Helseføretaka skal

- gradvis implementere KPP som grunnlag for god styring av verksemda

5.3 Investeringar

Helse Vest RHF skal basere investeringsplanane sine på heilskaplege utgreiingar av framtidige 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 ramma. Det blir her vist til styresak 077/12, Langtidsbudsjett 2013–2017.

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 den 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 rette investeringsprosjekta som blir vedtekne gjennomført. I dette arbeidet skal minst tre alternativ utgreiast. Det er her lagt til grunn at det blir teke omsyn til samfunnsmessige forhold i desse vurderingane, m.a. konsekvensar for infrastruktur og miljø. Helsedirektoratet har utarbeidd «Revidert veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» og «Veileder for sykehusprosjekters økonomiske bæreevne». Helseføretaka må leggje til grunn dei føringane som er gitt i dei aktuelle rettleiingane.

Gjennomføring av investeringsplanar vil gi store driftsmessige konsekvensar for føretaka. Dette gjeld både auka avskrivningar, rentekostnader 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 gå inn som ein del av langtidsbudsjettet. Moglege tiltak innan effektivisering og produktivitet (gevinstar) skal vurderast for alle investeringsprosjekt.

I sak 009/13 B har styret i Helse Vest RHF fastsett investeringsramma for 2013 til totalt 375,4 mill. kroner. Dersom resultatet for 2012 endrar seg vesentleg samanlikna med den foreløpige rapporteringa, må det gjerast tilsvarende tilpassingar i investeringsramma.

Investeringane må finansierast innanfor tilgjengeleg likviditet.

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

Helseføretaka skal aldri binde opp eller forplikte seg med omsyn til investeringsbudsjettet før investeringsramma er vedteken av styret i Helse Vest.

5.4 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 innanfor MTU, IKT og innleiande prosjektplanlegging ved hjelp av lån.

5.4.1 Endringar i driftskredittramma 2012 med konsekvensar for 2013

Ny informasjon om pensjonspremien for 2012 viser at den blir om lag 40 mill. kroner lågare enn det ein tidlegare rekna med for Helse Vest. Den samla driftskredittramma blir derfor sett ned til 1888 mill. kroner ved utgangen av 2012. For Helse Stavanger inneber dette ein reduksjon i driftskredittramma for 2012 på 12 mill. kroner, og driftskredittramma vil då vere 420 mill. kroner ved utgangen av 2012.

5.4.2 Endring i driftskredittramma 2013

I Prop. 1 S (2012–2013) er det lagt til grunn at pensjonspremien blir 370 mill. kroner lågare enn pensjonskostnaden i 2013. Basert på desse berekningane, skal den samla ramma for driftskredittden i Helse Vest reduserast med 70 mill. kroner innan utgangen av 2013. Helse Vest vil vidareføre denne reduksjonen til helseføretaka, med basis i inntektsmodellen. For Helse Stavanger sin del utgjer dette ein reduksjon i driftskredittden på 21 mill. kroner.

Driftskredittdrammene er av fleire årsaker ulikt fordelte mellom dei regionale helseføretaka. Med utgangspunkt i at helseføretaka no gjennomgåande har god økonomisk kontroll og er gitt

føreseielege rammer, vedtok føretaksmøtet at driftskredittrammene skal fordelast etter ordinær inntektsfordeling. Innføringa skal skje over ein periode på tre år, med oppstart i 2013. Helse Vest RHF vil som følge av omfordelinga få redusert ramma for driftskreditt med 110 mill. kroner i 2013. Helse Vest vil vidareføre denne reduksjonen til helseføretaka med basis i inntektsmodellen. For Helse Stavanger sin del utgjer dette ein reduksjon på 32 mill. kroner.

Helse Vest RHF si ramme for driftskreditt vil samla bli sett ned med 180 mill. kroner i 2013, og vil utgjere 1708 mill. kroner ved utgangen av 2013. Driftskredittramma vil bli justert månadleg, i tråd med dette.

Helse Stavanger si ramme for driftskreditt vil ved utgangen av 2013 utgjere 367 mill. kroner.

Helse Vest har fordelt driftskredittramma på det enkelte helseføretaket gjennom konsernkontosystemet. 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 leigeavtalar.

5.5 Rapporteringskrav økonomi

Økonomirapportar skal behandlast av styra så raskt det lèt seg gjere, slik at eventuelle korrigerande tiltak kan bli sette i verk utan unødig opphald. Vi viser til kapittel 8, der det blir gitt nærmare føringar for rapporteringa til Helse Vest.

Helseføretaka skal kvar månad rapportere til Helse Vest om den økonomiske utviklinga og status for dei tiltaka som skal setje helseføretaket i stand til å nå resultatkravet. Det er utarbeidd ein eigen mal for rapportering, som skal nyttast av helseføretaka, jf. kapittel 9.

Eigar har stilt krav om einskapleg rekneskapsføring i helseføretaksgruppa. Det er utarbeidd ei felles nasjonal rekneskapshandbok og dei regionale helseføretaka samarbeider med Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide ein mal for årsrekneskap.

Helseføretaket skal rette seg etter og bruke utsende rekneskapsmalar.

6 Organisatoriske krav

6.1 Informasjonsteknologi og digitale tenester (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 delar 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

- bidra til å følgje opp St.meld.. nr. 9 (2012–2013): *En innbygger – en journal*
 - Det er her viktig å utnytte det handlingsrommet som ligg i informasjonsteknologien, for å oppnå betre kvalitet, pasienttryggleik, effektivitet og ressursbruk i tenesta.
- bidra til å vidareutvikle tenesta helsenorge.no
- bidra til Norsk Helsenett SF sine prosjekt for meldingsutveksling, bruk av adresseregister (OSEAN) og arbeidet med å utvikle HelseCSIRT (Computer Security Response Team), som skal vere helse- og omsorgssektoren sitt felles kompetansesenter for informasjonstryggleik
- bidra til gjennomføring av regjeringa sitt digitaliseringsprogram «På nett med innbyggerne» og føringane i digitaliseringsrundskrivet
- bidra til at systemet for uønskte hendingar er på plass innan 15. april 2013 og integrert i det felles avvikssystemet

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 legg til rette for korrekt medisinsk koding i helseføretaka.

Føretaksgruppa har utarbeidd ein ny teknologiplan for perioden 2013–2017. Denne planen støttar måla i Helse 2020, gir retning for utvikling og bruk av teknologi og definerer ei rekkje innsatsområde for å utvikle og forbetre verksemda. Helseføretaka og Helse Vest IKT skal saman og kvar for seg sørge for at teknologiplanen blir godt formidla, gjennomført og brukt effektivt.

6.2 Tiltak på personalområdet

Verksemdene i føretaksgruppa Helse Vest utviklar i samarbeid løysingar for å støtte leiarar og medarbeidarar i kvardagen deira. Det er ei rekkje av dei områda som er omhandla i styringsdokumenta i perioden 2007–2013, som er langvarige utviklingsprosessar. Dette arbeidet skal halde fram. Føretaka skal òg fortløpande implementere ny funksjonalitet i HR-systema.

Helseføretaka skal

- sørge for at alle medarbeidarar registrerer bierverva sine i biervervsmodulen, og at alle bierverv som blir registrerte, blir fortløpande behandla av nærmaste leiar
- rapportere om status for tal på bierverv per 31.12.2013 i årleg melding
- implementere legestillingsregisteret og vedlikehalde data som er registrerte i legestillingsregisteret

6.2.1 Strategisk kompetansestyring

Utdanning, læring og erfaringshausting er grunnpilarar i føretaksgruppa. Det er derfor viktig at kulturen i verksemdene støttar opp om og fremmar desse verdiane. Medarbeidarane er den viktigaste ressursen i føretaksgruppa. Ein verksemdkultur som legg vekt på utvikling, kunnskapsinnhenting og erfaring er avgjerande for å trekkje til seg og halde på medarbeidarane i verksemdene.

Helseføretaka skal

- ta i bruk den til ein kvar tid tilgjengelege teknologien som støttar opp om strategisk kompetansestyring
- bidra i utviklinga av området

6.2.2 Etisk rekruttering og gode rutinar for tilsetjing

Helse Vest har som målsetjing å etablere beste praksis i rekrutteringsprosessen. I rekrutteringssamanheng har føretaksgruppa etablert ei sjekkliste, «Kvalitet i prosess». Dette er ei liste på elleve punkt som sikrar god dokumentasjon og anledning til å etterprøve rekrutteringsprosessen. Føretaka skal følgje denne sjekklista.

Helseføretaka skal

- bidra i utviklinga av området

6.2.3 HR- og HMS-arbeidet

Det blir arbeidd med å utvikle og vidareutvikle felles regionale indikatorar på HR- og HMS-området.

Helseføretaka skal

- implementere og levere i tråd med dei felles regionale HR- og HMS-indikatorane etter kvart som dei blir tekne i bruk.

6.2.4 Oppfølging av arbeidsmiljølova

Helseføretaka skal

- arbeide systematisk for å etablere gode rutinar og sette i verk nødvendige tiltak for å etterleve arbeidsmiljølova generelt, og arbeidstidsbestemmingane spesielt
- samarbeide om å auke kunnskapsgrunnlaget på området

6.2.5 Leiarrolla

Det regionale helseføretaket har utvikla eit regionalt program for leiarutvikling. Føretaksgruppa har etablert felles forventningar om leiing og leiarskap, og ønskjer å utvikle leiarrolla og utvikle verktøy som støttar opp om leiarane.

Helse Vest viser til at det i prosjektet *Nasjonalt plattform for ledelse* er gitt retning for vidare arbeid med leiing nær pasientar og brukarar, rammeverk for leiing, livsløpsperspektiv på leiing og leiing i profesjonsutdanningane. Helse Vest viser òg til at det er sett i gang eit arbeid for å samordne krav for leiarar i primær- og spesialisthelsetenesta.

Helse Vest viser til at etter lov om spesialisthelsetjenesten § 3-9, skal sjukehus organiserast slik at det er éin ansvarleg leiar på alle nivå. Leiinga ved sjukehuset har eit totalansvar for verksemda, både administrativt og fagleg. Lov om helsepersonell § 4 peikar og på helsepersonell sitt ansvar for at arbeidet vert utført i samsvar med krav til fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp.

Helse Vest understrekar at den øverste leiareren og aktuelle linjeleiarar har ansvar for å sørge for at pasientar får kvalitativt gode og forsvarlege helsetenester, og for å følgje opp avvik med

eigna tiltak som kan vere å skjerpe rutinar eller avklare ansvarsforholda ved samhandling på tvers av einingar eller mot eksterne aktørar.

Helse Vest understrekar at det er viktig å styrkje leiarane i førstelinja gjennom opplæring, vidareutvikling, evaluering og oppfølging. Leiarar i førstelinja må skape eit trygt arbeidsmiljø for sine tilsette og sikre gode rutinar, slik at medarbeidarane veit kva som er god fagleg praksis. Dei skal òg støtte kompetanse- og fagutvikling og bidra til god organisering, effektiv ressursbruk og god oppgåveløysing.

Helseføretaka skal

- bidra til utvikling, innføring og gjennomføring av felles regionalt introduksjonsprogram for nye leiarar
- bidra til utvikling på området, og både interregionalt, regionalt og lokalt leggje til rette for at leiarar i førstelinja har nødvendig kompetanse og støtte for å ta hand om ansvaret som leiar og leggje til rette for utvikling av medarbeidarskap.
- delta aktivt i etablering av felles regional leiarhandbok
- vidareutvikle prosessar for god oppgåvedeling mellom yrkesgrupper og mellom medarbeidarar slik at det støttar opp under oppgåvene som skal løyast og pasientanes sine behov for kompetanse.

6.2.6 Faste stillingar og deltid

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

Helseføretaka skal

- halde fram med å arbeide aktivt for å avgrense bruken av mellombelse stillingar, deltidsstillingar og vikariat, få fleire heile faste stillingar og utvikle ein kultur for heiltidsarbeid
- halde fram med å arbeide aktivt saman med arbeidstakarorganisasjonane for å finne prosjekt eller gode tiltak som kan medverke til å auke stillingsdelen for medarbeidarar i deltidsstillingar og gi fleire heiltidsstillingar

6.2.7 Avansert oppgåvedeling og arbeidsplanlegging

Avansert oppgåveplanlegging er eit sentralt tiltak som kan bidra til å løyse helseføretaka sine oppgåver i dei enkelte einingane og etter kvart også utvikle samarbeidsplanlegging mellom avdelingar/klinikkar. Det er etablert pilotprosjekt i kvart av helseføretaka for å vinne erfaring og etablere prosess-støtte, slik at avansert oppgåvedeling legg til rette for

- å tildele time ved første gongs tilvising
- å ta omsyn til 20 dagars-regelen ved kreftbehandling
- at pasientane møter det same helsepersonellet gjennom heile pasientforløpet
- å etablere kompetente team
- å gi grunnlag for å vidareutvikle pasientforløp

Forsking som metode for å dokumentere resultat er allereie etablert som del av eit felles regionalt prosjekt. Piloteiningane som så langt er med, og dei pilotavdelingane som vil bli tekne opp i det felles regionale prosjektet, vil aktivt få vere med i samarbeid med leverandørar og forskarar.

Aktivitetsstyrt oppgåvedeling, der alle grupper er ein del av same planen, held fram som eit satsingsområde. Det er eit strategisk satsingsområde å få til betre samarbeidsplanlegging i og mellom dei ulike einingane, som også heng saman med god oppgåvedeling. I dette arbeidet må ein sikre god dialog med tillitsvalde og vernetenesta.

Helseføretaka skal

- implementere og aktivt ta i bruk tilgjengeleg teknologi i arbeidsplansystemet som legg til rette for avansert oppgåveplanlegging og oppgåvedeling
- sørge for å setje i verk avansert oppgåveplanlegging og god oppgåvedeling for alle einingar og helsepersonell / alle yrkesgrupper, gjennom godt samarbeid med tillitsvalde og vernetenesta
- ferdigstille kompetanseplanar og oppgåvurdering i Kompetanseportalen
- leggje til rette for å vidareutvikle prosessar for å setje fokus på god oppgåvedeling mellom yrkesgrupper og mellom medarbeidarar, slik at det støttar opp under oppgåvene som skal løysast
- gjere seg nytte av kunnskap og erfaring, som etter kvart utviklar seg i heile føretaket, som er gode eksempel på oppgåvedeling og avansert oppgåveplanlegging

6.2.8 Bruk av konsulentar og innleige

Helseføretaka skal

- følgje lojalt dei nasjonale rammeavtalane for innleige av helsepersonell og etterleve og utvikle gode arbeidsprosessar og systemstøtte ved bruk av rammeavtalane.

6.3 Vurdering av utvida opningstid for planlagd verksemd

Departementet skal setje i gang eit arbeid for å kartleggje og greie ut om det er formålstenleg å utvide opningstida for den planlagte verksemda ved sjukehusa. Målet er å følgje opp pasientane sine behov på ein betre måte. Utvida opningstid kan gi betre utnytting av areal, utstyr og personell ved sjukehusa, og på lengre sikt gi eit betre tilbod til pasientar og brukarar.

Helseføretaka skal

- bidra i arbeidet med kartlegging og utgreiing for å vurdere utvida opningstid for den planlagte verksemda ved sjukehusa

6.4 Intern kontroll og risikostyring og krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet

Helse Vest RHF viser til tidlegare stilte krav om intern kontroll, risikostyring, oppfølging av tilsynssaker og krav til forbetring av det pasientadministrative arbeidet.

Helseføretaka skal

- arbeide systematisk for å førebyggje, forhindre og avdekkje svikt/avvik i dei pasientadministrative systema
- ha metodar, baserte på felles regionale prosessar, for å teste og overvake eventuell svikt i det pasientadministrative arbeidet, slik at tiltak blir sette i verk raskt

- følgje opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutinar med omsyn til leiing, organisasjons- og kompetanseutvikling
- ha etablert rutinar for varsling internt i regionen og for erfaringsutveksling
- gjennomføre risikostyring i tråd med retningslinjene for risikostyring i Helse Vest

Helse Vest RHF viser til at første mottaksdato av tilvising for den same lidinga/tilstanden i spesialisthelsetenesta skal følgje pasienten gjennom heile pasientforløpet. Dette vil vere ansiennitetsdatoen til pasienten ved tilvising vidare i same pasientforløp til andre avdelingar, sjukehus eller føretak. Ei tilvising internt i spesialisthelsetenesta skal dermed ikkje vurderast på nytt med omsyn til pasientrettar.

Helseføretaka skal

- sørge for at ansiennitetsdatoen følgjer pasienten i heile forløpet ved interne tilvisingar i spesialisthelsetenesta. I dette arbeidet skal helseføretaka leggje til grunn notat om ventetider, behandla i direktørmøtet 5. november 2012 (sak 74/12). Rutinar ved intern tilvising i spesialisthelsetenesta skal vere i tråd med gjeldande rett før 1. mai 2013.

1. juli 2012 overtok Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta forvaltninga av meldeordninga for spesialisthelsetenesta, jf. spesialisthelsetenestelova § 3-3.

Helseføretaka skal

- bidra i arbeidet med å sikre at det elektroniske systemet for melding om uønskte hendingar er på plass innan 15. april 2013. Systemet skal vere integrert i avvikssystema til føretaka. Kunnskapssenteret skal både kunne få meldingar og gi tilbakemeldingar i systemet.

6.5 Regjeringa sin eigarpolitikk

6.5.1 Mangfald og likestilling

I St.meld. nr. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi* blir mangfald og likestilling omtalt som ein del av samfunnsansvaret.

Helseføretaka skal

- vere kjende med krava til samfunnsansvar på områda mangfald og likestilling, og skal fremme samfunnsansvar i heile organisasjonen

6.5.2 Lønnsutviklinga i helseføretaka

Helse Vest RHF viser til tidlegare føringar om at helseføretaka skal bidra til moderasjon i leiarlønningane, og at dei skal vere kjende med og følgje retningslinjene for tilsetjingsvilkår for leiarar i statlege føretak og selskap av 31. mars 2011. Helse Vest RHF vil understreke at endringane i retningslinjene ikkje opnar for større fleksibilitet når det gjeld tilsetjingsvilkår for leiarar i helseføretak. Helse- og omsorgsdepartementet viser mellom anna til at Riksrevisjonen si undersøking av leiarlønningar (Dok. 3:2 (2010–2011)) peiker på at leiarane i dei regionale og lokale helseføretaka har hatt sterkare lønnsvekst enn andre tilsette i føretaka.

Helseføretaka skal

- ha merksemd på forholdet mellom lønnsutviklinga for leiarar og andre tilsette

6.6 Utvikling av nødmeldetenesta

Nødmeldetenesta må utviklast på ein god måte i samsvar med krav i lov og regelverk. Helse Vest RHF viser til evalueringsrapportane om 22. juli 2011, som peikar på veikskapar i IKT-systema i den akuttmedisinske kjeda, og til Stortinget sitt vedtak om landsdekkjande utbygging av det nye digitale nødsambandet.

Det skal setjast i verk nytt styringsdokument for Nødnett, der blant anna helseføretak og kommunar får eit sjølvstendig ansvar for gjennomføring av planen for landsdekkjande utbygging. Styringsdokumentet gir òg føringar om å følgje opp gevinstrealiseringsplanen som er fastsett, bidra i utgreiinga om sentralisering av driftstenester og etablering av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) som eigen organisasjon. Dei regionale helseføretaka skal leggje til rette for Telenor sin overgang til IP-telefoni og bidra til etableringa av eit felles nasjonalt legevaktnummer.

Helseføretaka skal

- bidra i den vidare utbygginga av Nødnett
- leggje til grunn nytt styringsdokument for Nødnett, der helseføretaka, i samarbeid med kommunane, har eit sjølvstendig ansvar for gjennomføring av planen for landsdekkjande utbygging

6.7 Barn som tolk

Helse Vest RHF viser til føringar i St.meld. nr. 30 (2011–2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* om at barn av foreldre med rusproblem ikkje skal brukast som tolk.

Helseføretaka skal

- setje i verk nødvendige tiltak som gjer at ingen barn under 18 år blir brukte som tolk i spesialisthelsetenesta, uavhengig av foreldra eller andre slektningar sin diagnose. Barn under 18 år kan berre unntaksvis bli brukte som tolk ved akutte situasjonar der det er fare for liv og helse.

6.8 Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2

I styringsdokumentet for 2012 er det uttalt at helseføretaka skal prioritere å utarbeide forvaltningsplanar for bygg og eigedommar som er omfatta av verneklasse 1 og 2, slik at dette arbeidet kan ferdigstillast innan utgangen av 2012. Med bakgrunn i tilbakemeldingar frå helseføretaka er Helse Vest RHF orientert om at dette kravet ikkje blei fullt innfridd innan utgangen av 2012.

Helseføretaka skal

- sørgje for at arbeidet med forvaltningsplanar for bygg og eigedommar i verneklasse 1 og 2 blir gitt prioritet slik at dette arbeidet kan ferdigstillast innan utgangen av 2013, tinglyse heftingar i grunnboka for eigedommar i verneklasse 2 og vise til landsverneplanen og tilhøyrande forvaltningsplan

- ved eventuell avhending av eigedommar som er underlagt vern i verneklasse 1 eller 2 sikre at dette er notert som hefte i grunnboka før salet blir gjennomført
- sørge for at alle verna eigedommar får påmontert synleg merking som opplyser om vernet. Merkinga skal vere utforma i samsvar med felles nasjonale retningslinjer, utarbeidde av dei regionale helseføretaka.
- leggje «Felles rutinar for utarbeiding av forvaltningsplanar, gjennomføring av vedlikehald og søknadspålyttinge tiltak for verna byggverk og område i helseregionane» til grunn for forvaltninga av verna bygg og eigedommar som høyrer helseføretaket til, jf. styresak for Helse Vest RHF 111/12, vedteken i styremøte 7. november 2012, med tilhøyrande brev sendt til helseføretaka

6.9 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.

Helseføretaka skal

- samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF for å etterleve avtalane om farmasifaglege tenester og leveransar av legemiddel
- samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF for å bidra til meir effektiv legemiddelforsyning, trygg legemiddelbruk og for å hindre legemiddelfeil
- samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF i relevante forskings- og utviklingsprosjekt

6.10 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 innanfor IKT-området.

Helseføretaka skal

- delta i etablerte strategiske og operasjonelle fora og bidra til samordning av infrastruktur og applikasjonar og til utvikling av IKT/teknologiområdet
- delta i vidare utvikling av styringssystemet med system- og prosessroller og prosjekt- og porteføljeprosessar
- samarbeide med Helse Vest IKT og Helse Vest RHF for aktivt å forbetre forståinga av roller og korleis dei enkelte aktørane kan forbetre samarbeidsrelasjonane
- medverke og delta i utviklinga av portefølje, program og prosjektområde
- stille til disposisjon kompetanse og ressursar i føretaket innanfor dei programma, prosjekta og forbetringane innanfor IKT/teknologiutvikling som blir gitt prioritet
- leggje større vekt på vidareutvikling av brukarkompetanse innanfor IKT/teknologiområdet

6.11 Prosjekt og porteføljestyring

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

Helseføretaka skal

- vere aktive bidragsytarar i dei prosjekta og programma som til ei kvar tid er gitt prioritet i porteføljen, og vidareutvikle kompetanse innanfor portefølje, program og prosjektstyring for leiing og medarbeidarar
- etablere kompetanse og tilgjengelege ressursar innanfor kritiske område som verksemdarkitektur, endringsleiing og gevinstrealisering, både for eigen bruk og for 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

7 Andre styringskrav

7.1 Rapportering til Norsk pasientregister

Helse Vest RHF viser til at rapporteringa til Norsk pasientregister framleis er utilstrekkeleg på fleire område. Dette gjeld blant anna rapportering om ventetider til radiologiske undersøkingar på offentlege poliklinikkar og rapportering på området psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Helse Vest RHF viser vidare til at helseføretaka må sikre at sjukehusa har lik praksis for registrering av ventetider mellom sjukehus.

Helse Vest RHF viser vidare til at det er uheldig at datakvaliteten så langt ikkje har vore god nok. Helseføretaka må sikre at dei har rutinar for kvalitetssikring av data før rapportering til Norsk pasientregister, at rapporteringa skjer elektronisk, og at fristane for rapportering blir haldne. Helse Vest RHF vil sende ut meir informasjon om manglane ved rapporteringa etter at Helse- og omsorgsdepartementet har informert nærmare om dette i eige brev.

Helseføretaka skal

- sørgje for auka kvalitet i rapporteringa til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eige brev

7.2 System for innføring av ny teknologi og nye metodar i spesialisthelsetenesta

Det er under etablering eit nasjonalt system for innføring av ny teknologi og metodar i spesialisthelsetenesta. Dei regionale helseføretaka har fått i oppdrag å implementere systemet i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta. Innføring av ny teknologi eller metode gjeld òg for nye legemiddel.

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet vil ha ei viktig rolle i denne samanhengen, blant anna ved gjennomføring av forhandlingar om pris. Forankring av systemet i føretaksstrukturen er ein føresetnad for at systemet skal bli eit viktig hjelpemiddel for dei som skal gjere vedtak.

Helseføretaka skal

- bidra, etter førespurnad, i dei regionale helseføretaka sitt arbeid med å vurdere Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) si rolle i system for innføring av ny teknologi og nye metodar i spesialisthelsetenesta

7.3 Kjøp av helsetenester

Helse Vest RHF vil i løpet av 2013 starte prosessar i samband med kjøp av helsetenester innanfor følgjande fagområde: kirurgi, rehabilitering og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

For å kunne gjennomføre forsvarlege og gode kjøp av helsetenester treng Helse Vest bistand av helseføretaka sin kompetanse innanfor dei ulike fagområda. Dette inneber at helseføretaka må ta høgde for at personell må ta del i dei ulike prosessane.

8 Analyse og styringsinformasjon

Gjennom god samhandling mellom analyse- og styringsinformasjonsmiljøa i HF-a og RHF-et vil Helse Vest RHF leggje til rette for at dei samla analyseressursane i regionen blir nytta best mogleg.

Korrekt styringsinformasjon og analysar av høg kvalitet skal støtte opp under leiinga si styring av verksemda. Viktige føresetnader for gode operative analysar er pålitelege styringsdata som kan koplast på rett organisatorisk nivå.

8.1 Forvaltning av organisasjonsstruktur

Det er framleis behov for å tydeleggjere og profesjonalisere styringsverkemidla mellom anna gjennom klare og eintydige organisasjonskart, ansvars- og fullmaktsstrukturar og rutinebeskrivingar. Organisasjonsstrukturane i dei administrative og medisinske fagsystema skal forvaltast i samsvar med gjeldande regionale føringar (OrFu¹⁷-prosjektet). I dette ligg blant anna at ansvaret for oppdatering og vedlikehald av Register over Enheter i Spesialisthelsetjenesten (RESH) må vere tydeleg plassert i føretaket, og at registrert basisinformasjon og organisasjonshierarki i RESH skal kvalitetssikrast og vedlikehaldast kontinuerleg.

8.2 Kvalitet i styringsinformasjonssystemet

God kvalitet i kjeldesystema er avgjerande for god styring av verksemdene. Vedtak skal gjerast på bakgrunn av korrekt datagrunnlag. Gjennom deltaking i alle gjeldande fora for drift, forvaltning, utvikling (DFU) av styringsinformasjonssystemet i Helse Vest skal kvart HF

- kvalitetssikre tala i styringsinformasjonsløyninga og setje i verk kontrollar for å sikre kvalitet i data. Konkret i 2013 skal HF-a kvalitetssikre data i ny aktivitetsskibe og i Aktivitetsbarometeret (somatikk og psykiatri). Desse kjeldene er fasit for aktivitetsrapportering i 2013, og HF-a skal levere plantal for aktivitet.

¹⁷ Orfu er eit webbasert informasjonssystem som gjeld for alle helseføretaka i Helse Vest.

- sikre vidareutvikling av datavarehusløysinga gjennom råd om prioritering og deltaking i utviklingsprosjekt. Endeleg prioritering av utviklingsløp skjer i dialog med HF-leiinga i samsvar med den vedtekne saksgangen.
- sikre at ordninga med DFU blir kjend i HF-a, og at bidrag i DFU-samanheng blir forankra internt i eige føretak

8.3 Gjennomføring av KPP-pilot

Helse Vest RHF skal delta med minst eitt helseføretak i KPP-prosjektet til Helsedirektoratet. Helse Vest ber om at Helse Fonna framleis deltar i dette prosjektet. I den grad andre HF startar arbeid med KPP, skal desse føretaka sikre at felles metodeverk og verktøy i føretaksgruppa blir utvikla.

9 Rapportering

9.1 Metodikk og struktur for rapportering

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

Styrerapporteringa er ein heilskapleg rapport, der både fag, økonomi, medarbeidarar og omdømme er ein del av rapporteringa. Det er viktig at styrerapport er rimeleg einsarta i føretaksgruppa. Helseføretaka skal i 2013 leggje til grunn ny mal for 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 Helsedirektoratet om betre nøkkeldata og gjennomgåande rapporteringssystem.

9.2 Månadsrapportering

Økonomirapportering og anna avtalt rapportering av styringsinformasjon som skjer månadleg, skal i 2013 rapporterast etter tidsfristar som blir kommuniserte til helseføretaka i eige brev og i økonomihandboka.

Den månadlege rapporteringa inneheld desse elementa:

- Økonomirapportering etter fastsett rapporteringsmal i datavarehuset
- Rapportering av månadsverk, sjukefråvær og deltidsstillingar etter fastsett rapporteringsmal 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)

9.3 Tertialrapportering

Etter kvart tertial skal det rapporterast på styringsdokumentet. Malen 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). Fristen for rapporteringa er den same som for den månadlege rapporteringa, jf. rapporteringsfristar ovanfor.

Det skal rapporterast på nasjonale kvalitetsindikatorar som er fastsette av Helsedirektoratet og NPR.

9.4 Rapportering til SSB og NPR

Helseføretaka skal i tillegg til den rapporteringa som Helse Vest RHF 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 ein felles funksjonskontoplan som alle helseføretaka skal bruke. Funksjonskontoplanen skal vere oppdatert minst kvart tertial, då han òg blir nytta til rapportering av kostnader fordelte på tenesteområde.

9.5 Årleg melding

I medhald av helseføretakslova § 34 skal Helse Vest RHF sende ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet innan 15. mars 2014.

Helseføretaka skal sende ei tilsvarande årleg melding til Helse Vest RHF. Fristen for årleg melding er 15. januar 2014. Denne meldinga skal gå inn som underlag for Helse Vest RHF si melding til departementet. Det skal rapporterast på alle krav i styringsdokumentet. I løpet av 2013 blir det sendt ut ein mal for årleg melding som HF-a skal bruke. I malen vil HF-a også bli bedne om å rapportere tiltak som er gjennomførte for å oppnå måltala/måla for alle styringsparametrane, 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 om oppfølginga av dei ulike styrings- og resultatkrava, slik dei går fram av styringsdokumentet.

9.6 Årsrekneskap

Heleføretaksgruppa skal avleggje rekneskap i medhald av rekneskapslova. Det er sett eigne fristar for gjennomføring av årsoppgjeret for 2014.

9.7 Rapport for bruk av midlar og aktivitet

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

Rapportering av kostnader til forskning skal gjennomførast etter same mal som rapporteringa for 2006. Rapporten skal sendast til Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) innan 27. februar 2013.

10 Vedlegg

Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell

Vedlegg 2: Mal for rapportering frå verksemda, med felles målsetjingar

Vedlegg 3: Oversikt over rapportering av styringsparametrar/indikatorar