

Styringsdokument 2005

Helse Fonna HF

INNHALD:

1. INNLEIING	3
2. OVERORDNA STYRINGSBODSKAP	4
3. STYRINGSMODELL.....	5
4. TILDELING AV MIDLAR, RESSURSGRUNNLAG OG BESTILLING.....	5
4.1 TILDELING AV MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG.....	5
4.2 BESTILLING	7
5. STYRINGSBODSKAPEN KNYTT TIL DEI 4 HOVUDOPPGÅVENE.....	8
5.1 PASIENTBEHANDLING	8
A. Aktivitetsnivå.....	8
B. Ventetider og fristbrot.....	8
C. Prioritering	9
D. Kvalitet og metodevurdering	10
E. Psykiatri og Opptrappingsplanen for psykisk helse	11
F. Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar.....	12
G. Rehabilitering og habilitering	13
H. Lokalsjukehus	13
I. Samhandling og samarbeid med primærhelsetenesta.....	14
J. Smittevern og beredskap.....	14
K. Høgspesialisert medisin - landsfunksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter	15
5.2 UTDANNING.....	15
5.3 FORSKING.....	16
5.4 BRUKARMEDVERKNAD OG OPPLÆRING AV PASIENTAR OG PÅRØRANDE	17
6. EIGARSTYRING KNYTT TIL ØKONOMI OG ORGANISASJON	17
6.1 KRAV KNYTT TIL ØKONOMI	17
B. Kapitalfundamentet.....	17
C. Investeringar	18
D. Låneopptak og driftskredittar.....	18
E. Krav til einskapleg rekneskapsføring	19
F. Innføring av kompensasjonsordning for meirverdiavgift frå 2006.....	19
6.2 TILTAK KNYTT TIL ORGANISASJONSUTVIKLING	19
A. Leiing.....	19
B. Løns- og arbeidsforhold.....	19
C. Kommunikasjon og omdømme	20
D. Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll.....	21
E. Innkjøp	21
F. Oppfølging av statlege handlingsplanar o.a. på særskilte område.....	22
G. Utvikling av styringsinformasjon i spesialisthelsetenesta.....	22
H. Sjuketransportordninga.....	22
I. Oppfølging av regionale prosjekt/nye regionale prosjekt.....	23
J. Regional IT-strategi	23
K. Samarbeid med Helse Vest IKT AS	24
L. Samarbeid med apotekføretaket	24
7. RAPPORTERING.....	24

1. INNLEIING

Helse- og omsorgsdepartementet kan i følge helseføretakslova sette vilkår til overføring av midlar til dei regionale helseføretaka. Det er hittil gjort i eit årleg styringsdokument som har omfatta både ressursgrunnlaget, ei helsefagleg bestilling og krav til eigarstyring.

Frå 2005 er den helsefaglege bestillinga med ressursgrunnlaget gitt i eit eige bestillardokument mens krava til eigarstyring kjem i protokoll frå føretaksmøte.

Helse Vest RHF har for 2005 valt å framleis samle ressursgrunnlaget, den helsefaglege bestillinga og eigarkrav i eit dokument som vert kalla styringsdokument til helseføretaka.

Helse Vest vil foreta ein gjennomgang av dei to hovudrollene; ”sørgje for” ansvaret og eigarrolla i 2005 med sikte på å klargjere nærare kva som følgjer av dei to rollene og kva konsekvensar det inneber for organiseringa internt i Helse Vest og for formidlinga av styringsbodskap til helseføretaka.

Styringsdokumentet blir førelagt føretaksmøte i det einskilde helseføretak.

Styringsdokumentet klargjer premissar, rammer og resultatkrav for helseføretaka for 2005. I dokumentet freistar Helse Vest RHF å gi ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap.

Det er likevel ikkje slik at det samla kravet til helsetenesta går fram her. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som skal prioriterast og leggjast vekt på, men må sjåast i samanheng med dei mål, rammer og retningslinjer for helsetenesta som går fram av lov, forskrifter, andre dokument og vedtak. Helse Vest RHF legg til grunn at helseføretaka er kjende med desse.

Dokumentet byggjer på Helse- og omsorgsdepartementet sitt bestillardokument til Helse Vest RHF. Dette er lagt ved. Dokumentet må gjerast kjent i helseføretaka.

Dokumentet byggjer også på styringskrav frå eigar formidla i føretaksmøte i Helse Vest og egne styringskrav frå Helse Vest bl.a. med bakgrunn i overordna føretaksplan for Helse Vest RHF.

Helseføretaka skal i avtalt rapportering og årleg melding gjere greie for korleis styringsdokumentet har blitt følgd opp eller blir planlagt følgd opp.

Styringsdokumentet er eit sentralt verkemiddel i utøvinga av ”sørgje for” ansvaret. Helse Vest RHF har ansvar for at innbyggjarane i helseregionen har tilgang til nødvendige helsetenester av god kvalitet. Helseføretaka er dei viktigaste leverandørane av desse tenestene.

Helse Vest RHF har eit overordna ansvar for at oppgåvene som blir løyste av helseføretaka, er i samsvar med prioriteringane i helsepolitikken, og at dei skjer med god og rett kvalitet, service og gjennom effektiv ressursbruk.

For Helse Vest RHF er det avgjerande for realisering av dei helsepolitiske måla, at fellesløysingar/regionale løysingar blir valde der dette gjer best ressursutnytting.

Helseføretaka skal understøtte regionale strategiar og løysingar og medverke til utvikling av ein kultur prega av læring, samhandling og støtte til gjensidig forbetring.

I styringsdokumentet til helseføretaka blir det lagt særleg vekt på:

- at prioriteringar samsvarer med mål, rammer og retningslinjer som er trekt opp av overordna politiske organ,
- at dei som treng det mest skal prioriterast: Tilbodet innan psykisk helsevern og behandling av rusmiddelmissbrukarar skal styrkast.
- at tenesteytinga i helseføretaka skjer innanfor det juridisk-faglege rammeverket som er trekt opp for tenesta, medrekna krav til internkontroll og god verksemdsstyring
- at helseføretaka må handtere omstillingsutfordringar slik at dei leverer i tråd med godkjent budsjett for 2005

2. OVERORDNA STYRINGSBODSKAP

Formål for helsetenesta:

Formålet for helsetenesta er å fremje folkehelsa og å motverke sjukdom, skade, liding og funksjonshemming.

Oppdrag for Helse Vest:

Helse Vest skal sørgje for effektive og framtidsretta helsetenester av høg kvalitet som bidrar til god helse, livskvalitet og fremjar eiga meistring.

Oppdraget kan delast inn i 4 hovudoppgåver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasientar og pårørande

Oppdraget skal utøvast på ein måte som:

- gjer tenestetilbodet tilgjengeleg for pasientane,
- sikrar kvaliteten på tenestetilbodet,
- gjer tenestetilbodet likeverdig og tilpassa behovet til pasientane og
- gjer at ressursane blir utnytta best mogleg

Tenestene skal leggje til grunn følgjande prinsipp for prioritering:

- dei som treng helsetenestene mest – alvorsgrad av sjukdom
- der helsetenesta skaper mest helseverdi/helsegevinst – nytta av det aktuelle tiltaket
- kostnadene står i rimeleg forhold til effekt og nytte – kostnadseffektiviteten av tiltaket

Tenestene skal ytast innanfor følgjande verdimesige ramme:

- Utgangspunkt for all behandling, pleie og omsorg er: behovet til pasienten
- Pasienten skal møtast med: respekt og openheit
- Pasienten skal få: informasjon og tryggleik
- Pasienten skal ivaretakast med: ansvarskjensle og faglegheit
- Pasienten skal møte eit arbeidsmiljø prega av: samarbeid og fornying

Samarbeid er nødvendig:

Spesialiserte helsetenester skal ytast som ein del av ei samla helse- og sosialteneste og samarbeid særleg med primærhelsetenesta er ein føresetnad.

Særlege satsingsområde:

Helse Vest RHF vil utover den styringsbodskapen som ligg i bestillardokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet, ha eit særleg fokus innan følgjande område, jf. overordna føretaksplan:

- Pasienttilfredsheit og behandlingsskvalitet
- Utdanning og kompetansebygging
- Kommunikasjon og omdømme
- Eigarstyring og organisering
- Andre tenesteleverandørar

3. STYRINGSMODELL

Helse Vest RHF sine oppgåver er hovudsakleg knytt til to ansvarsposisjonar og roller:

- "Sørgje for" ansvaret, jf § 2-1a i spesialisthelsetenestelova der det regionale helseføretaket er pålagt ansvaret for å sørgje for at innbyggjarane i helseregionen får nødvendige spesialisthelsetenester.
- Eigar av helseføretaka som er hovudleverandør av helsetenester, og konsernleiing

Helse Vest vil i 2005 vidareutvikle styringsmodellen for betre å ivareta dei to hovudrollene.

I tilknytning til "sørgje for" ansvaret vil behovet for tenester framover bli vurdert nærare, og det vil bli gjort ei presisering av kva "sørgje for" ansvaret omfattar og korleis pasientar skal prioriterast.

Manglande evne i helseføretaksgruppa til å oppfylle styringskrav på ein del område, stiller krav til sterkare prioritering i helseføretaka, betre forankring i organisasjonen, tydeligare leiing og eigarstyring med klare krav om oppfølging og utvikling av felles kultur med ei felles forståing av styringsmodellen.

For Helse Vest RHF er det avgjerande for realisering av dei helsepolitiske måla at fellesløysingar/regionale løysingar blir vald der dette gir best ressursutnytting. Helseføretaka skal understøtte regionale strategiar og løysingar og bidrar til utvikling av ein kultur prega av læring, samhandling og støtte til gjensidig forbetring.

4. TILDELING AV MIDLAR, RESSURSGRUNNLAG OG BESTILLING**4.1 TILDELING AV MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG**

Helseføretaka må gjere seg kjende med dei budsjett dokumenta som ligg til grunn for tildeling av midlar til Helse Vest RHF, jf bl.a. bestillardokumentet til Helse Vest.

Til finansiering av Helse Fonna HF si verksemd i 2005, blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

Inntektsfordeling 2005 - innanfor inntektsmodell	Helse Fonna
Innsatsstyrt finansiering	496 269
Inntektsramme Helse Vest RHF	
Basistilskot somatikk	413 903
Basistilskot psykiatri	326 109
Høgspesialiserte funksjonar	-
Korreksjon for pasientstraum	-31 298
Skjønnstilskot	27 800
Tilskot til avskriving	113 692
SUM	1 346 475
Fordeling utanfor inntektsmodell:	
Tilskot i basisramma	
Poliklinikk overført basisramme	20 546
Kreftplan	1 056
Kompensasjon for arbeidsgivaravgift	9 512
Kompensasjon for el-avgift	5 100
Førebels uttrekk ny IKT-eining	-30 931
Tilskot for å dekke faktura frå IKT-eining	30 931
Særskilte tildelingar	
"Mor og Barn" prosjekt	
Øymerka tilskot	
Opptappingsplan psykiatri 2004	2 427
Opptappingsplan psykiatri 2005	8 913
Tilskot til utdanning	5 220
Kompetansesenter:	
Regionale kompetansesenter	
Regionale komp.senter - kreftplan	
Nasjonale med. komp. senter	
Sjuketransport	35 544
Tilstadesvakt - beredskap Solabasen	
Tilskot til psykososialt arbeid flyktingar	
Insulinpumpar	1 494
SUM tildelt inntektsramme 2005	1 436 287

Tabellen viser inntektsfordelinga delt i 2 hovudkomponentar, innanfor ny inntektsmodell og utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsatsstyrt finansiering og basistilskot.

Aktiviteten finansiert via ISF-ordninga blir dekt av Helse Vest RHF basert på fastsette DRG-poeng multiplisert med 60 prosent av einingsprisen for 2005, som i statsbudsjettet er anslått til kr 30 325. Dette gir eit vederlag til Helse Fonna HF på kr 18 195 per DRG-poeng dersom

overslaget til staten held. Den endelege einingsprisen blir bestemt i samband med DRG-avrekninga til departementet. I DRG-avrekninga vil det kunne gjerast avkortingar enten på pris per DRG-poeng, på DRG-poeng eller på anna måte dersom departementet finn grunn til å gjere dette på grunn av utilsikta verknadar av systemet. Helse Vest vil vidareføre alle slike endringar og korreksjonar frå departementet.

I revidert nasjonalbudsjett vil regjeringa vurdere utviklinga i aktivitet i 2005. Tiltak kan bli sette i verk for å dempe utviklinga. Slike tiltak vil Helse Vest RHF vidareføre på helseføretaka.

Tilskot gjennom ISF-ordninga er ei overslagsløyving. Grunnlaget for å kontobetaling første kvartal blir fastsett med utgangspunkt i inntektsramma som kjem fram av tabellen ovanfor for Helse Fonna HF. Deretter blir å konto-grunnlaget justert kvart kvartal med utgangspunkt i den reelle produksjonsutviklinga. Dersom veksten i DRG-produksjonen er vesentleg høgare enn føresetnaden som departementet legg til grunn, vil ei auke utover dette nivået måtte avreknast i samband med departementet si avrekning på ISF.

For poliklinisk verksemd vil Helse Vest RHF få dekkja delar av utgiftene frå RTV ut frå rapportert poliklinisk aktivitet frå Helse Fonna HF. Desse inntektene blir vidareførte til Helse Fonna HF. I tillegg mottar Helse Fonna HF eigendelar frå pasientane. Det blir også gitt basistilskot som følgje av reduserte RTV takstar. Innføring av ordninga er no utsett til 1. september 2005, og Helse Vest må derfor kome tilbake til dei økonomiske forholda i samband med revidert budsjett.

Dei inntektselementa som ligg under "Fordeling utanfor inntektsmodell" er gjenstand for særskilt vurdering, og kan ikkje fordelast etter dei same kriteria som er lagde inn i ny inntektsmodell. Det blir i denne samanhengen vist til sak 04/05 "Inntektsfordeling 2005" til styret i Helse Vest RHF.

Tildeling av midlar til nasjonale kompetansesenter som tidlegare ikkje har vore finansierte via øyremerkta midlar frå staten, vil Helse Vest vurdere på grunnlag av framlegging av handlingsplanar for sentra.

4.2 BESTILLING

Bestillinga gjeld innbyggjarane i Helse Vest RHF sitt ansvarsområde, dvs. Helseregion Vest. Hovudopptaksområdet for Helse Fonna HF er Nord-Rogaland, Sunnhordaland og indre Hardanger. I bestillinga inngår også akutt hjelp til pasientar utanfor hovudopptaksområdet, og pasientar som blir henvist til Helse Fonna HF etter ordninga om fritt sjukehusval.

Helse Fonna HF er ansvarleg for å levere fastsett volum, jf tabellen.

Tal for 2004 i tabellen under er årsprognose per oktober 2004.

Tal for DRG-poeng for 2005 er henta frå sak 04/05 "Inntektsfordeling 2005". Talet er basert på rapportert prognose per oktober justert for 2 prosent kodeforbetring.

Talet for 2005 på polikliniske konsultasjonar er basert på ei vidareføring av aktivitetsnivået på omlag same nivået som i 2004.

Somatikk, ø-hjelp og planlagt verksemd		
	2004	2005
DRG-poeng	26 681	27 275
Tal polikliniske konsultasjonar	91 050	91 050
Psykisk helsevern, ø-hjelp og planlagt verksemd – poliklinikk		
	2004	2005
Tal polikliniske konsultasjonar	32 100	

Når det gjeld talet på polikliniske konsultasjonar for 2005 innanfor psykisk helsevern, må vi kome tilbake til dette på grunnlag av fordelinga av opptrappingsmidlar for 2005 og overordna styringssignal.

I tillegg omfattar bestillinga aktuelle landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar, regionsfunksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter. Dessutan inngår oppgåver knytt til forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørnde.

Luftambulansen inngår ikkje i bestillinga. Unntaket gjeld ikkje helsepersonell knytt opp mot desse tenestene.

5. STYRINGSBODSKAPEN KNYTT TIL DEI 4 HOVUDOPPGÅVENE

5.1 PASIENTBEHANDLING

A. Aktivitetsnivå

Helseføretaka må tilpasse aktiviteten dei tilgjengelege og påreknelege ressursane.

Ressursramma, jf. punkt 4, legg til rette for at aktiviteten kan førast vidare i 2005 på omlag same høge nivået som i 2004.

Det er i 2005 viktig å:

- auke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar. For psykisk helsevern betyr dette at ressursinnsatsen skal aukast ut over det som ligg til grunn i opptrappingsplanen for psykisk helsevern.
- vidareføre aktivitet som blir omfatta av innsatsstyrt finansiering, på omlag same nivået som i 2004
- prioritere innanfor dei ressursane ein har til rådvelde. Kapasiteten må reduserast på dei områda det i dag er overkapasitet. Frigjorde ressursar må kanalisert til område som i dag er prega av mangelfullt utbygde tilbod. Det blir i denne samanheng vist til prioriterte område, jf. punkt C nedanfor.

B. Ventetider og fristbrot

Det har vore ein sterk nedgang i ventetidene i 2004. Helse Vest har som fokusområde for 2005 å nå ei gjennomsnittleg ventetid på maksimalt 70 dagar innan utgangen av året.

Helseføretaka må framleis ha fokus på ventetider og fristbrot:

- ha fokus på å få ned ventetidene på område med lange ventetider. I denne sammenhengen må også eventuell ledig kapasitet i andre helseføretak nyttast. Regional tiltaksplan for reduserte ventetider skal følgjast opp, og oppfølginga av tiltaka skal rapporterast på i årleg melding.
- bidra til å redusere ventetidene for dei tverrfaglege spesialiserte behandlingstiltaka for rusmiddelmissbrukarar, som framleis har lange ventetider
- redusere ventetida til poliklinisk behandling i høve til 2004 med minst 10 prosent for vaksne og 20 prosent for barn og unge innan psykisk helsevern
- ha som mål at ingen skal ha meir enn ti dagars ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge
- rapportere forventa ventetider til Fritt sjukehusval Noreg og ventetidsdata til NPR kvar månad.
- unngå fristbrot. Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal få tilbod om behandling innanfor ramma av dei individuelle fristane som blir sett. Det vil i 2005 bli retta eit særleg fokus på om særskilte pasientgrupper blir utsette for fristbrot.
- følgje rutinar som er utarbeidd av Enhet for pasientformidling i Rikstrygdeverket når det gjeld kva for kontakt som blir teken mellom Rikstrygdeverket og institusjonar som bryt fristen.

C. Prioritering

Pasientane skal prioriterast i samsvar med overordna mål, rammer og retningslinjer.

Lova om pasientrettar slår fast at pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal få ein individuell frist for behandling. Fristen skal setjast ut frå kva som er medisinsk forsvarleg for når helsehjelpa seinast skal ystast.

Dei som treng det mest, må følgjast spesielt opp. Grupper innanfor rus og psykisk helse har tidligare ikkje vore høgt nok prioriterte, og det er behov for å gi desse gruppene spesiell prioritet.

Det er også store regionale skilnader i kor stor prosentdel av pasientane som får rett til nødvendig helsehjelp innanfor dei same diagnosegruppene. Det ser ikkje ut som ein kan forklare desse skilnadene ut frå kva som er medisinsk forsvarleg, og det er behov for å setje i verk tiltak for meir lik prioritering av pasientar.

Helse Vest vil følgje opp det arbeidet som blei starta i 2004 med utvikling av felles retningslinjer for prioritering innan dei einskilte fagområda og mellom fagområda. Helse Vest vil også samarbeide med andre regionale helseføretak og nasjonale myndigheiter.

Innanfor ramma av prioriteringsforskrifta er det framleis behov for å ha eit særleg fokus på behandling av kreftsjukdommar, lindrande behandling, rusrelaterte behandlingssopplegg, tenester innan psykisk helse, tilbod til pasientar med kroniske sjukdommar og innanfor habilitering og rehabilitering. Det skal utviklast tilstrekkeleg kompetanse og diagnostisering og behandling av barn, unge og vaksne med ADHD, og dessutan valds- og traumeramma.

I 2005 er det viktig å vidareføre prioriteringsarbeidet bl.a. ved å:

- sørgje for at dei faglege prioriteringane er i samsvar med overordna mål og rammer.
- gi betre prioritet til grupper innan rus og psykisk helse som tidligare ikkje har vore høgt nok prioriterte.

- ha særleg fokus også på kreft og lindrande behandling, kroniske sjukdomar, rehabilitering og habilitering
- delta i utviklinga av felles retningslinjer for prioritering og fristar.

Helse Bergen HF vil framleis koordinere arbeidet med å operasjonalisere prioriteringsforskrifta innanfor dei ulike fagområda.

D. Kvalitet og metodevurdering

Spesialisthelsetenesta skal utøvast på ein fagleg forsvarleg måte og i tråd med dokumentert god praksis. Det skal utviklast ei teneste som har god kvalitet i alle ledd.

Helseføretaka må arbeide kontinuerleg med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlinga og følgje opp nasjonale og regionale tiltak som understøttar dette.

Kvalitetsindikatorar:

Helse Vest vil arbeide vidare med kvalitetsindikatorar, og kvaliteten på innrapporterte data skal aukast.

Det er viktig at helseføretaka:

- deltar i og rapporterer til det nasjonale og regionale systemet for måling av kvalitetsindikatorar.
- aukar innsatsen for å rapportere data av god kvalitet på dei nasjonale (data på institusjonsnivå) og dei regionale kvalitetsindikatorane.

Helseføretaka må vidare:

- i løpet av 1. tertial 2005 sikre at minst 80 prosent av epikrisane blir sende innan sju dagar etter utskriving
- som hovudregel ikkje ha korridorpasientar, og sjå til at overbelegget nærmar seg null
- sørge for at ingen pasientar har over 48 timer preoperativ liggjetid før behandling ved lårhalsbrot
- sørge for at 90 prosent av pasientane innanfor psykisk helsevern for barn og unge blir diagnostisert etter etablerte diagnoseklassifikasjonar
- ha ein prosentdel av elektive pasientar som blir strokne frå det planlagde operasjonsprogrammet, som er lågare enn 5 prosent
- ha ein prosentdel tvangsinnleggingar som ikkje overstig 20 prosent

Helseføretaka må vere særskilt merksame på utviklinga når det gjeld reinnleggingar, jf. regional kvalitetsindikator og omtale av problemstillinga i Samdata Somatikk 2003.

Pasienterfaringsundersøkingar:

Helse Vest RHF vil i samarbeid med helseføretaka følgje opp nasjonale tiltak i samband med pasienterfaringsundersøkingar.

Helseføretaka skal bidra til at undersøkingane blir gjennomførte i tråd med nærare fastsett opplegg, og resultata skal nyttast i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Kvalitetsregister:

Helse Vest vil sørge for etablering og finansiering av eit nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005, hovudsakeleg med utgangspunkt i eksisterande kvalitetsregister.

Helseføretaka må medverke i val av nytt register og i utvikling og drift av kvalitetsregistra.

Faglege retningslinjer:

Helse Vest skal medverke i det nasjonale arbeidet for etablering og vidareføring av faglege retningslinjer.

Helseføretaka må:

- delta i arbeidet for etablering av faglege retningslinjer og sørge for at retningslinjer som blir utarbeidd, blir tekne i bruk.
- planleggje, drive og utvikle verksemda si etter faglege retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringar og forskingsbaserte metodar for diagnostikk og behandling. Der det finst klar dokumentasjon på samanhengen mellom volum og kvalitet skal dette leggjast til grunn for organiseringa av tenesta.

Pasienttryggleik:

For å styrkje pasienttryggleiken skal det utarbeidast eit nytt register for pasienttryggleik – eit nasjonalt meldesystem der feil og uheldige hendingar i somatiske sjukehus skal registrerast.

Det er viktig at helseføretaka medverkar til å leggje til rette slik at fagmiljøa kan samarbeide med direktoratet, slik at det kan etablerast eit system som byggjer opp om læring og tryggare tenester.

E. Psykiatri og Opptappingsplanen for psykisk helse

Psykisk helsevern skal framleis prioriterast. Det gjeld generelt og særleg barn og unge. Hovudstrategien i opptappingsplanen ligg fast. Regional opptappingsplan for psykisk helse skal følgjast opp.

Dei sentrale måla og føringane for omstrukturering og styrking ligg fast når det gjeld desentralisering av tenesta og spesialisering av sjukehusfunksjonar. Det er ein føresetnad at DPS-strukturen er på plass i løpet av 2006.

Formålet med desentralisering er hovudsakeleg å leggje til rette for å fremje sjølvstende og evna til å meistre eige liv for menneske med psykiske lidningar. Dette inneber at ein må sjå på pasientar og pårørande som viktige ressursar og samarbeidspartnarar i forholdet pasient-behandlar. Det er ei sentral utfordring å utvikle behandlingsskulturar og holdningar i tenesta der brukarperspektivet tydeleg er lagt til grunn. I løpet av 2005 tek departementet i samarbeid med dei regionale helseføretaka sikte på å drøfte kva type resultatkrav som kan nyttast.

Styrking av behandlingstilbodet til denne pasientgruppa har vesentleg politisk prioritet. Denne prioriteten må også speglast i dei andre prosessane i budsjettet og ressursdisponeringa som skjer i helseføretaka.

Helseføretaka skal i 2005 framleis ha fokus på omstilling og omstrukturering av tenestetilbodet.

Helseføretaka skal her:

- auke ressursinnsatsen utover midlane i opptappingsplanen for psykisk helse

- vurdere ressurs- og kapasitetsfordeling mellom sjukehusnivå og DPS-nivå, og vurdere talet på døgnplassar og planlagde nye døgnplassar opp mot alternativ ressursbruk, som dagtilbod, poliklinikk og ambulante team
- ikkje leggje ned psykiatriske sjukeheimsplassar før eit nytt og betre tilbod er etablert i spesialisthelsetenesta eller gjennom kommunane, avhengig av omsorgsnivå
- redusere ventetida til poliklinisk behandling i høve til 2004 med minst 10 prosent for vaksne og 20 prosent for barn og unge
- ha som mål at ingen skal ha meir enn ti dagars ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge
- etablere ambulante team i kvart helseføretak i 2005, og i løpet av 2006 ved kvart DPS. I løpet av 2005 må det leggjast til rette for utprøving av ambulerande akutt-team i utvalde delar av regionen og 24 timars akuttberedskap. Opningstida ved DPS og kor lett tilgjengelege dei er, må også vurderast generelt
- arbeide for å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern
- i løpet av 2005 etablere samarbeidsavtaler mellom DPS og aktuelle kommunar når det gjeld oppfølging og utskriving av enkeltpasientar og rettleiing av førstelinjetenesta.
- i løpet av 2005 gjere avtalar med fengsel i sitt hovudopptaksområde, om å styrkje behandlingstilbodet for innsette
- prioritere ei oppgradering av behandlingstilbodet for enkelte pasientgrupper, mellom anna anoreksi og bulimi, dobbeltdiagnose, ADHD, førebygging av sjølv-mord, valds- og traumeutsette osv.
- etablere kompetanse og tilbod for behandling av personar med dobbeltdiagnosar ved alle DPS
- gi nødvendig støtte til barn og unge som mottar tiltak frå barnevernstenesta, slik at samarbeidet er gjensidig, og eit godt og likeverdig tilbod blir sikra

Helse Vest vil i eit eige brev definere kva slags utbyggingsprosjekt som skal prioriterast i 2005.

F. Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar

Helse Vest skal vidareføre og vidareutvikle ansvaret for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Det gjeld også legemiddelassistert rehabilitering.

Rusmiddelmissbrukarar må få eit heilskapeleg tilbod. Det inneber mellom anna at dei som har behov for det også får vurdert sitt behov for somatisk og psykiatrisk behandling, og at ein sikrar samhandling med den kommunale helse- og sosialtenesta. Individuell plan og gode utskrivingsrutinar er sentrale verkemiddel.

Det skal utviklast konkrete tiltak for å ivareta personar som treng behandling for både rusmiddelmissbruk og psykisk lidning.

Helse Vest følgjer opp tilbodet til rusmiddelmissbrukarar i avtalene med dei private institusjonane. Helseføretaka har også ei viktig oppgåve i eit heilskapeleg tilbod og må:

- medverke til å auke kvaliteten i behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar, og gjere greie for og vidareutvikle innhaldet i det tverrfaglege spesialiserte behandlingstilbodet
- medverke til at rusmiddelmissbrukarar får eit heilskapeleg tilbod frå spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og sosialtenesta
- ivareta utarbeiding av individuelle planar og gode utskrivingsrutinar

- utvikle konkrete tiltak for å ivareta pasientar som treng behandling for både rusmisbruk og psykisk lidning slik at dei får eit heilskapleg og samordna tilbod
- gi nødvendig støtte til barn og unge som mottar tiltak frå barnevernstenesta, slik at samarbeidet er gjensidig, og eit godt og likeverdig tilbod blir sikra

G. Rehabilitering og habilitering

Rehabilitering og habilitering skal framleis vere eit prioritert område. Det gjeld nødvendig utgreiing, kartlegging, trening, opplæring og rettleiing av pasientar, pårørande og personell.

Det skal framleis, i samarbeid med helseføretaka og kommunane, vurderast økonomisk og praktisk støtte til familiar med funksjonshemma barn for å kunne gjere det mogleg å velje treningsmetodar, medrekna Doman-metoden.

Helse Vest vil vidareutvikle avtalene med opptreningsinstitusjonar bl.a. på bakgrunn av gjennomgangen av behovet i regionen, og som førebuing til overtaking av heile finansieringsansvaret i 2006.

Helse Vest vil i løpet av 2005 starte opp eit planarbeid bl.a. retta mot personar med kroniske lidningar og deira behov for rehabilitering og habilitering.

Det er viktig at helseføretaka følgjer opp dette området ved å:

- prioritere utviklinga av tilbodet innanfor rehabilitering og habilitering
- gi tilbod om rehabiliterings- og habiliteringstenester til dei pasientane som treng det
- følgje opp tiltak i strategiplanen for habilitering av barn
- følgje opp tiltak i handlingsplanen for rehabilitering av høyrselshemma
- styrkje tilbodet til pasientar med alvorleg hovudskade
- ta seg av rettleiing til kommunar ved utflytting av unge personar frå eldreinstitusjonar, når det er behov for det, eventuelt ved kjøp av tenester
- setje av store nok ressursar til å møte behovet funksjonshemma og kronisk sjuke barn har for habiliteringstenester. Kapasiteten skal haldast på minst det same nivået som i 2004 og det må leggjast til rette for ambulante team i det omfanget som er nødvendig.
- samarbeide med kommunane om tilrettelegging av tilbod, både for enkeltbrukarar og generelt, og om utarbeiding av individuell plan.

H. Lokalsjukehus

I 2005 skal det fokuserast særleg på lokalsjukehusa sin plass og sine oppgåver i eit heilskapleg helsetenestetilbod. Det vil også vere ei oppfølging av det tidligare arbeidet med akutfunksjonar og sjukehusstruktur i regionen.

Det skal utarbeidast heilskaplege strategiar som skal klargjere planane for utviklinga framover for kvart lokalsjukehus i helseregionen inkludert regionale funksjonsfordelingar, og heilskaplege beredskapsopplegg.

Planane skal vere baserte på at lokalsjukehusa:

- skal vere ein tryggleiksbasis for folk
- skal kunne ta hand om og stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle
- skal særleg konsentrerast om behova i dei store sjukdomsgruppene som treng nærleik til tenesta, til dømes tenester innanfor indremedisin, psykiatri, rehabilitering, tenester til sjuke eldre

- kan utnytte fordelene dei har med å vere i nærleiken av pasientar, pårørande og primærhelsetenesta, og utvikle desentraliserte tenestetilbod og samhandlingstiltak til beste for pasientane, saman med kommunane i nedslagsfeltet.

Det skal vere likeverdig og tilstrekkeleg tilgang på grunnleggjande sjukehusstenester av god kvalitet i heile landet, der ein går ut frå at den strukturen vi har i dag for lokalsjukehus, i hovudsak blir halden ved lag.

Dei store sjukehusa skal utvikle sin lokalsjukehusfunksjon, medrekna samordning av behandlingane på sjølve sjukehuset og kontakt og samarbeid med primær- og sosialtenesta. Strategien skal utarbeidast i samarbeid med brukarane, og lokale og regionale politiske aktørar skal trekkjast inn.

Helseføretaka må medverke i utvikling av overordna føringar for lokalsjukehusa si rolle og omsetje dette i konkrete planar for dei einskilte lokalsjukehusa i regionen.

I. Samhandling og samarbeid med primærhelsetenesta

Helse Vest vil utvikle ein overordna strategi for samhandling med primærhelsetenesta og desentralisering av tenestetilbodet. Utgangspunktet er bl.a. rapporten frå dei regionale helseføretaka si strategigruppe for samhandling og desentralisering, jf. rapport av oktober 2004.

I samarbeid med brukarane og primærhelsetenesta skal det utarbeidast konkrete tiltak.

Pasientane skal oppleve heilskaplege behandlingsskjedar. Pasientar med samansette behov skal ha tilbod om integrerte tenester basert på individuelle behov. Pasientar med behov for tett oppfølging og behandling over lang tid, bør ha tilgjengelege tenester lokalt, der dette er fagleg forsvarleg og økonomisk akseptabelt.

Arbeidet skal ta utgangspunkt i kva som er tenleg for pasientane, og tilnæringsmåte og konkretisering av tiltak skal skje i eit likeverdig samarbeid med brukarane og kommunehelsetenesta. Helseføretaka må sikre at pasientar som har størst behov for samordning av tenester, blir prioriterte, og dei må medverke aktivt til at pasientar i desse gruppene får tilbod om individuell plan. Dette gjeld til dømes sjuke eldre, rusavhengige og psykisk sjuke, funksjonshemma og kronisk sjuke.

Helseføretaka må medverke til utarbeiding av ein overordna strategi for samhandling og desentralisering, og i samarbeid med brukarane og primærhelsetenesta utvikle konkrete tiltak.

Helseføretaka skal ivareta plikta til å utarbeide individuelle planar i samarbeid med kommunen, for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester.

J. Smittevern og beredskap

Det skal framleis vere fokus på smittevern og beredskap. Arbeidet skal utførast i ein brei beredskapssamanheng. Handlingsplan for å førebyggje sjukehusinfeksjonar 2004-2006 skal følgjast opp. Likeeins tiltaka i dei regionale planane innan smittevern, beredskap og tuberkuloseprogram.

Det er her viktig å følgje opp:

- Handlingsplanen for å førebyggje sjukehusinfeksjonar 2004-2006 med fokus på å:
 - o gå over frå prevalens- til insidensregistrering
 - o medverke i gjennomføringa av ein handhygienekampanje
 - o definere behovet for smittevernpersonell og utvikle smittevernkompetanse
 - o vurdere behovet for isolat i medhald av nasjonale retningslinjer og følgje opp desse
 - o oppdatere infeksjonskontrollprogramma, internrevidere dei og overvake antibiotikaforbruket.

Det må vidare leggjast vekt på å:

- setje i verk og vedlikehalde tuberkulosekontrollprogramma og organisere tuberkulosekoordinatorar for å sikre ein tilfredsstillande kontroll.
- ha fokus på smittevernberedskap, medrekna beredskap mot pandemisk influensa, sars og liknande med klare ansvarlinjer og prosedyrar for avgjerder om disponering av eigne ressursar i ein beredskapssituasjon og klare prosedyrar for samhandling med primærhelsetenesta. Helseføretaka skal ha tilfredsstillande sikker forsyning av viktig materiell, utstyr og legemiddel.
- setje i verk og følgje opp tiltaka som er føreslåtte i dei vedtekne regionale planane innanfor smittevern, beredskap og tuberkuloseprogram.

K. Høgspesialisert medisin - landsfunksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter

Helse Vest skal samarbeide om å lokalisere funksjonar som det ikkje er rasjonelt å etablere i alle regionar, og gjere nødvendige avtaler om kjøp av høgspesialiserte tenester.

Helse Vest vil også aktivt fordele funksjonar internt i regionen for å sikre gode regionale løysingar. Det gjeld både høgspesialiserte funksjonar og nye funksjonar.

Helse Vest har etablert ei prosjektgruppe med deltaking frå helseføretaka, som vurderer dei høgspesialiserte tenestene i regionen. Gruppa vil forutan å gå gjennom dagens funksjonar, også fremje forslag til utvikling av nye funksjonar og prosedyrer for godkjenning.

Helse Vest vil også i løpet av våren 2005 gjere ei ekstern evaluering av dei eksisterande kompetansesentra i regionen.

Helseføretaka må bidra aktivt i arbeidet med gjennomgangen av høgspesialiserte tenester i regionen, og følgje opp den fordelinga av tenester som Helse Vest RHF vedtar.

5.2 UTDANNING

Utdanning er ei hovudoppgåve for helseføretaka.

Helse Vest skal sørgje for eit kvalitativt godt tilbod og stor nok kapasitet for praksisundervisning av studentar i grunnutdanning i helseregionen. Helse Vest skal også sørgje for vidare- og etterutdanning av helsepersonell. Det gjeld også spesialistutdanning for legar.

Det er etablert eit nært og godt samarbeid med universiteta i regionen, særleg Universitet i Bergen, med eit velfungerande samarbeidsorgan mellom Helse Vest og universiteta, jf. §§ 6 og 13 i vedtektene og instruks til styret om forholdet til høgskolar og universitet.

Det er òg etablert eit tilsvarande samarbeidsorgan med høgskolane i regionen, med inngåing av avtaler mellom den einskilde høgskole og Helse Vest, og mellom helseføretaka og høgskolane.

Helseføretaka må her:

- etablere avtaler med dei einskilde høgskolane om praksisundervisning
- opprette så mange praksisplassar for helsefagstudentar som det er behov for, jf. eiga oversikt
- i samarbeid med høgskolane, vurdere behovet for vidareutdanning og etterutdanning innan kritiske område, bl.a. anestesi- og operasjon og legemiddelterapi
- rapportere kor mange medisinarstudentar som har delteke i den kliniske undervisninga
- oppretthalde utdanningskapasiteten i dei sjukehusbaserte spesialitetane, og med ein gong melde om endringar i stillingsstrukturen for legar til databasen i sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefording
- leggje til rette for turnusteneste også ved dei mindre lokalsjukehusa

5.3 FORSKING

Forsking er ei anna hovudoppgåve for Helse Vest og helseføretaka.

Helse Vest skal prioritere forsking, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Samarbeidsorganet med universiteta har her ei viktig oppgåve både som pådrivar, i fordelinga av midlar og i utviklinga av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen.

Det er behov for ei auka satsing og tiltak for å styrkje forsking innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbrukarar. Ressursbruk og tiltak for å styrkje forsking innanfor desse områda skal dokumenterast særskilt. Det skal leggjast til rette for auka rekruttering frå profesjonsutdanningane til forsking, medrekna dobbeltkompetanseprosjektet med kombinert spesialist- og forskarutdanning i psykologi.

Nasjonalt system for måling av forskingsresultat skal følgjast opp. Helse Vest vil i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, gjennom felles strategisk satsing på forsking, prioritere å etablere felles mal for måling av innsatsfaktorar til forsking.

Nasjonal samordning av forsking skal sikrast gjennom etableringa av eit nasjonalt samarbeidsorgan med representantar frå dei regionale helseføretaka, universiteta, Folkehelseinstituttet, Norges forskningsråd, Sosial- og helsedirektoratet og Kunnskapssenteret.

Kjønnspektivet og bevisstgjerings av kjønnskilnader i klinisk forsking skal få merksemd. Det skal òg gis støtte til Norges forskningsråd i arbeidet med ein rapport om forsking på helsa til kvinner.

Det må her leggjast vekt på å:

- styrkje forskinga og delta aktivt i samarbeidsorganet med universiteta
- styrkje forskinga særleg innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbruk.

- sørge for at nasjonale og regionale medisinske kompetansesenter og landsfunksjonar forskar og driv fagutvikling innanfor eigne fagområde
- dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles mal

5.4 BRUKARMEDVERKNAD OG OPPLÆRING AV PASIENTAR OG PÅRØRANDE

God opplæring er ein føresetnad for å meistre livet ved kronisk sjukdom og for å hindre ei forverring av helsetilstanden. Helse Vest skal sørge for at det blir gitt eit heilskapleg opplæringstilbod til pasientar og pårørende med behov for opplæring. Brukarane skal medverke systematisk med sine erfaringar i utviklinga av tenestetilbodet ved alle helseføretaka.

I helseføretaka er det viktig å:

- setje i verk og vidareutvikle heilskaplege opplæringstilbod til pasientar og pårørende med behov for opplæring
- ha etablert lærings- og meistringssenter, eventuelt med fleire einingar slik at tilbodet er lett tilgjengeleg
- utvikle nye tilbod om læring og meistring
- sørge for at brukarane medverkar systematisk gjennom sine erfaringar i utviklinga av tenestetilbodet ved alle helseføretak

6. EIGARSTYRING KNYTT TIL ØKONOMI OG ORGANISASJON

6.1 KRAV KNYTT TIL ØKONOMI

A. Omstillingsutfordring og balansekrav

I tråd med Stortinget sine føresetnader legg Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at Helse Vest RHF handterer omstillingsutfordringa slik at det blir oppnådd økonomisk balanse i 2005. Helse- og omsorgsdepartementet er innforstått med at det kan innebære store omstillingar. Det skal rapporterast frå styre til eigar om den økonomiske utviklinga i helseføretaksgruppa annankvar månad i 2005.

Helseføretaka skal:

- arbeide aktivt for å oppnå balansekravet
- vurdere og setje i verk nødvendige omstillingstiltak innanfor gjeldande rammer
- innrette den ISF-baserte aktiviteten i 2005 slik at presset på basistilskotet ikkje aukar, og at budsjettet for 2005 kan haldast

B. Kapitalfundamentet

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) er det gjort greie for at departementet tek sikte på å fremje eit endringsforslag til helseføretakslova for Stortinget, som gir heimel til å fastsetje forskrift om rekneskapsføring av anleggsmidlar overtekne av regionale helseføretak og helseføretak ved etableringa av sjukehusreforma 1. januar 2002. Forskrifta skal gjelde frå og med framlegginga av rekneskapen for 2004, og departementet har lagt til grunn at Helse Vest RHF legg den forskrifta som er føreslått til grunn ved framlegginga av rekneskapen for 2004. Det er ikkje sett krav til avkastning i helseføretaka.

Helseføretaka må leggje den føreslåtte forskrifta til grunn for rekneskapen for 2004.

C. Investeringar

Helse Vest har med bl.a. bakgrunn i brev av 31.12.02 og 12.02.04 frå departementet utarbeidd retningslinjer for avgjerd om og gjennomføring av investeringsprosjekt i Helse Vest.

Styringssystemet for store investeringar byggjer på ein kombinasjon av fullmakter til helseføretaka og ei overordna styring for å sikre at investeringar skjer i samsvar med overordna prioriteringar og ressursrammer. Det betyr bl.a. at:

- for store prosjekt må det ikkje setjast i gang omfattande prosessar og planleggingsarbeid som det seinare viser seg urealistisk eller ikkje ønskeleg å gjennomføre av økonomiske eller helsefaglege grunnar
- i tråd med skisserte krav til ulike prosjektfasar o.a. i nemnde brev frå 31.12.02, må aktuelle prosjektidear raskt vurderast opp mot realistiske økonomiske rammer
- prosjekt som det er avgjort skal vidareførast, må innarbeidast i Helse Vest RHF sine overordna planar og budsjett for på den måten å stadfeste at prosjektet er vurdert og prioritert innanfor heilskaplege faglege og økonomiske rammer
- alle prosjekt må underleggjast tilfredsstillande kvalitetssikring og styring, med særskilte krav til store prosjekt med kostnadsramme som overstig 500 mill. kroner
- etter gjennomført konseptfase (jf. brev av 31.12.02) for prosjekt som overstig 1 000 mill. kroner, skal resultata frå konseptfasen og vurderingane frå det regionale helseføretaket leggjast fram for departementet.

Retningslinjene og krava som er omtala i dei nemnde dokumenta må leggjast til grunn for planlegging av investeringar.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2005 vurdere supplerande krav knytte til omfang og innretting av investeringar, mellom anna rammer for mogleg bruk av offentleg-privat samarbeid. Departementet vil òg ta initiativ til ein gjennomgang av større planlagde investeringsprosjekt i samarbeid med dei regionale helseføretaka, for å unngå overinvesteringar og oppbygging av parallelle tilbod.

D. Låneopptak og driftskredittar

I samband med føretaksmøta i januar 2005 fordeler departementet om lag 90 prosent av den samla låneløyvinga for 2005. Departementet tildeler Helse Vest RHF 350 mill. kroner av denne løyvinga. Den resterande delen av låneløyvinga blir fordelt hausten 2005 etter førehandskontakt med dei regionale helseføretaka. Departementet kan omdisponere ubrukte beløp til andre regionale helseføretak dersom det er behov for det. Kvart enkelt år er det ikkje samsvar mellom investeringsnivå og inntekter for å dekkje avskrivningar i alle helseføretak i Helse Vest RHF. Departementet legg til grunn at denne ledige likviditeten blir brukt til (del)finansiering av andre prioriterte investeringsprosjekt. Slik omfordeling av likviditet er ikkje å definere som lån etter § 33 i helseføretakslova.

Samla ramme for driftskredittar i 2005 er sett til 5,5 mrd. kroner. Det er departementet som godkjenner driftskredittramma for det enkelte regionale helseføretaket. Helse Vest RHF har ei

godkjent driftskredittramme på inntil 1 100 mill. kroner. Dersom Helse Vest RHF har behov for å auke driftskredittramma utover dette nivået, må det søkjast departementet om det.

E. Krav til einskapleg rekneskapsføring

Departementet vil i 2005 intensivere det arbeidet som allereie er sett i gang med felles retningslinjer for rekneskapsføring i dei regionale helseføretaka, medrekna einskapleg framstilling av årsrekneskapane for 2005. Departementet ber Helse Vest RHF medverke til dette gjennom deltaking i samarbeidsgrupper for økonomidirektørar og rekneskapsleiarar.

F. Innføring av kompensasjonsordning for meirverdiavgift frå 2006

For å hindre konkurransevriding i forhold til private leverandørar av varer og tenester til regionale helseføretak og helseføretak, tek departementet sikte på å innføre ei kompensasjonsordning for meirverdiavgift frå 1.1. 2006.

Helseføretaka skal leggje dette til grunn i den grad det i 2005 blir planlagd organisatoriske endringar som kan påverke private leverandørar av meirverdipliktige varer eller tenester.

6.2 TILTAK KNYTT TIL ORGANISASJONSUTVIKLING

A. Leiing

Utvikling av godt leiarskap på alle plan må framleis vere eit fokusert område i helseføretaka.

Helse Vest vil delta i utvikling av nasjonale leiarutviklingstiltak. Det skal vere etablert eit nasjonalt toppleiarprogram i løpet av 2005 for kandidatar til leiarstillingar på høgt nivå i helseføretaka. Det skal også gjennomførast nasjonal direktørsamling for RHF- og HF-direktørar kvart halvår med fokus på leiarutvikling.

Helse Vest vil medverke i utviklinga av lokale leiarprogram i helseføretaka.

Helseføretaka må for sin del:

- sikre at verksemda blir leidd, er organisert og blir utvikla slik at nødvendig fornying, omstilling og effektivisering finn stad
- utvikle lokale leiarprogram og medverke i nasjonale prosessar kring leiarskap

B. Løns- og arbeidsforhold

Lønsutviklinga i helseføretaka

Det er eit leiaransvar å ha særleg fokus på lønsutviklinga i spesialisthelsetenesta, og å opparbeide god kompetanse og organisering når det gjeld forhandlingar. Helse- og omsorgsdepartementet har sett ned ei arbeidsgruppe som skal gjennomgå og vurdere korleis arbeidsgivarsida har handtert løns- og tarifforhold etter den statlege overtakinga av spesialisthelsetenesta. Arbeidsgruppa skal òg vurdere den arbeidsgivarorganiseringa som er valt (jf. helseføretakslova § 10, andre ledd og Kgl. res. av 6. juli 2001 om valg av arbeidsgivertilknytning). Arbeidsgruppa skal vidare gjennomføre ei breiare vurdering av korleis helseføretaka nyttar dei sentrale innsatsfaktorane personell og løn. Det er venta at arbeidsgruppa legg fram ei evaluering, og eventuelt gir tilrådingar om tiltak eller justeringar sommaren 2005. Helse- og omsorgsdepartementet ønskjer at evalueringa skal vere med på å

setje søkjelyset på god ivaretaking av arbeidsgivaransvaret, slik at innsatsen på området blir styrka.

Helseføretaka blir bedne om å rapportere data for utvikling når det gjeld personell og løn, jf også prosjekt om heilskapleg styringsinformasjon.

Oppfølging av retningslinjer for løns- og pensjonsforhold i staten:

Rådgivande retningslinjer for tilsetjingsvilkår for leiarar i heileigde statlege føretak og selskap, utgitt av Nærings- og handelsdepartementet 28. juni 2004, blir gjort bindande for helseføretaka.

Arbeidstilhøve

Helseføretaka skal sikre seg at arbeidstilhøva, inkl. arbeidstida, er forsvarleg m.a. ved ikkje å akseptere at det blir gjort lokale avtalar om vaktordningar – slik som maksimal arbeidstid per døgn og krav i kvileperiodar – som kan gå på tvers av det forsvarlege.

Migrasjon av helsepersonell

Helseføretaka må forvisse seg om at dei opplysningane som arbeidssøklar legg fram om eigen bakgrunn er korrekte, og gjere ei vurdering av realkompetansen hos aktuelle søklarar. Dersom det er ein føresetnad at arbeidstakaren skal kunne kommunisere på norsk – munnleg og/eller skriftleg – må det gå fram av utlysingsteksten, og realkompetansen til søkjaren må vurderast på dette området.

C. Kommunikasjon og omdømme

Helseføretaka representerer ei svært viktig samfunnssteneste og er i utprega grad avhengige av at omverda har tillit til tenestene.

For at innbyggjarane skal ha tillit til det arbeidet vi gjer, må vi kommunisere grundig og effektivt, på ein open og tillitsskapande måte. Dette inneber mellom anna at helseføretaka må sikre retten til innsyn og oppfordre til innspel og dialog. Både internt og eksternt må kommunikasjonen vere open, inkluderande og tillitsfull for å bidra til eit positivt omdømme.

Helseføretaka må i særleg grad planleggje og gjennomføre grundige kommunikasjonsprosessar i samband med endringar / omstillingar. Dette er viktig for innbyggjarane si tryggleikskjensle i forhold til tenestetilbodet. Både kommunar og brukarutval er i slike høve svært viktige aktørar.

Styremøta i helseføretaket skal vere opne, og helseføretaket må sikre at aktiviteten i styret føregår i tråd med føringane som er gitt.

Effektiv kommunikasjon med omverda er viktig. Så langt som det er tenleg skal helseføretaka samarbeide om felles informasjons- og kommunikasjonstiltak.

Helseføretaket bør sørgje for velfungerande og lett tilgjengelege internettenester, og med jamne mellomrom forvisse seg om at rutinane for kommunikasjonsberedskap er oppdaterte og speglar gjeldande organisasjon

D. Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll

Helsetenesta skal planleggjast og drivast innanfor gjeldande lover og reglar. Plikta til internkontroll inneber at alle ledd i organisasjonen skal kjenne til relevante lovkrav.

Krav til internkontroll:

Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav om at styret i Helse Vest RHF skal sikre seg at det er etablert eit samla opplegg for internkontroll for verksemda for å førebyggje, forhindre og oppdage avvik innanfor områda økonomi/rekneskap, drift/forvaltning, lov-/myndigheitskrav og etikk (jf. bl.a. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, o.a.).

Styret i Helse Vest RHF skal sjå til at internkontrollen i det regionale helseføretaket og helseføretaksgruppa er sikra i tilstrekkeleg omfang og på ein systematisk måte, med nødvendig forankring hos leiinga i heile organisasjonen. Styret skal minimum ein gong i året ha samla gjennomgang av tilstanden i helseføretaksgruppa for å følgje opp internkontrollen, og ha tiltak for å følgje opp avvik. Rapport frå styret sin gjennomgang skal leggjast fram for Helse- og omsorgsdepartementet i årleg melding. For 2005 skal det rapporterast kvart tertial om styret si oppfølging og avvikskorrigerande tiltak. Det er ein føresetnad at helseføretaka medverkar aktivt i dette arbeidet.

Styra i helseføretaka må på same måte som styret i Helse Vest RHF sikre seg at det blir sett i gang arbeid med å etablere system for internkontroll i eiga verksemd.

Helseføretaka skal:

- etablere system for internkontroll i eiga verksemd
- ta aktivt del i regionale prosjekt som blir sette i gang, for å sikre at internkontrollen i helseføretaksgruppa er tilstrekkeleg harmonisert og har nødvendig omfang og systematikk

Styret i Helse Vest RHF vil innan utgangen av 2. tertial etablere felles intern revisjon i det regionale helseføretaket og helseføretaksgruppa som eit ledd i styret si overvaking av internkontrollen.

Bruk av revisor til oppgåver ut over inngått kontrakt:

Det blir vist til revisorlova § 4-5 første ledd, der det heiter: ”Revisor som reviderer årsregnskap for en revisjonspliktig, kan ikke utføre rådgivnings- eller andre tjenester for den revisjonspliktige dersom dette er egnet til å påvirke eller reise tvil om revisors uavhengighet og objektivitet.”

Helseføretaka skal leggje til grunn ei restriktiv tolking av regelen.

E. Innkjøp

Det er framleis store utfordringar knytt til innkjøp av varer og tenester.

Det er tre forhold helseføretaka må ha særleg fokus på i 2005:

- at alle innkjøp av varer og tenester skjer i samsvar med regelverk om offentlege innkjøp og elles i samsvar med etiske retningslinjer for innkjøp i Helse Vest
- at ein i arbeidet med innkjøpsfunksjonane i helseføretaka har eit strategisk fokus og ei utvikling som er i samsvar med dei satsingsområda som er nedfelt i den regionale strategiplanen for innkjøp

Helseføretaka må vidare:

- vidareføre si aktive deltaking i det regionale innkjøpssamarbeidet og stille ressursar til disposisjon slik at nye innkjøpsområde kan bli samordna regionalt.
- måle samordningsgevinstar ved innkjøp og rapportere desse regelmessig inn til Helse Vest slik at ein oppnår systematisk og heilskapleg resultatmåling.

F. Oppfølging av statlege handlingsplanar o.a. på særskilte område

Helseføretaka skal følgje opp statlege handlingsplanar:

- Grøn stat: Alle statlege verksemdar skal innføre miljøleing som integrert del av sitt styringssystem innan 2005 (Rettleiing og erfaringsmateriale er samla på www.odin.dep.no/md/gronnstat/)
- Elektronisk handel: I samband med innkjøpsprosessar blir det vist til elektroniske hjelpemiddel som ligg føre, så som Program for elektronisk handel i det offentlege, bl.a. Markedsplassen ehandel.no.
- Universell utforming av bygg: Universell utforming skal leggjast til grunn for fysisk utforming og drift av sjukehus og andre helseinstitusjonar, jf. Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne – Plan for universell utforming til viktige samfunnsområder.
- Parkeringsplassar for funksjonshemma: Det er viktig å sikre tilgjenge til parkeringsplassar for funksjonshemma ved sjukehusa.

G. Utvikling av styringsinformasjon i spesialisthelsetenesta

Helse Vest er i ferd med å utvikle eit heilskapeleg styringsinformasjonssystem i samarbeid med helseføretaka. Helse Vest vil òg ta aktivt del i det pågåande og planlagde nasjonale arbeidet med å utvikle styringsinformasjon for spesialisthelsetenesta.

Det skal etablerast rutinar som sikrar at verksemdene følgjer dei fastsette nasjonale retningslinjene for korrekt og einsarta koding innanfor dei ulike fagområda.

Helseføretaka må medverke i:

- utvikling av eit regionalt heilskapeleg styringsinformasjonssystem
- og etablere rutinar som sikrar oppfølging av dei fastsette nasjonale retningslinjene for korrekt og einsarta koding innanfor dei ulike fagområda. Det blir i denne samanhengen også vist til ”diagnosekvalitetsprosjektet”, ”KPP-arbeidet” og ”basiseiningskodeverket”

H. Sjuketransportordninga

Det er framleis knytt store utfordringar til å samordne sjuketransporten i helseføretaka. Gevinstane ein kan hente ut her er relativt sett vesentlege.

Her er det viktig at helseføretaka:

- tek aktivt del i regionalt prosjekt for å betre samordninga av sjuketransporten
- arbeider målretta i eigen organisasjon med tanke på å hente ut dei gevinstane som ligg i betre samordning av sjuketransporten

I. Oppfølging av regionale prosjekt/nye regionale prosjekt

Helse Vest vil også i 2005 ta initiativ til ulike prosjekt som eit ledd i utviklinga av kvaliteten på tenestetilbodet og for å sikre ei god utnytting av ressursane.

Det er viktig at helseføretaka også følgjer opp dei prosjekta som er avslutta. Det gjeld bl.a. regional opptrappingsplan for psykisk helse, patologiplan og planane for beredskap og smittevern. Når utkast til regional kreftplan er behandla av styret i Helse Vest, vil denne bli følgd opp i eit eige brev til helseføretaka.

Med dei prosjekta som allereie er starta, vil følgjande prosjekt bli følgde opp i 2005:

- Utvikling av behovet for spesialiserte tenester
- Heilskapleg styringsinformasjon
- Utvikling av tenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar
- Gjennomgang av dei prehospitale tenestene
- Evaluering av regionale kompetansesenter
- Gjennomgang av høgspesialiserte funksjonar
- Gjennomgang av øyre-, nase-, hals- og augefaget
- Gjennomgang av kar-torax-kirurgi
- Gjennomgang av rehabiliteringstenester/tenester til personar med kroniske sjukdommar
- Gjennomgang av medisinske servicefunksjonar
- Samordning av blodbankverksemda
- Gjennomgang av radiologitenester/billeddiagnostikk
- Kvalitetssikring av utbyggingsprosjekt
- Prioritering av helsetenester
- Utvikling av kvalitetsindikatorar
- Pasient- og brukarundersøkingar
- Sjuketransportordninga - vidareføring mht. samordning
- Innkjøpsorganisering Helse Vest
- Samordning av drifts- og serviceavtaler for eigedommar
- MOT Medarbeidarar – organisasjon – teknologi
- Lokalt/regionalt leiarutviklingsprogram
- Nasjonalt leiarutviklingsprogram
- Økonomihandbok
- Fellestenestesenter – businesscase
- Utviklingsprosjekt økonomistyring
- Samordning av internkontrollsystem

Prosjekta vil bli gjennomførte i samarbeid med helseføretaka og representantar for dei tilsette sine organisasjonar i samsvar med nærare definerte projektskildringar.

J. Regional IT-strategi

Arbeidet med regional IT-strategi er no organisert i fem regionale samarbeidsfora. Desse samarbeidsfora er organiserte med ein representant frå kvart helseføretak og med representanten frå Helse Vest RHF som leiar. Helse Vest IKT AS deltek på same måte med representant i dei nemnde fora. Dessutan har Helse Vest IKT AS rolla som sekretariat for alle fora.

Helseføretaka må ta aktivt del i det regionale utviklingsarbeidet på det IT-strategiske området og tilpasse seg og gjennomføre dei val og avgjerder som blir gjort både med omsyn til system-val og andre felles IT-løysingar.

I 2004 blei det gjort vedtak på ein felles IT-sikkerhetspolicy for alle føretaka i Helse Vest. Desse retningslinjene må gjennomførast i organisasjonen på ein effektiv måte i 2005.

K. Samarbeid med Helse Vest IKT AS

Helse Vest IKT AS er eit heileigd dotterselskap av Helse Vest RHF, og skal levere produkt og tenester til helseføretaka på IKT-området.

Det må leggjast vekt på å:

- delta i samarbeidsforum
- samarbeide med Helse Vest IKT og Helse Vest RHF om utvikling av betre forståing av rollene som premissgjevar, bestillar og leverandør i 2005 og vidare framover
- inngå servicenivåavtale med Helse Vest IKT AS innan 1. april 2005
- samarbeide med Helse Vest IKT AS om å utvikle ein aktivitetsbasert prismodell i løpet av 2005

L. Samarbeid med apotekføretaket

Helseføretaka må følgje opp dei rammeavtalene som er inngått med Apoteka Vest HF om farmasifaglege tenester. Det må arbeidast vidare med å få på plass særavtalene. Avtalene må styrkje samarbeidet mellom helseføretaka og medverke til meir effektiv legemiddelforsyning og legemiddelbruk.

7. RAPPORTERING

Det skal rapporterast i tråd med lov og forskrift og andre myndigheitskrav.

Månadsrapportering

Det skal som hovudregel rapporterast innan den 15. i kvar månad på økonomi og aktivitet. Dette gjeld også kvalitetsindikatoren epikrisetid.

Tertialrapportering

Etter kvart tertial skal det rapporterast på regionale kvalitetsindikatorar etter eit fastsett opplegg frå Helse Vest RHF. Frist for rapporteringa er den 15. i den påfølgande månaden.

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

Årleg melding

I medhald av § 34 helseføretakslova skal Helse Vest RHF sende ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet innan 15. februar 2006.

Helseføretaka skal sende ei tilsvarende årleg melding til Helse Vest RHF. Denne meldinga skal inngå som underlag for Helse Vest RHF si melding til departementet. Fristen for årleg

melding blir sett til 15. januar 2006.

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

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

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

Årsrekneskap

Helseføretaksgruppa skal avleggje rekneskap i medhald av reglane i rekneskapslova. Det vil bli sett egne fristar for gjennomføringa av årsoppgjeret for 2005.

Rapport for bruk av midlar og aktivitet

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

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

Forus 26. januar 2005
Helse Vest RHF