

Styringsdokument 2006

Helse Bergen HF

INNLEIING.....	3
DEL I – HELSEFAGLEG BESTILLING MED TILHØYRANDE RESSURSGRUNNLAG	4
1. RESSURSGRUNNLAGET.....	4
2. STYRINGSKRAV FOR 2006.....	7
2.1 Kvalitet i tenesta.....	7
2.2 Prioritering	8
2.3 Pasientbehandling	9
2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse	10
2.3.2 Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar	12
2.3.3 Rehabilitering og habilitering	13
2.3.4 Nasjonale strategiar mv	14
2.3.5 Lokalsjukhusfunksjonen og samhandling med primærhelsetenesta	15
2.3.6 Smittevern og beredskap	16
2.3.7 Høgspesialiserte tenester - landsfunksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter.....	16
2.4 Utdanning	18
2.5 Forsking	19
2.6 Opplæring av pasientar og pårørande	19
2.7 Oppfølging av sentrale styrevedtak.....	20
DEL II - EIGARSTYRINGSOKUMENTET.....	22
3. ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEVILKÅR.....	22
3.1 Omstillingsutfordring og balansekrav	22
3.2 Investeringar	22
3.3 Låneopptak og driftskredittar	22
3.4 Leigeavtaler	23
3.5 Rekneskapsføring.....	23
4. ORGANISATORISKE KRAV.....	23
4.1 God verksemdstyring.....	23
4.2 Organisatorisk vidareutvikling.....	24
4.2.1 Organisering og ansvarsdeling	24
4.2.2 Tiltak innan HR-området.....	24
4.2.3 Oppretting av selskap	25
4.2.4 Innkjøp.....	25
4.2.5 Avtaler med eksterne tenesteytarar og leverandørar. God avtaleforvaltning.....	26
4.2.6 Kommunikasjon og omdømme.....	26
4.3 Oppfølging av juridisk rammeverk.....	26
4.3.1 Arbeid med internkontroll	26
4.3.2 Område innanfor internkontroll som skal ha særskild prioritet i 2006	27
4.4 Regionale prosjekt.....	28
4.5 IKT/Samarbeid med Helse Vest IKT AS.....	29
4.6 Samarbeid med apotekføretaket.....	29
5. RAPPORTERING.....	29

INNLEIING

Gjennom styringsdokumentet ønskjer Helse Vest RHF å gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2006. Dokumentet er delt i to hovuddelar. Del I omhandlar ressursgrunnlaget (pkt 1) og den helsefaglege bestillinga for 2006 (pkt 2), medan del II inneheld eigarkrav retta til Helse Bergen HF (pkt 3 og 4).

Styringsdokumentet skal klargjere dei premissar og rammer som gjeld for verksemda og inneheld resultatkrava som blir stilt til helseføretaket.

Det er likevel ikkje slik at dei samla krava til helsetenesta går fram av styringsdokumentet. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som skal vektleggjast og prioriterast. Desse oppgåvene må ein sjå i samanheng med dei mål, rammer og retningslinjer for helsetenesta som går fram av lov og forskrifter, Helse- og omsorgsdepartementet sitt årlege bestillardokument til Helse Vest RHF og styringskrav frå eigar formidla i føretaksmøte i Helse Vest RHF samt i andre dokument og vedtak. Helse Vest RHF legg til grunn at helseføretaka er kjende med desse.

I eigardokumentet (del II) blir det gjort greie for krav og forventningar Helse Vest RHF har til helseføretaket for 2006. I dokumentet blir ikkje bestemte krav og føringar frå tidlegare år gjenteke med mindre det frå ein eigarståstad framleis er nødvendig å ha ein særskild fokus på kravet eller føringa. Eldre krav og føringar vil likevel framleis gjelde dersom ikkje noko anna er uttrykkeleg uttala.

I styringsdokumentet vert det og stilt krav til korleis helseføretaket gjennom rapportering og årleg melding skal gjere greie for korleis styringsdokumentet og dei krav som her vert stilt, har blitt følgt opp eller blir planlagt følgt opp. Heilskapleg rapportering skal skje i eigarlinja. Det er gjort greie for dei nærare krava til rapporteringa i punkt 5.

DEL I – HELSEFAGLEG BESTILLING MED TILHØYRANDE RESSURSGRUNNLAG

1. RESSURSGRUNNLAGET

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

Til finansiering av Helse Bergen HF si verksemd i 2006, blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

Fordeling av inntektsrammen 2006 i Helse Vest

Inntektsfordeling 2006 - innanfor inntektsmodell	Helse Bergen
Innsatsstyrt finansiering	1 065 981
ISF pasienter behandla i andre regionar	24 270
ISF pasienter behandla for andre regionar	-41 667
SUM ISF	1 048 584
Inntektsramme Helse Vest RHF	
Basis somatikk	574 750
Basis somatikk fordelt etter produksjon	604 825
Kostnadskomponent, somatikk	515 578
Basis psykiatri	661 387
Kostnadskomponent, psykiatri	28 600
Ambulanse	152 295
Stukturtilskot	18 324
Tilskudd til landsfunksjonar	36 200
Internt gjestepasientoppgjer	174 737
Fordelt kapitaltiskot	301 857
Sum fordelt etter modell	4 117 136
Midlar til dekning av ekstern gj.pas.oppgj. Fordelt etter faktisk kostnad	-8 699
Midlar til dekning av ekstern gj.pas.oppgj. Fordelt etter somatikkmodell	7 898
Sum fordelt etter modell inkl. ekstern gj.pas.oppgjør - inntektsramme fra Helse Vest til HF	4 116 336
Fordeling utanfor inntektsmodell:	
<i>Tilskudd i basisrammen</i>	
Halvering lab/røntgen satsar	73 668
Kreftplan	9 401
Kompensasjon for arbeidsgiveravgift	486

Kompensasjon for el-avgift	10 550
Internt lab/røntgenoppgjer	13 666
Øremerket tilskudd	
Opptappingsplan psykiatri 2004	4 952
Opptappingsplan psykiatri 2005	17 498
Tilskot til utdanning	92 477
Kompetansesentre:	
Regionale kompetansesentre	2 129
Regionale komp.sentre- kreftplan	17 314
Nasjonale med. komp. Sentre	26 141
Syketransport	97 657
Tilskudd til psykososialt arbeid flyktinger	3 036
Insulinpumper	4 576
Dyrare legemiddel	1 453
Utanlandsbehandlingar - overf. frå RHF	9 700
SUM tildelt inntektsramme 2006 frå RHF	4 501 041
<i>Reduksjon av inntektsramma til HF'a som følgje av eksternt gjesteapsientoppgjjer:</i>	
<i>Kostnad eksternt gj.pas.oppgjør</i>	<i>-48 540</i>
<i>Fakturering av gjestepasienter andre regioner</i>	<i>83 335</i>
<i>Kostnad kjøp av kurdøgnplassar</i>	<i>-6 596</i>
SUM inntektsramme i HF'a	4 529 240

Tabellen viser inntektsfordelinga delt i 2 hovudkomponentar, innanfor ny inntektsmodell og utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsatsstyrt finansiering og basistilskot. Nedst i tabellen (skravert med grått) er det vist kostnader og inntekter knytt til eksternt gjestepasientoppgjjer som følgje av at rekningar frå andre regionar no skal betalast av helseføretaka sjølve.

Aktiviteten finansiert via ISF-ordninga blir dekt av Helse Vest RHF basert på fastsette DRG-poeng multiplisert med 40 prosent av einingsprisen for 2006, som i statsbudsjettet er anslått til kr 31 614. Dette gir eit vederlag til Helse Bergen HF på kr 12 945,60 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 statsbudsjett 2006 er det lagt opp til vidareføring av eit aktivitetsnivå målt i DRG poeng som er om lag på same høge nivå som prognosen for 2005. Registreringspraksis pr. 2. tertial 2005 indikerer at kodeveksten er om lag 1 %. Dette inneberer at aktivitetsnivået for 2006 målt i DRG poeng vil kunne aukast med 1 % jamført med prognosen for 2005. Prisen for 2006 er underregulert med 1 % tilsvarende den forventa registreringsendringa. Tiltak frå HOD kan bli satt i verk for å dempe ei utilsikta aktivitetsutvikling. Slike tiltak vil Helse Vest RHF vidareføre på helseføretaka.

Tilskot gjennom ISF-ordninga er ei overslagsløyving. Helse Vest har lagt til grunn eit produksjonsnivå målt i DRG poeng på 84 297 inkludert forventa kodevekst på 1 %.

Grunnlaget for å kontobetaling første kvartal blir fastsett med utgangspunkt i inntektsramma som kjem fram av tabellen ovanfor for Helse Bergen HF. Dersom produksjonen avviker frå overslagsløyvinga vil Helse Vest med basis i utviklinga for kvart kvartal kunne gjere justeringar i a konto utbetalinga i høve til 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 Bergen HF. Desse inntektene blir vidareførte til Helse Bergen HF. I tillegg mottar Helse Bergen HF eigendelar frå pasientane. Det blir også gitt basistilskot som følgje av reduserte RTV takstar frå 1. september 2005. Denne er innarbeida med heilårseffekt frå og med 2006.

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 same gjeld ein rekke ikkje fordelte midlar som er halde tilbake i Helse Vest RHF. Det blir i denne samanhengen vist til sak 114/05 "Inntektsfordeling 2006 og førebels resultatkrav 2006" som blei vedtatt av styret i Helse Vest RHF den 14.12.2005.

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.

Andre tilskot

Influensasenteret i Bergen blir tildelt kr 2 287 000. Helse Bergen skal i samråd med Helse Vest RHF ta del i drøftingar med Universitetet i Bergen med sikte på ei sterkare tilknytning til Helse Bergen HF. Dette kjem i tillegg til inntektsfordelinga i tabellen over.

Opptrappingsplan psykiatri

Helse Bergen HF er tildelt kr. 23,0 mill. til styrking av barne- og ungdomspsykiatrien og DPS-a. Dette kjem i tillegg til inntektsfordelinga i tabellen over.

Rus

Ressursar til rusvern vil bli fordelt i seinare.

2. STYRINGSKRAV FOR 2006

2.1 Kvalitet i tenesta

Kvalitet og metodevurdering

Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer med pasienten i helsetenesta fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap. Omgrepet helsegevinst dreier seg ikkje berre om forlenga livstid. Like viktig er betra funksjonsevne og livskvalitet, betre meistring og redusering av utilsikta hendingar etter medisinsk handsaming.

Spesialisthelsetenesta skal utviklast og forbetrast i samsvar med kjenneteikna for god kvalitet som er nedfelt i Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta ... *og betre skal det bli.*

I løpet av 2006 vil Helse Vest starte opp arbeidet med ein heilskapleg strategiplan for kvalitetsarbeid i regionen. Planen er ei vidareføring av arbeidet med kvalitet i Helse Vest. Formålet med planen er å sikre at pasienten sitt møte med helsetenesta fører til betre helse, funksjon og meistring, og at spesialisthelsetenesta heile tida må drive forbetringsarbeid. Arbeidet med internkontroll må sjåast som ein integrert del av arbeidet med kvalitet. Vi viser til styresak 117/05.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- bidra aktivt i utarbeidinga av strategiplan for kvalitetsarbeid i Helse Vest
- byggje på prinsippskissa i styresak 117/05 i eige arbeid med kvalitet

Det er vidare viktig at helseføretaka:

- følgjer opp internkontrollen i tråd med forskrift og etablerte system, og at kvalitetsutval er etablert og integrert i det kontinuerlege kvalitetsforbetringsarbeidet i verksemda.
- ser til at fagmiljøa er kjende med og har eit bevisst forhold til oppfølginga av nasjonale faglege retningslinjer.
- stiller faglege ressursar tilgjengelege slik at dei relevante kliniske fagmiljøa er representerte i dei nasjonale og regionale prosessane for faglege retningslinjer som blir etablerte.
- har gode rutinar for å rapportere data av god kvalitet til nasjonale medisinske kvalitetsregister og dei nasjonale og regionale kvalitetsindikatorane.
- aktivt bruker nasjonale medisinske kvalitetsregister til fagutvikling og kvalitetsforbetring av tenesta og til forskning.
- deltar i nasjonale pasienterfaringsundersøkingar

Helse Vest vil bidra til å etablere eigna tekniske løysingar for dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra. Helse Vest vil kome tilbake til korleis dette skal følgjast opp, når det arbeidet Sosial- og helsedirektoratet gjer er ferdigstilt.

Fagleg rammeverk

Det blir stilt følgjande resultatkrav i 2006:

- Minst 80 prosent av epikrisane skal vere sendt ut innan 7 dagar etter utskriving. Helseføretaka skal arbeide for å sende ut epikrisane så raskt som råd.
- Helseføretaka skal som hovudregel ikkje ha korridorpatientar.
- Allment etablerte diagnoseklassifikasjonar skal leggjast til grunn for arbeidet med diagnostisering innanfor psykisk helsevern for barn og unge. Det skal vere auka bruk av slike diagnoseklassifikasjonar.

2.2 Prioritering

Pasientane skal prioriterast i samsvar med overordna mål, rammer og retningslinjer. Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriterast føre pasientar med rett til anna helsehjelp.

Helseføretaka skal ha særleg merksemd knytt til prioritering av følgjande pasientgruppene:

- menneske med psykiske lidningar
- rusmiddelmissbrukarar
- pasientar med kroniske sjukdommar
- pasientar som treng rehabilitering – habilitering

Desse pasientgruppene skal ha eit særskilt fokus, og prioriterast slik at overordna mål og dokumenterte behov for pasientane i desse gruppene blir tatt vare på. Prioriteringa skal skje med forankring i det prioriteringsprinsippet som blir lagt til grunn i forskrifta, slik at det blir teke omsyn til forventta nytte, kor alvorleg tilstanden er, og kostnader sett i relasjon til effektar av tilbodet. Dette må skje på grunnlag av etablert kunnskap om status og variasjonar i tilbod og etterspurnad etter spesialisthelsetenester.

Helseføretaka må foreta prioritering innanfor dei ressursane dei har.

Helseføretaka må:

- identifisere dei fagområda og dei pasientgruppene der avviket mellom overordna mål, faktiske behov og resultat for befolkninga er stort
- bidra til at alle som har rett på individuell plan, og som ønskjer det, får tilbod om det.

Felles regionale retningslinjer for prioritering

Det no utarbeidd faglege rettleiarar for prioritering innan de fleste fagområda. Desse er samla i ein rapport om praktisering av prioriteringsforskrifta i Helse Vest av desember 2005. Helseføretaka må sørgje for at rettleiarane blir implementerte i dei ulike fagområda. Helse Vest vil samstundes følgje opp arbeidet i eit nasjonalt samanheng.

Helseføretaka skal:

- nytte dei faglege rettleiarane som støtte for prioriteringsavgjerder innan dei ulike fagområda

- sikre at prioriteringsforskrifta er kjend, at den faglege rettleiaren vert teke i bruk og at naudsynt informasjon om prioriteringsstatus vert registrert og brukt.

Ventetider og fristbrot

Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp og pasientar med behov for anna helsehjelp har i dag nesten like lang ventetid.

Helseføretaka må:

- gi pasientar med rett til nødvendig helsehjelp tilbod om behandling innanfor ramma av dei individuelle fristane som blir sett
- unngå fristbrot
- unngå at pasientar med rett til nødvendig helsehjelp ventar meir enn 6 månader
- 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.

Helseføretaka skal vidare:

- halde ventetidene på eit lågt nivå, og kvar månad rapportere forventta ventetider til ”Fritt sykehusvalg Norge” og ventetidsdata til Sintef NPR.
- redusere gjennomsnittleg ventetid for behandling av barn og unge med psykiske lidingar. Ventetida for vurdering bør ikkje vere lenger enn ti dagar.

2.3 Pasientbehandling

Aktivitetsnivå

Ressursbruk og innsats skal vere i tråd med helsepolitiske mål og prioriteringar. Målet er ei balansert og styrt utvikling av behandlingstilbodet.

I 2006 er det viktig at helseføretaka:

- aukar innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar. Den prosentvise veksten innanfor rus og psykisk helsevern skal vere høgare enn innanfor somatikken.
- vidarefører aktiviteten som er omfatta av aktivitetsbaserte tilskot, på om lag det same nivået som i 2005.

Generelle styringskrav knytt til pasientbehandlinga

Helseføretaka må sjå til at:

- pasientar får likeverdig behandling uavhengig av etnisk bakgrunn. Spesielle utfordringar som er knytte til pasientar frå andre kulturkrinsar, må møtast med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar. Det skal vere særleg merksemd på at behov kvinner har for helsetenester blir følgde opp. Når det er nødvendig med tolk, bør Nasjonalt tolkeregister (<http://www.tolkeportalen.no>) brukast.
- kjønnsperspektivet blir integrert på ein god måte i verksemda, og at menn og kvinner får likeverdig behandling for same typen plager. Eit kjønnsperspektiv inneber mellom anna å ta i bruk kjønsspesifikk kunnskap og behandling der slikt ligg føre, og etterspørje eller

skaffe dette der det ikkje finst. Tiltaka skal vere i tråd med strategiplan for kvinner si helse presentert i St. meld. Nr. 16 (2002-2003).

Kapasitetsanalyse

Helse Vest skal samarbeide med andre regionale helseføretak om å utarbeide ein samla kapasitetsanalyse for spesialisthelsetenesta, foreslå oppfølgingsstrategi og setje i verk tiltak i samband med denne analysen. Dei regionale helseføretaka skal samanstillе informasjon om over- eller underkapasitet og analysere situasjonen. Det skal takast initiativ til å finne manglar i datagrunnlaget. Dette gjeld spesielt eiga verksemd og verksemda til spesialisthelsetenesta utanfor institusjonane, laboratorium og røntgeninstitut og den funksjonelle kapasiteten som ligg i eksisterande kapitalstruktur.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- medverke i utarbeidinga av kapasitetsanalysen
- gjennomføre dei definerte tiltaka i samband med analysen og oppfølgingsstrategien

Nasjonal handlingsplan for eldre

Helse Vest skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka utarbeide ein regional plan for å styrkje spesialisthelsetenesta til eldre. Planen er eit ledd i utarbeiding av ein nasjonal handlingsplan i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Utkast til handlingsplanen skal leggjast fram innan 1. mai 2006.

Den regionale planen bør innehalde framskrivingar av målgruppa og lagast i samarbeid med kommunane. Planen bør vise den demografiske fordelinga for målgruppa og indikatorar for bruk av helsetenester. Planen bør vise prosentdelen av målgruppa som får behandling, i høve til prosentdelen dei utgjer av befolkninga, og vise kor mange polikliniske konsultasjonar og liggjedagar det er per person i denne aldersgruppa. Det skal utformast tiltak for å nå dei nasjonale måla.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- medverke i utarbeidinga av den regionale planen for spesialisthelseteneste til eldre
- gjennomføre dei definerte tiltaka når handlingsplanen er vedteken

Utanlandsbehandling

Det er tilbod om behandling i utlandet for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp som har sjukdommar vi manglar kompetanse for å behandle i Noreg. Ansvar for å administrere ordninga er lagt til Helse Bergen, Eininga for utanlandsbehandling

2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse

Behandlingstilbodet til menneske med psykiske lidingar skal i 2006 trappast vidare opp i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Tenestetilbodet til barn og unge og akuttenesta til vaksne er område som treng særskilt oppfølging i 2006.

Ventetid for barn og unge

I 2005 har Helse Vest hatt auka ventetider for barn og unge i psykisk helsevern, frå 69 dagar i gjennomsnitt i november 2004 til 108 dagar i november 2005.

Det blir stilt følgjande krav til helseføretaka:

- Gjennomsnittleg ventetid for behandling av barn og unge med psykiske lidningar skal reduserast. Ventetida for vurdering bør ikkje vere lenger enn ti dagar. Som verkemiddel for å oppnå dette skal helseføretaka utarbeide strategiar og tiltak for tenestene, og rutinar for samarbeid med tilvisande instansar, som gir auka behandlingseffektivitet i tenesta.
- Målet om 5 prosent nasjonal dekningsgrad i tilbodet til barn og unge skal nås innan 2008. Helseføretaka må gjennomgå tenestetilbodet sitt og ressursfordelinga si, og setje i verk tiltak for å sikre at målet blir nådd.

Det er sett i gang eit nasjonalt arbeid for å utforme ein ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidningar og for unge rusmiddelmissbrukarar under 23 år. Helse Vest vil kome tilbake til korleis resultatata av dette arbeidet skal følgjast opp i regionen.

Akuttenesta for vaksne

Innanfor akuttpsykiatrien i Helse Bergen og tildels i Helse Stavanger har det i 2005 vore store utfordringar knytt til overbelegg og korridorpasientar. Ei nasjonal kartlegging av akuttpsykiatrien våren 2005 viste store variasjonar mellom helseføretaka i talet på plassar, beleggsprosent og prosentdel utskrivingsklare pasientar.

Helse Vest skal i løpet av første tertial gjennomgå akuttenesta for vaksne i regionen, for å sikre at tilgjengelegheit og kvalitet blir tatt vare på. Den regionale gjennomgangen er eit ledd i eit nasjonalt prosjekt, leia av Sosial- og helsedirektoratet. Formålet er å vurdere kor mange nye plassar/tiltak det bør opprettast ved akutteininger som i dag har for høg beleggsprosent eller skriv ut for tidleg.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- i første tertial delta i gjennomgangen av akuttenesta for vaksne
- vurdere og oppjustere talet på sengeplassar i samsvar med resultatet av gjennomgangen og det nasjonale prosjektet
- vurdere tiltak for å betre drift, fremje samhandling etc

Distriktpsikiatriske sentra (DPS)

DPS-a skal også yte akutt- og krisetenester gjennom polikliniske og ambulante tenester og ved opne døgnpostar. Ein føreset at DPS-a skal handtere førespurnader ved akutt- og krisesituasjonar også utover ordinær arbeidstid. Når det gjeld dei allmennpsykiatriske oppgåvene skal DPS-a ha ei sentral rolle og vere eit bindeledd mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. DPS-a må sikrast tilstrekkeleg bemanning med behandlingskompetanse (gjeld spesielt legar/psykiatrar og psykologar).

Helseføretaka må i denne samanhengen:

- sikre fagleg oppgradering av DPS-a når det gjeld bemanning, slik at dei blir sette i stand til å utføre oppgåvene sine.

Andre styringskrav

Det er òg viktig at helseføretaka:

- sikrar god tilgjengelegheit ved å utvide opningstida ved poliklinikkar
- tar i bruk ambulante team
- forsterkar samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og regionalt barnevern
- gir barn med psykisk sjuke og/eller rusmisbrukande foreldre ei vurdering og sikrast oppfølging etter behov
- har rutinar for samarbeid med kommunale instansar, politi og andre relevante instansar når det gjeld handtering av farlege og ustabile personar
- ikkje legg ned døgnplassar i 2006, jf. departementets brev av 15.09.2004
- legg til rette for brukarmedverknad i utforming av tenesta

Traume/vald

Det vil bli sett i gang eit arbeid for å vurdere om tilbodet om behandling til sterkt traumatiserte pasientar og torturoffer er godt nok.

Som et ledd i dette arbeidet blir Helse Bergen bedt om å:

- utarbeide ein statusrapport på dette feltet knytt til rapportering for første tertial

Vidare arbeid med gjennomføring av opptrappingsplanen

I St.prp. nr. 1 (2005–2006) er det peikt på åtte hovudutfordringar som vil vere sentrale framover. Dette gjeld meistring, tilgjengelege tenester, brukarmedverknad, fagleg innhald i tenesta, førebygging, samhandling og samordning, tillit til tenesta, produktivitet og effektivitet. Det blir sett i gang eit nasjonalt arbeid for å utarbeide mål og indikatorar innanfor kvar av utfordringane. Helse Vest skal delta i dette arbeidet som blir leia av Sosial- og helsedirektoratet.

Helseføretaka skal i denne samanheng:

- bidra i arbeidet med å utarbeide mål og indikatorar

Helse Vest vil i eige brev kome tilbake med føringar for investeringsprosjekta i opptrappingsplanen.

2.3.2 Tilbodet til rusmiddelmisbrukarar

Omfanget av rusmiddelmisbruk og talet på rusmiddelmisbrukarar er betydeleg, og behandlingstilboda er ikkje retta inn mot å svare på behova verken når det gjeld kapasitet eller kvalitet. Dette gjeld særleg legemiddelassistert rehabilitering.

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

Heilskapeleg tilbod

Rusmiddelmisbrukarar 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.

Helseføretaka må særleg medverke til å gi eit heilskapleg tilbod til:

- unge med rusmiddelproblem
- barn og unge med rusmiddelmisbrukande foreldre
- personar med samtidig rusproblem og psykisk lidning
- domfelte rusmiddelmisbrukarar, medrekna deltakarar i Narkotikaprogram med domstolskontroll. Dette krev i særleg grad eit samarbeid med kommunale og private aktørar, kriminalomsorga og internt innanfor spesialisthelsetenesta

Regional plan

Regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukarar vil bli handsama av styret i Helse Vest våren 2006. Planen legg opp til ei styrking av helseføretaka si rolle innanfor rusfeltet.

Det er vesentleg at helseføretaka følgjer opp regional rusplan. Helseføretak må:

- vurdere behovet for ulike tenester i føretaksområdet i samarbeid med kommunane og private leverandørar.
- styrke eigen kompetanse på området.
- sikre god samordning av tenester både internt i føretaket og med private leverandørar.
- sikre rett og lik prioritering av pasientane
- ta ansvar for kjøp av gjesteplassar. Det er eit mål å utvikle større kapasitet lokalt til erstatning for deler av dei plassane som vert kjøpt som gjesteplassar.
- utarbeide lokale planer med utgangspunkt i overordna føringar i samarbeid med private leverandørar

Helseføretaka har eit koordineringsansvar når det gjeld spesialisthelsetenestetilbod til rusmiddelmisbrukarar.

Ventetidsrapportering

Helseføretaka må òg bidra til:

- at ventetider blir rapportert samordna og standardisert med anna ventelisteregistrering i spesialisthelsetenesta.

2.3.3 Rehabilitering og habilitering

Prioritering av området

Tenestetilbodet innanfor rehabilitering og habilitering skal utviklast slik at det blir ei reell prioritering av området.

Det er viktig at helseføretaka:

- prioriterer tilbodet innanfor habilitering og rehabilitering på ein slik måte at tilbodet til pasientane blir utbygd og forsterka i 2006.
- utviklar tilbodet i samsvar med dei faglege tilrådingane i tiltaks- og handlingsplanar for området.
- viser særleg merksemd til habilitering av barn og rehabilitering ved alvorleg hovudskade

Regional plan

I løpet av våren 2006 skal det regionale habiliterings- og rehabiliteringsprosjektet ferdigstillast.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- bidra aktivt i prosjektet
- leggje resultata frå dette prosjektet til grunn for utviklinga av tenestene.

Opptreningsinstitusjonar

Helse Vest har frå 01.01.06 teke over finansierings- og bestillaransvaret for opptreningsinstitusjonar/private rehabiliteringsinstitusjonar i regionen.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- delta aktivt i ein dialog med institusjonane for vidareutvikling av tilbodet
- utvikle samhandlinga med opptreningsinstitusjonane, og i den samanheng leggje vekt på kvalitet, kompetanseutvikling og samhengande tiltakskjeder for pasientane.

Regionalt fagmiljø for autisme

Helse Vest skal i 2006 etablere eit regionalt fagmiljø for autisme, jf brev datert 06.12.05 frå Helse Vest til helseføretaka. Fagmiljøet skal inngå i eit nettverk knytt til autisめeininga, som er lagt til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF i Helse Sør.

Helseføretaka må i denne samanheng:

- delta aktivt i etableringa av regionalt fagmiljø

2.3.4 Nasjonale strategiar mv

Kreft, diabetes og KOLS

Det er/blir utarbeidd nasjonale strategiar for utvikling av tenesta til pasientar med kreft, diabetes, KOLS.

Nasjonal strategi for arbeidet innanfor kreftomsorga er teken vare på gjennom regional kreftplan. Nasjonalt strategidokument for diabetesområdet ligg føre, medan ein nasjonal KOLS-strategi blir ferdig i løpet av sommaren 2006.

Helse Vest skal i 2006 følgje opp desse fagområda.

Helseføretaka skal i denne samanheng:

- medverke til å utvikle og setje i verk konkrete tiltak som gjer sitt til at ein når måla på desse områda.

Kroniske smerter

Det er behov for å styrkje det offentlege smertebehandlingstilbodet både for kroniske smertepasientar og for pasientar med behov for palliativ behandling. Å leggje til rette for

tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse og å betre samhandling mellom forvaltningsnivåa vil stå sentralt i eit slikt arbeid.

Helse Vest vil i 2006 starte opp eit regionalt arbeid for å vurdere tilbodet innanfor smertebehandling.

Helseføretaka skal i denne samanheng:

- bidra aktivt i eit regionalt arbeid

2.3.5 Lokalsjukehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetenesta

Lokalsjukehus og lokalsjukehusfunksjonen ved store sjukehus i regionen skal representere tryggleik, tilgjengelegheit og kvalitet for befolkninga.

Lokalsjukehusa skal særleg ha merksemda retta mot tilboda til dei store sjukdomsgruppene som treng nærleik til tenesta.

Det er viktig at helseføretaka har fokus på:

- å utvikle tydelege og samanhengande behandlingsskjeder i lokalsjukehusa og innanfor lokalsjukehusfunksjonen ved store sjukehus, med utgangspunkt i dei behova pasientane har. Dette gjeld for akutt sjuke, fødande, eldre, kronisk sjuke og for pasientar til elektiv behandling. Slike behandlingsskjeder skal vere baserte på god fagleg praksis, forskning og tilgjengelege faglege retningslinjer
- samarbeidsavtalar med alle kommunane i sitt område og ha jamlege møte for å følgje opp samarbeidet.
- å opprette minst to pasientretta samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper i samarbeid med primærhelsetenesta

I 2006 skal helseføretaka også arbeide for:

- å oppretthalde eit desentralisert sjukehusstilbod, som til dømes sikrar nærleik til akutfunksjonar og fødetilbod. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned, og arbeidet med ei betre arbeidsdeling mellom sjukehus, som fremmer styrka kvalitet i pasientbehandlinga skal vidareførast.
- at lokalsjukehusenestene knytt til psykisk helsevern skal ivaretakast gjennom distriktpsykiatriske sentra.
- at organiseringa av akuttberedskapen vert tufta på moderne behandlings- og transportformer, og at det blir arbeidd for likeverdig kvalitet i akutenestene uavhengig av bustad. Ordningane for akuttberedskapen må vere godt kjende blant folk, og det må dokumenterast at dei endringane ein vel, gir tryggleik for at tenesta blir gitt på ein rask og god måte når behovet er der.
- å sikre eit godt samarbeid mellom prehospitale tenester og kommunal akuttberedskap, og at forskrifta om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus blir følgd opp ved at det blir utarbeidd nødvendige prosedyrar og retningslinjer. Dette gjeld for kompetanseutvikling, samarbeid med kommunar og samarbeid med andre nødetatar. Vi viser her òg til regionalt prosjekt om gjennomgang av dei prehospitale tenestene.
- å formidle informasjon om tilbodet ved lokalsjukehusa, til pasientar, befolkninga og personellet på alle tenestenivå på ein systematisk måte.

Dette må sjåast som ei oppfølging av det arbeidet som helseføretaka har sett i gang med bakgrunn i styresak om desentralisering og samhandling, jf styresak 54/05. Dette må òg sjåast i samanheng med tilbodet til eldre.

For å vidareutvikle tenestene på ein systematisk og kunnskapsbasert måte har Sosial- og helsedirektoratet i 2005 definert kva for data ein ønskjer blir rapporterte. Helse Vest vil i eige brev kome tilbake med ei oppsummering av forventningane knytt til utvikling av lokalsjukehusa/lokalsjukehusfunksjonen, samhandling og desentralisering og tilbodet til eldre, basert mellom anna på tilbakemeldingane frå helseføretaka i årleg melding for 2005.

2.3.6 Smittevern og beredskap

Smittevernberedskapen, medrekna beredskap mot pandemisk influensa, SARS og liknande, skal vere tilfredsstillande organisert i ein brei beredskapssamanheng.

Regional smittevernplan for Helse Vest skal rullerast. Helse Bergen har koordineringsansvaret.

Helseføretaka skal:

- ha smittevernberedskap i samsvar med lova, spesielt overfor ein mogleg pandemisk influensa og utbrot av MRSA
- delta i arbeidet med å rullere smittevernplanen

Det er viktig at helseføretaka i 2006 har fokus på:

- å revidere og oppdatere gjeldande planar om helsemessig og sosial beredskap og smittevernlova. Beredskapsplanen skal innehalde prosedyrar for samhandling med primærhelsetenesta og andre helseregionar.
- å etablere klare ansvarslinjer og prosedyrar for avgjerder om disponering av eigne ressursar i ein beredskapssituasjon.
- å følge opp handlingsplanen for å førebyggje sjukehusinfeksjonar
- å definere behovet for smittevernpersonell og utvikle smittevernkompetanse. Rettleiinga for isolering skal leggjast til grunn
- å etablere prosedyrar for overvaking av antibiotikaforbruket, og det oppdatere infeksjonskontrollprogram.

Helse Vest skal ta del i "Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus og dagkirurgiske klinikker (NOIS-registerforskriften).

Helseføretaka skal i denne samanheng:

- følge opp plikta til registrering og melding

Helseføretaksgruppa skal ha ei tilfredsstillande sikkerheit for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemiddel.

2.3.7 Høgspesialiserte tenester - landsfunksjonar, nasjonale og regionale kompetansesenter

Det er eit nasjonalt mål å sikre lik tilgang og bruk av landsfunksjonar for pasientane og lik tilgang på kompetanse i fagmiljøa.

Helse Vest skal samarbeide med andre regionale helseføretak om å utarbeide framlegg til ein heilskapleg plan for framtidig organisering av høgspesialiserte tenester og tenester til pasientar med sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar innan 1. september 2006. Det skal etablerast overordna kriterium for prioritering, og prosedyrar for etablering og fordeling av landsfunksjonar og fleirregionale funksjonar og nasjonale medisinske kompetansesenter. Helse Vest er ansvarleg for koordineringa av oppdraget.

I denne samanheng må helseføretaka:

- bidra i arbeidet med nasjonal plan

Landsfunksjonar og nasjonale kompetansesentra

Helse Bergen skal ha fokus på:

- at landsfunksjonane har lik tilgjengelegheit same kvar pasientane bur, og at dette kan dokumenterast. Det skal også dokumenterast kva kapasitet ein har i høve til det estimerte behovet.
- at det er etablert referansegrupper for landsfunksjonane, for dei nasjonale medisinske kompetansesentra og for kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar
- at dei nasjonale kompetansesentra utviklar og spreier kompetansen til andre fagområde, og at dei er med på å sikre tilstrekkeleg rekruttering til fagområdet
- at det årleg rapporterast på landsfunksjonar, nasjonale kompetansesenter og kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar, og at referansegruppene gjennomgår rapportane. Rapportane skal sendast til Helse Vest, med kopi til Samarbeidsorganet.

Regionale kompetansesentra

Det er gjort ei evaluering av kompetansesentra i Helse Vest, gjennomført av NIFU STEP. Evalueringa synte at dei fleste sentra fyller dei hovudoppgåvene som var tenkt, men at forskning er eit område som bør styrkast.

Helse Stavanger og Helse Bergen skal i denne samanheng:

- utarbeide planar og forslag for vidareutvikling i samsvar med tilrådingar i evalueringa som føresetnad for vidare støtte, jf. styresak 118/05 og brev datert 13.01.06.

Donoransvarleg

Donorsjukehusa i Helse Vest er Haukeland universitetssjukehus, Stavanger universitetssjukehus, Haugesund sjukehus og Førde sentralsjukehus.

Helseføretaka har ansvar for at:

- det er oppnemnd ein donoransvarleg lege ved donorsjukehusa
- funksjonen til donoransvarleg lege er i tråd med retningslinjer frå Nasjonal koordinator i Sosial- og helsedirektoratet

- helsepersonell i relevante tilfelle tek opp spørsmålet om organdonasjon med dei som står pasienten nærmast. Vi viser til rundskriv I-9/2003.

Spesifikke oppdrag til Helse Bergen:

- Genterapi: Evalueringa av kompetansesentra syner at Regionalt kompetansesenter for genterapi ikkje kan betraktast som eit regionalt kompetansesenter, men meir som ein rein forskningseining. Det vil derfor bli lagt opp til ei snarlige nedtrapping av direkte tilskot til senteret frå Helse Vest RHF. Senter for genterapi må derfor søkje andre finansierings kjelder. For 2006 blir tilskotet trappa ned til 6,5 mill, jf. brev datert 13.01.06.
- Nasjonalt ryggnettverk blei avvikla ved utgangen av 2005. Som ei overgangsordning for 2006 skal eit tilskot frå HOD til Helse Vest RHF sikre drift av forskningseininga i det tidlegare ryggnettverket. Helse Bergen skal i samråd med Helse Vest og Universitetet i Bergen vurdere framtidig organisering og finansiering av nettverket
- Helse Bergen skal stå for ei primærutgreiing av dykkarar ved spørsmål om yrkesbundne skadar

2.4 Utdanning

Helse Vest skal sørgje for eit kvantitativt rett og eit kvalitativt godt tilbod i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell som har helseregionen som praksisarena og/eller arbeidsstad. Dette gjeld i grunnutdanning, turnusteneste, vidareutdanning og etterutdanning.

Helse Vest skal sørgje for system, strukturar og leiarforankring i alle ledd av helseføretaksgruppa for å kunne ta hand om dette.

Det er etablert eit godt samarbeid gjennom eit velfungerande samarbeidsorgan mellom Helse Vest og universiteta. Det er òg etablert eit tilsvarande samarbeidsorgan med høgskolane i regionen.

Helseføretaka må her:

- etablere i rett mengd kvalitativt gode praksisplassar for elevar, lærlingar og studentar i grunnutdanning. Det skal med utgangspunkt i fordelinga av turnuskandidatar etablerast kvalitativt gode turnusplassar i rett mengd, også ved lokalsjukehus.
- medverke til at forsøk med tre månaders psykiatriteneste i turnustenesta for legar kan gjennomførast
- planleggje vidareutdanning og etterutdanning av personellet for å møte noverande og framtidige utfordringar. Det er etterspurnad etter anestesi-, operasjons- og intensivsjukepleiarar. Spesialisering av legar skjer med utgangspunkt i dei godkjende utdanningsstillingane, og helseføretaka skal oppretthalde og etablere utdanningsstillinger i rett mengd i dei ulike spesialitetane. Det er stigande etterspurnad etter kompetanse innanfor psykisk helsevern/rus, rehabilitering/habilitering og geriatri.
- systematisk og fortløpande melde avviksendringar i stillingsstrukturen for legar til NRs database <http://www.nr.dep.no/>

2.5 Forsking

Helse Vest har eit ansvar for pasientretta klinisk forskning, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Det er framleis behov for å styrkje forskingsinnsatsen, også i helseføretak utan universitetssjukehusfunksjonar.

Samarbeidsorganet med universiteta har her ei viktig oppgåve både som pådrivar, i fordelinga av midlar og i utviklinga av det forskingsstrategiske samarbeidet i regionen.

Helse Vest skal i 2006, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, setje i verk forskningssamarbeid på minst to fagområde. Dette skal handterast gjennom den nasjonale samarbeidsgruppa for forskning som er etablert mellom dei regionale helseføretaka, universiteta, høgskolane, Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt mfl.

Helseføretaka skal leggje vekt på å:

- byggje opp forskingskompetanse på forskningssvake fagområde, særleg forskning på rusbehandling og psykisk helse skal prioriterast. Det er òg behov for å styrkje kunnskap om organisering og forbruk av helsetenester, medrekna samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta.
- sikre kjønnspektivet i klinisk forskning og styrkje innsatsen innanfor kvinnehelseforskning. Det er behov både for auka forskning og analysar av kjønnskilnader i behandling av sjukdom som rammar begge kjønn, og for forskning på sjukdom som særskilt råkar kvinner
- etablere og rapportere i forskingsdokumentasjonssystemet FRIDA i løpet av 2006. Helseføretaka må leggje praktisk til rette for etablering av systemet i helseføretaka, i samarbeid med universiteta. Arbeidet med å etablere FRIDA i helseføretaka blir forankra i strategigruppe for forskning mellom dei regionale helseføretaka, der Helse Bergen representerar Helse Vest.

Dei mindre helseføretaka har ei stor utfordring i forhold til å nå opp i konkurransen om søkbare forskingsmidlar. Det regionale samarbeidsorganet har for 2006 sett av inntil 2 mill kr til frikjøp av rettleiingskompetanse til dei mindre helseføretaka. Ei arbeidsgruppe med representantar frå Universitetet i Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og dei private ideelle institusjonane, skal utarbeide forslag til praktiske løysingar. Arbeidsgruppa blir leia av Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning.

2.6 Opplæring av pasientar og pårørande

God opplæring er ein føresetnad for å meistre livet ved kronisk sjukdom og for å hindre forverring av helsetilstanden. Helse Vest skal sørgje for at pasientar og pårørande som har behov for opplæring, får tilbod om dette.

Det er viktig at helseføretaka her:

- bruker lærings- og meistringssenter som ein viktig reiskap i utviklinga av eit opplæringstilbod for pasientar og pårørande. Både lærings- og meistringssentra og avdelingane, skal gjere sitt til at opplæringa blir ein integrert del av all medisinsk behandling og rehabilitering.

- vurderar etablering av fleire einingar av lærings- og meistringssenter slik at tilbodet er lett tilgjengeleg
- inkluderer livsstilsrettledning i opplæringa der dette er relevant
- rettleiar kommunane og bidrar i kunnskapsoverføring
- rettar særskild merksemd mot sekundærførebyggjande tiltak for dei store sjukdomsgruppene
- har eit tilfredsstillande tilbod til desse pasientgruppene, og utviklar tilboda i samarbeid med brukarane.
- rettar særskild merksemd mot pasientar med spesielt behov for gjennomgang av legemiddel ved utskriving.
- deltar i folkehelsearbeid initiert av kommune, fylkeskommune m.fl, mellom anna med kunnskap om utvikling i helsetilstand og risikofaktorar for helsetilstanden.
- vurderar gjennomføring av kontinuerlege pasienttilfredsundersøking innanfor psykisk helsevern om det behandlingstilbodet dei har motteke av tenesta.

2.7 Oppfølging av sentrale styrevedtak

Helseføretaka må utvikle tenestene i tråd med dei føringane som ligg i relevante styrevedtak frå styret i Helse Vest. Det nemnast spesielt:

Strategi for arbeid med kvalitet i Helse Vest, jf. styresak 117/05

Jf. omtale under pkt 2.1

Regional kreftplan, jf styresak 30/05

Tilbodet innanfor kreftomsorga i Helseregion Vest skal utviklast i samsvar med regional kreftplan, og tiltaka i planen skal følgjast opp. Tilbodet må utviklast innanfor tilgjengelege inntektsrammer. Styret skal ha rapportar om korleis tiltaka blir følgde opp. Det blir i tråd med planen, arbeidd vidare, saman med fagmiljøa, for å avklare funksjonsfordeling for nokre områder innanfor kreftbehandling.

Mål og strategi for samhandling mellom 1. og 2. linje teneste i Helse Vest, jf. styresak 54/05

Helseføretaka skal vidareutvikle eigne lokale samhandlingstiltak og utvikle heilskapelege planar og strategiar for lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen i tråd med nasjonale føringar og dei overordna måla og strategiane skissert i styresaken. Helseføretaka skal rapportere kva tiltak som er planlagt og sett i verk i årleg melding.

Høgspesialiserte tenester i Helse Vest, jf. styresak 105/05

Prinsipp, kriterium og krav for utvikling/oppretting av høgspesialiserte tenester som går fram av rapport om høgspesialiserte tenester i Helse Vest, skal leggjast til grunn for oppfølging i helseføretaka. Vedtekne kriterium for regionale kompetansesenter (styresak 78/03) skal og leggast til grunn for etablering av høgspesialiserte regionale funksjonar. Retningslinjene trekt opp i styresak 105/05, skal liggje til grunn for sakshandsaminga.

Behandlingstilbod til pasientar med sjukleg overvekt i Helse Vest, jf. styresak 91/05

Helse Førde har ansvar for å leggje til rette eit differensiert behandlingstilbod til pasientar med sjukleg overvekt, og auke kapasiteten for kirurgisk behandling til 60 pasientar årleg. Systematisk forskning må bli knytt til aktiviteten. Auken skal skje innan overordna ressursrammer for somatikk. I tilknytning til dette tilbodet, blir det etablert eit tilbod om livsstilsending for 80-100 pasientar årleg.

Regionale kompetansesentra, jf. styresak 118/05

Det er gjort ei evaluering av kompetansesentra i Helse Vest, gjennomført av NIFU STEP. Helse Stavanger og Helse Bergen har ansvar for å utarbeide planar og forslag for vidareutvikling i samsvar med tilrådingar i evalueringa som føresetnad for vidare støtte.

Nevrokirurgi, jf. styresak 80/05

Det er utarbeidd samarbeidsavtale om det nevrokirurgiske tilbodet i regionen mellom Helse Bergen og Helse Stavanger. Avtalen må følgjast opp.

DEL II - EIGARSTYRINGSdokUMENTET

3. ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEVILKÅR

3.1 Omstillingsutfordring og balansekrav

Helse Vest RHF skal handtere omstillingsutfordringar slik at det blir oppnådd økonomisk balanse i 2006. Desse omstillingane vil også kunne omfatte pasientretta verksemd.

I styresak 114/05 B Inntektsfordeling 2006 og førebels resultatkrav 2006 er det under kapittel 5 gjort ei nærare utgreiing knytt til fastsetting og måling av resultatkravet.

Helse Bergen sitt resultatkrav for 2006 er fastsett til eit underskot på kr 60 mill.

Helseføretaka skal kvar månad rapportere til Helse Vest om den økonomiske utviklinga og status på dei tiltak som skal sette helseføretaket i stand til å nå resultatkravet.

3.2 Investeringar

Helse Bergen skal planlegge og styre sine investeringar i medhald av investeringsprosedyre som blei vedtatt av styret i Helse Vest den 11/5-04 – *”prosedyre for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekt”*.

I planlegginga må føretaket ta høgde for at framtidige kostnader som følgje av investeringane lar seg handtere innafor den økonomiske ramma som er fastsett for komande år. Dette gjeld så vel driftskostnader som følgje av investeringar (inkludert avskrivingskostnader) og rentekostnader knytt til lånefinansiering av investeringar.

Helse Vest vil i løpet av 2006 utvikle reviderte retningslinjer for organisering og styring av større utbyggingsprosjekt. Helseføretaket skal medvirke i utviklinga av slike retningslinjer. Større prosjekt og organisatoriske endringar på dette området må ikkje setjast i verk før retningslinjer er gitt etter styrebehandling i Helse Vest.

3.3 Låneopptak og driftskredittar

Helse Vest RHF har fått tildelt kr 550 mill. i lån til investeringar for 2006.

Helse Bergen får for 2006 tildelt ei låneramme på kr 200 mill. som skal sikre gjennomføring av nytt laboratoriebygg og investering i opptrappingsplanen.

Helse Vest RHF har ei godkjent driftskredittramme på inntil 1 400 mill. kroner. Helse Vest vil fordele denne driftskredittramma på det enkelte helseføretak.

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

3.4 Leigeavtaler

Leigeavtaler kan kategoriserast som operasjonelle eller finansielle. Ein leigeavtale vil bli klassifisert som finansiell dersom det vesentlege av økonomisk risiko og kontroll knytt til det underliggende leigeobjekt er gått over på leigetakar, utan at eigedomsretten er overført til denne. Finansielle leigeavtaler er likestilte med lån etter helseføretakslova § 33. Det er slått fast at dei regionale helseføretaka ikkje kan ta opp langsiktige lån i den private marknaden. Helseføretaka kan dermed ikkje inngå finansielle leigeavtaler med private aktørar. Dette gjeld også for eventuelle investeringsprosjekt som er organisert som Offentleg-Privat-Samarbeid (OPS).

Helse Vest RHF legg til grunn at leigeavtaler av finansielle karakter som er inngått av helseføretaket, er i samsvar med desse retningslinene, og at dei avtalene som er overtekne blir avslutta så snart kontraktane gjer dette mogleg.

3.5 Rekneskapsføring

Eigar har stilt krav om einskapleg rekneskapsføring i helseføretaksgruppa. Det er i samarbeid mellom departementet og dei regionale helseføretaka blitt utarbeidd ein mal for årsrekneskap og einskilte noter og eit førebels utkast til rekneskapshandbok.

Helseføretaket skal nytta utsendte rekneskapsmalar frå og med framlegget av årsrekneskapen for 2005.

4. ORGANISATORISKE KRAV

4.1 God verksemdstyring

God verksemdstyring handlar om det system som helseføretaket vert styrt og kontrollert etter for mellom anna å sikre oppfylling av lov- og myndigheitskrav og for å kunne nå dei økonomiske måla som vert sett. Viktige grunnleggjande prinsipp for god verksemdstyring er openheit, integritet, ansvarleggjering og uavhengig kontroll. Blir desse prinsippa etterlevd, aukar utsikten for at omverda vil ha tillit til verksemda.

Helse Vest RHF vil i 2006 framleis prioritere utvikling av god verksemdstyring i heile føretaksgruppa, og dei prinsipp og retningsliner som blei gitt i styringsdokumentet for 2005 skal vidareførast. Helse Vest RHF vil særleg peike på at det bør skje aktivt utviklings- og fornyingsarbeid i føretaka for å styrke kvaliteten på tenestene og utnytte ressursane betre. Dei tilsette og deira organisasjonar må bli brukte som medspelarar i dette arbeidet. Ved eventuell konkurranseutsetting skal helseføretaket sikre at løns-, pensjons- og arbeidsforhold for dei tilsette, ikkje vert svekka.

I det følgjande blir det gjort greie for krav som vert stilt for 2006 med omsyn til organisatorisk vidareutvikling, etterleving av juridiske rammer og regionalt samarbeid og samhandling.

4.2 Organisatorisk vidareutvikling

4.2.1 Organisering og ansvarsdeling

Helseføretaka må sikre at det vert skapt ei klår og einskapleg oppfatning av ansvarsområdet og roller til kvar av dei tilsette. Dette må dokumenterast og gå fram av organisasjonskart og tilhøyrande fullmaktsstruktur. Vidare må helseføretaka sikre at den dokumenterte organiseringa også kjem til uttrykk i den faktiske styringa og leiinga av verksemdene.

Styret skal sørge for

- at det blir utarbeidd ein fullmaktsstruktur som regulerer og klargjer fullmaktsforholdet mellom styret og dagleg leiar utover det som er uttrykt i helseføretakslova og vedtektene
- at dagleg leiar har utarbeidd ein fullmaktstruktur som dokumenterer fordelinga av fullmaktene internt i organisasjonen
- at det blir utarbeidd organisasjonskart kor alle einingar er synlege og kor ansvars- og rolledeling kjem tydeleg fram

Fullmaktstrukturen skal vere samanfallande med organisasjonskart og ansvarsposisjonar for leiarane skal vere avklart. Det skal gå tydeleg fram av organisasjonskart og fullmaktsstruktur kven som opptretr som arbeidsgivarrepresentant på dei ulike organisatoriske einingane og nivå.

4.2.2 Tiltak innan HR-området

MOT-prosjektet

Samhandling mellom einingar (postar, avdelingar, klinikkar) med målsetjing om å utnytte dei samla ressursane som tilsette representerer, skal vere eit fokusområde. MOT-prosjektet vil mellom anna gi viktig tilnærming til betre samhandling som kan medverke til reduserte uttak av meirarbeid, overtid og bruk av deltid som ikkje er ønskeleg. Leiinga i helseføretaka må i nært samarbeid med dei tilsette arbeide aktivt for å gjennomføre strategiar og tiltak som MOT-prosjektet tilrettelegg for.

Strategiar for lønsfastsetting

Styret må sikre at helseføretaket har ein strategisk lønspolitikk og at denne også samsvarar med nasjonale lønspolitiske føringar. Føretaksleiinga må i samband med kvart lønsoppgjer sikre seg at lokale strategiar og mål er forankra i styret i føretaket, og at det er utarbeidd mandat for forhandlingane. Det er viktig at helseføretaket deltek i regionalt initierte aktivitetar og prosessar som skal understøtte dei langsiktige måla på lønsområdet.

Med dette som bakgrunn må helseføretaket sjå til at fylgjande blir utført:

- utarbeidd strategi for lønsdanning som tek omsyn til viktige og prioriterte mål på kort og lang sikt
- utarbeidd overordna policy for leiarlønningar som blir inkludert i ein heilskapleg policy som dekker alle forhold for leiarar på ulike nivå

Strategi for reduksjon av sjukefråvær

Helseføretaka har nådd fleire gode resultat gjennom ulike sjukefråværsprosjekt. Det må framleis vere ei prioritert leiaroppgåve på alle nivå i organisasjonen, i samarbeid med tilsette og deira tillitsvalde, å arbeide for ytterlegare reduksjon av sjukefråværet.

Helseføretaka skal

- utarbeide strategiar for alle deler av organisasjonen med mål om å redusere sjukefråværet
- inkludere IA arbeid i alle deler av føretaka. Det bør utarbeidast oversikt over konkrete tiltak som kan vere aktuelle å tilby i forhold til den enkelte tilsette.

Bierverv

Helse Vest RHF har utarbeidd felles retningslinjer for bistillingar/supplerande arbeidsforhold.

Helseføretaka skal

- handtere forhold omkring bierverv i samsvar med vedtekne retningslinjer
- gjennomgå og avvikla alle uønska bierverv og supplerande arbeidsforhold som ikkje er i tråd med felles retningslinjer, lov og regelverk

Etablering av tilsettingsavtaler

Helseføretaka skal

- sørge for at alle medarbeidarane har lovmessig tilfredsstillende tilsettingsavtaler som er i tråd med anbefalt standard

4.2.3 Oppretting av selskap

Ein føresetnad for at helseføretak skal kunne eige aksjeselskap, åleine eller saman med andre, er at selskapet ikkje yter spesialisthelsetenester samt at verksemda er egna til å fremje formålet til føretaket. Dersom helseføretaket åleine eller saman med andre opprettar selskap, skal helseføretaket sjå til at formålet som er gitt i vedtektene til selskapet, i sin heilskap ligg innanfor formålet til helseføretaket, slik det kjem fram av vedtektene § 4.

Etablering av nye selskap skal alltid godkjennast av Helse Vest RHF. Helse Vest vil i løpet av 2006 etablere eit system for å sikre at all nyetablering av selskap og erverv av aksjar i etablerte selskap, skjer innanfor fastsette vedtekter og at låneopptak i desse selskapa skjer innanfor rammer av helseføretakslova § 33, 2. ledd.

Helseføretaket skal innan 1. mai 2006 presentere ein oversikt over alle underliggende verksemder. Dette gjelder både heileigde og deleigde verksemder.

4.2.4 Innkjøp.

Det etablerte regionale samarbeidet innan innkjøp skal vidareførast og prioriterast.

Det er i 2005 inngått ein samarbeidsavtale mellom HINAS og kvart av dei regionale helseføretaka. Samarbeidsavtalen trekkjer opp retningslinjer for samarbeidet, samhandlinga og arbeidsfordelinga mellom HINAS og helseføretaka med bakgrunn i målsetjinga om å oppnå best mogleg innkjøp for helseføretaka.

Helseføretaket skal

- etablere gode system for å sikre at inngåtte avtaler blir nytta lojalt
- medverke til å utvikle ein god samhandlingsstruktur med HINAS for å oppnå optimale innkjøp.

4.2.5 Avtaler med eksterne tenesteytarar og leverandørar. God avtaleforvaltning

Styret må sikre seg

- at helseføretaket har system som gir samla oversikt over avtalar som er inngått med eksterne tenesteytarar
- at helseføretaket har eit system som gir samla oversikt og dokumentasjon av avtaleporteføljen med leverandørar, og som set føretaket i stand til å utøve god forretningsmessig oppfølging av avtalane

4.2.6 Kommunikasjon og omdømme

Visjonen i den overordna føretaksplanen seier at pasientane skal velje våre tenester når dei treng helsetenester. Dette betyr at føretaka på alle nivå må vere bevisste på korleis vi blir oppfatta av pasientane – og korleis omverda ser oss. Helseføretaka må difor halde fram arbeidet med å betre dialogen med kommunane, media og andre målgrupper. Samhandlinga mellom sjukehuspersonell og pasient er vesentleg for pasienten si oppleving av sjukehuset. Spørjeundersøkingane PasOpp (pasientopplevingar i norske sjukehus) viser at informasjon og kommunikasjon mellom behandlar og pasient kan betrast. Helseføretaka må derfor jobbe med dette, slik at pasientane og deira pårørnde i større grad kjenner seg ivaretekne.

Betre utnytting av kommunikasjonsressursane blir stadig viktigare. Arbeidet med å etablere, samordne og vidareutvikle felles kanalar blir vidareført i 2006.

Helseføretaka må sikre at god kompetanse er tilgjengeleg slik at lokale og regionale oppgåver kan løysast på best mogleg måte.

Regionale oppgåver som har prioritet i 2006:

- utarbeide felles kommunikasjonsplanar for aktuelle prosjekt (t.d. MOT-prosjektet)
- prosjekt, felles internettløyising

4.3 Oppfølging av juridisk rammeverk

4.3.1 Arbeid med internkontroll

Arbeidet med internkontroll og styret sitt ansvar for å sikre dette arbeidet er omtala i styringsdokumentet for 2005. I løpet av året er det gjennomført ei kartlegging i regional regi av status i helseføretaka sitt arbeid med internkontroll. Det er dessutan gjennomført tilsyn innafor utvalde område i helseføretak i regionen. Erfaringane frå desse tiltaka er med og understrekar behovet for at arbeidet med vidareutvikling av internkontrollsystemet blir prioritert. Eit velfungerande internkontrollsystem er basis for utvikling av gode kvalitetssystem og eit av dei grunnleggande elementa i god verksemdstyring.

I bestillardokumentet til Helse Vest og i protokoll frå føretaksmøtet 24. januar 2006 peikar Helse- og omsorgsdepartementet på styret si plikt til å sjå til at internkontrollen i det regionale helseføretaket og helseføretaksgruppa er sikra i tilstrekkeleg omfang og på ein systematisk måte. Arbeidet må tilpassast risiko og viktigheit med nødvendig forankring i leiinga i heile organisasjonen. Risikofaktorar som kan medverke til at måla til det regionale helseføretaket og helseføretaksgruppa ikkje blir nådd, skal bli identifiserte og korrigerande tiltak som kan redusere muligheit for manglande måloppnåing i rimeleg mon, skal omtalast og sendast til departementet som del av rapporteringa for 1. tertial 2006.

Det er viktig at helseføretaket deltek aktivt i det regionale samarbeidet med å koordinere og vidareutvikle internkontrollen, og at helseføretaket innan eigen organisasjon prioriterer å identifisere risikofaktorar som kan influere på måloppnåinga og korrigierende tiltak i høve til dette. Dette arbeidet må kunne dokumenterast på ein slik måte at det kan inngå i den rapporteringa Helse Vest skal gi til departementet.

4.3.2 Område innanfor internkontroll som skal ha særskild prioritet i 2006

- **Arbeidet med HMS.** Rutinar på HMS-området er eit av dei grunnleggjande elementa i føretaket sitt internkontrollsystem og medverkar til å skapa godt arbeidsmiljø, trivsel på arbeidsplassen og kvalitet i utføringa av kjerneoppgåvene. Resultata av tilsyn som er gjennomført i helseføretaka i løpet av 2005 viser at det framleis må vere ei prioritert oppgåve å vidareutvikle føretaket sitt HMS-system i nært samarbeid med representantane for dei tilsette.
- **Tenestekontraktar må innehalda klausul som hindrar sosial dumping av arbeidskraft.** Helseføretaka er omfatta av ILO konvensjon nr. 94 om arbeidsklausular i offentlege arbeidskontraktar. Dette inneber at konkurransar som blir utlyste og kontraktar som blir inngått og som omfattar bruk av arbeidskraft må innehalda klausular som hindrar at arbeidstakarane si lønn, arbeidstid og andre arbeidsvilkår er mindre fordelaktige enn det som er fastsett for arbeid av same slag innan vedkomande fag, jf. artikkel 2 i konvensjonen.
- **System for prosedyrar for kvalitetssikring av medisinsk og helsefagleg forskning.** Helseføretaket skal innan 20. mars 2006 rapportere om kva for prosedyrar og rutinar som er etablerte for å oppfylle både formelle rettslege krav samt krav til kvalitet og etiske normer på forskingsområdet. Regler og retningslinjer på dette området skal inngå i føretaket sitt opplegg for internkontroll. Dette gjeld i forhold til planlegging/godkjenning, gjennomføring og publisering eller offentleggjing av medisinsk og helsefagleg forskning.
- **Kvalitetssikring av prosedyrar for tilsetting.** Helseføretaket skal ha etablert prosedyrar for tilsetting som femner kvalitetssikring av framlagt dokumentasjon for formell kompetanse.
- **Planlegging og opplæring i bruk av medisinsk/teknisk utstyr.** Helseføretaket skal sørge for at det blir etablert rutinar som sikrar god planlegging og nødvendig opplæring i bruk av medisinsk/teknisk utstyr for alle grupper av tilsette og at desse rutinane blir følgde.
- **Grøn stat – miljøleing i statlege verksemdar.** Innføring av miljøleing er ein dynamisk og kontinuerlig prosess. Helse Vest RHF skal foreta ein årleg revisjon av miljøleingsarbeidet der det skal bli lagt til rette for kontinuerlege forbetringar, jf rettleing T-1426 Miljøleing i staten frå Miljøverndepartementet. På www.gronnstat.no er det samla rettleingar, verktøy og relevante eksempel i samband med innføring av miljøleing.

Helseføretaket skal etterleve dei til ei kvar tid gjeldande miljøregelverk, jf. mål definert i "Sektorvis miljøhandlingsplan for Helsedepartementet og Sosialdepartementet" som blei presentert som uttrykt vedlegg til St.prp. nr. 1 (2002-2003), samt rapporten "SYKEHUS og MILJØ sektorvis miljøhandlingsplan og helseføretakene" og "Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjenesten og dyrehelsetjeneste m.v." av 11. oktober 2005, som trer i kraft frå 1. januar 2006.

- **Strålevern – avfall og medisinsk strålebruk.** ”Forskrift om strålevern og bruk av stråling av 21. november 2003”, stiller fleire nye krav til medisinsk strålebruk som trer i kraft frå 1. januar 2006, mellom anna krav om godkjenning. Det vert vidare vist til føresegnene om utslipp av radioaktive stoff og ansvaret til helseføretaka for at så skjer i samsvar med krava som er gitt i forskrift.

4.4 Regionale prosjekt

Felles regionale prosjekt skal støtte helseføretaka og gjere dei betre i stand til å ivareta oppgåvene på ein forsvarleg måte, dimensjonere og fordele funksjonar, samordne på tvers av helseføretaka, sikre effektiv ressursutnytting og systematisk nyttiggjere styringsinformasjon for å utvikle tenestetilbodet.

Helse Vest vil også i 2006 ta initiativ til ulike prosjekt som eit ledd i utviklinga av kvaliteten på tenestetilbodet og for å sikre ei god utnytting av ressursane.

Helseføretaka skal difor

- delta aktivt med eigen kompetanse
- prioritere ressursar til prosjekta

i tråd med dei prosjektmandat som vert vedtekne.

Nedanfor er lista dei mest overordna prosjekta i 2006. Ytterlegare prosjekt som er planlagde og gjenstand for oppfølging er vist i vedlegg 2.

- *Helse 2020 (Overordna føretaksplan og langtidsplan)*
Prosjektet skal etablere nokre alternative framtidsbilete (scenario), revidere den overordna føretaksplanen og utarbeide ein langtidsplan
- *MOT prosjektet (Medarbeidar – Organisasjon – Teknologi)*
Prosjektet utarbeider nye rutinar og prosessar og tek i bruk nye verktøy innan områda ressursstyring, HR/personal, løn og HMS
- *Kvalitetsarbeid i Helse Vest*
Kvalitetsarbeidet vil ha høg prioritet i heile 2006 og er særskilt omtala annan stad i styringsdokumentet
- *Heilskapleg styringsinformasjon inkludert datavarehus og kuber*
Vidareutvikling av datafangst og styringsindikatorar på ulike nivå i føretaka samt innføring av nyt organisasjonskodeverk (OK2007) gjeldande frå 01.01.2007
- *EPJ Elektronisk pasientjournal*
Anskaffing og innføring av rutinar og system for felles EPJ. EPJ skal vere felles plattform for klinisk dokumentasjon, grunnlag for styring, samspel mellom helsepersonell og kommunikasjon med pasientar

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

4.5 IKT/Samarbeid med Helse Vest IKT AS

Helse Vest RHF vil arbeide vidare med langsiktige strategiar for å oppnå ei god utnytting av IKT som verktøy for effektivisering og kvalitetsforbetring.

Vidareutvikling av overordna IKT strategi vil bli gjennomført i eit nært samarbeid med helseføretaka og Helse Vest IKT AS. Det er ein føresetnad at alle partar deltek aktivt i prosessane.

Ein viser og til protokollen frå føretaksmøtet i Helse Vest RHF 24.01.05 og dei føringane som vert lagt for Nasjonal IKT. Helseføretaket skal legge til rette for å levere i tråd med desse føringane. Helseføretaket har eit spesielt ansvar for å tilby tenester i helsenettet, og Helse Vest vil spesielt følgje opp dei innhaldstenestene i helsenettet som er retta mot legekontor. Helse Vest vil koma attende til dette i eiga oppfølging.

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

Det skal frå helseføretaket si side leggjast vekt på å:

- delta i etablerte samarbeidsforum og bidra til fortsatt samordning av infrastruktur og applikasjonar
- samarbeide med Helse Vest IKT AS og Helse Vest RHF om utvikling av betre forståing av rollene som premissgjevar, bestillar og leverandør i 2006 og vidare framover
- vidareutvikle servicenivåavtalen med Helse Vest IKT AS som ein effektivt reiskap for styring og rapportering av tenestenivå
- samarbeide med Helse Vest IKT AS om å vidareutvikle ein prismodell basert på aktivitet

4.6 Samarbeid med apotekføretaket

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

5. RAPPORTERING

Metodikk og struktur for rapportering

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

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

Det skal innan første kvartal 2006 takast i bruk standard styrerapport etter felles mal for rapportering til styre inkludert etablerte fokusområde for 2006.

Månadsrapportering

Økonomirapportering og annan avtalt rapportering av styringsinformasjon som skjer månadleg skal i 2006 rapporterast etter følgjande tidsfristar:

Januar: 20/2

Februar: 15/3

Mars:	18/4
April:	15/5
Mai:	15/6
Juni:	1/8
Juli:	15/8
August:	15/9
September:	16/10
Oktober:	15/11
November:	15/12
Desember:	Avklarast seinare

Tertialrapportering

Etter kvart tertial skal det rapporterast på styringsdokumentet, jf oversikt i vedlegg 1.

Det skal vidare 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 1. mars 2007.

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 2007.

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 2006.

Rapport for bruk av midlar og aktivitet

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

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.

VEDLEGG 1, Rapportering i henhold til bestillerdokument 2006

Område	Referanse	Rapporteringspunkt	Frekvens
Basisbevilgning og særskilte forhold (kap. 732.70)	1	- Kostnader til pasienttransport i 2006. Funksjonskontoplan (nr. 606) legges til grunn. - Det skal rapporteres på hvert enkelt strekpunkt under kap. 732.70	Årlig melding
Kvalitet og metodevurdering	2.1	- Føle opp internkontroll og kvalitetsutvalg ved alle helseforetak - Påse at helseforetak er kjent med faglige retningslinjer og har et bevisst forhold til oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer - Sørge for at helseforetak og private med avtale rapporterer data av god kvalitet til medisinske kvalitetsregistre og system for måling av kvalitetsindikatorer	Årlig melding
Faglig rammeverk	2.1	- Andel epikriser utsendt innen 7 dager - Andel korridorpasienter - Andel pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge diagnostisk vurdert etter ICD-10	Tertial
Prioritering	2.2	- Prioritere pasienter med psykiske lidelser, ruspasienter, pasienter med kroniske sykdommer, pasienter som behøver rehabilitering og habilitering - Individuell plan	Årlig melding
Pasientbehandling	2.3	- Prosentvis sterkere vekst innenfor rus og psykisk helsevern enn innenfor somatikk. Føringer på funksjonskontoplan legges til grunn. - Aktivitet omfattet av ISF og poliklinikk på samme nivå som i 2005. Rapporteres månedlig på eget vedlegg. - Tiltak for ivaretagelse av kjønnsperspektivet - Utarbeide en plan for styrking av spesialisthelsetjeneste til eldre - Utarbeide en kapasitetsanalyse i fellesskap mellom de regionale helseforetakene	Tertial på første strekpunkt Månedlig på annet strekpunkt
Psykisk helsevern	2.3.1	- Markert redusert gjennomsnittlig ventetid for barn- og unge - Tiltak for utjevning av dekningsgrad i tjenestetilbudet innen BUP - Ivareta tilgjengelighet og kvalitet på akuttavdelingene målt i beleggspersent - Tiltak for å oppgradere DPS faglig og kompetansemessig	Årlig melding Årlig melding Tertial Tertial
Tilbudet til rusmiddelmisbrukere	2.3.2	- Prioritere unge med rusmiddelproblemer og barn og unge med rusmiddelmisbrukende foreldre - Prioritere pasienter med samtidig rusproblem og psykisk lidelse - Domfelte rusmiddelmisbrukere	Årlig melding
Rehabilitering og habilitering	2.3.3	- Tjenestetilbudet skal prioriteres slik at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes. Føringer på funksjonskontoplan legges til grunn.	Tertial
Område	Referanse	Rapporteringspunkt	Frekvens
Kronikere og særskilte sykdomsgrupper	2.3.4	- Iverksette tiltak basert på nasjonale strategier (kreft, diabetes, KOLS, kroniske smerter)	Årlig melding
Lokalsykehus	2.3.5	- Igangsette arbeid med utvikling av sammenhengende behandlingsskjeder for akutt syke, eldre, kronisk syke og for elektive pasienter - Etablering av samarbeidsavtaler med kommuner i helseforetakets område - Oppretting av minst to pasientrettet samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper	Årlig melding

Smittevern og beredskap	2.3.6	- Smittevern i henhold til lov, spesielt overfor pandemisk influensa og MRSA	Årlig melding
Høyspesialisert medisin - landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra	2.3.7	- Sammen med øvrige regionale helseforetak utarbeide forslag til fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester - Sikre lik tilgjengelighet - Sikre spredning av kompetanse og rekruttering	Årlig melding
Utdanning	2.4	- Hva gjøres for å etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for studenter i grunnutdanning? - Hva gjøres for å planlegge videre- og etterutdanning av personell for å møte nåværende og fremtidige behov? - Hvordan ivaretar samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og høyskolene forhold som organisatorisk samarbeid, personalsamarbeid og faglig samarbeid (herunder oppgave- og ansvarsfordeling, hospitering og kombinerte stillinger, utarbeidelse av fagplaner, forsknings- og utviklingsarbeid mv)?	Årlig melding
Forskning	2.5	- Fagområder der det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid - Andel av bruttobudsjett samt antall søknader mottatt og innvilget innenfor kvinnehelseforskning - Antall og andel prosjekter som omfatter sykdom som rammer begge kjønn der det er gjort kjønnsespesifikke analyser - En oversikt over helseforetak der forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA er etablert.	Årlig melding
Opplæring av pasienter og pårørende	2.6	- Sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får tilbud om dette	Årlig melding

Vedlegg 2. Prosjektliste 2006

<i>Strategi og styring</i>	Heilskapleg styringsinformasjon inkludert dataverehus og kuber
	OK 2007 – nytt nasjonalt organisasjonskodeverk
	Revidering av overordna føretaksplan – langtidsplan
<i>Helsefaglege prosjekt</i>	Gjennomgang av rehabiliteringsfeltet
	Kvalitetsarbeid i Helse Vest (fag)
	Psykiatri og rus – strategiske tiltak
	Spesialisthelseteneste for eldre
	Funksjonsfordeling mellom Haukeland og Haraldsplass
	Kvalitetssikring av utbyggingsprosjekt
	Telemedisin
	<i>IKT prosjekt innan helsefag:</i>
	Teleradiologi
	Elektronisk pasientjournal – EPJ
	Innføring av fødesystem
	Anskaffing og innføring av intensivsystem
	Elektronisk bestilling av legemiddel
	Anskaffing av EKG-database
	System for metodedokumentasjon for laboratorium
	Felles rekvirentregister (FR)
<i>HR</i>	MOT prosjektet – ressurs, HR/personal, løn, HMS
	Forprosjekt IKT kompetansestyring
<i>Administrasjon og leiing</i>	Internkontroll
	Miljøleiing (Grøn stat)
	ENØK tiltak – Enova

	<i>IKT prosjekt innan administrasjon og leing:</i>
	Innføring av Sak/Arkiv system
	Anskaffing og innføring av avvikssystem
	Anskaffing og innføring av system for styrande dokumentasjon
<i>Kommunikasjon</i>	Prosjekt felles internett
<i>Innkjøp</i>	Innføring av e-handel og elektronisk marknads plass
	Måleverktøy for elektroniske innkjøpsprosedyrar
	Kontraktadministrasjon – standardisering samt integrering mot Sak/Arkiv
<i>Økonomi</i>	Vidareutvikling av økonomihandbok
	Vidareutvikling av inntektsmodell
	Overtaking av RTV funksjonar
	Vurdere samordning av stabs og støttefunksjonar
	<i>IKT prosjekt innan økonomi:</i>
	Integrasjon mellom e-handel og fakturasystem
	Oracle Financial – vidareutvikling
	SIM/ProfitBase – vidareutvikling
	DRG-koding
	Kostnad pr. pasient – KPP
	Vidareutvikling av investeringsregime – (prosess og IT)
<i>Teknologi</i>	Felles IKT infrastruktur i Helse Vest (8 delprosjekt)
<i>Nasjonale prosjekt</i>	Sjuketransport – ny nasjonal IKT løysing
	Nytt digitalt nødnett
	Landsverneplanen for statens kulturhistoriske eigedomar

