



EIGERSUND KOMMUNE

Helse- og omsorgsutvalget

MØTEINNKALLING

Utvalg:	Helse- og omsorgsutvalget		
Møtested:	Formannskapssalen		
Dato:	24.05.2011	Tidspunkt:	18:00

Saksliste:

Sak nr.	Sakstittel	L
	Avgjøres av kommunestyret:	
017/11	Søknad om skjenkebevilling - Pibbaren og Nelliken, Strandgaten 76	
018/11	Skjenkebevilling - Morpheus AS, Strandgaten 60	
019/11	Skjenkebevilling - Texas, Torget 6 (Neset as)	
	Avgjøres av utvalget:	
020/11	Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte 05.04.2011	
021/11	BarBar - Søknad om godkjenning av utebar	
022/11	Høring - Helse 2020	
023/11	Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 24.5.2011	
024/11	Spørsmål/orienteringer i helse- og omsorgsutvalgets møte 24.5.2011	

Egersund, 16. mai 2011

Kjell H. Fredriksen
Utvalgsleder

Målfrid Espeland
Målfrid Espeland
Utvalgsekretær

Administrative meldinger – Innkalling av varamedlemmer:

Vær oppmerksom på at den enkelte representant selv er ansvarlig for å følge med på eventuell inhabilitetsproblematikk i den enkelte sak. Den enkelte representant må selv kontrollere om det foreligger inhabilitet i noen saker og eventuelt varsle om dette til møtesekretæren. Dette uavhengig av om det har vært inhabilitet ved tidligere behandlinger av saken

022/11 - Høring - Helse 2020

- Eventuelle forfall meldes til tlf. **51 46 80 25 / 489 98 717**, Målfrid Espeland eller til kommunens sentralbord **51 46 80 00**.
- Følgende varamedlemmer innkalles, andre møter kun etter nærmere avtale:

Line Stenberg Mikalsen (H) for Bjørn Carlsen (H)

Møtet er åpent for publikum og holdes i formannskapssalen der det er installert teleslynge. Enkelte saker kan imidlertid, helt eller delvis, være unntatt offentlighet på grunn av lovbestemt taushetsplikt. Dette vil i så fall fremgå av sakslisten. Publikum som ønsker å følge en sak må beregne å være tilstede fra møtets start, da saksrekkefølgen kan bli endret uten varsel.

Komplette saksdokumentene er utlagt i ekspedisjonen i Rådhusets 4 etasje, biblioteket og på kommunens internettsider www.eigersund.kommune.no/politisk. Kopi av saksdokumentene kan fås ved henvendelse til Politisk **sekretariat** i rådhusets 4.



Dato: 16.05.2011
Arkiv: :FA-U63, TI-&18
Arkivsaksnr.:
11/883
Journalpostløpenr.:
11/13546

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Kåre Ingvar Helland
Kommunalsjef levekår
51 46 80 14
kaare.ingvar.helland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011
	Kommunestyret	06.06.2011

Søknad om skjenkebevilling - Pibbaren og Nelliken, Strandgaten 76

Sammendrag:

Det søkes om skjenkebevilling for alle typer alkohol for et nyetablert utested "Pibbaren og Nelliken." med adresse Strandgata 76. Søknaden omfatter også uteservering innenfor et avgrenset område på baksiden av lokalet som er en del av eiendommen.

Saksgang:

Helse- og omsorgsstyret innstiller til kommunestyret som avgjør saken.

Rådmannens forslag til vedtak 16.05.2011:

Helse- og omsorgsutvalget innstiller til kommunestyret:

1. Søknaden fra "Pibbaren og Nelliken" om alminnelig skjenkebevilling for alle typer alkohol innvilges.
2. Som skjenkestyrer godkjennes Gurli Synnøve Netland og som stedfortreder Hans L. Merkesdal. Det forutsettes at forannevnte har avlagt alkoholprøve før åpning av stedet.
3. Skjenkebevillingen omfatter også uteservering innenfor et avgrenset område.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen.

Andre opplysninger / fakta i saken:

Dette er et nytt skjenkested i Strandgata 76 beliggende nær torget i det lokalet hvor det tidligere har vært et solstudio. Etter de opplysninger som forligger vil dette hovedsakelig være et skjenkested hvor det i tillegg planlegges å selge lett ferdigmat.

Slik som lovverket foreskriver har søknaden blitt forelagt politiet og NAV og disse har ingen merknader til søknaden.

Saksbehandlers vurderinger:

Det har etter hvert blitt et betydelig antall salgs- og skjenkesteder i sentrum av Egersund sentrum, noe som i utgangspunktet bidrar til sentrumsutvikling. Det kan imidlertid oppstå en

fare for overetablering, men det er ikke relevant i denne sammenheng. Det kan også påpekes at det er en sammenheng mellom tilgjengelighet og bruk, og mellom bruk og misbruk av alkohol, noe som gjelder som et generelt prinsipp og ikke spesielt for dette stedet.

Det har ikke blitt avslått slike søknader i den siste perioden, bortsett fra en søknad i forbindelse med et kjøpesenter. Imidlertid skal hver søknad vurderes på fritt grunnlag, selv om likebehandlingsprinsippet alltid skal tas hensyn til.

Dette vurderes også som et skjenkested som ikke vil bidra til å øke alkoholforbruket vesentlig i kommunen, og vil formodentlig først og fremst appellere til et voksent publikum og ikke til befolkningsgrupper i risikozonen.

En nærmere vurdering av antall skjenkesteder i kommunen bør skje i forbindelse med revidering av de alkoholpolitiske retningslinjer for neste kommunestyreperiode 2011 – 2014.

I et byutviklingsperspektiv har alt som skaper liv og aktivitet i sentrum positive element i seg.

Universell utforming:

Er et fokusområde i all kommunal saksbehandling, men kan ikke stilles som betingelse ved innvilgelse av skjenkebevillinger.

Økonomiske konsekvenser:

Innbetaling av skjenkeavgift til kommunens skjenkeavgiftsfond.

Alternative løsninger:

Avslå søknaden

~ 0 ~

~ 0 ~

Dokumenter - vedlagt saken:

Ingen.

Journalposter i arkivsaken – ikke vedlagte dokumenter

Nr		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
3	U	28.04.2011	NAV Eigersund; Politistasjonen i Eigersund	Ber om uttalelse vedr. søknad om skjenkebevilling for nytt skjenkested, Pibbaren og Nelliken, Strandgaten 76
1	I	28.04.2011	Strandgaten 76 AS	Søknad om skjenkebevilling - Pibbaren og Nelliken, Strandgaten 76
4	I	03.05.2011	NAV Eigersund	Uttalelse vedr. nytt skjenkested, Pibbaren og Nelliken, Strandgaten 76
5	I	03.05.2011	Politistasjonen i Eigersund	Uttalelse vedr. søknad om skjenkebevilling for nytt skjenkested, Pibbaren og Nelliken, Strandgaten 76

Parter i saken:

Søker, NAV, politiet, økonomiavdeling og Maalfrid Espeland



Dato: 16.05.2011
Arkiv: :FA-U63, TI-&18
Arkivsaksnr.:
11/932
Journalpostløpenr.:
11/14593

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Kåre Ingvar Helland
Kommunalsjef levekår
51 46 80 14
kaare.ingvar.helland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011
	Kommunestyret	06.06.2011

Skjenkebevilling - Morpheus AS, Strandgaten 60

Sammendrag:

Det søkes om ny skjenkebevilling for Morpheus AS i Strandgt. 60 for alle typer alkohol i samme lokaler som Oliveto AS som gikk konkurs tidligere i år hadde sin drift. Dette var et velrenommert spisested med et godt matutvalg av høy kvalitet. Stedet driver nå videre med samme eiere, identisk driftskonsept, men med et nytt firmanavn og organisasjonsnummer. Det nye firmaet har i noen tid drevet videre på den tidligere bevilling slik alkoholloven gir anledning til. Tiden er nå imidlertid inne for at en ny bevilling må gis.

Saksgang:

HO utvalget 24. mai 2011.
Kommunestyret 6. juni 2011.

Rådmannens forslag til vedtak 16.05.2011:

Helse og omsorgsutvalget innstiller til kommunestyret.

1. Søknaden om alminnelig skjenkebevilling for alle typer alkohol innvilges innenfor rammen av kommunens alkoholpolitiske retningslinjer.
2. Søknaden gjelder også et nærmere angitt uteområde.
3. Som skjenkestyrer godkjennes Marta Skaara og som stedfortreder Atanasios Bozanis.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen.

Andre opplysninger / fakta i saken:

Morfeus AS har til nå vært i drift med skjenkebevillingen til Oliveto AS. Med hovedvekt på restaurantdrift og tilhørende uteservering. Det oppgis i søknaden at hovedfokus vil være mat og drikke i harmoni, og kjøkkenet vil fremdeles være italienskinspirert med innslag av lokale råvarer..

I og med at det har vært kontinuerlig drift har det ikke blitt innhentet uttalelser fra politiet og NAV: Det er ikke blir meldt om uregelmessigheter av noen art i forbindelse med Oliveto AS:

Saksbehandlers vurderinger:

Det burde være en kurant sak å videreføre denne bevilling da byen trenger et slikt spisested der øl og vin er et naturlig tilbehør. Stedet har hovedsakelig et voksent publikum, og det har ikke blitt meldt om noen uregelmessigheter i den perioden det har hatt skjenkebevilling. Ved konkurser er det et moment som etter alkoholloven kan tillegges vekt ved innvilgelse av ny bevilling, men det opplyses at det ikke er noen uregelmessigheter ved denne konkurransen, og da har kommunens advokat ingen motforestillinger mot at ny bevilling gis.

Universell utforming:

Ikke aktuelt i denne forbindelse.

Økonomiske konsekvenser:

Små mengder alkohol omsettes her, og følgelig blir små avgiftssummer innbetalt til kommunens skjenkeavgiftsfond.

~ 0 ~

Alternative løsninger:

Avslå søknaden.

~ 0 ~

Dokumenter - vedlagt saken:

Journalposter i arkivsaken – ikke vedlagte dokumenter

Nr	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	01.04.2011	Ristorante Oliveto Morpheus AS	Søknad om skjenkebevilling for Morpheus, Strandgaten 60 (tidligere Oliveto)

Parter i saken:

Politiet, skjenkekontrollen, innehaver, økonomikontoret, Maallfrid Espeland



Eigersund kommune – Saksframlegg politisk sak

Sak 19

Dato: 16.05.2011
Arkiv: :FA-U63, TI-&18
Arkivsaksnr.:
11/679
Journalpostløpenr.:
11/14592

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Kåre Ingvar Helland
Kommunalsjef levekår
51 46 80 14
kaare.ingvar.helland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011
	Kommunestyret	06.06.2011

Skjenkebevilling - Texas, Torget 6 (Neset as)

Sammendrag:

Det søkes om skjenkebevilling for nystartet pub/bar Texas med adresse Torget 6. Søknaden gjelder alle typer alkohol og det planlegges ikke matservering. Tidligere har Plaza A/S drevet i disse lokaler, men denne driften er avviklet.

Saksgang:

Helse- og omsorgsutvalget 24. mai 2011.
Kommunestyret 6. juni 2011.

Rådmannens forslag til vedtak 16.05.2011:

Helse- og omsorgsutvalget innstiller til kommunestyret:

1. Søknaden om skjenkebevilling for alle typer alkohol for Texas (Neset A/S) innvilges innenfor rammene av kommunens alkoholpolitiske retningslinjer
2. Som skjenkestyrer godkjennes Arild Johan Carlsen Strandberg og som stedfortreder Sigmund Hasselquist. Det forutsettes at forannevnte har avlagt alkoholprøven før åpning.
3. Søknaden gjelder også uteservering innenfor et nærmere avgrenset område.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen,

Andre opplysninger / fakta i saken:

Dette dreier seg om oppstart av ny virksomhet i lokaler hvor det tidligere har blitt drevet tilsvarende virksomhet som opphørte for noen måneder siden.

Søknaden har blitt forelagt politiet og NAV som ikke har merknader til søknaden.

Saksbehandlers vurderinger:

Hver søknad om slik bevilling skal vurderes på individuelt grunnlag, men ut fra et likebehandlingshensyn anbefales det at søknaden innvilges.

Ut fra ordensmessige hensyn er beliggenheter en utfordring, og i den tidligere virksomheten

var det for kort tid siden en overtredelse av alkoholloven uten at dette kan tillegges vekt ved vurderingen av en ny bevilling. Politiet har imidlertid ingen merknader til søknaden, og de ordensmessige forhold forutsettes ivaretatt med et godt organisert vakthold.

Dersom det politisk sett er ønske om å avgrense antallet skjenkesteder i kommunen er det naturlig at dette gjøres i forbindelse med en ny bevillingsperiode 2012 til 2014.

Universell utforming:

Ikke aktuelt å ta hensyn til dette i denne forbindelse, men problemområde må alltid ha fokus i kommunal saksbehandling.

Økonomiske konsekvenser:

Innbetaling av en avgift til skjenkebevillingsfondet som brukes til avlønning av SLT koordinator i 40% stilling.

~ 0 ~

Alternative løsninger:

Avslå søknaden.

~ 0 ~

Dokumenter - vedlagt saken:

Ingen.

Journalposter i arkivsaken – ikke vedlagte dokumenter

Nr		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	27.04.2011	Sigmund Hasselquist NAV Eigersund;	Søknad om skjenkebevilling - Texas, Torget 6
2	U	28.04.2011	Politistasjonen i Egersund	Ber om uttalelse vedr. søknad om skjenkebevilling for Texas, Torget 6
3	I	03.05.2011	NAV Eigersund	Uttalelse vedr. søknad om skjenkebevilling for Texas, Torget 6 (tidl. Plaza)
4	I	03.05.2011	Politistasjonen i Egersund	Uttalelse vedr. søknad om skjenkebevilling for Texas, Torget 6

Parter i saken:

Søker, politiet, NAV, økonomikontoret, Maalfrid Espeland.



Eigersund kommune – Saksframlegg politisk sak

sak 20

Dato: 06.05.2011
Arkiv: :FE-
Arkivsaksnr.:
11/949
Journalpostløpenr.:
11/13849

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Sentraladministrasjonen
Politisk sekretariat
Målfrid Espeland
Politisk sekretær
51 46 80 25
maalfrid.espeland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011

Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte 05.04.2011

Sammendrag:

Protokoll fra forrige møte i utvalget legges frem for godkjenning av utvalget.

Saksgang:

Avgjøres av utvalget.

Forslag til vedtak 06.05.2011:

Protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte den 5.4.2011 godkjennes.

Dokumenter - vedlagt saken:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
173383	Protokoll - HO 5.4.2011.doc





EIGERSUND KOMMUNE

Helse- og omsorgsutvalget

Utvalg:	Helse- og omsorgsutvalget		
Møtedato:	05.04.2011	Møtested:	Formannskapssalen
Tidspunkt fra:	18:00	Tidspunkt til:	18:45
Sak – fra / til:	010/11 - 016/11		

Følgende medlemmer møtte:

Kjell Fredriksen - FRP	Odd Stangeland - AP	Erik Ludvigsen - AP
Olaug Nordeide - H	Anja Tingbø Omdal - KRF	Arne Geir Ege - KRF
Anne Margrete Herigstad - V	Esther Ørsland - SP	

Følgende medlemmer hadde forfall:

Svein Erik Madland - FRP	Bjørn Carlsen - H	Ruth Kari Ludvigsen Fiske - AP
--------------------------	-------------------	--------------------------------

Følgende varamedlemmer møtte:

Tommy Bjellås - FRP	Lilly Remme Brunel - H	Svenn Manum - AP
---------------------	------------------------	------------------

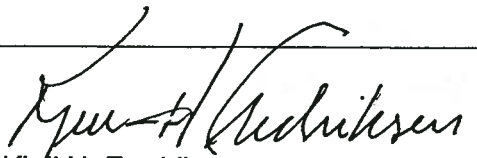
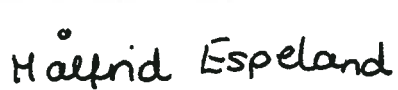
Følgende varamedlemmer møtte i enkeltsak(er):

Følgende fra administrasjonen/andre møtte:

Kommunalsjef levekår Kåre Ingvar Helland, Rådmann Ketil Helgevold

Merknader til møtet:

- Fra kl. 17:30 – Cato Tjøland og Marian Jenssen fra MOTIVERA, (senter for varige livsstilsendring) orienterte om et konsept for folk som ønsker varig vektreduksjon.

 Kjell H. Fredriksen Utvalgsleder	 Målfrid Espeland Utvalgssekretær
--	---

Utvalgets faste medlemmer/varamedlemmer (00):

Arbeiderpartiet (3): Ruth Kari Ludvigsen Fiske, Odd Stangeland, Erik Ludvigsen.

Vara i rekkefølge: Svenn Manum, Hege Moberg, Else Marie Schneidereit, Robert Vanglo, Kjell Svanes

Fremskrittspartiet (2): Kjell Fredriksen, Svein Erik Madland

Vara i rekkefølge: Tommy Bjellås, Gunn Elin Hestetun, Hans Petter Helland, Bjørn Arild Amundsen

Høyre (2): Bjørn Carlsen, Olaug Nordeide.

Vara i rekkefølge: Line Stenberg Mikalsen, John Harry Øglend, Lilly Remme Brunel, Runar Blakstad.

Kristelig Folkeparti (2): Arne Geir Ege, Anja Tingbø Omdal.

Vara i rekkefølge: Edmund Iversen, Janne Jørgensborg, Arnt Even Gjermestad, Marta Een Lauvås.

Senterparti (2): Ester Ørsland.

Vara i rekkefølge: Turid E. Gystøl, Jørn Birkeland, Bjørn Ege.

Venstre (1): Anne Margrethe Herigstad.

Vara i rekkefølge: Torhild Kielland, Jon Arild Helgheim, Rasmus Gundersen.

---- O ----

Saksliste:

Sak nr.	Sakstittel	L
010/11	Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte 15.2.2010	
011/11	Skjenkekontroll - Plaza	
012/11	Skjenkekontroll - Hauen kro	
013/11	2010 Årsmeldinger - levekårsavdelingen, helse og omsorg	
014/11	Nasjonale mål, og prioriterte områder innen helse og sosial for 2011	
015/11	Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 5.4.2011	
016/11	Spørsmål/orienteringer i helse- og omsorgsutvalgets møte 5.4.2011	

010/11: Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte 15.2.2010

Forslag til vedtak 03.03.2011:

Protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte den 15.2.2011 godkjennes.

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Protokollen enstemmig godkjent.

HO-010/11 Vedtak:

Protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte den 15.2.2011 godkjennes.

Vedtaket er enstemmig

011/11: Skjenkekontroll - Plaza

Rådmannens forslag til vedtak 25.03.2011:

Plaza A/S får en skriftlig advarsel..

Ved gjentakelse i inneværende bevillingsperiode vil en inndragning av bevillingen bli vurdert.

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

HO-011/11 Vedtak:

Plaza A/S får en skriftlig advarsel.

Ved gjentakelse i inneværende bevillingsperiode vil en inndragning av bevillingen bli vurdert.

Vedtak et enstemmig.

012/11: Skjenkekontroll - Hauen kro

RÅDMANNENS FORSLAG TIL VEDTAK :

Med bakgrunn i de kommunale retningslinjer om reaksjon for å slippe en åpenbart beruset person inn i lokalet gis det en skriftlig advarsel.

Ved gjentakelse i inneværende bevillingsperiode, vil en inndragning av bevillingen for en periode bli vurdert.

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannens innstilling vedtatt med 10 mot 1 stemme. (Erik Ludvigsen AP)

HO-012/11 Vedtak:

Med bakgrunn i de kommunale retningslinjer om reaksjon for å slippe en åpenbart beruset person inn i lokalet gis det en skriftlig advarsel.

Ved gjentakelse i inneværende bevillingsperiode, vil en inndragning av bevillingen for en periode bli vurdert.

Vedtaket stemmetall fremgår av voteringen.

013/11: 2010 Årsmeldinger - levekårsavdelingen, helse og omsorg

Rådmannens forslag til vedtak 15.03.2011:

Årsmeldingen fra helse- og omsorgsavdelingen tas til orientering.

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

HO-013/11 Vedtak:

Årsmeldingen fra helse- og omsorgsavdelingen tas til orientering.

Vedtaket er enstemmig:

014/11: Nasjonale mål, og prioriterte områder innen helse og sosial for 2011

Rådmannens forslag til vedtak 28.03.2011:

Innholdet i foreliggende rundskriv tas til orientering.

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

HO-014/11 Vedtak:

Innholdet i foreliggende rundskriv tas til orientering.

Vedtaket er enstemmig.

015/11: Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 5.4.2011**Referatsaker som legges frem for utvalget 28.03.2011:**

Sakene legges frem uten innstilling/merknad fra administrasjonen.

Nr	Dok.ID		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	11/7248	I	28.02.2011	Foreningen 2 foreldre	Søknad om driftstilskudd/prosjektstøtte til Foreningen 2 foreldre ifm. samlivsbrudd
2	10/31224	M P	17.12.2010		Protokoll fra felles brukerutvalgs møte 17.12.2010
3	11/2075	M P	25.01.2011		Protokoll fra felles brukerutvalgs møte 26.01.2011
4	11/8885	I	25.03.2011	Landssammenslutningen av vertskommuner for sentralinstitusjoner (LVSH)	LVSH - bekymring for nedskjæringer i arbeidsmarkedstiltak for yrkesvalghemmede - pressemelding

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget**Møtebehandling:****Votering:****HO-015/11 Vedtak:**

Det ble ikke fattet vedtak i saken.

016/11: Spørsmål/orienteringer i helse- og omsorgsutvalgets møte 5.4.2011

Spørsmål/orienteringer i møtet 05.04.2011:

05.04.2011 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

KJELL H. FREDRIKSEN (FRP)

Orienterte fra møte i LVSH (Landssammenslutningen av vertskommuner for sentralinstitusjoner). Viste til Refertatsak 4/11 der en er bekymret for nedskjæringer i arbeidsmarkedstiltak for yrkesvalghemmede.

KÅRE INGVAR HELLAND:

Opplyste om at det skal arrangeres en "vandreutstilling" på Bakkebø, der utstyr som har vært brukt på Bakkebø skal stilles ut. Utstillingen åpner 12. mai 2011.

Delte ut og orienterte om rundskrivet "Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011" Rundskrivet omhandler mål og prioriterte områder for 2011 innenfor helse- og omsorgsområdet.

OLAUG NORDEIDE (H)

Stilte spørsmål om hvordan det gikk med rekrutteringen av islandske sykepleiere i kommunen.

Kåre Ingvar Helland svarte at den første sykepleieren var på plass på Kjerjaneset bo- og servicesenter.

Votering:

HO-016/11 Vedtak:

Det ble ikke fattet vedtak i saken.



Dato: 15.05.2011
Arkiv: :FA-U63, TI-&58,
TI-&14
Arkivsaksnr.:
11/103
Journalpostløpenr.:
11/14596

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Kåre Ingvar Helland
Kommunalsjef levekår
51 46 80 14
kaare.ingvar.helland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011

BAR—BAR SØKNAD OM UTEBAR

Sammendrag:

BarBar er i ferd med å etablere utebar i forbindelse ved sitt etablissement.

Etablering av utebar er ikke et forhold som er direkte regulert i alkoholloven og derfor kreves formelt sett ikke egen behandling av dette, men siden søknaden er av prinsipiell karakter, legges den fram for politisk behandling i HOU.

Saksgang:

HO utvalget 24.05

Rådmannens forslag til vedtak 15.05.2011:

Søknaden for utebar for BarBar innvilges for perioden 01.06.11 – 01.10.11 som en prøveordning.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen

Andre opplysninger / fakta i saken:

Det søkes om en utvidelse/justering av skjenkebevillingen for å kunne håndheve denne på mer hensiktsmessig måte., Dette for å ha bedre kontroll med det som foregår i lokalet og for å få en bedre logistikk i virksomheten.. Dette er et prinsipielt vedtak, derfor fremlegges det til politisk behandling. I søknaden anføres det at BarBar i løpet av kort tid har blitt et populært utested. Imidlertid har folks utevaner forandret seg radikalt, og normal ankomsttid til baren er mellom kl 23.30 og 00.30. I denne tiden oppstår det lett køer til stor irritasjon for publikum og til frustrasjon for de ansatte som skal holde oversikt og kontroll.

Argumentene for å etablere en utebar er som følger:

Mindre kødannelse og opphopning av folk.

Bedre oversikt for bartender og vakter

Opphøyd bar gir bedre oversikt

Mindre knuffing mellom gjestene

Avlastning og mindre press på bartendere

Det er klart at bakgrunnen for dette er å gjøre stedet mer attraktivt, og således øke lønnsomheten. En utebar kan ifølge søkeren være et annerledes og kjekt innslag i byens uteliv. Søknaden begrenser seg foreløpig til sommermånedene mai – september.

Ved en tidligere uformell henvendelse fra daglig leder ble det fra kommunens side gitt positive signaler til tiltaket. For øvrige detaljer henvises det til den vedlagte søknaden.

Saksbehandlers vurderinger:

En innvilgelse av denne søknaden vil kunne føre til at andre tilsvarende søknader vil måtte innvilges. En utendørs avlastningsbar er vanlig sommerstid mange steder i landet. Imidlertid opplyses det at det er få slike her i fylket.

Det vil i utgangspunktet være viktig å være positiv til slike nye initiativ dersom ikke ulemperne er betydelige i form av økte ordenmessige eller edruskapsmessige problemer.

Bedre oversikt og kontroll slik at overskjenking kan unngås og slik at åpenbart berusede personer ikke gis adgang til eller oppholder seg i lokalet, er også positivt i denne sammenheng.

Det må imidlertid anføres at skjenkekontrollen i samtale uttrykker en smule skepsis, uten at det gjøres et stort poeng av dette. Det vil til være deres oppgave å påse at de til enhver tid gjeldende retningslinjer overholdes. Bedre oversikt og kontroll vil også være i skjenkekontrollens interesse. Det understrekes imidlertid fra deres side at en innvilgelse av denne søknaden skaper presedens for andre tilsvarende søknader.

Universell utforming:

Det anmodes om at stedet legger forholdene best mulig til rette for bevegelseshemmede.

Økonomiske konsekvenser:

Eventuell økt omsetning fører til større innbetalinger til kommunens skjenkebevillingsfond.

~ 0 ~

Alternative løsninger:

Avslå søknaden.

~ 0 ~

Dokumenter - vedlagt saken:

Søknad om etablering av utebar.

Journalposter i arkivsaken – ikke vedlagte dokumenter

Nr		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	23.04.2011	Brannvesenet Sør-Rogaland IKS	Rapport fra skjenkekontroll ved Bar Bar 23.04.11
2	U	05.05.2011	Bar bar	Rapport etter skjenkekontroll

Parter i saken:

Søker, politiet og skjenkekontrollen.

SØKNAD OM GODKJENNING AV UTEBAR, 12.5.2011.

Vi har bygget en Bardisk på BarBar's uteservering. Vi fikk i utgangspunktet Positive tilbakemeldinger på dette, men er inneforstått med at det har kommet Bemerkninger angående denne, slik at det må tas opp til behandling.

Tanken med å bygge denne serveringsbaren på uteplassen er at BarBar har blitt ett veldig populært utested. Vi har fullt belegg omtrent hver helg. Problemet er at folks vaner med å gå ut har forandret seg radikalt, de fleste gjestene ankommer mellom 23.30-24.30. Vi har en serveringsdisk i 1etg og en mindre serveringsdisk i 2etg. Da gjestene ankommer samtidig og det kun er kort tid igjen til stengetid, dannes det ofte stor kø ved bardiskene. Dette er også ett stort irritasjonsmoment for gjestene. Serveringspersonellet skal overholde skjenkebestemmelsene og vaktene holde kontroll. Det vanskeliggjør jobben når mange mennesker står samlet ved ett eller to steder i lokalet.

Vi ser ved å ha ett serveringspunkt til vil vi gjøre jobben lettere for vakter og serveringspersonell;

- vi har mindre kødannelse og opphopning av folk
- bartender har også full oversikt over uteservering, det letter jobben for vaktene med en ekstra person som følger med.
- baren er opphøyet slik at man har god oversikt over uteplassen.
- mer effektiv servering og mindre "knuffing" mellom gjestene for å bestille først
- avlastning og mindre press på bartendere

I serveringsnæringen er det vanlig å ha en ekstra serveringsbar som avlastning, gjerne I sommersesongen når folk flest ønsker å sitte ute. I Oslo gjøres dette mange steder og vi kan nevne i Stavanger finnes det en liten utebar som kun er åpent sommersesong; Terrassen(ligger ved siden av Ristorante Allegro og trappen opp til tårnet),Restaranten på Skagen brygge Hotell har også avlastningsbar ute.

Måten lokalene til BarBar er bygget opp på gir oss en stor utfordring både serveringsmessig og med vakthold(hovedsaklig helger). Vi har i tillegg til inngangsdøren, 2 stk panikkdører i 1etg som kan åpnes fra innsiden, 1 inngang/utgang til uteservering samt inngang/utgang fra gata til uteserveringen, totalt 5 adkomster i 1 etg. Hovedserveringsdisken ligger i 1etg. Det er ikke mulig å se ut på uteserveringen for personalet bak disken. Dersom vi tar i bruk baren ute har serveringspersonellet kontakt med alle gjestene og full kontroll over hvem som går inn og ut fra uteserveringen(ukedager og dagtid lørdager). I helgene når vi har fullt belegg brukes ikke denne adkomstveien,slik at vi kan ha full kontroll med hvem som kommer inn.

Vi håper selvfølgelig også på at dette vil øke salget, ved mer effektiv jobbing, både på dagtid ved kaffeservering og kveldstid der vi fungerer mer som en bar og møteplass. Det som kjenntegner denne type næring er de gode relasjonene mellom bartender og gjester. Gjestene ønsker gjerne å ha direkte kontakt samtidig som serveringspersonellet har ett stort ansvar med å følge skjenkebestemmelsene. Dette lar seg lettere gjøre med en bar ute, hvor de fleste ønsker å være, spesielt sommerstid. Vi ser også dette som ett annerledes og kjekt innslag i Egersunds uteliv.

Vi tar vårt ansvar alvorlig og ønsker å være en foregangsbedrift i Egersunds uteliv når det gjelder profesjonalitet og å overholde skjenkebestemmelsene. Dette er en veldig vanskelig jobb med mange gråsoner og vi jobber for å forbedre oss hele tiden. Alle vaktene blir sendt på dørvaktkurs, og vi er det eneste utestedet i Egersund som har dørvaktervakter som er utstyrt med ørepropper og sambandsutstyr til barpersonell/hverandre. Dette ikke bare for de ansattes trygghet men også gjestene. Antall vakter på jobb per kveld har også blitt økt, vi har vanligvis 4 stk per kveld på jobb. Vi vil også nevne at vi har ett godt samarbeide med Politiet.

Ved å ta i bruk en ekstra bar ønsker vi ikke å overskjenke gjestene. Som nevnt over, vi er og kommer til å være strenge med hvem som slipper inn, hvem som eventuelt må forlate stedet og hvor mye de blir servert. Dette ekstra serveringspunktet vil forhåpentligvis forenkle jobben og samtidig gi en hyggelig kontakt mellom gjest og bartender på uteserveringen.

Vi håper på en positiv tilbakemelding fra dere.

Mvh
Martha Skåra
Daglig Leder
BarBar AS



Dato: 05.05.2011
Arkiv: :FE-033
Arkivsaksnr.:
10/874
Journalpostløpenr.:
11/13789

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Anne Brit W. Tengesdal
Helsefaglig ansvarlig
51 46 80 73
anne.brit.tengesdal@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011
	Felles brukerutvalg	25.05.2011

Høring - Helse 2020

Sammendrag:

Helse 2020 ble for første gang vedtatt av styret i Helse Vest RHF i 2001. Strategiplanen er nå revidert og oppdatert for perioden 2011-2015. Utgangspunktet for arbeidet har vært at Helse Vest i de kommende årene vil bli stilt overfor økte krav om gode helsetjenester og pasienttrygghet. Ny kunnskap, teknologi og metoder representerer store og spennende muligheter. Formålet med dokumentet var å sikre en god forståelse av det samlede utfordrings- og mulighetsbildet for deretter å prioritere tiltak.

Saksgang:

Saken sendes til uttalelse i Brukerutvalget og vedtak i saken gjøres i Helse- og omsorgsutvalget

Rådmannens forslag til vedtak 05.05.2011:

1. Eigersund kommune støtter høringsuttalelsen til KS vedlegg nr 1.
2. Eigersund kommune støtter høringsuttalelsen som er utarbeidet av prosjektleder i Samhandlingsprosjektet i regi av Jærrådet.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen

Andre opplysninger / fakta i saken:

KS har utarbeidet en høringsuttalelse til Helse 2020, vedlegg 1.

Det har vært et nettverksmøte som består av ledere i omsorgssektoren i følgende kommuner: Sola, Randaberg, Time, Klepp, Hå og Gjesdal. Deltakerne i møtet har samlet seg om en felles uttalelse, vedlegg 2. Disse er vedlagt saken.

Saksbehandlers vurderinger:

Samhandling med kommunene har fått liten plass i planen, og det ville vært ønskelig med en mer tydelig strategi på området. Det vil være viktig for kommunen at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten kan bidra ut i kommunen for å kunne gi pasienten tjenester i, eller nær hjemmet.

Universell utforming:

Ikke aktuelt i denne saken.

Økonomiske konsekvenser:

"Helse 2020" kan ses på som et konsekvens av samhandlingsreformen og vil indirekte kunne gi økonomiske konsekvenser som man ikke har oversikt over på nåværende tidspunkt.

Driftsmessige forhold	Inneværende år	Neste år	År 3
Sum			

Investeringsmessige forhold	Inneværende år	Neste år	År 3
Sum			

~ 0 ~

Alternative løsninger:

3. Eigersund kommune støtter ikke høringsuttalelsen til KS vedlegg nr 1
4. Eigersund kommune støtter ikke høringsuttalelsen som er utarbeidet av prosjektleder i Samhandlingsprosjektet i regi av Jærrådet.

~ 0 ~

Dokumenter - vedlagt saken:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
173322	Høringsuttalelse Helse 2020.doc
173311	Høringssvar_KSVest_Strategi2020.doc

Journalposter i arkivsaken – ikke vedlagte dokumenter

Nr		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
2	I	20.08.2010	Stavanger universitetssjukehus	Strategiplan for Helse Stavanger HF 2010 - 2020
3	N	12.10.2010	Leif E. Broch	Høringsuttalelse strategiplan for SUS
4	X	12.10.2010	Anne Brit W. Tengesdal; Arild Dyrskog Rølfen; Leif E. Broch; Kåre Ingvar Helland; Tore L. Oliversen; Dag Kjetil Tonheim; Kristin Bø Haugeland	Rutine for høringsuttalelse

5	I	16.12.2010	Gjesdal kommune	Ny overordnet samarbeidsavtale mellom Stavanger Universitetssykehus og kommunene i sykehusets nedslagsfelt
7	I	14.02.2011	Gjesdal kommune	Foreløpig invitasjon til det årlige samarbeidsmøtet - Toppledermøtet
9	I	08.03.2011	Helse Stavanger HF	Overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og Eigersund kommune
8	I	21.03.2011	Helse Vest	Høring - Helse2020 - strategi for helseregionen
11	I	04.05.2011	KS vest	Helse 2020 strategi for helseregion vest - KS vest sitt høringssvar

Parter i saken:

Helse Vest

Høringsuttalelse – Helse 2020, strategi for Helse Vest:

Strategien har naturlig nok størst oppnærksomhet rettet mot interne forhold i Helse Vest, og utvikling av Helse Vest som organisasjon. Vi har valgt å kommentere forholdene som berører samhandling med kommunene. Et generelt inntrykk er at dette tema ikke er viet stor plass, men det som omtales er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det savnes en mer tydelig strategi på området, som gir en klarere retning.

Det som imidlertid kommer klart fram er at man vil satse mye på å utvikle gode pasientforløp, og har ambisjon om å utvikle nasjonal spisskompetanse rundt helhetlige pasientforløp og god intern organisering. Dette støttes av kommunene og fra et kommunalt ståsted oppleves arbeidet med pasientforløp som viktig. Vi vil understreke betydningen av at primærhelsetjenesten er tilstrekkelig representert i arbeidet.

For øvrig deler kommunene Helse Vest sitt syn på at Samhandlingsreformen vil kreve betydelig kompetanseutveksling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for å sikre rett kompetanse på rett nivå til rett tid. Det er positivt at man er åpen for nye organisatoriske modeller, og at man legger opp til at helsefagfolk i regionen kan arbeide på tvers av flere lokalisasjoner på en rasjonell måte. Da dette ikke er beskrevet mer konkret, er det vanskelig for kommunene å ha sterke synspunkter på det. For kommunene vil det imidlertid være viktig at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten kan bidra ut i kommunene for å kunne gi pasienten tjenester i, eller nær hjemmet. Det vil også kunne være en god arena for kompetanseutveksling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. For øvrig støtter vi gjensidig hospitering og ambulerings som viktige tiltak for kompetanseutveksling mellom nivåene.

Avslutningsvis vil vi understreke at gode elektroniske løsninger en grunnleggende forutsetning for å få til effektiv samhandling mellom helseforetakene og kommunene.

For øvrig støtter vi KS sin høringsuttalelse.

HELSE2020

Strategi for helseregionen

Visjon og mål
Strategi og handlingsplan

Høringsdokument

INNHALD

FORORD	1
1 SAMANDRAG	2
2 BAKGRUNN OG INNLEIING	4
3 KVA UTFORDRINGAR OG MOGLEGHEITER SER VI	6
3.1 Demografi, sjukdomsbilete og behov for helsetenester.....	6
3.2 Samhandling rundt helsekoplege helsetenester.....	9
3.3 Pasienttryggleik, kvalitet og prioritering.....	9
3.4 Berekraftige fagmiljø – struktur og arbeidsdeling.....	10
3.5 Teknologi i helsevesenet – endringsdrivar og moglegheitsskapar.....	11
3.6 Finansiell kraft og økonomisk handlegfridom.....	11
3.7 Gevinsthøasting av gjennomførte tiltak.....	12
4 VISION OG MÅL – HELSE OG LIVSKVALITET I VEST	13
5 TRYGGJE OG NÆRE HELSETENESTER	14
5.1 Helse Vest sin overordna kvalitetsstrategi.....	14
5.2 Pasienttryggleik.....	15
5.3 Rett legemiddelbruk – viktig for behandlingsskvaliteten.....	16
5.4 God samhandling internt og med kommunehelsetenesta.....	17
5.5 Robuste fagmiljø og utvikling av ein berekraftig organisasjon.....	18
5.6 Rett prioritering er eit grunnlag for gode tenester.....	19
5.7 Brukarperspektivet – pasienten si rolle som brukar av helsetenester.....	20
6 HEILSKAPLEG BEHANDLING OG EFFEKTIV RESSURSBRUK	21
6.1 Det pasientnære tenestetilbodet: organisering for å sikre helsekap og effektivitet.....	21
6.1.1 Pasientfokusert organisering av helseføretak/sjukehus.....	21
6.1.2 Funksjons- og oppgåvefordeling i regionen.....	21
6.1.3 Rolla til private ideelle samarbeidspartar.....	22
6.1.4 Rolla til private kommersielle samarbeidspartar.....	22
6.1.5 Rolla til avtalespesialistane.....	22
6.1.6 Sekundær- og tertiærtørbegjande aktivitetar.....	22
6.1.7 Unngå fristøt og redusere ventetider.....	23
6.1.8 Unngå korridorpasientar.....	23
6.2 Samla regionale planar for dei enkelte fagområda.....	23
6.2.1 Vidareutvikle tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB).....	23
6.2.2 Satsing på barn og unge.....	24
6.2.3 Samla plan for laboratorieleverksmda.....	24
6.2.4 Oppdatering av gjeldande plan for radiologiske tenester.....	25
6.2.5 Samla plan for kirurgi.....	25
6.2.6 Regional plan for svaugerskaps-, fødsels- og barselomsorg.....	25
6.3 Helse og teknologi	25
6.3.1 Samordna satsing på medisinsk metode og teknologi.....	25
6.3.2 Strategisk bruk av IKT.....	26
6.4 Administrasjon og ikkje-medisinske støttefunksjonar	27
6.4.1 Administrative rutinar og felles tenesteseneter.....	28
6.4.2 Innkjøp.....	28
6.4.3 Eigeomsverksmd og arealeffektivisering.....	29
7 FRAMTIDSRETTA KOMPETANSEORGANISASJON	30
7.1 Rekruttering, kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling.....	30
7.1.1 Rekruttering.....	31
7.1.2 Kompetanseutvikling.....	31
7.1.3 Organisasjonsutvikling.....	32
7.2 Leiarskap – utvikle gode leitarar på alle nivå.....	32
7.3 Styringsmekanismar som bidreg til vidareutvikling av føretaksgruppa.....	33
7.3.1 Styringsmodellar som fokuserer på mål- og resultatoppnåing.....	33
7.3.2 Eintydige organisasjonsstrukturar og avklarte ansvarforhold.....	33
7.3.3 Helsekapleg styringsinformasjon.....	34
7.4 FoU.....	34
7.4.1 Forsking.....	34
7.4.2 Innovasjon og utvikling.....	35
7.5 Kommunikasjon og omdømmebygging.....	35
7.6 Miljø- og klimasatsing.....	36
8 TILTAKSPLAN – SAMLA OVERSIKT OVER TILTAKSOMRÅDA	37
9 GJENNOMFØRING, RISIKOAR OG KRITISKE FAKTORAR	38
9.1 Leiarskap på alle nivå.....	38
9.2 Helsekapleg IKT-strategi og porteføljestyring.....	38
9.3 Ressursbruk, nytte og krav til grunnlag for avgjerd.....	38
9.4 Store krav til endringsleing og gevinsthøasting.....	39
9.5 Organisatorisk og leiarmessig forankring og oppfølging.....	39
9.6 Brukarorganisasjonar, tillitsvalde og vernetenesta.....	39
9.7 Ansvar, myndighet og resultatkrav.....	39
9.8 Rapportering og oppfølging.....	40
10 VEGEN VIDARE	40

FORORD

Det er no om lag ni år sidan spesialisthelsetenesta blei organisert i regionale helseføretak, under statleg eigarskap og ansvar. I desse ni åra har Helse Vest hatt ansvaret for det spesialiserte helsetenestetilbodet i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane.

Dei første åra var vi prega av å vere ein ny organisasjon som måtte fokusere på å balansere kravet til å vareta pasienttilbodet og drifta best mogleg, samtidig som basale fellesfunksjonar skulle etablerast.

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

Når vi no ser oss tilbake, kan vi slå fast at svært mange av tiltaka som vi vedtok å starte opp i samband med strategiarbeidet, no er gjennomførte i samsvar med planen. Det viser at Helse Vest har modnast som organisasjon, og at strukturert planarbeid hjelper oss til å fokusere og til å allokere ressursane dit dei tener pasientane på Vestlandet best.

Sjølv om handlingsplanane som følgjer Helse2020, har vore rullerte årleg, har vi no funne tida rett til å gjere ei noko grundigare revidering av strategiplanen. Denne revideringa har gitt grunnlag for ei oppdatert beskriving av dei samla utfordringane og moglegheitene Helse Vest står overfor dei nærmaste åra, og for å tilpasse tiltak som er tilpassa desse. Takk til alle som har vore med og gitt gode bidrag til dette arbeidet.

Det er vårt mål og vårt ønske at denne oppdaterte utgåva av Helse2020 skal vere ein tenleg reiskap for ei kontinuerleg betring av helsetenestetilbodet til befolkninga i regionen.

Stavanger, dd.mm.2011

Oddvar Nilsen
Styreleiar

Herlof Nilssen
Adm.dir.

Høyringsdokument

1

SAMANDRAG

Helse Vest står overfor ei rad utfordringar i eit 2020-perspektiv. Samtidig representerer ny kunnskap, teknologi og metode store og spennande moglegheiter. Så vel utfordringane som moglegheitene krev ei samordna tilnærming der føretaksgruppa koordinerer innsatsen sin, tydeleggjør dei ulike rollene sine og deler kunnskap mest mogleg effektivt. Det opphøve arbeidet med Helse2020 la grunnlaget for det første samla strategi- og handlingsplandokumentet for Helse Vest. Føremålet med dokumentet var å sikre ei god forståing av det samla utfordrings- og moglegheitsbiletet for så å prioritere tiltak.

Den forventta levealdren i Noreg aukar. Ei betre helseteneste har noko av æra for dette; mange lever med sjukdommar som før var dødelege. Dette saman med dei store fødselskulla etter krigen gjer at sjukdomspanoramaet endrar seg. Samtidig gir den demografiske utviklinga og endringa i sjukdomsbiletet utfordringar i forhold til tilgang på økonomiske ressursar og kyndig personell.

Sett frå eit pasientperspektiv vil det vere eit krav at helsetenestene skal opplevast som heilskaplege, integrerte og velkoordinerte, og relevant pasientinformasjon må vere lett tilgjengeleg, uavhengig av om tenesta er ytt av primær- eller spesialisthelsetenesta. Det er ei målsetjing at pasientane skal oppleve kontinuitet både under sjukehusopphaldet og når dei vender tilbake for oppfølging.

I dag er det framleis ei utfordring at tenestene og informasjonssystema som skal støtte dei, ikkje er samanhengande. Ein av intensjonane bak "samhandlingsreforma" er å tilpasse behandlingskjeda slik at fleire pasientar får eit godt tilbod innanfor eit vidareutvikla kommunalt omsorgsnivå, og at ein i enda større grad sikrar at sjukehuskapasiteten blir brukt for pasientar med behov for avanserte spesialisthelsetenester. Det er eit viktig siktemål for Helse Vest å vidareutvikle tenester på ein slik måte at intensjonen med samhandlingsreforma blir vektlegg, inkludert utvikling av proaktive løysingar i nært samarbeid med kommunane i regionen.

Norsk helsevesen held jamt over høg kvalitet. Helse Vest meiner likevel at med målretta og systematisk arbeid med pasienttryggleik og kvalitet er forbettringspotensialet stort. Slik forbettringsarbeid vil i hovudsak vere prosessorientert og rette seg både mot pasientretta arbeid og mot organiseringa av tenestene i gode pasientforløp. Ei stor og høgt prioritert målsetjing er å lykkast med ein god pasienttryggleikskultur.

Helse Vest vil framleis prioritere arbeidet med kvalitet i kjerneverksemda høgt. Viktige verkemiddel vil vere utvikling av ein god kultur for pasienttryggleik, tydeleg leiarskap og tilgang til gode kliniske støttesystem. Utviklinga på legemiddelområdet er utfordrande. Ei rekkje sjukdommar kan i dag behandlast med gode og verknadsfulle legemiddel, og enda fleire sjukdommar vil kunne behandlast med legemiddel i framtida. Den teknologiske utviklinga på området er omlattande, og legemiddel er den nest største kostnadsposten i helseføretaka, noko som gjer prioritering særskild viktig også på dette området.

Prioritering betyr at noko får forrang. Helse Vest sin intensjon med å setje prioritering på dagsordenen er å fremje føretaka si evne til å gjere det rette, inkludert å etterleve nasjonale normer for prioritering, gjere medarbeidarane i stand til å prioritere i praksis og støtte opp under gode prioriteringsavgjerdar.

Samhandlingsreforma er i ferd med å bli konkretisert, og vi har allerede fleire tiltak i gang som støttar intensjonane med reforma. Helse Vest vil i dei kommande åra setje i verk ei rekkje tiltak for å bidra til realiseringa og sikre at pasientgruppene opplever meir heilskaplege og koordinerte tenester.

Høyringsdokument

2

Berekræftige fagmiljø er tuffa på mange nok pasientar. Helse Vest må til kvar tid vurdere tenestene som skal ystast på ulike nivå.

Brakarane av helsestena er ein viktig premisssleverandør i utforminga av helsestena. Trenden er at mange brukarar får meir kunnskap om eigen sjukdom og ulike alternative behandlingarformer, og at dei har tankar om kva behandling dei ønskjer. Brukarar med kroniske lidningar får ei meir aktiv rolle i sjukdomsforløpet sitt. Samtidig er det viktig å vektleggje omsynet til brukarar med lita evne til å fremje ønske og behov.

Vi har mykje å hente på å forbetre den interne organiseringa av både kjerne- og støtteverksemd i sjukehusa. Lykkast vi med ei organisering basert på pasientforløp som ser pasientbehandlinga som ei heliskapleg kjede med inkludering alle tenesteytarane, vil det kunne sameine både kvalitets- og effektivitetsmålsetjingane i Helse Vest på ein god måte. I tillegg til dette interne fokuset er det viktig å sjå på det heliskaplege pasientforløpet, som også inkluderer tenesteyting i primærhelsestena. Mykje av forbettringspotensialet vil finnast i velkoordinert samarbeid med kommunane i regionen.

Bruk av informasjonsteknologi vil vere eit av hovudverkemidla for både effektivt sjukehusdrift og auka pasienttryggleik. I lys av samhandlingsreforma vil Helse Vest i 2011 sjå på korleis ein kan bidra til å leggje best mogleg til rette for effektiv informasjonshandtering og -flyt mellom kommunane på Vestlandet og spesialisthelsestena.

Det er eit overordna mål at Helse Vest organiserer alle servicefunksjonane sine så optimalt som mogleg for å kunne bidra til god service for kjerneverksemda og maksimal tildeling av ressursar til pasientnært arbeid.

Føretaksgruppa har dei seinaste åra investert mykje i løysingar for organisasjonsutvikling og medarbidskap. Rekruttering til verksemda generelt og for å sikre berekræftige fagmiljø er ein av dei aller største utfordringane framover og skal sikrast gjennom godt omdømme og profesjonell leiarskap. Forsking og utvikling skal framleis stå høgt på dagsordenen, og satsing på innovasjon skal styrkjast.

Nye metodar, teknikkar, utstyr og medikament utgjer eit dynamisk samspel i den kontinuerlege utviklinga av helsestena. Dette samspelet stiller krav til både effektive organisatoriske løysingar og ikkje minst til oppdatert kunnskap om korleis desse nye metodane, teknikkane, utstyret og medikamenta skal brukast. Medisinsk teknologi og IKT vil krevje ein stor del av dei samla ressursane i Helse Vest dei kommande åra. Desto større blir behovet for å vidareutvikle kompetansen til å nyttiggjere seg desse moglegheitene og hauste dei kvalitative og økonomiske gevinstane dei representerer.

Spesialisthelsestena har gjennom verksemda si stor påverknad på det ytre miljøet, og det er forventa at spesialisthelsestena tek samfunnsansvar. Derfor vil ein setje inn tiltak som reduserer miljøpåverknaden.

Ei sunn økonomisk drift som sikrar overskot, er særskild viktig. Positivt økonomisk resultat er ein føresetnad for å kunne investere i bygg, utstyr og kompetanse. Helse Vest har gjennomført ei lang rekke faglege, organisatoriske og teknologiske prosjekt, og vi har etter kvart utvikla betydeleg kompetanse på å organisere og drive fram slike initiativ. Samtidig er det ei kjennsgjerning at det er nødvendig å styrkje den samla kompetansen rundt korleis slike initiativ blir overførte på ein god måte inn i den daglege drifta.

Inga utvikling er nyttig i seg sjølv dersom ikkje organisasjonen og brukarane opplever forbettring. Det vil krevje både auka kompetanse og ei aktiv leing for å realisere måla og tiltaka som no er sett for den kommande perioden.

2 BAKGRUNN OG INNLEIING

Det opphavlege arbeidet med Helse2020 la grunnlaget for det første samla strategi- og handlingsplandokumentet for Helse Vest. Føremålet med dokumentet var å sikre ei god forståing av det samla utfordrings- og moglegheitsbiletet for helseektoren generelt og for føretaksgruppa spesielt, og dermed prioritere tiltak for å møte dei scenariao som blei teikna. Det var også eit føremål å organisere arbeidet på ein måte som involverer både eigne fagmiljø og eksterne interessentar på ein god måte. Dette som viktige bidrag til både kvalitetsikring og legitimitet.

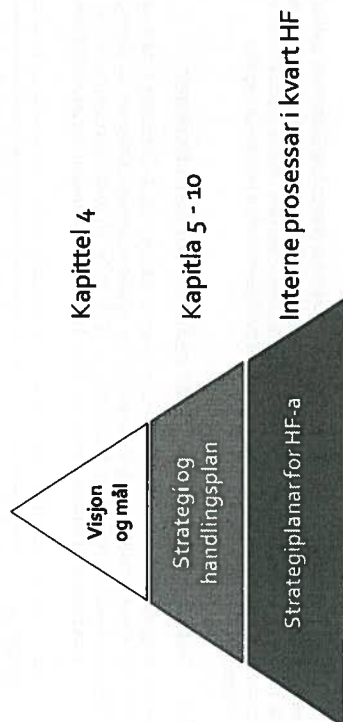
Sjølv om handlingsplanane sidan 2006 har vore rullerte årlig, ønskjer vi med dette dokumentet ei noko djupare revidering av Helse2020. Det er gått om lag fire år sidan Helse2020 blei utarbeidd, og føremålet no har vore å sikre at strategi- og planarbeidet i Helse Vest er oppdatert, og at det fangar det relevante moglegheits- og utfordringsbiletet.

Dette reviderte dokumentet byggjer i form og innhald på Helse2020 slik det opphavleg blei utforma. Arbeidet har trekt vekslar på dei same arbeidsgruppene som sist, men naturleg nok med noko justert deltaking. Det har òg vore ein føresetnad med tett involvering frå leiargruppene i dei enkelte helseføretaka, med brukarar, vermetenesta og tillitsvalde og med eksterne interessentar.

Helse Vest har lagt ned mykje arbeid i å utvikle visjon og mål, og arbeidet med revideringa av Helse2020 er tuffa på dette grunnlaget.

Ei strategi- og handlingsplan for føretaksgruppa vil beskrive korleis vi oppfattar dei mest sentrale utfordringane og moglegheitene, og dermed beskrive tiltaksområde for å møte desse. Mange av tiltaksområda vil ha sitt utspring i regionale initiativ. På andre område vil dette dokumentet kunne vere retningsgivande for lokale strategiar og tiltak som blir sette i verk i dei enkelte føretaka. For ytterlegare operasjonisering må Helse2020 sjåast i samanheng med dei årlige styringsdokumenta, budsjettprosessane og langtridsbudsjettet.

Dynamikken mellom utfordringsbiletet, overordna løysingstilnærmingar og lokal operasjonisering kan illustrerast slik:



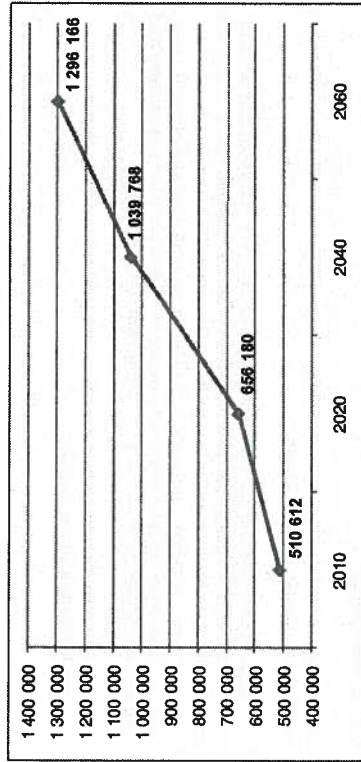
Figur 1 – Struktur på strategidokumentet

3 KVA UTFORDRINGAR OG MOGLEGHEITER SER VI

I dette kapitlet drøftar vi kva utfordringar helsetenestene generelt og Helse Vest spesielt står overfor dei nærmaste åra. Dette er dels utfordringar som Helse Vest ikkje kan påverke, og som ein derfor i stor grad må tilpasse seg, og dels utfordringar som ein i større grad får over sjølv. Tiltaka for å møte desse utfordringane blir deretter konkretiserte i dei neste kapitla i dokumentet.

3.1 Demografi, sjukdomsbiløte og behov for helsetenester

Det er eit velkjent faktum at den forventta levealderen i Noreg stig. Det at talet på eldre aukar, er på mange måtar eit teikn på at både helsevesenet og andre samfunnssektorar har påverka folkehelsa på ein svært positiv måte. Fram mot 2020 vil det bli stadig fleire eldre over 70 år, men den sterkaste auken vil komme i åra etter 2020. For Noreg som nasjon framskriv SSB talet på eldre slik:



Figur 2 – Utvikling i talet på eldre over 70 år i Noreg i perioden 2010 til 2060

MMM-scenariet¹ for folketalsframskrivinga til SSB for Vestlandet viser den same tendensen lokalt, samtidig som vi ser at det er betydelege ulikskapar internt i regionen.

Helseføretak	2010	2015	2020	2025	Endring 2010–2015	Endring 2010–2020	Endring 2010–2025
Helse Stavanger	326 556	354 107	379 948	405 806	8,4 %	16,4 %	24,3 %
Helse Bergen	408 134	434 052	457 678	481 528	6,4 %	12,1 %	18,0 %
Helse Fonna	170 432	177 620	184 396	191 556	4,2 %	8,2 %	12,4 %
Helse Førde	107 080	107 113	107 229	107 970	0,0 %	0,1 %	0,8 %
Helse Vest	1 012 202	1 072 892	1 129 251	1 186 860	6,0 %	11,6 %	17,3 %

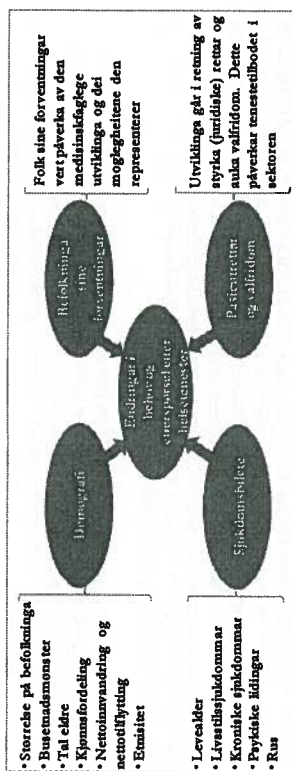
Tabell 1 – Befolkningsutvikling 2010–2025 etter helseføretak

¹ Hovedalternativet til befolkningsframskrivingane til Statistisk sentralbyrå. MMM står for middels nasjonal vekst, med føresetnader om middels fruktbart/ferilitet, middels levealder, middels innanlands mobilitet og middels netto innvandring.

Arbeidet med Helse2020 har mellom anna lagt følgjande til grunn:

- Pasienten skal få trygge helsetenester av høg kvalitet.
- Brukarane våre skal erfare at Helse Vest oppfattar alle som likeverdige, og at vi møter mangfaldet i samfunnet på ein balansert og god måte.
- Vi legg til grunn det sjølvsgade kravet til likestilling.
- Vi legg vekt på at den samla verkemda vår skal vere miljøbevisst, og vil handle deretter.
- Medarbeidarane våre er den viktigaste ressursen vår, og eit velfungerande HMS-arbeid skal stå sentralt.
- Helseføretaka skal ha kultur for god HMS-utvikling på alle nivå i organisasjonane med medverknad og inkludering av vermetenesta, tilsette og tillitsvalde.
- Representantar for brukarane og dei tillitsvalde er sjølvsgade samhandlingspartar.
- Vi vil vareta rolla til dei private ideelle aktørane på ein god måte og som ein del av "sørgje for"-ansvaret.
- Helse Vest skal leggje best mogleg til rette for samhandlingsreforma gjennom tett dialog med primærhelsetenesta og utvikling av løysingar som skal gi gode heilskaplege pasientforløp.

Det er ein samanheng mellom den demografiske utviklinga og behovet for helsetenester. Behovet blir påverka av fleire andre faktorar. Nokre av dei mest vesentlege vil knytast opp til endringa i sjukdomspanorama og må sjåast i samanheng med samfunnsutviklinga elles.



Figur 3 – Faktorar som påverkar etterspørsel etter helsetenester

I eit 2020-perspektiv bør Helse Vest vere førebudd på ei forskyving i sjukdomspanoramaet. Som ei følgje av endring av sjukdomsbiletet vil befolkninga stille andre krav og etterspørje andre typar helsetenester. Ifølgje OECD si helseundersøking frå 2004 er eit gjennomgåande trekk ved studiar av befolkningsstrukturen i ulike land at befolkninga lever stadig lengre og sunnare. I Norge, som i andre vestlege land, ser vi resultatet av at offentlege myndigheter fokuserer på og arbeider preventivt for å redusere skadar som følgje av tobakk, smittsame sjukdommar o.a. Innføring og bruk av nye medisinar og ny teknologi påverkar òg helsetilstanden til befolkninga positivt.

Stortingsmelding nr. 16 "Resept for et sunnere Norge" og Folkehelse rapporten 2002 beskriv helsetilstanden i dag og indikerer forventna trendar i sjukdomsutviklinga i åra som kjem. Desse to rapportane supplert med internasjonalt arbeid, særleg arbeid frå WHO, dannar utgangspunktet for framstillinga nedanfor.

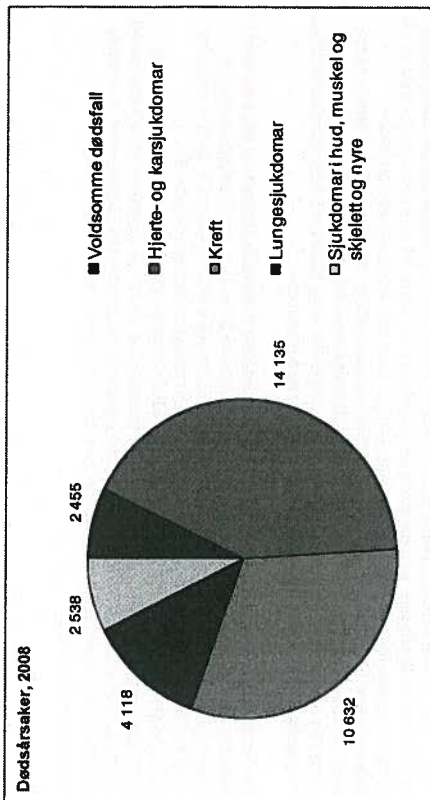
Det går fram av SSB si levekårsundersøking at fire av fem respondentar på landsbasis vurderer si eiga helse som god eller svært god. Tala gjeld tilsvarande for befolkninga i Helse Vest. Dei vanlegaste dødsårsakene er ikkje automatisk dei vanlegaste helseproblema samfunnet står overfor. Det faktum at folk lever lenger, medfører at ein stadig større del av befolkninga pådrreg seg kroniske sjukdommar. Stadig fleire kronikarar lever lenger fordi dei gjennom eigen livsførsel og medisinsk behandling kan leve lenger med sjukdommen enn før. Det stiller andre krav til behandling og oppfølging frå helsevesenet.

Levealder

Levealderen i Norge er blant dei høgste i verda, og han er forventna å auke framover. Frå 2008 til 2009 auka forventna levealder ved fødselen med 0,1 år for kvinner og 0,3 år for menn til høvesvis 83,1 år og 78,6 år. Dette er dei høgste registrerte verdiane nokon gong for Norge. Hovudårsakene til denne utviklinga er mellom anna redusert dødelighet av hjarte- og karsjukdommar gjennom mange år og låg spedbarnsdødelighet.

I aldersgruppa 45–74 år har fallet i dødelighet av alle årsaker dei siste 20 åra vore på rundt 25 prosent for kvinner og rundt 40 prosent for menn. Denne gunstige utviklinga skuldast i hovudsak at dødeligheita av hjarte- og karsjukdommar har felle med heile 65 prosent for begge kjønn. Kreftsjukdommar er den viktigaste dødsårsaka i denne aldersgruppa, men etter 1997 har dødelighetsraten for kreft felle med 15 prosent for kvinner og 20 prosent for menn. For både kreft og hjarte- og karsjukdommar held denne positive utviklinga fram i 2008. Til samanlikning

er dødeligheita av KOLS (kronisk obstruktiv lungesjukdom), ulykker og suicid relativt stabil i denne aldersgruppa.



Figur 4 – Dei mest framtrekande dødsårsakene i Norge, 2008

Kroniske sjukdommar

Sjølv om det generelt i OECD blir observert ei positiv utvikling i helsetilstanden til befolkninga, aukar førekomen av enkelte kroniske sjukdommar, inkludert astma og diabetes. I åra som kjem, er det venta ein signifikant auke i desse sjukdomstypene (The OECD Health Project, 2004). Utover fleire eldre og større del av befolkninga med kroniske lidningar nemner OECD ei rekke faktorar knytte opp mot livsstil som viktige drivarar for kroniske lidningar. Sterk auke i overvekt er ei viktig årsak til mange kroniske lidningar. Den største utfordringa fram mot 2020 blir knytt til livsstilssjukdommar.

Kroniske lidningar stiller andre krav til behandling enn tradisjonelle somatiske sjukdommar. Kroniske sjukdommar krev store ressursar. Tal frå USA viser at 75 % av alle helserelaterte sjukdommar er relaterte til behandling av kroniske lidningar (Hoffman et al. 1995). I England skuldast 80 % av alle møte med allmennlegen/primærlegen kroniske lidningar. Risikoen for påfølgjande sjukehusinnlegging er dobbelt så stor blant kronikarar enn andre pasientgrupper, og dei er som oftest lenger tid på sjukehuset (NHS, Drivers for Change).

WHO fokuserer sterkt på veksten av ulike typar kroniske sjukdommar i åra som kjem. Faktorar som påverkar risikoen for sjukdom, er usunt kosthald og høgt energinntak, manglande fysisk aktivitet og røyking.

Psysiske lidningar

I tillegg til endring i det somatiske sjukdomsbiletet framover forventar ein at trenden med hyppigare førekomen av psykiske lidningar held fram. Fleire vil få depresjon og psykisk relaterte lidningar, og det vil stille større krav til spesialisthelsetenesta. Av alle personar som får diagnose av fastlegen, er det 12 prosent som får diagnosen psykisk lidning. Denne lidninga er dermed den vanlegaste diagnosen. Mange av pasientane som får denne diagnosen, er unge; 39 prosent er i alderen 25 til 44 år.

Framtidige trendar for ulike sjukdomsgrupper mot 2020

Pasienttryggleikskultur er resultatet av verdiar, haldningar, kompetanse og åferdsmonster til enkeltmedarbeidarar og grupper av medarbeidarar i helsestenesta som får betydning for korleis tryggleik blir prioritert og gjennomført i pasientbehandlinga.

3.4 Berekraftige fagmiljø – struktur og arbeidsdeling

Moderne helsestenester er i kontinuerleg utvikling, og nye metodar, teknikkar, utstyr og medikament utgjer eit dynamisk samspel. Dette samspelet stiller krav til både effektive organisatoriske løysingar, og ikkje minst til oppdatert kunnskap om korleis desse nye metodane, teknikkane, utstyret og medikamenta skal brukast.

Både innanfor spesialisthelsetenestene og i samhandling med primærhelsetenesta vil det skje ei utvikling der ansvaret for ulike tenestetilbod, eller delar av tenestetilbod, blir flytta. Vi vil oppleve at oppgåver som tradisjonelt har vore vareteke på dei større sjukehusa, blir desentraliserte og dermed flytta nærmare heimstaden til pasientane. Samtidig må andre oppgåver samlast på færre einingar med større og meir spesialiserte fagmiljø. Det er fleire grunnar til det, både omsynet til pasienttryggleik, utfordringar rundt det å skape berekraftige fagmiljø og økonomiske omsyn.

Helsevesenet vil møte krevjande utfordringar med å handtere dei faglege og organisatoriske konsekvensane av den dynamikken fagutviklinga representerer. Samtidig vil det vere svært viktig å utvikle ytterlegare kompetanse og løysingar som bidreg til å gi ulike pasientgrupper eit tilbod som er tilpassa behova deira. Mange politiske signal tilseier at den største realveksten i helseektoren dei kommande åra vil skje i primærhelsetenesta. Kombinert med høgare kostnader til avanserte behandlingsmetodar som blir utvikla, betyr det at sektoren må bli endå flinkare til å bruke sjukehusa til det dei må brukast til, og bidra til behandling på anna nivå for sjukdommar som ikkje treng behandling på dei mest høgspesialiserte sjukehusa. Det tilseier både ei tydelegare differensiering sjukehusa imellom og ei langt meir aktiv og gjensidig forplikande samhandling med primærhelsetenesta.

Analysar viser at bruken av sjukehusa blir prega av at ein relativt liten del av pasientane står for størsteparten av forbruket målt i liggjedøgn. Nye undersøkingar viser at om lag 20 % av pasientane som har det høgaste forbruket, står for 70 % av liggjedøgna ved sjukehusa. Mange av pasientane i denne storforbrukargruppa vil typisk vere kronikarar med hyppige reinnleggingar, ofte for meir alminnelege, indremedisinske diagnosar. Sett både frå eit pasientperspektiv og frå eit helseøkonomisk perspektiv vil det vere viktig å sikte mot å utvikle meir proaktive helsestenester. Målet må vere å sikre tilbod til kronikarar på ein slik måte at ein i størst mogleg grad kan unngå akutt forverring av tilstanden. Det vil betre både det pasientretta tilbodet og bidra til å unngå unødige sjukehusinnleggingar. Dette bør vere blant dei høgst prioriterte tiltaka for samhandlingsaktivitetane mellom kommunar og helseføretak.

Den geografiske forankringa til spesialisthelsetenesta har historiske årsaker, og både næringsliv, industri, politiske føringar og samferdselsårer er med på å forklare lokaliseringa av dagens tenestetilbod. Det har skjedd og skjer stadig ei omfattande utvikling i desse forholda. Innanfor stort sett heile regionen er det planlagt større eller mindre endringar knytte til samferdselsårane. Det vil påverke køyretida mellom institusjonar og føretak, det kan føre til endringar i pasientpopulasjonen til dei ulike føretaka, og det kan få betydning for helsepersonell sitt forhold til arbeidssaden. Alle desse endringane vil kunne utfordre dagens opptaksområde og sjukehusstruktur, og dermed har dei òg relevans for spørsmålet om grunnlaget for berekraftige fagmiljø.

Trass i at allmennhelsen er betra, og at 80 % av befolkninga seier dei har god helse, slitt likevel over halvparten av alle vaksne med sjukdom eller skade som påverkar livsutfaldinga deira. Det er skjelett- og muskelsjukdommar som dominerer. Denne sjukdomsgruppa har hatt sterkest vekst i tidsrommet 1998–2002, og ho er forventa å auke i utbreiing. Psykiske plager, særleg blant unge, og nokre typar kreft aukar òg i omfang. Sjukdom i andlingsorgana, som omfattar blant anna astma og KOLS, er den nest hyppigaste sjukdomsgruppa og står for ca. 10 % av alle dødsfall. Livsstilsjukdommar (hjarte-karsjukdommar, kroniske lungesjukdommar, kreft o.a.) er framtreidande og er forventa å dominere sjukdomsbiletet framover. Vidare er utfordringane på rusfeltet så store at det vil vere nødvendig å styrkje tilbodet til denne brukargruppa ytterlegare.

3.2 Samhandling rundt heilskaplege helsestenester

Sett frå eit pasientperspektiv vil det alltid vere ønskeleg at helsestenestene skal opplevast som heilskaplege, integrerte og velkoordinerte med relevant pasientinformasjon lett tilgjengeleg på rett stad til rett tid. Om dette er tenester ytt av primær- eller spesialisthelsetenesta er mindre relevant for den enkelte pasienten.

Utfordringane som er beskrivne ovanfor, vil krevje løysingstilnærmingar som sikrar behovet for samarbeid både internt i den enkelte institusjonen, mellom helseføretaka i regionen og mellom spesialisthelsetenestetilbodet i Helse Vest og helse-, pleie- og omsorgstenestene til kommunane. I dag er det framleis ei utfordring at tenestene ikkje er samanhengande, og at vi på same tid både har ventetider på spesialisthelsetenestetilbod og pasientar som kunne fått gode tilbod på eit anna omsorgsnivå. Ein av intensjonane bak samhandlingsreforma er å tilpasse behandlingsskjeda slik at fleire pasientar får eit godt tilbod innanfor eit vidareutvikla kommunalt omsorgsnivå, og at ein i endå større grad sikrar at sjukehuskapasiteten blir brukt for pasientar med behov for avanserte spesialisthelsetenester.

Samhandlingsreforma legg òg vekt på målsetjinga om meir bruk av førebyggjande tiltak i staden for behandlingstilskot når sjukdom eller skade har oppstått. Det er eit viktig siktemål for Helse Vest å vidareutvikle tenester som støttar opp under intensjonane i samhandlingsreforma, og utvikle proaktive løysingar i nært samarbeid med kommunane i regionen.

Eit ledd i å vidareutvikle kvaliteten og heilskapen i helsestenestene er å bruke private avtalspesialistar. Dei er ein viktig ressurs i det samla tenestetilbodet, og Helse Vest ser på det som viktig at dei inngår som ein integrert part og er underlagde dei same krava til kvalitet, prioritering, transparens og dokumentasjon som resten av tenestene i føretaksgruppa.

3.3 Pasienttryggleik, kvalitet og prioritering

Vi ser for oss eit større gap mellom kva forventingar folk har til helsevesenet, og dei tenestene vi ut frå eit samfunnsøkonomisk perspektiv vil vere i stand til å levere. Dette er eit tillitsvotum frå befolkninga og er avhengig av at folk flest framleis har tillit til at dei offentlege helsestenestene er trygge og har høg kvalitet. Det vil krevje streng prioritering basert på nasjonale retningslinjer og god kunnskap om korleis dei skal forvalast. Nokre behandlingstilbod kan sentraliserast for å sikre tilstrekkeleg volum og god nok kvalitet, mens vil ein kunne gi ei rekkje andre tilbod med god kvalitet i nærleiken av der folk bur.

Norsk helsevesen held jamt over høg kvalitet. Det er likevel brei semje om at det er eit stort potensial for forbedring gjennom målretta og systematisk arbeid med pasienttryggleik og kvalitet. Slikt forbettringsarbeid vil i hovudsak vere prosessorientert og vende seg både mot pasientretta arbeid, mot system som sikrar at nødvendig informasjon alltid er tilgjengeleg når helsepersonell møter den enkelte pasienten, og mot organiseringa av tenestene i gode pasientforløp. Ei viktig og høgt prioritert målsetjing er å lykkast med å innarbeide ein pasienttryggleikskultur i den daglege verkemda på ein robust og transparent måte.

vere samfunnsøkonomisk mogleg eller forsvarleg å imøtekomme. Dermed ligg det i sektoren sin natur at ein alltid vil ha ei oppleving av knappe ressursar og udekte behov. Denne utfordringa må i økonomisk forstand møtast på to plan: Ein må kontinuerleg arbeide for å organisere og drive tenestetilbodet med stadig høgare produktivitet ("gjere ting rett"). Samtidig vil dynamikken i sektoren helle tida utfordre oss på rett prioritering av dei samla ressursane ("gjere dei rette tinga").

Helse Vest erkjenner at vi, som resten av sektoren, framleis har store uforløyste potensial i begge desse dimensjonane, og at kunnskap om både effektiv ressursallokering og god operasjonell økonomiforvaltning vil vere sentral i vidareutviklinga av føretaksgruppa.

Ei sunn økonomisk drift føreset at Helse Vest evnar å sikre overskot på drifta. Positivt økonomisk resultat er ein føresetnad for å kunne investere i bygg, utstyr og kompetanse.

Føreseielege rammevilkår må så langt som mogleg sikrast gjennom vidareutvikling og stabil bruk av den inntektsfordelingsmodellen som er implementert i Helse Vest. Samtidig som føretaka skal rette seg etter regionale og nasjonale rammevilkår, er det viktig å sikre at lokale avgjelder blir baserte på driftsutfordringar og prioriteringar nær kjerneverksenda.

3.7 Gevinsthausting av gjennomførte tiltak

Føretaksgruppa Helse Vest har sidan etableringa i 2002 gjennomført ei lang rekke større og mindre prosjekt av både fagleg, organisatorisk og teknologisk art. Det er etter kvart utvikla betydeleg kompetanse på å organisere og drive fram slike initiativ.

Samtidig er det ei erkjening at det er nødvendig å styrkje den samla kompetansen rundt korleis slike initiativ skal takast opp i den daglege drifta etter at prosjektperioden er omme. Alle prosjektinitiativ skal ha ei tydeleg grunnføring og målsetting, og ein må sikre openheit omkring kva gevinstar eit tiltak skal hente ut, anten dei er av kvalitativ eller økonomisk karakter. Skal Helse Vest klare å møte utfordringane vi står overfor, må vi evne å få alle tilsette til å gå saman for å utnytte dei nye moglegheitene investeringane gir, både i eige arbeid og i den felles organiseringa av arbeidet. Helse Vest vil i den neste planperioden såleis leggje stor vekt på kompetanseutvikling og nyttiggjere seg av etablert metodisk rammeverk for å styrkje endringsleinga og gevinsthaustinga. Det vil måtte gjelde gjennom heile prosessen frå saksunderlaget til eit prosjektinitiativ blir utarbeidd og fram til gevinstane blir hausta i linjeorganisasjonen.

3.5 Teknologi i hevesesenet – endringsdrivar og moglegheitsskapar

I helsesektoren kan omgrepet "teknologi" forståast relativt vidt. Det femner om nye medisinske metodar, teknikkar, medikament, utstyr og bruk av utstyr. Samtidig dekkjer det den meir tradisjonelle forståinga som er knytt til utstyr og IKT. Det er eit kjenneteikn at dei ulike sidene ved omgrepet blir stadig tettare integrerte i kvarandre, utan tydelege skiljeelinjer. Bruken blir også meir integrert. Der det tidlegare var enklare å dra skiljeelinjene mellom diagnostikk og behandling, grip dette i dag tettare inn i kvarandre, ikkje minst som følgje av auka teknologisering av dei samla tenestene.

Den teknologiske utviklinga i helsesektoren representerer store moglegheiter. Nye behandlingsskaper, drivne av teknologisk utvikling, vil gi nye moglegheiter til ei lang rekke pasientgrupper med ulike diagnoser. Mange av desse innovasjonane vil bidra til meir effektiv ressursbruk, kortare liggetider og samla sett eit betre tilbod for store pasientgrupper.

Samtidig er det brei sjanje om at den teknologiske utviklinga er ein av dei største kostnadsdrivarane i sektoren. Mykje av teknologien som blir utvikla, er svært kostbar og stiller sektoren overfor vanslege dilemma av både etisk, organisatorisk, fagleg og økonomisk art.

Skal ein klare å utnytte moglegheita den teknologiske utviklinga representerer, på ein god måte, vil Helse Vest måtte vidareutvikle kompetansen rundt organisering av tenestetilbodet, ansvars- og oppgåvefordeling, implementering og gevinsthausting. I tillegg blir det viktig å sikre tilstrekkeleg kompetanse for medarbeidarar og leiarar, slik at dei beherskar den teknologiske utviklinga. Som ledd i arbeidsdelingane mellom dei ulike aktørane i eit heilskapleg pasientforløp vil også telenedisin vere eit naturleg og integrert verktøy når det fører til auka kvalitet og/eller meir effektive tenester.

Eit heilskapleg og velkoordinert pasientforløp stiller store krav til at korrekt pasientinformasjon er tilgjengeleg på rett stad til rett tid. Dette er ei svært komplisert utfordring som involverer ei rekke aktørar. Føretaksgruppa har investert store ressursar i innføring av ny elektronisk pasientjournal (EP). No står ein framfor ei betydelege satsing på prosjektet "Legemiddel og pasienttryggleik" (LOP). I den neste planperioden vil det vere svært viktig både for pasienttryggleiken, driftseffektiviteten og økonomien at desse, og ei lang rekke IKT-initiativ, blir optimaliserte i løpande drift. Det skal skje samtidig som Helse Vest er involvert i store nasjonale IKT-initiativ som elektronisk resept, nasjonal kjernejournal, meldingsutveksling og portalløysingar.

I sum vil både medisinsk teknologi og IKT komme til å krevje ein betydeleg del av dei samla ressursane i Helse Vest dei kommande åra. Desto større blir behovet for å vidareutvikle kompetansen i å nyttiggjere seg desse moglegheitene best mogleg og hauste dei kvalitative og økonomiske gevinstane dei kan representere. I helsesektoren som elles vil det alltid finnast ein alternativ bruk av knappe ressursar. Løysingstilnærmingane for å sikre at bruken av teknologi både i administrativ drift og inn mot kjerneverksenda skjer på ein framtdirsretta og medviten måte, må byggje på regionale IKT-strategi- og handlingsplanar. Der må samhandlinga mellom kjerneverksenda og teknologimiljøa komme tydeleg fram. Rolledelinga må vere prega av at verksenda målber behova, og IKT-miljøet har ansvaret for både å utvikle moglegheiter og drifte dei enkelte systemløysingane.

Forholdet mellom nasjonale og regionale standardiseringar og lokal operasjonell effektivitet må beskrivast tydeleg i både styringsmodell og strategiplanar.

3.6 Finansiell kraft og økonomisk handelfridom

Det er eit sentralt trekk at kombinasjonen av offentlege, skattefinansierte helsetenester og ei sterk fagleg og teknologisk utvikling sår forventningar til eit tenestetilbod som det ikkje vil

4 VISJON OG MÅL – HELSE OG LIVSKVALITET I VEST

Vår visjon er:
Fremme helse og livskvalitet

Våre verdier er:
Respekt i møte med pasienten
Kvalitet i prosess og resultat
Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Våre mål:

- Trygge og nære helsetenester**
- Våre pasientar skal bli møtte av kompetente team som har fokus på deira situasjon
 - Våre pasientar skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet
 - Våre pasientar skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling
 - Våre pasientar skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar
 - Våre pasientar skal erfare at vi styrkjer arbeidet med førebygging og rehabilitering

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk

- Vi systematiserer behandlingsskjema og utviklar betre prosessar
 - Vi samlar sjeldne og komplekse tenester på færre stader
 - Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk
 - Vi er opne om våre prioriteringar og resultat
- Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon**
- Våre medarbeidarar og leiarar tek ansvar og skaper gode resultat
 - Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass.
 - Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på beste kunnskap
 - Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling
 - Vi styrkjer omdømmet vårt gjennom kloke val

Høyringsdokument

13

5 TRYGGJE OG NÆRE HELSETENESTER

For befolkninga på Vestlandet er det avgjerande å ha tillit til helsetenestene. Det er mange faktorar som påverkar dette tillitsforholdet: nærleik, tilgjengelegheit, trua på at ein blir møtt med omsorg og respekt, og trua på at tenestene er trygge og av høg kvalitet.

Gjennom Helse2020 ønskjer vi i den samanhengen å slå fast følgjande målsetjing:

- Våre pasientar skal bli møtte av kompetente team som har fokus på deira situasjon
- Våre pasientar skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet
- Våre pasientar skal få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling
- Våre pasientar skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar
- Våre pasientar skal erfare at vi styrkjer arbeidet med førebygging og rehabilitering

5.1 Helse Vest sin overordna kvalitetsstrategi

Omgrepet *kvalitet* relaterer seg til ei samling av karakteristiskum og kjenneteikn ved ei teneste. Tenesta blir gjerne vurdert til å ha høg kvalitet om ho har den utforminga og det resultatet som var forventa. Helsedirektoratet si forståing av helsetenester av høg kvalitet er at dei

- er verknadfulle
- er trygge
- involverer brukarane og gir dei innverknad
- er samordna og prega av kontinuitet
- utnyttar ressursane på ein god måte
- er tilgjengelege og rettferdig fordelte

Den overordna strategien for kvalitetsarbeid i regionen har eit sterkt fokus på den pasientnære verkemda. Strategien skal vere grunnlag for eit kontinuerleg og systematisk forbetningsarbeid. Kvalitetssatsinga er eit langsiktig arbeid og byggjer på Helse2020, Nasjonal helseplan og Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring. Hovudprinsippet for kvalitetssatsing er lokal forankring og sentral koordinering. Hovudtyngda av arbeidet blir drive på lokalt nivå med helsefretaket som ansvarleg, men på nokre vesentlege område er det behov for eit felles arbeid på tvers av føretaksgransene i regionen.

Arbeidet rundt kvalitetssatsinga i Helse Vest er bygd opp rundt fire hovudområde:

- *kunnskap* som grunnlag for fagleg verkeemd
- *pasientfokus* for å møte pasientane og behova deira på ein god måte
- *pasienttryggleik* – redusere risiko for uønskete hendingar
- *resultatmåling* som grunnlag for forbetring og for å vise fram at spesialisthelsetenesta leverer det samfunnet ønskjer

I tillegg føreset satsinga arbeid med internkontroll og risikostyring. Internkontroll og risikostyring legg nødvendige rammer rundt arbeidet med fokus på styring, risiko og kontroll og etterleving av lov- og myndighetskrav.

Tiltaksområde 1: Realisering av kvalitetsstrategien for kjemteverksenda

Helse Vest behandla i desember 2010 ei styresak (126/10 B) som gir status og vidare plan for kvalitetssatsinga i Helse Vest. Her viser ein til konkrete aktivitetar og prosjekt som er starta opp eller er under planlegging, og der oppfølgings- og pådrivaransvaret er lagt til eitt av helseføretaka. Alle tiltaka er knytte opp mot eit av dei fire hovudområda for kvalitetssatsingane

Høyringsdokument

14

- kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik eller måling. Det er ei målsetting at alle helseføretaka i regionen deltek i prosjekta.

Viktige verkmiddel for å sikre eit hellskapleg kvalitetsfokus:

- Organisere i hellskaplege pasientforløp, også på tvers av forvaltningsnivå
- Arbeide systematisk for å utvikle kunnskapsbasert praksis og omsetje teoretisk kunnskap til dagleg praksis
- Auke fokus på resultatindikatorar og synleggjere kvaliteten som blir skapt gjennom aktiviteten vår. Sikre openheit rundt behandlingresultata
- Nytte kvalitetsindikatorar, kvalitetsregister, brukarundersøkingar og meldingar om uønskta hendingar for systematisk læring og forbetring. Utvikle kvalitetsindikatorar på område der det ikkje finst i dag, f.eks. for legemiddelhandtering og -bruk
- Få systema for internkontroll til å støtte opp under læring og forbetring av den pasientnære verksemda
- Forbetre samarbeidet med utdanningsinstitusjonane for å sikre at kvalitetsutvikling blir ein betre og meir integrert del av grunnutdanninga for legar, sjukepleiarar og andre helsearbeidarar

5.2 Pasienttryggleik

Pasienttryggleik blir definert som "vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser". Definisjonen omfattar ikkje skade som følgje av sjukdom eller som konsekvens av at behandlinga ikkje vertkar eller av påreknlege komplikasjonar. Han rettar seg mot unødig skade som pasienten blir påført i møte med helsetenesta, som sjukehusinfeksjonar og fellmedisinering. Pasienttryggleik er resultatet av verdiar, haldningar, kompetanse og åferdsmonster til individ eller grupper av individ i helsetenesta. Eit kjenneteikn ved moderne satsing for å betre pasienttryggleiken er fokus på helsetenesta som hellskap og på å bygge sikringstiltak inn i prosessar og strukturar på systemnivå. God pasienttryggleik føreset òg at det må sikrast tilgang på relevant og oppdatert pasientinformasjon gjennom heile behandlingsskjeda.

Dei seinare åra har både nasjonale styresmakter og mange sjukehus auka fokuset på pasienttryggleik og kvalitet i helsetenesta. Her er nokre eksempel på slike tiltak:

- Lov om pasientrettar, som gir innbyggjarar juridisk rett til helsehjelp, medverknad, informasjon, samtykke, høve til å klage, o.a.
- Etablering av nasjonale indikatorar for kvalitet og pasienttryggleik som gir informasjon om utviklinga i helsevesenet
- Statlege tilsynsmyndigheiter som gjer systemrevisjonar i helsetenesta
- Forslag om å flytte meldeordninga etter spesialisthelsetenestelova § 3-3 frå Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta
- Innføring av varslingsplikt og oppretting av utrykkningsgruppe i Statens helsetilsyn
- Etablering av system for registrering og handtering av uønskta hendingar
- Utvikling av kunnskapsbaserte nasjonale og lokale faglege retningslinjer for diagnostikk, behandling og pleie
- Kampanjen for pasienttryggleik "I trygge hender" 2011–2014

Tiltaksområde 2: Systematisk og hellskapleg arbeid med pasienttryggleik

Gode system og prosessar for internkontroll er vesentleg for å kunne jobbe systematisk med å betre pasienttryggleiken. Dette skal bidra til å sikre fagleg forsvarlege tenester og til å sikre at aktivitetane til verksemda blir planlagde, organiserte, utførte og følgde opp i samsvar med etablerte krav.

System for å rapportera uønskta hendingar er tekne i bruk i helle regionen. Bruken byggjer både på at det finst eit verktøy for å melde uønskta hendingar, og ikkje minst at det er utvikla ein

Høytingsdokument

15

kultur der melding av slike hendingar er sett i ein positiv kontekst, der føremålet helle tida er betre og auka pasienttryggleik.

Like viktiga som å innføre system og tiltak for å betre internkontroll og pasienttryggleik er det å sikre at dette blir etterlevd og følgt opp på alle nivå i organisasjonen. Utvikling av ein kultur som til kvar tid fokuserer på pasienttryggleik, krev mellom anna

- tydeleg leiarskap med klart plassert ansvar og myndigheit
- god tilgang til relevante system og regelverk
- tilgang til rett kompetanse til å utføre nødvendige oppgåver

Den kommande nasjonale kampanjen for pasienttryggleik blir sett i verk i 2011 på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet og har som mål å redusere pasientskadar, bygge varige system og strukturar for pasienttryggleik og å forbetre kulturen knytt til pasienttryggleik i helsetenesta. Det blir i dag ikkje gjort systematiske nasjonale målingar av pasienttryggleiken i Noreg. Det vil denne kampanjen endre på. Gjennomføringa av kampanjen skal koordinerast av dei regionale helseføretaka, og dei skal sikre at innsatsområda til kampanjen blir implementerte. Kampanjen rettar seg i hovudsak mot spesialisthelsetenesta, men på felt som legemiddelbruk vil òg primærhelsetenesta delta. Oppfølging av aktivitetar i prosjektet "Legemiddel og pasienttryggleik" (LOP) og anna tverrfagleg samarbeid, for eksempel i helseføretaka sine legemiddelkomitear, vil danne eit viktig grunnlag for å sikre at dette skjer.

5.3 Rett legemiddelbruk – viktig for behandlingskvaliteten

Legemiddel er ein vesentleg innsatsfaktor i pasientbehandlinga. Anskaffing, distribusjon og produksjon av og informasjon om legemiddel er viktige delar av kjerneverksemda til helseføretaka og representerer heilt grunnleggjande og sentrale prosessar i pasientbehandlinga og dei pasientretta opplæringsaktivitetane ved sjukehusa.

Helse Vest vil samhandle med sjukehusapoteka om

- bidrag til auka pasienttryggleik
- bidrag til endå betre sjukehusøkonomi
- bidrag til betre hellskap på tvers av oppgåver og aktørar innanfor legemiddelhandtering for den enkelte pasient

Ei rekke sjukdommar kan i dag behandlast med gode og verknadsfulle legemiddel, og vi ventar at endå fleire sjukdommar vil kunne behandlast med legemiddel i framtida. Den teknologiske utviklinga på området er betydeleg, og det blir utvikla svært kostbare legemiddel til behandling av sjeldne sjukdommar. Knytt opp til legemiddelfeltet blir det òg utvikla nye IKT- og logistikklysingar som skal gi høgare effektivitet og auka pasienttryggleik. Eksempel på dette er system for multidoser- og eindosepakking av legemiddel, elektronisk støttesystem ved avgjerdar om bruk av legemiddel til enkeltpasientar og strekkoding av legemiddel. Utviklinga på IKT-området gjer det mogleg å overføre informasjon om legemiddelbruk mellom dei ulike nivåa i helsetenesta, og mellom avdelingar innanfor sjukehusa.

Utviklinga på legemiddelområdet er utfordrande og vil krevje ei bevisst haldning i heile regionen / alle føretaka på fleire område:

- *Økonomi:* Legemiddel utgjer den nest største kostnadsposten i helseføretaka. Svært dyre legemiddel (biologiske) står for ein stadig større del av desse kostnadene. For å sikre rett og lik prioritering mellom pasientar og pasientgrupper er det utvikla faglege retningslinjer for bruken av desse medikamenta, og ein satsar på å utvikle medisinske kvalitetsregister der bruken blir evaluert.
- *Investeringar:* Innføring av nye teknologiske løysingar for å støtte opp under handteringa av legemiddel vil krevje omfattande investeringar. I den grad det er mogleg, blir det viktig å ta i

Høytingsdokument

16

bruk eksisterande IKT-løysingar som i dag har eit unytta potensial for å støtte opp under kjerneverksemda.

- **Organisering:** Sjukehusapoteka er organiserte som eit eige føretak innanfor føretaksgruppa. Sjukehusapoteka samarbeider med dei andre helseføretaka i kvalitetssatsinga og i kvalitetsutviklingsprosjekt.
- **Kompetanse:** Legemiddelbruk inngår ofte som ein kompleks del av pasientbehandling. Det er til dømes mange eldre pasientar som nyttar svært mange legemiddel samtidig (polyfarmasi). God behandling av desse pasientane stiller høge krav til kompetanse ute i klinikkane. For å sikre ei fagleg forsvarleg handtering av polyfarmasi må kvart enkelt føretak sørge for ei organisering som gjer at tilfengeleg spisskompetanse på fagfeltet kan nyttast best mogleg.
- **Samhandling:** Det er sett i verk fleire nasjonale initiativ (e-resept, meldingsløftet, kjernedokument, samhandlingsreforma) som påverkar organiseringa av samhandlinga og utveksling av informasjon rundt legemiddel. Ein må sikre at framtidige regionale og lokale løysingar tek omsyn til desse initiativa. Vidare vil det vere eit viktig element i det klinisk retta kvalitetsarbeidet at samhandlinga mellom klinikk og apotekverksemda blir ytterlegare strukturert og styrkt.
- **Dokumentasjon:** Sikre dokumentasjon på korleis legemiddelbruk gir ønskt behandlingseffekt, grad av uønskte legemiddelhendingar, tal på liggedøgn og reinleggingar, osv.
- **Produksjon av legemiddel:** Eigenproduksjon av legemiddel som vanskeleg kan skaffast som farmasøytisk spesialpreparat. Dette gjeld til dømes legemiddel som er tilpassa barn, legemiddel med kort haldbarheit og legemiddel som industrien ikkje finn rekningsvarande.

Tiltaksområde 3: Legemiddelbehandling og pasienttryggleik

Helse Vest generelt, og Sjukehusapoteka Vest HF spesielt, skal arbeide kontinuerleg med forbetring av arbeidsprosesser knytte til legemiddelbruk og -handtering. Føretaksgruppa skal arbeide saman med Legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS). Aktive Legemiddelkomitear, auka fokus på standard preparatval og sikre tverrfagleg samarbeid. Prosjektet "Legemiddelbehandling og pasienttryggleik" (LOP) har som målsetting å trygge legemiddelbruken i Helse Vest. LOP er eit tverrfagleg samarbeidsprosjekt og har skisserte aktivitetar fram til 2015.

Dei prioriterte hovudtiltaka til prosjektet:

- God legemiddelplanamense
- Elektronisk forordning av legemiddel og kliniske avgjerdsstøttesystem
- Legemiddelforsyning basert på
 - mest mogleg bruk av eindosepakka legemiddel
 - strekkode ved administrasjon til pasient
 - oppbevaring i og distribusjon av legemiddel via elektroniske legemiddelkabinett
- Auka bruk av farmasøytisk rådgiving

5.4 God samhandling internt og med kommunehelsestena

Tilbakemeldingar frå strategiarbeidet underbyggjer at vi har behov for å forbetre organiseringa og samhandlinga internt i sjukehusa og mellom helseføretaka. Vidare er det viktig å utvikle ei god samhandlinga mellom forvaltningsnivå innanfor dei samla helsestena. Sett frå eit pasientperspektiv er det det samla tenestetilbodet som er viktig, ikkje om det er statlege eller kommunalt organiserte. Samtidig er det viktig å ha veldefinerte og presise ansvarsforhold for å sikre tydelegheit i organiseringa av gode samhandlingsløysingar.

Godt samarbeid internt både mellom helseføretak, innanfor helseføretak og med avtalespesialistane er ein viktig føresetnad for god samhandling med kommunehelsestena. Mellom helseføretaka er eit tett fagleg samarbeid innanfor ulike fagretningar svært viktig for kvaliteten på tenestene. For å etablere og føre vidare ein fagleg forsvarleg standard i alle delar av organisasjonen er det behov for ordningar som utviklar god felles praksis, standardisering, samordning og løysingar som støttar opp om erfaringsutveksling og praktisering på tvers av

Høyringsdokument

17

helseføretaka der det er behov for dette. Dette inkluderer felles retningslinjer regionalt for diagnostikk, behandling og pleie.

Samhandlingsreforma er ei reform som syner i kva retning samfunnet ønskjer at helsestena skal utvikle seg. To utviklingsstrekk er tydeleg kommuniserte gjennom reforma. For det første vil den kommande veksten i større grad komme i kommunehelsestena. Dermed skal sjukehusa spisse kompetansen og aktiviteten sin i enda større grad.

Reforma peikar på nokre store utfordringar som helsestena står overfor i tida framover:

- Behovet for meir helseknappe og koordinerte tenester aukar.
- Det blir meir forpliktande samarbeidsavtalar og behandlingsforløp.
- Det blir større behov for innsats for å avgrense og førebyggje sjukdom.
- Den demografiske utviklinga og endringa i sjukdomsbiletet gir utfordringar i forhold til tilgang på økonomiske ressursar og kyndig personell.

Tiltaksområde 4: Praktiske konsekvensar av samhandlingsreforma

Det må etablerast avtalar mellom helseføretaka og kommunane for å sikre ei tydeleg og god samhandling. Inkludert plassering av oppgaver og ansvar for desse. Avtalane må vere forpliktande og sørge for nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunane kan utøve dei utvida oppgåvene på ein forsvarleg måte.

Helse Vest si tilnærming til samhandlingsreforma må elles vere prega av balansen mellom å utvikle ein viss grad av standardisering i løysingsmodellar samtidig som behova er ulike, og det må vere fleksibilitet for å utvikle lokale initiativ tilpassa lokale forhold. Føremålet med reforma er å vidareutvikle kvaliteten på tenestene og få til rettast mogleg ressursbruk i dette ligg målet om å nytte BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå) i det samla tenestetilbodet, kompetansedeling mellom forvaltningsnivå og tilrettelegging for tenesteyting nærmaast mogleg pasienten der det er i samsvar med god medisinsk praksis.

Vi er avhengige av ei sterkare koordinering av tenestene mellom kommunehelsestena, fastlegar og spesialisthelsestena. Det gjeld både innanfor somatikk, psykiatri, rus og farmasifaget. Der det lèt seg gjere, må vi få til ordningar som gjer at helsefagfolk i regionen kan arbeide på tvers av fleire lokalisasjonar på ein rasjonell måte. God samhandling vil krevje kartlegging og utvikling av pasientforløp som går på tvers av forvaltningsnivå. Her må ein og vere open for nye organisatoriske modellar.

5.5 Robuste fagmiljø og utvikling av ein berekraftig organisasjon

Tiltaksområde 5: Berekraftig fagmiljø

Berekraftige fagmiljø krev eit pasientgrunnlag og eit kompetansegrunnlag alt etter kva tenester som skal ystast. Helse Vest må heile tida vurdere tenestene vi skal gi på ulike nivå.

Lokalsjukehusa vil spele ei viktig rolle i vidareutviklinga av trygge og nære helsestener i regionen. Samtidig er det viktig å ha eit dynamisk perspektiv både på innhald, samhandlingsmønster, nye moglegheiter gjennom ny teknologi o.a. Det vil i sum kunne sikre lokalsjukehusa som fagleg spenmande og nære verksemdar som er med på å gi befolkninga tryggleik i kvardagen.

Alle sjukehusa våre kan ikkje tilby helle spekteret av eller store delar av alle spesialitetar. Derfor er det viktig å utvikle komplementære einingar i regionen, slik at vi samla sett kan nytte den tilfengelege kompetansen og kapasiteten i dei ulike føretaka best mogleg. I vurderinga om ulike typar helsestener skal kunne ystast lokalt, eller om dei skal samlast på færre stader, er det mange premissar som ligg til grunn. Mobiliteten til pasientgruppa, kor lenge behandlinga skal vare, kompleksitetsgrad på diagnostikk og behandling, krav til kostnads- og

Høyringsdokument

18

kompetanserevjande teknologi, sjeldne eller vanlege tilstandar, risikonivå o.a. Alle desse forholda må vurderast når Helse Vest skal vidareutvikle helsetenestene i regionen.

5.6 Rett prioritering er eit grunnlag for gode tenester

Prioritering vil seie at noko får forrang. I praksis betyr det å avstå frå å gjere mykje som er nyttig, men ikkje nyttig nok, for å sikre at dei viktigaste oppgåvene blir utførte, og at dei blir utførte i tide. Helse Vest sin intensjon med å setje prioritering på dagsorden er å fremje føretaka si evne til å gjere det rette, inkludert det å etterleve nasjonale normer for prioritering, og å gjere medarbeidarane i stand til å prioritere i praksis. Tilbodet i moderne medisin er og vil vere drivande for etterspurnaden etter helsetenester. Mange har i dag så store forventningar til moderne medisin at det kan oppfattast som urealistisk. Det utløyser diskusjonar om prioritering og etiske dilemma.

Ei avvising av prioriteringsbehovet fører ikkje til at ein unngår å prioritere, men at prioriteringa skjer utan eit gjennomtenkt og samkoyrt system, og utan at det offentlege har tilstrekkeleg høve til innsyn. Dess meir tilfeldig prioriteringa er, dess meir vil vi oppleve at margnalt nyttige tenester blir gitt før tenester med langt større positiv effekt. Det kan og bli større sosial og geografisk skilnad i behandlinga, både når det gjeld kven som får helsestilbod, og kvaliteten på tilboda. For å bevare befolkninga si tilitt til helsevesenet er det viktig å skape openheit omkring prioriteringane og bakgrunnen for dei.

Prioritering skjer på ulike nivå:

- *Overordna eller førsteorden:* I utgangspunktet rammene som den øvste myndigheita (Stortinget eller politisk styringssystem for helsetenesta) set gjennom vedtak, drøftingar og gjennom statsbudsjettet ved deling av ressursar mellom ulike samfunnssektorar og mellom ulike sektorar i helsetenesta, arbeidsdeling mellom privat og offentlig sektor, finansieringsordningar inkludert spørsmålet om eigedelar, og liknande. På dette nivået legg vi også del overordna prioriteringane som blir gjorde på helseføretaksnivået, regionalt eller lokalt.
- *Pasientnær eller andreorden:* Avgjerder knytte til enkeltpasientar i samsvar med å ordne ein kø (ventelistehandtering) og ved bruk og deling av tiltak eller metodar for å diagnostisere, behandle og rehabilitere enkeltpasientar.

For fagmiljø i Helse Vest er det svært viktig at vi greier å etterleve kriteria i prioriteringsforskrifta. Det skal sikre likebehandling av pasientane i føretaksområdet. Ei særskild utfordring er å sikre at samarbeidsaktørar som private sjukehus og avtalespesialistar prioriterer på ein likeverdig måte.

Tiltaksområde 6: Felles regional tilnærming til klinisk prioritering

For å sikre ei mest mogleg felles tilnærming til prioritering har Helse Vest som mål å etablere eit prioriteringsforum med brei deltaking i Helse Vest. Forumet skal stimulere til og synleggjere føretaksgruppa sitt prioriteringsarbeid. Gjennom eit slikt forum kan ein òg etablere ein kontinuerleg debatt rundt vanskelege spørsmål. Ei slik felles tilnærming kan vere med å auke legitimiteten i prioriteringane.

Andre viktige forhold knytte til arbeidet med prioritering:

- Helse Vest må leggje forholda til rette for og styrkje prioriteringsarbeidet gjennom forsking, metodisk utvikling av gode styringsdata og kompetanse for analyse av data og monitorering av faktisk prioritering.
- Helse Vest må leggje forholda til rette for og styrkje prioriteringsarbeidet ved å vere med å lage nasjonale kliniske retningslinjer og ved å bruke nasjonale retningslinjer aktivt i den daglege kliniske verkeemda.

- Det må etablerast regionale faglege nettverk innanfor dei ulike medisinske fagområda som mellom anna skal arbeide for å harmonisere klinisk praksis og oppnå mest mogleg lik prioritering i helle regionen.
- Det må sikrast leiarmessig forankring rundt vanskelege prioriteringsavgjerder, og tilsette må kunne pårekne å få støtte i utøving av pasientnære prioriteringar. Kompetanse omkring helseøkonomiske analysar må utviklast, og kost-nytte-analysar må takast i bruk ved innføring av ny teknologi og nye legemiddel.
- Helse Vest og helseføretaka må få betre kontroll på den mest kostnadsdrivande behandlinga for å utnytte ressursane betre.
- Helse Vest må utvikle og praktisere ein god informasjons- og kommunikasjonsstrategi retta mot dei målgruppene som blir påverka av prioritering når det skjer større endringar i prioriteringane. Det kan bidra til å leggje forventningane på eit meir realistisk nivå.
- Vi må vere aktive i forhold til prioriteringsdebatten. Denne debatten må bli meir helsekapleg på tvers av behandlingsnivå.

5.7 Brukarperspektivet – pasienten si rolle som brukar av helsetenester

Brukarane er ein viktig premisssleivverandør i utforminga av helsetenestene. Dei er ulike med omsyn til ressursar av personleg, kunnskapsmessig, sosial og økonomisk karakter og etnisk bakgrunn. Trenden er at brukarane blir meir kunnskapsrike om eigen sjukdom og ulike alternative behandlingsformer, og at dei gjer seg tankar om kva behandling dei ønskjer. Brukarar med kroniske lidingar får ei meir aktiv rolle både i sjukdomsforløpet og i behandlingssopplegget.

Tiltaksområde 7: Pasienten sitt ansvar, eigenmeistring og rolle i behandlinga

I moderne medisin spelar pasienten si deltaking i behandling og rekonvalesens ei viktig rolle. Pasientdeltaking føreset forståeleg og tilgjengeleg informasjon.

Helse Vest ønskjer å setje eit tydeleg fokus på informasjonsaspektet og på pasientens ansvar, meistring og rolle for å oppnå eit best mogleg behandlingresultat. Dette kan styrkjast gjennom ulike grep:

- Ved hjelp av nye teknologiske løysingar (IKT) med for eksempel tilgang til reservasjonssystem kan eigenmeistringa betrast ved at pasientane sjølve får bestemme behandlingstidspunktet i den planlagde behandlinga.
- Pasientar med kronisk sjukdom må få ei meir aktiv rolle i sjukdomsforløpet. Dei må lærast opp til å følgje med på sjukdommen, og deretter må dei lære kva dei kan gjere for å få kontroll over sjukdommen.

Dette må også sjåast i nær samanheng med korleis vi organiserer førebyggging og mellom anna utvikling av lærings- og meistringssenter. Vidare må dette sjåast i samanheng med nasjonale initiativ som legg føringar for handlingsrom og tilnærming.

Tiltaksområde 8: Rutinar for systematisk måling av pasienterfaringar

Tenestene til Helse Vest må vere i kontinuerleg utvikling i mange dimensjonar. I så måte er erfaringane som pasientane og dei pårørnde har frå møtet med helsetenestene, viktige. I 2011 sluttførte Helse Vest ei utvikling av system for innhenting av pasienterfaringdata. Dette blir ein standardisert måte å fange erfaringdata på, og det opnar for meir systematiske og løpende tilbakemeldingar om den samla verkeemda. Helse Vest skal sørge for å bruke tilbakemeldingane frå pasientane til å tilpasse og utvikle tenestene etter pasientane sine ønske og behov.

6 HEILSKAPLEG BEHANDLING OG EFFEKTIV RESSURSBRUK
Ein føresetnad for å lykkast med å yte nære og trygge helsetenester er mellom anna at vi klarer å organisere tenestene effektivt, at alle ledda i "verdikjeda" både kvar for seg og samla er velorganiserte, og at dei samhandlar effektivt ut frå tydelege roller.

Slik skapar vi nære og trygge helsetenester:

- Vi systematiserer behandlingskjeda og utviklar betre prosessar.
- Vi samlar sjeldne og komplekse tenester på færre stader.
- Vi samordnar støttenestene og effektiviserer arealbruken.
- Vi er opne om prioriteringar og resultat.

6.1 Det pasientnære tenestetilbodet: organisering for å sikre heilskap og effektivitet

6.1.1 Pasientfokusert organisering av helseføretak/sjukehus

Tiltaksområde 9: Pasientfokusert organisering

Både tilbagemeldingane i Helse2020-arbeidet og anna erfaring nasjonalt og internasjonalt underbyggjer at vi framleis har mykje å hente på å forbetre den interne organiseringa av kjernestøtteverksenda i helseføretaka. Lykkast vi med ei organisering basert på pasientforløp som ser pasientbehandlinga som ei heilskapleg kjede frå heim til heim, kan det sameine kvalitets- og effektivitetsmålsettingar på ein god måte.

Denne typen organisering må sjåast i samanheng med evna til å dimensjonere og organisere den samla bemanninga mest mogleg effektivt. I forbindelse med det gjennomførte MOT-prosjektet er det gjort store investeringar i å profesjonalisere system og arbeidsprosessar, blant anna knytt til planlegging og dagleg drift av bemanninga. Effektiv ressursstyring er ein føresetnad for å ta ut det fulle potensialet frå denne typen organisering av drifta.

Helse Vest har som ambisjon å utvikle nasjonal spisskompetanse rundt heilskaplege pasientforløp og god intern organisering. Det skal skje gjennom kontinuerleg metode- og erfaringssamling, basert på målretta prosjekt i dei enkelte helseføretaka. Helse Bergen har pådrivaransvaret for det overordna arbeidet med å utvikle gode og heilskaplege pasientforløp, og andre føretak deltek.

Arbeidet er omfattande og inneheld heile forløp til pasienten på tvers av einingar i sjukehusa og mellom sjukehusa og primærhelsetenesta. Det inneber òg betre kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandlar, for eksempel blir rolla som pasientansvarleg lege tydeleggjord. Kvart enkelt prosjekt krev god forankring i dei respektive føretaka, men Helse Vest ønskjer å styrkje arbeidet på ein slik måte at kunnskap og erfaringar blir akkumulerte og tilgjengelege regionalt. Arbeidet med ei slik regional tilnærming startar i 2011.

6.1.2 Funksjons- og oppgåvefordeling i regionen

Tiltaksområde 10: Funksjons- og oppgåvefordeling i regionen

Om Helse Vest skal klare i å møte utfordringane og nyttiggjere seg mogleghetene vi står overfor i eit 2020-perspektiv, er det ikkje nok å lykkast med effektiv intern organisering i dei enkelte helseføretaka og sjukehusa deira. Like viktig blir det å finne ei samla organisering av funksjonar og oppgåver mellom desse. Det grip samstundes inn i ei rekke komplekse forhold som må sjåast i samanheng: befolkninga sitt rettmessige behov for å oppleve tryggleik og tillit til det samla tenestetilbodet, den framtidige rolla og funksjonen til lokalsjukehusa, optimal samling av sjeldne, komplekse og kostbare tilbod, og beredskap. Dette inneber ein dynamikk der ein desentraliserer det som kan desentraliserast, samstundes som ein samlar det som ut frå faglege og/eller økonomiske årsaker bør samlast. Betydelege tenester, ikkje minst innanfor

Høyringsdokument

21

indremedisin, kronikaromsorg og tilbod til eldre vil bli desentralisert og tilbydd så nær pasienten som råd er. Samstundes vil det vere nødvendig med større samling av delar av tenesteytinga både for å sikre ei betre utnytting av store investeringar og for å kunne utvikle berekraftige fagmiljø innanfor "spisse" tenester med relativt låge pasientvolum.

Restast mogleg bruk av det samla tenestetilbodet kan òg innebere at det i mange tilfelle vil vere eit nær samarbeid mellom dei ulike delane av kjeda, slik at pasientar får delar av behandlinga si på eit høgspesialisert nivå, medan mykje av den vidare oppfølginga skjer på lokalsjukehuset eller via andre tilbod nærmare heimen.

Dette påverkar òg samhandlinga og oppgåvedelinga med primærhelsetenesta, bruken av teknologi i velorganisert samhandling, BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå) for behandling, stabil tilgang på medarbeidarar med rett fagkunnskap, kompetanseutvikling, økonomi o.a. Ein fornyva, samla gjennomgang må sjåast i samanheng med anna tilgrensande arbeid, og det er eit mål at dette arbeidet skal vidareførast og fullførast innan utgangen av 2012.

6.1.3 Rolla til private ideelle samarbeidspartar

Dei private ideelle sjukehusa/institusjonane Helse Vest samarbeider med, er ein viktig del av det samla tenestetilbodet i regionen. Helse Vest ønskjer òg å leggje dette til grunn for det vidare samarbeidet i åra som kjem. Som ein del av tenesteproduksjonsapparatet vil desse verksemdene bli underlagde dei same krava til pasienttryggleik, kvalitet, prioriteringsbehandling o.a. som helseføretaka til Helse Vest.

6.1.4 Rolla til private kommersielle samarbeidspartar

Helse Vest inngår avtalar med private, kommersielle tenestetilbydarar på spesifikke område. Omfanget av dette samarbeidet vil variere både av omsyn til behov og eigenkapasitet, og på grunn av føringer som eigarane til kvar tid legg. Det er Helse Vest si haldning at så lenge egne institusjonar har kapasitet til å tilby dei etterspurde tenestene effektivt og innanfor gitte rammer, vil desse bli prioriterte.

Det vil òg i åra som kjem, bli gjort leveranseavtalar med private kommersielle aktørar. I dei tilfella dette skjer, skal same krav til tryggleik, kvalitet, prioritering, innhald, rapportering o.a. leggjast til grunn som ved eigenproduksjon.

6.1.5 Rolla til avtalespesialistane

I lys av samhandlingsreforma blir det viktig å sjå på heile ordninga og sørge for at samhandlinga i planperioden blir tilpassa for å støtte opp under reforma sine intensjonar og prinsipp. Avtalespesialistane er ein del av "sørge for"-ansvaret og bør koplast tettare opp mot spesialisthelsetenesta elles, både i forhold til pasientforløp og når det gjeld prioritering. Med ei felles tilnærming kan vi ta utgangspunkt i epidemiologiske behov og yte heilskaplege tenester som er grunna på dei totale medisinske behova, og i større grad få samsvar mellom oppgåver og ansvar til den aktuelle befolkninga. For å oppnå ei tettare og integrert samhandling kan Helse Vest saman med avtalespesialistane vurdere løysingar med for eksempel samlokalisering av drift i utvikling av lokalmedisinske sentra.

6.1.6 Sekundær- og tertiærførebyggjande aktivitetar

Tiltaksområde 11: Sekundær- og tertiærførebyggjande aktivitetar

Eitersørpselen etter sjukehustenester er ein funksjon av samfunnets evne og vilje til å drive målretta og aktivt førebyggjingsarbeid (primærførebyggjing). Primærførebyggjing må i hovudsak gå føre seg andre stader enn i spesialisthelsetenesta, men spesialisthelsetenesta må likevel ta del i dette arbeidet, først og fremst som ein viktig kunnskapsbase for førebyggjande og helsefremmande arbeid, men òg ved å delta med kompetanse i målretta tiltak i samfunnet elles.

Høyringsdokument

22

Ansvaret for sekundær- og tertiærførebygging er ein del av ansvaret til Helse Vest. Målet med denne typen arbeid er todelt. For det første kan det bidra til ein betre livssituasjon for pasientar som er eller har vore på sjukehus. Dermed kan vellykka førebygging bidra til å hindre uønskete reinnleggingar, og dermed redusere presset på tenestene.

6.1.7 Unngå fristbrot og redusere ventetider

Tiltaksområde 12: Unngå fristbrot og redusere ventetider

Det har over tid vore eit klart styringsmål for Helse Vest å redusere ventetidene og unngå fristbrot. Merksemda til dette styringsmålet blei forsterka i styringsdokumentet for 2010 til helseføretaka. Helseføretaka har ansvar for at sentrale pasientrettar blir varetekne, særskilt for å etterleve innhaldet i prioriteringsforskrifta. Det inneber mellom anna å ha rutinar og praksis for mottak, registrering, medisinsk vurdering og vurdering av rettar av tilvisningar. Pasientane må få informasjon om rettane sine. Fristbrot er ikkje i samsvar med forsvaret av pasientbehandlings og skal ikkje førekomme.

Ein gjennomgang av rutina i samband med innkalling og oppfølging av pasientar som er gjort i føretaka i 2010, viser at det er grunnlag for å forbetre dagens handtering av tilvisingar og ventetider. Helse Vest vil framover arbeide systematisk for å sikre heilskaplege rutinar, klare ansvarsforhold, opplæring i rett bruk av system og kontroll av at rutinane blir etterlevde og vidareutvikla etter behov.

6.1.8 Unngå korridorpasientar

Tiltaksområde 13: Unngå korridorpasientar

Korridorpasientar ber i prinsippet ikkje akseptertast, men berre godtakast som naudløysing i korte periodar. Helse Vest vil kontinuerleg arbeide for å redusere og unngå situasjonar med korridorpasientar. For å minimere talet på utskrivingsklare korridorpasientar må vi gjennom god samhandling med kommunane sørgje for tydeleg og god kommunikasjon og sikre at overføringane er godt nok førebudde. Andre forhold som må vurderast, er bruk av pasienthotell, rutinar knytte til inn- og utskrivning, prioritering og ulike insentivordningar for føretaka og kommunane.

6.2 Samla regionale planar for dei enkelte fagområda

Vidareutviklinga av tenestetilbodet i Helse Vest må skje på fleire plan. Mykje av fagets utviklingskraft ligg først og fremst i den daglege, pasientnære verksemda i dei kliniske fagmiljøa, men og i det FoU-baserte samarbeidet med dei akademiske miljøa.

I tillegg til denne utviklingskrafta er det viktig å sikre at tilbodet blir utvikla i samsvar med helsepolitiske mål, faglege regionale prioriteringar og innanfor tilgjengelege rammer. Helse Vest vil også i det vidare Helse2020-arbeidet bruke overordna, regionale planar innanfor dei store fagområda som ramme for kva retning ein ønskjer å utvikle tenestetilbodet i.

6.2.1 Vidareutvikle tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Tiltaksområde 14: Revision av plan for rusområdet

Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige inneber at behandlingstilboda i stor grad er samansette av både helsefagleg og sosialfagleg personell. Tilboda består både av polikliniske tenester, ambulante tenester, dagplassar og døgnbehandlingsplassar. I døgnstilbodet inngår òg tenester for avrusning, stabilisering og utgreiing. TSB representerer ei stor og veksende utfordring for samfunnet, noko som må reflekterast i dei strategiske handlingsplanane til Helse Vest. TSB er den delen av spesialisthelsetenesta som har hatt sterkest ressursvelet dei seinare åra, og helseføretaka har fått mykje større ansvar på dette området. Denne utviklinga ser ut til å halde fram.

Mykje av aktiviteten som er knytt til rusbehandling i Helse Vest, blir utført av private institusjonar. Helse Vest bruker òg mykje ressursar på å kjøpe tenester utanfor regionen. Å kunne tilby ei fullstendig behandling utan opphald mellom tilboda på dei ulike omsorgsnivåa kan vere nøkkelen til å hindre tilbakefall hos pasientane. Av førebyggjande tiltak innanfor rusområdet blir det spesielt peika på å auke omsorgsfunksjonen til barn av rusmisbrukarar for å hindre nyrekruttering.

Viktige tiltak for å sikre eit heilskapleg tilbod på rusområdet:

- Samordne tenestene på tvers av organisatoriske og eigarmessige skilje innanfor kvart helseføretaksområde
- Utvikle komplementære einingar i regionen, slik at vi innanfor regionen kan nytte tilgjengeleg kompetanse og kapasitet best mogleg
- Utvikle gode pasientforløp saman med kommunehelsetenesta for å kunne gi pasientane eit god samla tilbod
- Utvikle større kapasitet lokalt til erstatning for ein stor del av dei plassane som i dag blir kjøpte som gjesteplassar i andre regionar
- Auke forskingsinnsatsen på rusfeltet

Del grunnleggjande føringane i den regionale planen for TSB frå 2006 ligg fast. Planen skal få eit tillegg som legg vekt på dei gode pasientforløpa, og som omfattar kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandling der det er relevant. Viktige flaskehalsar skal identifiserast.

6.2.2 Satsing på barn og unge

Tiltaksområde 15: Satsing på barn og unge

Livsferingane til barn og unge formar helse gjennom heile livet. Belastningar i tidlege livsfasar fører ofte til helseproblem og sjukdomar seinare i livet, både psykiske og somatiske. Det er viktig å gi barn og unge gode livstilhøve og trygge og sunne oppvekstmiljø. Tidleg intervensjon for å optimalisere oppvekstmiljøet til utsette barn er særst viktig.

Kommunane får gjennom ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og folkehelselova eit heilskapleg ansvar for førebyggjande og helsefremjande arbeid. Spesialisthelsetenesta må støtte opp om kommunane og ha særleg merksemd på sine egne tenestetilbod til barn og unge, spesielt dei under 18 år.

- Gi barn og unge gode somatiske tenester og ha særleg fokus på behovet for habilitering og rehabilitering
- Sikre barn og unge med psykiske lidingar rask hjelp og vere særleg merksam på dei yngste
- Vareta barns særlege rettar under sjukehusopphald
- Ha egne barneansvarlege i alle avdelingar, slik at barna blir varetekne når foreldra er sjuke
- Gi råd og rettleiing til primærhelsetenesta og sikre godt samarbeid mellom tenestene både internt og eksternt
- Sikre barn tilpassa legemiddelbehandling

6.2.3 Samla plan for laboratorieverksemda

Tiltaksområde 16: Samla plan for laboratorieverksemda

Laboratorieverksemda representerer store og vitale servicefunksjonar for den kliniske tenesteytinga. Internasjonalt ser vi at sjukehusa i større grad frigjer seg frå tradisjonelle løysingar og prøver ut alternative modellar, primært for å sikre kostnadseffektive løysingar.

Helse Vest ønskjer at denne verksemda blir underlagd ein samla plan, både for å kunne møte utfordrings- og moglegheitsbiletet innanfor laboratoriefaga på ein koordinert og god måte, og for å kunne søkje dei samla sett mest kostnadseffektive løysingane. Standardisering av IKT-løysingar og arbeidsrutinar er ulike verkemiddel som kan møte kravet til effektivitet og kvalitet.

Det føreset at Helse Vest arbeider kontinuerleg med å organisere utstyrstrukturen. Ein må leggje vekt på oppgåvedeling og ulike roller, standardisering av utstyr som skal tene same føremål på tvers av føretaka, og samhandling om tilbodet i Helse Vest. Medisinsk teknologi og utstyr kan grupperast slik:

- A. Basisnivå (utstyr som skal vere på alle sjukehus)
- B. Spesialnivå
- C. Høgt spesialisert nivå i helseregionen
- D. Nasjonalt/internasjonalt nivå

Som ledd i dette ønskjer Helse Vest å starte eit arbeid med siktemål å organisere ei sterkere regional og samordna tilnærming til medisinsk utstyr og teknologi. I dette ligg òg å greie ut forholdet mellom ei regionalt samordna MTU-teneste og IKT.

Vidare bør det utformast kriterium både for implementering av og opplæring i ny teknologi, og utfasing av gammal teknologi, slik at dei totale kostnadane ved innføring av ny teknologi kan avgrensast. Investering i nytt og kostnadskrevjande utstyr må samtidig sjåast opp mot eventuelt utvida driftstid av eksisterande utstyr.

Desse spørsmåla må ein sjå i nær samheng med korleis føretaksgruppa organiserer det samla tenestetilbodet, og kva rolle og oppgåver dei ulike helseføretaka og sjukehus skal ha. Det er eit mål å initiere dette arbeide i 2011.

6.3.2 Strategisk bruk av IKT

Tiltaksområde 20: Strategisk bruk av IKT

Bruk av informasjonsteknologi vil vere eit av hovudverkemidla for både effektiv sjukehusdrift og auka pasienttryggleik framover. Det er derfor nødvendig at informasjonsteknologi blir sett på som eit strategisk virkemiddel og teke inn i dei langsiktige planane til helseføretaka.

All utvikling, alle planar og all innføring av informasjonsteknologi skal skje på pasientbehandlings sine premisser og vere i samsvar med dei kliniske behov, med felles løysingar for heile regionen. Informasjonsteknologien skal ha som fokus å sikre rette avgjerdar og dermed trygge, gode og effektive pasientforløp, og å gjere pasienten delaktig i sin eigen situasjon.

For Helse Vest vil det i dei neste åra i planperioden vere særleg viktig å setje fokus på å hauste maksimale kvalitative og driftsmessige gevinstar av dei store IKT-investeringane. Helse Vest har høge ambisjonar på IKT-området, og i tillegg til å stille tydelege krav til gevinsthausting vil ein i den neste planperioden m.a. ha fokus på følgjande:

- For å kunne drive utviklinga i helsesektoren vidare i takt med den teknologiske utviklinga må ein i føretaksgruppa framleis gjere avklaringar med omsyn til funksjonsfordeling, standardiserte pasientforløp, prinsipp for felles arbeidsprossar og samkøyring av områda IKT, MTU, telefon og videoløysingar.
- Samordning og standardisering av systemløysingar, basert på allmenne prinsipp for arbeidsprossar, er viktige tiltak for å kunne utnytte knappe ressursar på ein mest mogleg effektiv måte.
- Pasientinformasjonen må følgje pasienten, og gode elektroniske løysingar må leggjast til grunn for effektiv samhandling mellom helseføretaka, mellom desse og primærhelsetenesta, og ut mot pasientane.
- Det må leggjast til rette for at medisinsk og teknologisk personale i Helse Vest i fellesskap kan utforske teknologibruken for å understøtte prosessane i verksemda på ein effektiv måte.

26 Høyringsdokument

Ei slik samla tilnærming må sikre at laboratoriefaget tilpassar seg måten ein organiserer strukturen og pasientforløpet på. Helse Vest vil starte arbeidet med ein slik plan i 2011.

6.2.4 Oppdatering av gjeldande plan for radiologiske tenester

Tiltaksområde 17: Plan for radiologi

Syret for Helse Vest RUF vedtok i 2008 ny samla plan for radiologiområdet. Denne gav eit godt utgangspunkt for vidareutvikling av biletdiagnostikken i føretaksgruppa. Det er likevel semje om at vi i denne planperioden er tente med å oppdatere planen. Oppdateringa må fange den teknologiske og radiologifaglege utviklinga, strukturen i og organiseringa av det samla tenestetilbodet, krava til kostnadseffektivitet og korleis radiologi på ein effektiv måte skal bidra til best mogleg diagnostikk og pasientbehandling. Planen må òg beskrive Helse Vest sin bruk av private reingentilbod og deira rolle i det samla radiologitilbodet.

6.2.5 Samla plan for kirurgi

Tiltaksområde 18: Samla plan for kirurgi

Vi har dei seinare åra sett at bruken av dagkirurgi og mini-invasiv kirurgi har auka kraftig. Denne utviklinga reknar vi med vil bli forsterka dei neste åra. Laparoskopiske og endoskopiske prosedyrar kan bli hovudoperasjonsmetodane. Det vil føre til at det blir behov for å greie nærmare ut om funksjonsfordelinga og lokaliseringa/organiseringa av kirurgi. Helse Vest vil i første halvår av 2011 starte utarbeidinga av ein samla plan for det kirurgiske fagområdet.

6.2.6 Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Den regionale planen for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Vest byggjer på føringar frå Stortingsmelding nr. 12, Helsedirektoratets rapport "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" og lokale områdeplanar frå kvart helseføretak. Planen peikar på korleis tenestene fungerer i dag, og på aktuelle forbettingsområde som er i tråd med dei faglege kvalitetskrava. Helse Vest må i den kommande planperioden følgje opp tiltaka i planen for å sikre god vidareutvikling og forbetring av tenestene og for å etablere tettare samhandling med involverte partar i svangerskaps- og barselomsorga i kommunane.

6.3 Helse og teknologi

Av omsyn til pasienttryggleik, vidareutvikling av tenestetilbodet og driftsøkonomi er det viktig for Helse Vest å vidareutvikle gode system for å avgjere kva teknologiske satsingar som skal prioriterast, korleis ein organiserer innføring og drift, og korleis ein evnar å hauste gevinstar i både kvalitativ og økonomisk forstand.

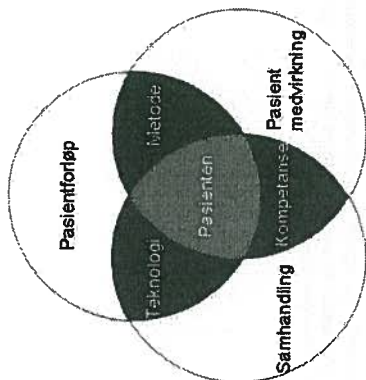
6.3.1 Samordna satsing på medisinsk metode og teknologi

Tiltaksområde 19: Samordna satsing på medisinsk metode og teknologi
Medisinsk praksis blir i stadig større grad - og på mange plan - avhengig av teknologi. På ei rekkje område er den vidare utviklinga innanfor medisinen avhengig av den teknologiske utviklinga. Det gjeld både den avanserte teknologien som vil vere tilgjengeleg ved eit fåtal sjukehus i Noreg, og det utstyret som skal og bør vere tilgjengeleg på alle sjukehus. Innføring av ny teknologi er derfor eit tema som gjeld alle i helsevesenet, ikkje berre dei avanserte funksjonane ved spesialiserte avdelingar/senter.

Hovudføremålet med den teknologiske utviklinga er å bruke teknologien for å auke så vel kvantiteten som kvaliteten av den medisinske behandlinga. Ny teknologi er svært kostnadskrevjande, noko som pressar fram ei sterkare prioritering når utstyr skal fordelast og plasserast. Det gjeld både mellom dei ulike føretaka i Helse Vest, men også ved ulike avdelingar innanfor eit og same føretak. Samarbeid omkring bruken av utstyret vil bli nødvendig for å optimalisere utnyttingsgraden.

25 Høyringsdokument

Arbeidet med å vidareutvikle og bruke IKT i Helse Vest må byggje på samhandling i heilskaplege kjeder, effektive pasientforløp og medverknad frå pasientar og pårørnde. Dette kan illustrerast med denne modellen:



Figur 5 – Forholdet mellom samhandling, pasientforløp og pasientmedverknad

Dette inneber at ein systematiserer involvering av dei ulike interessentane og sikrar tett integrasjon mot den kliniske verksemda. Teknologi, metode og kompetanse vil vere sentrale føresetnader for dette arbeidet.

Innføring av ny og endringar i eksisterande teknologi, organisasjon eller arbeidsform påverkar alle delar av organisasjonen. Ofte er det indirekte konsekvensar og uføresette problemområde som fører til dei største utfordringane ved utviklings- og endringsprosjekt. Det bør stillast sterkare krav til korleis slike endringar blir planlagde, implementerte og evaluerte. I denne samanhengen er kompetanseoppbygging og ei meir metodisk tilnærming avgjerande.

Målrretta og metodisk igangsetting av arbeid med prosessmodellering, metodikk og simuleringar og optimeringsmetodikk er eit viktig skritt for kvalitetssikring av endringsprosessen. Det er eit mål å kontinuerleg betre avgjerdsgrunnlaget og å gå frå "tru" til "fakta". I denne samanheng er tilgang på tverrfagleg kompetanse avgjerande. Personar som har kompetanse om kjerneverksmda i kombinasjon med god teknologisk forståing, blir viktige brikker i forhold til å kunne implementere gode løysningar og hente ut gevinstar.

I lys av samhandlingsreforma vil Helse Vest i 2011 starte arbeidet med å finne ut korleis ein kan bidra til å leggje IKT-forholda til rette for effektiv informasjonshandtering og -flyt mellom kommunane på Vestlandet og spesialisthelsetenesta.

6.4 Administrasjon og ikkje-medisinske støttefunksjonar

Det er eit overordna mål at Helse Vest skal organisere alle servicefunksjonane sine så optimalt som mogleg for slik å bidra til god service for kjerneverksmda og maksimal ressursallokering til pasientnært arbeid. Arbeidet med effektivisering og standardisering av system og arbeidsprosessar skal halde fram. Vi har nådd mange mål, men statusen for støttesystem i regionen viser likevel at det framleis er potensial knytt til utvikling av tenestene i tråd med leiande praksis.

Når støttenestene skal utviklast vidare, er det viktig å følgje opp desse trekk:

- Redusere kostnader ved å identifisere område der vi kan ta ut gevinstar gjennom forenkling, standardisering eller sentralisering.

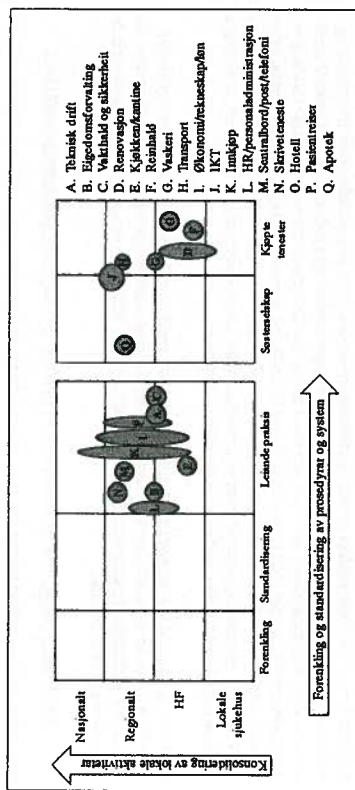
- Betre den tilpassa kvaliteten på ulike tenester. Nokre tenester kan med fordel auke kvaliteten for å betre effektivitet, medan andre kan leverast som tilfredsstillande eller som gode nok.
- Gi auka verdi til kjerneoppgåvene diagnostikk og behandling av pasientar gjennom optimal organisering og rett dimensjonering av stab og støttefunksjonar.
- Rydde i roller gjennom tydelege skille mellom funksjon, eigar, brukar og leverandør. Dette kan gi rette insitament til å ettersørje rette tenester og til å få meir effektive tenester.
- Etterleve etablerte prosessar og utnytte potensialet i dei systema som det er investert i.

Helse Vest vil særleg rette merksemda mot følgjande tiltaksområde i planperioden:

6.4.1 Administrative rutinar og felles tenestесenter

Tiltaksområde 21: Administrative rutinar og felles tenestесenter

Figuren nedanfor illustrerer ei rekke servicefunksjonar og kva samordningsformer helseføretaka ser for seg i eit 20-årsperspektiv. For alle tenestene er det eit mål å få meir samordning, slik at tenestene vil produsere sjølve, kan utvikle seg til å bli "leiande praksis" på området. For fleire av områda vil forbetra teknologi føre til fleire val med omsyn til organisering og lokalisering. Stordriftsfordelar og effektar av standardisering kan hentast ut. Inslaget av eksternt kjøpte tenester er forventa å bli større i 2020 på ei rekke område. Områda innanfor leiande praksis kan og vere potensielle kandidatar for etablering av systersekskap i føretaksstrukturen, jf. etableringa av Helse Vest IKT.



Figur 6 – Målbilene fram mot 2020. Forenkling og standardisering av prosedyrar og system

6.4.2 Innkjøp

Tiltaksområde 22: Innkjøpsprogrammet

Det er etablert ein sentralt styrt innkjøpsmodell i Helse Vest. Modellen skal sikre gjennomslagskraft og realisering av gevinstar gjennom solid lokal forankring på føretaksnivå, og sikrar samhandling mellom innkjøp og kompetansesamling gjennom organisering av kategoriteam.

I tillegg til regionalt innkjøpsarbeid er det både nasjonale innkjøpsprosessar i regi av HINAS og lokale prosessar i helseføretaka. Helse Vest ser på HINAS som ein viktig nasjonal aktør både for innkjøpsfagleg kompetanseutvikling og tilrettelegging av større anbod der ein kan ta ut faglege og økonomiske effektar gjennom nasjonal samordning. Helse Vest vil delta aktivt i vidareutvikling av strategien for HINAS, og i lys av dette også tilpasse organisering, dimensjonering og operasjonell drift av si eiga samla innkjøpsverktøym i lys av korleis helseregionane i fellesskap blir einige om vidareutviklinga av det nasjonale innkjøpsamarbeidet.

7 FRAMTIDSRETTA KOMPETANSEORGANISASJON

Kvart einaste døgn året rundt leverer medarbeidarar i Helse Vest helsetenester som befolkinga er heilt avhengige av. Alle som arbeider i føretaksgruppa, tek hand om viktige oppgåver for å oppretthalde eit tilbod som held høg kvalitet. Medarbeidarane treng eit profesjonelt apparat som støttar opp om kjerneoppgåvene. Om Helse Vest skal lykkast med å gjennomføre mål og tiltak, er vi heilt avhengige av å halde fram å utvikle oss som attraktiv kompetanseorganisasjon som evnar å tiltrekke seg arbeidskraft.

Dette skal kjenneteikne organisasjonen vår:

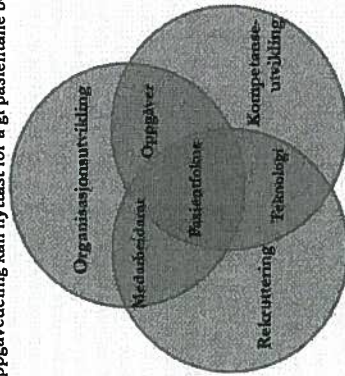
- Våre medarbeidarar og leiarar tek ansvar og skapar gode resultat
- Vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass
- Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på beste kunnskap
- Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling
- Vi styrkjer omdømmet vårt gjennom kloke val

I samband med MOT-prosjekta er det gjort store investeringar for å utvikle gode prosessar og system. Fokuset vidare framover vil vere å ta ut varige verdiane og gevinstar av det omfattande arbeidet som organisasjonen har lagt ned for å støtte medarbeidarane og utviklinga deira. Dei viktigaste elementa som skal sikre Helse Vest ein posisjon som attraktiv og framtidsretta, er no til stades. Oppgåva vidare blir å tilpasse gode arbeidsprosessar og ei rett oppgåvedeling gjennom å synleggjere samanhengane i alt som er utvikla. Å visa heilskapen i det som er gjort, skal bidra til å skape stoltheit for den enkelte og for organisasjonen.

Målet er å gi pasientane eit godt helsetilbod gjennom medarbeidarar og leiarar som opplever Helse Vest som ein attraktiv og motiverande arbeidsgivar. Ambisjonane er at føretaksgruppa skal skape nye handlingsrom gjennom måten vi jobbar med å tiltrekke oss, utvikle og organisere dei menneskelege ressursane.

7.1 Rekruttering, kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling

Samspelet mellom rekruttering, kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling påverkar korleis menneske, teknologi og oppgåvedeling kan nyttast for å gi pasientane best mogleg behandling.



Figur 7 – Utvikling med pasienten i fokus

I den vidare utviklinga av innkjøpsfunksjonen til Helse Vest er det fleire område som må styrkjast:

- Bevisstgjer og forankring rundt innkjøps- og logistikkoppgåvene
- Standardiserte prosessar og optimalisert ressursbruk for heile organisasjonen
- Full avtaledeknjing for anskaffingsbehova til Helse Vest
- Grunnleggjande krav til etisk og miljømessig forsvareleg handel

For å utvikle innkjøpsfunksjonen slik Helse Vest ønskjer, er det vesentleg at logistikk- og innkjøpssystema til føretaksgruppa understøttar organisasjonen til regional samhandling gjennom løysingar for å utveksle verksemdsinformasjon. Helse Vest tek sikte på å innføre eit felles system for innkjøp innan 2015.

6.4.3 Eigedomsværksemnd og arealeffektivisering

Tiltaksområde 23: Eigedomsværksemnd og arealeffektivisering

Eigedommane i Helse Vest representerer store verdiane og er viktige for den daglege drifta. Ein stor del av bygningssmassen er eldre enn 20 år. Den nyare bygningssmassen er først og fremst knytt til psykiatrien. Det er eit stort etterslep på vedlikehald og utfordringar når det gjeld kvalitet og kapasitet på bygg og anlegg. Vi trur at det påverkar kvaliteten på tenestene og arbeidsforholda til dei tilsette.

Samtidig som areal/eigedomsmasse er eit verkmiddel, representerer det betydelege drifts- og kapitalkostnader. I så måte er det sentralt å sikre

- koordinerte arealplanar som reflekterer det samla behovet i regionen
- effektiv organisering og fokus på forvaltning, drift, utvikling og vedlikehald
- arealeffektivisering – bruk av internleie som verkmiddel

Areal er den sterkaste kostnadsdrivaren når det gjeld eigedom. Utfordringa til Helse Vest fram mot 2020 blir å balansere drivarane for auka og redusert arealbehov, slik at vi kan tilby kostnadseffektive tenester med så låg realinvestering som råd er.

Tiltaksområde 24: Utarbeiding av regional arealplan

Med utgangspunkt i arealplanane til dei fire føretaka må ein utarbeide ein regional arealplan med overordna utviklingsstrategiar. Dette arbeidet krev at ein får oversikt over dagens arealmasse, som blir eit grunnlag for rapportering. Gode insentiv til føremålstenleg drift og for å kunne sjå dei ulike innsatsfaktorane i ein samheng er avhengig av at investeringsmidlane blir genererte lokalt gjennom avskrivningar og overskot på drifta. Dimensjonering av investering må koordinerast på regionalt nivå medan føretaka kjem med innspel. Helse Vest ønskjer at arbeidet med å utarbeide ein regional arealplan blir starta opp i 2012.

Føretaksgruppa er ein naturleg arbeidsgivar for ei rekkje faggrupper. I framtida må føretaka bli endå betre til å synleggjere og utnytte det store mangfaldet av oppgaver og fagmiljø som er representerte, og etablere ei forståing av at det er mange gode karrieravegar internt i Helse Vest.

7.1.3 Organisasjonsutvikling

Tiltaksområde 27: Organisasjonsutvikling

Oppgavedeling

Auka spesialisering i kombinasjon med krav til velfungerande pasientforløp stiller føretaka overfor store utfordringar når dei skal utvikle oppgavedelingar. Dette gjeld både innanfor dei tradisjonelle helsefaglege gruppene og for alle dei andre faggruppene som etter kvart deler eit stadig større ansvar for å levere heilskaplege helsetenester. Ei god oppgavedeling tek høg for etablering av robuste praksisfellesskap og gir samstundes medarbeidarane høve til og føresemdar for å tilpasse seg og utnytte fluktusjonar i aktivitetnivået.

Samhandling

Medarbeidarar med ulik yrkesutdanning og med ulike oppgaver skal samhandle innanfor store og samansette organisasjonar. Dette samspelet er viktig og krev felles forståing av fag, roller og funksjonar. For å handtere denne type samspel må medarbeidarane ha evna til å bygge bruer mellom grupper som tidlegare har fungert kvar for seg. Felles terminologi er ein del av ei slik utvikling.

Bruk av ny teknologi

Føretaksgruppa må halde fram med å bruke teknologi når det bidreg til å løyse oppgåvene på betre måtar. Teknologi er òg viktig for pasientane ved at han kan understøtte komplisert behandling. Teknologistøtte opnar for nye former for samhandling mellom pasient og behandlar og mellom leiar og medarbeidar. Teknologien muleggjer vidare utviklinga av organisasjonen og samspelet mellom aktørane. Dette krev eit nært samarbeid mellom medarbeidarar med teknisk og medisinsk kompetanse. Vidare krev det leiarskap med evne og vilje til å sjå moglegheitene teknologien gir.

7.2 Leiarskap – utvikle gode leiarar på alle nivå

Tiltaksområde 28: Utvikle gode leiarar på alle nivå

God leing på alle nivå er ein føresetnad for å oppnå ønskt resultat i helseføretaka. Vektlegginga av leiarskap har vore aukande sidan 1990-åra, og spesielt la NOU "Pasienten først" frå 1996 grunnlaget for ei vitalisering av leiarrolla. Så kom føretaksreforma i 2002, som i stor grad også var ei ansvars- og leingsreform.

Leiarskap har dei seinaste åra fått mykje merksemd i føretaksgruppa. Det er gjennomført ulike typar leiarutviklingsprogram og etablert opplæringsmodular for leiarutvikling, og føretaka har sendt kandidatar til Norsk toppleiarprogram, som er styrt av dei regionale føretaka i fellesskap. Det skal vere krav om einskapleg leing ved at det er ein og berre ein leiar på kvart nivå.

I 2010 etablerte Helse Vest eit regionalt leiarutviklingsprogram. Programmet er eit av fleire tiltak for å kunne møte utfordringane som føretaksgruppa står overfor. Programmet skal bidra til å bevisstgjere leiarane om utfordringane i helseføretaka og forankre prioriteringane og vegvala som Helse Vest har gjort. Vidare skal det vere ein arena for å undersøkje, drøfte og utvikle sin eigen leiarpraksis. Dette programmet skal bidra til å vidareutvikle eit samla leiarskap i føretaksgruppa og vere styrkande for fellesskap og kultur. Helse Vest vil vidareføre leiarutviklingsprogrammet i heile planperioden.

Hovudmengda av leiarar er førstelinjeleiarar som står midt i den daglege drifta. Dei tek avgjerdar som direkte påverkar arbeidskvardagen til medarbeidarane våre og korleis pasientane opplever møtet med helsetenesta. Leiaransvaret er ulikt på dei ulike nivåa av

Høyringsdokument

32

Helse Vest er avhengig av medarbeidarar og leiarar som kan og vil spele på lag. Ingen styringssystem kan erstatta tillit og gode relasjonar eller fjerne behovet for personleg handlegkraft og initiativ. Eit godt leiarskap er avhengig av eit velfungerande medarbeiderskap der kvar medarbeidar i organisasjonen ser seg sjølv som ein naturleg del av helleskapen.

7.1.1 Rekruttering

Tiltaksområde 25: Rekruttering

Føretaksgruppa Helse Vest som kompetent bestillar

Kompetansebehovet i føretaka er gitt med utgangspunkt i oppgaver og prioriteringar. Føretaka skal og identifisere behov for nye faggrupper. Gjennom samspel med utdanningsinstitusjonar og myndigheiter må føretaka påverke innhaldet og omfanget i utdanningane. Påverknaden kan skje gjennom vidareutvikling av etablerte modellar for gjensidig samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane og helseføretaka.

Profesjonelle rekrutteringsprossessar

Føretaka legg grunnlaget for eit godt medarbeiderskap gjennom måten dei tek imot nye medarbeidarar på. Frå ein kandidat melder si interesse for å jobbe i Helse Vest, til vedkommande har fullført prøveperioden, har føretaka ei rekkje gode høve til å utvikle relasjonen til medarbeidaren og leggje eit solid grunnlag for å hente ut potensialet til den nytulsette.

Breidd i områmmebygginga

Helse Vest skal vere ein føretrakt arbeidsgivar for ei rekkje faggrupper. I tillegg til dei tradisjonelle helsefaga er føretaka avhengige av tilgang til mange andre typar kompetanse for utvikle og tilby befolkinga eit godt helsestilbod. Det finst interessante karrieresjansar for faggruppene som har ein naturleg plass i organisasjonen. Breidda i kompetansebehovet gjer det stadig viktigare at føretaksgruppa aktivt synleggjer dei mange ulike vala, slik at organisasjonen kan tiltrekke seg alle dei talenta vi treng.

7.1.2 Kompetanseutvikling

Tiltaksområde 26: Kompetanseutvikling

Oppgaveorientert kompetanseutvikling

Læreformene som blir valde ut i føretaka, må stå i samsvar med oppgåvene organisasjonen skal løyse. Tilnærmingar der medarbeidarane lærer gjennom arbeidserfaring, er heilt sentrale. Støttesystema skal bidra til kvalitet, struktur og synleggjering av den store kunnskapproduksjonen som skjer innanfor og på tvers av føretaka. Der oppgåvene er særskilte, vil ny teknologi for simulering bli viktig for å møte opplæringsbehovet. I tillegg til å hente kompetanse eksternt må føretaka dei kommande åra vidareutvikle systematikk og aksept for at tilsette bidreg til kvarandre si læring. Pasienten sin kompetanse rundt eige sjukdomsbilete og erfaringar frå behandling og opphald er òg vesentlege bidrag i vidareutviklinga av den enkelte medarbeidar og organisasjon.

Kompetanseutvikling på tvers

Kompetanseutvikling må skje på tvers av faggrupper, alder, etnisitet og organisatoriske skiljeinjer. Føretaka må samarbeide om å utarbeide modellar som dekkjer eit breitt spekter av kompetansebehov, og der ein sikrar at dei ulike føretaka kompletterer kvarandre med spisskompetansen sin. Tiltak som hospitering og ambulering i ulike einingar kan vere med å auke kompetansen til den enkelte og sikre ressurstilgang der det trengst. Samhandlingsreforma vil òg krevje betydeleg kompetanseutveksling mellom spesialist- og primærhelsetenesta for å sikre rett kompetanse på rett nivå og til rett tid.

Helse Vest som arbeidsmarknad

Høyringsdokument

31

7.3.3 Helsekapleg styringsinformasjon

Tiltaksområde 31: Helsekapleg styringsinformasjon
 Dei siste åra er det gjennomført ei rekke tiltak for å etablere felles løysingar knytte til levering, utarbeiding og uthenting av styringsinformasjon. Eksempel på spesifikke tiltak er lønnskube og regionalt klinikkbarometer. Helse Vest har som ambisjon å vidareutvikle den helsekaplege styringsinformasjonen og få fram produktivtetsindikatorar for helseføretaka, ikkje berre på overordna HF-nivå, men òg nedover i organisasjonen. Det skal gi betre styringsinformasjon i den operative verksemda, måle utvikling over tid og gjere det mogleg å samanlikne einingar.

Vi har behov for å kople data mellom faglege aktivitetar, personale og økonomi for i større grad å kunne sjå samanhangar og finne løysingar som gjer at vi kan drive meir produktivt og kostnadseffektivt. Utvikling av slik felles styringsinformasjon krev standardisering av systemløysingar mellom føretaka i regionen. Jamfør tiltaksområde 31 om behov for eintydige organisasjonsstrukturar, som er ein føresetnad for å etablere standardiserte løysingar som koplar styringsinformasjon frå ulike kjelder. Det er eit mål at god styringsinformasjon skal vere tilgjengeleg på alle leiarnivå.

7.4 FoU

7.4.1 Forsking

Tiltaksområde 32: Forsking

Forsking er ein av dei fire hovudoppgåvene for sjukhus og eit satsingsområde i Helse Vest. Målet er å gi framtidige pasientar behandling som er kjenneteikna av høg kvalitet. Derfor er ny og betre kunnskap heilt nødvendig for å sikre befolkninga på Vestlandet eit betre helsestestetilbod. Ny kunnskap er òg eit viktig grunnlag for ei tidsriktig grunn- og etterutdanning. Aktiv forskning har òg positiv verknad på dei fagmiljø som yter helsestener her og no.

Forskningsaktiviteten involverer helseføretaka, universiteta og høgskulane i regionen og er i stor grad samordna gjennom to samarbeidsorgan som er regulerte av sine respektive avtalar:

- samarbeidsavtalen/-organet mellom Helse Vest RHF, HF-a i regionen og universiteta i Bergen og Stavanger
- samarbeidsavtalen/-organet mellom Helse Vest RHF, HF-a og høgskulane i regionen

Samarbeidsorganet med universiteta er i særleg grad knytt opp mot medisinsk forskning og har både rådgivings- og løyvingmyndighet innanfor gitte rammer. Forskningsmidlane blir tildelte etter ekstern vurdering av søknadene der hovudvekta blir lagt på kvalitet og enkelte strategiske satsingar. Det blir planlagt å vidareføre denne fordelinga.

Samarbeidsorganet med høgskulane tek opp saker knytte til utdanning og gode arenaer for praksisopplæring. Samarbeidsorganet har òg vore oppteke av å styrkje den helsefaglege forskinga. Det er utarbeidd eit forskingsstrategisk dokument for helsefaga som gjennom samarbeidsorganet med universiteta no er etablert som eit forskingsprogramområde. Det skal framleis vere fokus både på god praksisopplæring og på forholdet mellom utdanningstilbodet i høgskolane og behovet for kompetanse i helseføretaka.

Forskningsverksemda er svært viktig for Helse Vest, og det er eit mål å styrkje satsinga på dette feltet. Vi vil i større grad innrette oss etter ein aukande grad av profesjonalisert forskningsverksemd. Det krev at det blir vidareutvikla gode rammeverk, infrastruktur og kompetanse på gjennomføring av større prosjekt som følgjer lover, reglar og ein høg etisk standard.

34 Høyringsdokument

helseføretaka. Lekarar nær pasientbehandlinga møter særlege utfordringar i det at dei på same tid skal vareta den pasientnære drifta, personalbehandling, økonomistyring og andre administrative rutinar. For at leikarar best mogleg skal kunne utøva sine oppgåver innan alle desse områda, må helseføretaka definera rammene og ansvaret. Lekarar må ha eit avklart og forstått ansvarsområde med tilgjengelege og velfungerande informasjonskjelder og støttettenester.

Det må etablerast tiltak som byggjer opp rundt leikarar gjennom heile karriereløpet. For å motivere og behalde dyktige leikarar vil det vere behov for både individuelle og kollektive utviklingstiltak, og det må vere kontinuerleg oppfølging. Det er utarbeidd nasjonale krav til ønskt leikarårfærd. Fleire føretak har i tillegg egne beskrivingar av kva forventningar ein har til leikarskapen. Det bør òg utviklast tydelegare forventningar og krav til leikarskapen. Det må vere samsvær mellom leveranse og konsekvens for den enkelte, og der dette blir sett i samanheng med samla krav til leikarårfærd.

7.3 Styringsmekanismar som bidreg til vidareutvikling av føretaksgruppa

7.3.1 Styringsmodellar som fokuserer på mål- og resultatoppnåing

Tiltaksområde 29: Styringsmodellar for mål- og resultatoppnåing

Dei økonomiske styringsmodellane i helsesektoren har som oppgåve å styrje prioritering, pasienttryggleik, kvalitet, driftsmessig effektivitet og økonomi. For å oppnå dette må styringsmodellane nyttast saman med ein tydeleg og balansert målstruktur. Styringssystema må rette seg inn mot oppnådde resultat og stimulere til meir handlings- og konsekvensorientert styring. Eit ledd i dette er òg å søke forenkling av styringsdokumenta med tilhøyrande rapportering.

Intektismodellen er utarbeidd med utgangspunkt i ulike kriterium for somatikk, psykiatri og rus då det er ulike samanhangar for kva som skaper behov for helsestener. I dei ulike kategoriane. Helse Vest vil i planperioden auke bevisstgjeringa om styringsfilosofi og vidareutvikle sine styringsmodellar som støttar filosofien. Vi skal sikre ein helsekap som inkluderer nødvendige tenesteområde og gir gode tildelingsprinsipp.

Helse Vest vil òg jobbe med å leggje til rette for langsiktig, berekraftig og føreseieleg økonomisk planlegging for drift og investeringar. Langtidsplanlegging må bli styrande og bli gitt ein tilstrekkeleg driftsmessig konsekvens og få god verknad på dei elementa som påverkar ressursbruket mest, som aktivtetsprofil og volum, tilgjengeleg kapasitet og utnyttning, årsverk og effektivitet.

7.3.2 Eintydige organisasjonsstrukturar og avklarte ansvarsforhold

Tiltaksområde 30: Organisasjonsstrukturar og ansvarsforhold

Det er behov for å tydeleggjere og profesjonalisere styringsverkemidla gjennom klare og eintydige organisasjonskart, ansvars- og fullmaktsstrukturar, rutinebeskrivingar o.a.

Det er ofte behov for å utveksle informasjon på tvers av organisasjonsstrukturane og for å ta avgjerder på tvers av definerte ansv. sområde. Ein viktig føresetnad for å kunne utøve leing er tydeleg definerte ansvarsoppgåver og fullmakter. Gjennom prosjekta MOT og Felles EPI er det utført eit betydeleg arbeid med dette, men Helse Vest vil i den kommande planperioden sikre at heile føretaksgruppa har utarbeidd tydelege organisasjonsstrukturar i sine respektive organisasjonar. Dei store prosjekta vil vere eit verkemiddel for felles prosessar og rutinar. Vi ønskjer òg å etablere ei felles løysing for forvaltning av organisasjons- og fullmaktsstrukturar. Dette arbeidet er starta opp og er forventta ferdig innan utgangen av 2012.

33 Høyringsdokument

- Helse Vest skal vere kjenneteikna av ein openheitskultur – både om korleis vi arbeider, om prioriteringar og om resultata.
- Gjennom *open dialog* og *basert på fakta* skal vi *synleggjere dilemma* innanfor spesialisthelsetenesta.
- Kommunikasjonen skal medverke til at målgruppene får ei *klarare forståing* av kva for *utfordringar* vi står framfor.
- Kommunikasjonsarbeidet skal bidra til *forståing for løysingane* ein vel, og omstillingane ein står overfor
- Innbyggjarane skal vere *trygge* på at dei får dei rette helsetenestene når dei treng hjelp.

Som ein del av strategien for å bevisstgjere organisasjonen når det gjeld omdømmespsrsmål, vil det òg bli sett i verk tiltak retta mot styra i føretaksgruppa. Vi vil møte nye styremedlemmer for å informere og bevisstgjere dei om rolla deira, forventningar og styrearbeid i helseføretaka.

Kommunikasjonsplanane for verksemdene i føretaksgruppa skal haldast oppdaterte og utformast slik at dei er konsistente og byggjer på felles identitet og profil i regionen.

Helse Vest prioriterer å leggje til rette for at føretaksgruppa kommuniserer på ein felles teknologisk plattform for Internett og intranett. Arbeidet skal byggje på nasjonal kommunikasjonsstrategi. Målet er at internett- og intranettsidene i føretaka har lik struktur og visuell profil og sikrar deling av innhald på tvers av føretaksgrensene. Føretaksgruppa vil òg vurdere om og på kva måte ein kan utnytte dei nye sosiale media i kommunikasjonsarbeidet.

7.6 Miljø- og klimasatsing

Tiltaksområde 35: Miljø- og klimasatsing

Spesialisthelsetenesta har gjennom si verksemd betydeleg verknad på det ytre miljø. Det er i dag ei klar forventning om at spesialisthelsetenesta tek samfunnsansvar og set inn tiltak som på ein effektiv måte reduserer miljøpåverknaden, og det er derfor behov for ein meir heilskapleg og samordna innsats på feltet.

Det nasjonale miljø- og klimaprojektet har vurdert innføring av miljøleing og miljøsertifisering av norske helseføretak. Ein rapport frå april 2010 tilrår at alle helseføretak implementerer standardiserte miljøstyringssystem, og at det blir sett mål om at helseføretaka blir miljøsertifiserte innan utgangen av 2014. Det skal utarbeidast ein detaljert gjennomføringsplan som òg vil omtale den nærmare organiseringa av eit samla gjennomføringsprosjekt, mellom anna med oppstart av pilotar.

7.4.2 Innovasjon og utvikling

Tiltaksområde 33: Innovasjon og utvikling

Helse Vest skal gjennom innovasjons- og utviklingsarbeid bidra til at ny kunnskap blir omsett til god praksis i dagleg drift. Det er forventa at all verksemd innanfor føretaksgruppa skal ha som mål å bidra til dette.

Regjeringa har sett i verk ei satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Målet med satsinga er norsk verdiskaping. Auka kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstenester krev forskning og innovasjon. Behovet for innovasjon er knytt både til nye teknologiske løysingar og nye organisatoriske løysingar, som òg kan gi store gevinstar for helse- og omsorgssektoren.

Det er inngått avtale om samarbeid om behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren mellom Helsedirektoratet, dei regionale helseføretaka, Forskningsrådet og Innovasjon Noreg. Hovudmålet med samarbeidet er å konkretisere og operasjonalisere den langsiktige satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling. Samarbeidsavtalen skal bidra til å auke innovasjonstakten betydeleg og utnytte dei offentlege ressursane knytte til innovasjon og næringsutvikling best mogleg.

Det skal særleg satsast med fokus på IKT, medisinsk-teknisk utstyr og andre hjelpemiddel, tenesteyting og organisatoriske forbetringar. Føretaka skal mellom anna bidra til å auke talet på OFU-kontraktar mellom norske bedrifter og helsesektoren. Arbeidet med innovasjon er eit kontinuerleg arbeid som treng større merksemd. Helse Vest skal medverke gjennom den felles tiltaksplanen som er utarbeidd mellom aktørane, og som konkretiserer ei rekkje tiltak.

7.5 Kommunikasjon og omdømmebygging

Tiltaksområde 34: Kommunikasjon og omdømme

Omdømmet vårt både blant pasientar, avgjerdestakarar, folk flest, hos medarbeidarane våre, i media og i ulike fagmiljø blir stadig viktigare. Helse Vest er avhengig av allmenn tillit og av å framstå tillitvekkjande i dei ulike miljøa som influerer på verksemda.

Å utvikle bevisste haldningar til omdømmespsrsmål vil bli stadig viktigare for føretaka. Omdømmebygging skal vere ein integrert del på alle plan i organisasjonen, frå det å yte service til pasientar og brukarar til det å inngå som ein sentral del av leiarskapen. Leiurar i organisasjonen har eit særskilt ansvar for at omdømmeaspektet, både internt og eksternt, blir teke med i avgjerdsprosessar. Medarbeidarar må vere bevisste på rolla dei har som ambassadørar for arbeidsplassen sin. Korleis vi omtalar arbeidsplassen vår, verkar sterkare på omdømmet enn dei fleste kommunikasjonstiltak. Det er òg viktig med sterk fagleg kompetanse innanfor fagområdet kommunikasjon og omdømme.

Ved hjelp av samhandling og ein open kultur blir det stadig viktigare med informasjonsdeling og synleggjing av ulike resultat på tvers av helseføretak og regionar. Avgjerder skal vere velfunderte og robuste og i tråd med nasjonale føringar og rådande helsepolitikk. Kommunikasjon med medarbeidarar, brukarar og lokalmiljøet skal vektleggast i endrings- og omstillingsprosessar, der forankringsarbeidet er særleg viktig. Gjennom open dialog og involvering skal vi skape tryggleik for dei avgjerdene vi tek. Vi skal vere opne om problemstillingane, også dei som er vanskelege.

Omdømmet byggjer helle tida på ein grunnleggjande premiss om at dei ein kommuniserer med, har tillit både til det som blir sagt og gjort. Dette gjeld frå øvste leing og ut i alle nivå.

9 GJENNOMFØRING, RISIKOAR OG KRITISKE FAKTORAR

Vi ser ofte at gode planar feilar når dei skal setjast ut i livet. Det kan skyldast ulike forhold, for eksempel mangelfull forankring, svak ressursallokering, manglande oppfølging i konkurranse med dagleg drift og kompetansemangel. Her omtaler vi forhold av relevans for desse spørsmåla. Det blir tilrådd at mange av tiltaka blir gjennomført som prosjekt med god intern forankring og gjennomføringskraft. Helse Vest vil halde fram arbeidet med profesjonalisering av prosjekt- og porteføljestyring, tilpassa behov til føretaksgruppa når det gjeld dei tiltaka som skal setjast i verk.

9.1 Leiarskap på alle nivå

Sjølv den beste strategi blir verdiløus dersom organisasjonen ikkje evnar å omsetje han til praktisk handling. Arbeidet med å realisere strategien krev godt leiarskap på ulike nivå. Overordna er det viktig at vi er i stand til å gjere rette prioriteringar og gjennomføre i rett rekkefølge. Vidare er overlevering frå prosjekt til drift ein særskilt utfordring. Dette utfordrar eit prosjekt er vellykka i seg sjølv dersom vi ikkje klarer å utnytte resultat. Dette utfordrar leiarskap både i prosjektfasen, der ein skal førebu seg på forventna endringar, og i fasen etter levering, der ein skal tilpasse og forbedre organisasjonen i forhold til for eksempel ny teknologi og nye løysingar. Dette krev merksemd og prioritet frå den leiarskapen som er ansvarleg i linja.

9.2 Heiskapleg IKT-strategi og porteføljestyring

Etter iværksetjinga av Helse2020 i 2007 blei det utarbeidd ein felles regional IKT-strategi med tiltak som støttar opp under dei overordna måla. Det viktigaste enkelttiltaket i denne strategien var å etablere formell styring av prosjektporteføljen. Vidare er det no etablert langsiktige delstrategiar, som for eksempel EPI2020, som viser vegkart for å realisere effektane av satsingane ved innføringa av felles elektronisk pasientjournal.

I etterkant av revideringa av Helse2020 vil det vere nødvendig å tilpasse den regionale IKT-strategien slik at han framleis samsvarer godt med det som til kvar tid er gjeldande strategi. Det er no oppretta eit strategisk IKT-forum i føretaksgruppa som skal ha eit samordnande og strategisk føremål. Forumet vil vere breitt representert med nok kompetanse til å føreslå og følgje opp nødvendige tiltak i gjennomføringa av føretaksstrategien.

Mange av tiltaka i handlingsplanen vil bli organiserte som prosjekt, med ein tydeleg plan for mål, innhald og kompetansekrav, og ein plan for når tiltaket skal overførast og operasjonaliserast i linja.

Porteføljestyringa skal sikre at planar blir sette ut i livet, og at vi har dei rette tiltaka i forhold til overordna mål. Det inneber koordinering og oppfølging av prosjekt og programområde i føretaksgruppa og hos dei private ideelle samarbeidspartane der det er aktuelt. Saman med dette følgjer ein felles metodikk for porteføljestyring og prosjektgjennomføring.

Porteføljekontoret har det samla ansvaret for å følgje opp prosjektporteføljen, verktøya og metodane som er gjorde tilgjengelege. Arbeidet med prosjekt- og porteføljestyring skal ytterlegare forberast i den neste planperioden, både i forhold til prosessar, styring og verktøy.

9.3 Ressursbruk, nytte og krav til grunnlag for avgjerd

Vellykka prosjektgjennomføring krev evne og vilje til å prioritere mellom ulike tiltak og til å leggje dei ut i tid for å tilpasse dei til organisasjonen sine ressursar og evner til gjennomføring. Det er òg viktig å prioritere tiltaka for å kunne sette av nødvendig kompetanse og nok ressursar. Svært ofte opplever ein at både ressursbehov, kompleksitet og krav til eigeninnsats blir undervurderte. Vi ønskjer derfor i stor grad å gjennomføre forprosjekt før endeleg godkjenning av hovudprosjekt. Det skal sikre at forventna nytte er godt nok dokumentert og kan forplikast i

38 Høyringsdokument

8 TILTAKSPLAN – SAMLA OVERSIKT OVER TILTAKSOMRÅDA

Kapitla 5–7 spesifiserer ei rekke tiltaksområde som kvar for seg representerer ei betydeleg mengd arbeid. Arbeidet vil bli gjennomført anten som prosjekt, programområde eller i linja før det blir innført i den ordinære drifta.

Tiltaksplanen er utarbeidd i overordna tiltaksområde, som kvar kan utgjere fleire enkelttiltak. For tiltak som naturleg vil bli gjennomførte som prosjekt, vil dei normale vere å starte med eit strategisk forprosjekt som skal sikre at vi gjennomfører målretta tiltak tufta på eit godt avgjerdgrunnlag. Typisk leveranse frå forprosjekt vil vere kostnads- og nyttevurderingar, avgrensing av innhald og vurdering av risikoelement som tilgang på teknologi og kompetanse.

Denne tabellen gir oversikt over den samla tiltaksplanen for planperioden:

Tiltak nr.	Tiltaksområde	2011	2012	2013	2014	2015
1	Gjennomføring i prosjekt, program eller i linja					
2	Realisering av kvalitetsstrategien for kjerneverksemda					
3	Systematisk og helikopleg arbeid med pasienttryggleik					
4	Legemiddelbehandling og pasienttryggleik					
5	Praktiske konsekvensar av samhandlingar reforma					
6	Berekraftige fagmiljø					
7	Felles regional tilnærming til klinisk prioritering					
8	Pasienten sitt ansvar, eigenmelding og rolle i behandlinga					
9	Rutinar for systematisk måling av pasienterfaringar					
10	Pasientfokusert organisering av helseføretaksleikhus					
11	Funksjons- og oppgåverdeling i regionen					
12	Sekundær- og tertiærførebbyggjande aktivitetar					
13	Unnå fristøtt og redusere ventetider					
14	Unnå korridorpasientar					
15	Revisjon av plan for rusområdet					
16	Satsing på barn og unge					
17	Samla plan for laboratorieverksemda					
18	Plan for radiologi					
19	Samla plan for kirurgi					
20	Samordna satsing på medisinsk metode og teknologi					
21	Strategisk bruk av IKT					
22	Administrative rutinar og felles tenesteeintar					
23	Innkjøpsprogrammet					
24	Eigedomerverksemd og arealeffektivisering					
25	Utarbeiding av regional arealplan					
26	Rekruttering					
27	Kompetanseutvikling					
28	Organisasjonsutvikling					
29	Utvikle gode leiarar på alle nivå					
30	Syringsmodellar for mål- og resultatoppnåing					
31	Organisasjonsstruktur og ansvarsforhold					
32	Helikopleg styringsinformasjon					
33	Forsking					
34	Innovasjon og utvikling					
35	Kommunikasjon og omdømme					
36	Miljø- og klimasatsing					

Tabell 2 – Tiltaksplan, samla oversikt over tiltaksområda frå 2011 til 2015

37 Høyringsdokument

på føretaksmøta. Den konkrete oppfølginga vil så skje gjennom den etablerte prosjektorganiseringa og rapporteringa frå denne.

9.8 Rapportering og oppfølging

Det er viktig å kunne rapportere på førehandsdefinerte kriterium. All rapportering må skje så kortfatta, presist og nøyaktig som mogleg. Rapporteringa skal vere enkel og oversiktleig og gi prosjektleiar moglegheit til raskt å ta tak i viktige forhold som kan påverke kvalitet, ressursbruk, tidsplan eller målsetjingar for prosjektet.

Helse Vest har spesifisert ved hjelp av standard malar korleis framdrift i prosjekta skal rapporterast. Dette inngår som ein del av den samla prosjekt- og porteføljeprosessen.

10 VEGEN VIDARE

Etter ein omfattande prosess med utarbeiding og høyring blei Helse2020 vedteken av styret i Helse Vest RHF i 2007. Strategien inneheldt ein konkret tiltaksplan for perioden 2007–2011. Strategien er no revidert, og det er utarbeidd ein oppdatert tiltaksplan for femårsperioden 2011–2015.

Det er svært viktig for Helse Vest at innhaldet i plandokumentet også vidare blir omsett til praktisk og verdiskapande handling i føretaksgruppa. Mange av tiltaksområda er svært omfattande og komplekse og vil ha karakter av kontinuerleg arbeid. Det er likevel viktig å sikre tydeleg ivertsettjing og tett oppfølging.

Det er vidare viktig at medarbeidarane opplever medverknad i planane som blir utarbeidd, og at det blir skapt god forståing for dei tiltaka som skal gjennomførast. Det må i utviklingsprogrammet lagast struktur for drøfting, medverking og prosessar.

Av omsyn til det samla omfanget av tiltaka vil det vere viktig å prioritere tidspunktet for ivertsettjinga. Samtidig er det viktig å sikre moment og framdrift. Tiltak som allereie er sette i gang, må sikrast god framdrift, og utvalde nye tiltak vil bli sette i verk dei kommande åra. Som omtalt ovanfor i planen vil den operasjonelle ivertsettjinga bli organisert og følgd opp gjennom ei formell porteføljestyrt med prioriterte program- og prosjektområde.

Arbeidet med Helse2020 har vist dei mange utfordringane og moglegheitene Helse Vest står overfor, og fagmiljøa har gitt ei rad tilrådingar for korleis føretaksgruppa bør møte desse. Evna til å sette tilrådingane om til praktisk og verdiskapande handling vil vere avgjerande for korleis Helse Vest vil møte åra som kjem.

linja. Linjeleinga vil bli forplikta på korleis ein planmessig skal realisere nytten av gjennomførte tiltak og investeringar. Vidare skal ein i tidleg fase også avklare alle kritiske faktorar for å kunne vedta og gjennomføre eit vellykka prosjekt.

9.4 Store krav til endringsleing og gevinsthausting

Å hente ut nytteverdiar av gjennomførte tiltak er nødvendig for å sikre overordna måloppnåing, men er samtidig krevjande då det ofte skjer i lang tid etter at prosjekt er avslutta. Føresetnadene er både veldifinert og god gjennomføring av prosjektet og evne og vilje i leinga til å hente ut det heile og fulle potensialet som prosjektleveransane legg til rette for. Vellykka pasientlogistikprosjekt vil for eksempel kunne gi betydeleg betre produktivitet, som igjen kan føre til betre tilbod eller meir ressursar på andre nødvendige område. Hausting av gevinst og verdi krev klar målforståing og tett oppfølging også når ein går over i dagleg drift. For å vite om eit mål faktisk blir nådd, vil det òg vere nødvendig å sikre ein faktabasert dokumentasjon. Dette er eit av elementa i den felles prosjektmotodikken som no også er etablert innanfor endringsleing og gevinsthausting. Det er svært viktig å skape ei felles gjennomgåande forståing i føretaksgruppa om at dei utfordringane vi står overfor, krev vilje til endring, og at slik endring ikkje oppstår av seg sjølv utan ein aktiv leiarskap.

9.5 Organisatorisk og leiarmessig forankring og oppfølging

God forankring av eit prosjekt er eit avgjerande suksesskriterium for ei vellykka gjennomføring av tiltaket. Utan tilstrekkeleg forankring blir deltakarane si forpliktande haldning til prosjektet svekt. Det same blir sjansane for at prosjektet skal halde fokus på prosjektmål, budsjett og tidsrammer. I prosjektetableringsfasen blir forankringa sikra ved at dei involverte tek del i planlegginga av prosjektet, og på den måten får høve til å komme med innspel.

Det aller fleste av tiltaka i Helse2020 vil ha ein regional eigarskap, samtidig som dei har omfattande deltaking og eigarskap i det enkelte HF. Det er særskilt viktig for Helse Vest at ein lykkast med å etablere ein gjensidig forpliktande eigarskap mellom RHF- og HF-nivået for denne typen tiltak.

9.6 Brukarorganisasjonar, tillitsvalde og vernetenesta

Helse Vest ser på eksterne brukarar, dei tillitsvalde og vernetenesta som viktige ressursar.

I det ligg intensjonen om openheit og konstruktiv deltaking i alle vesentlege prosessar. Dette skal òg kjenneteikne arbeidet med å omsetje Helse2020 til praktisk handling. I tillegg til at all lovplagd og rettslikra medverknad skal sikrast, ønskjer Helse Vest å trekkje både brukarane, dei tillitsvalde og vernetenesta med i arbeidet for å sikre gode og legittimerande løysingar.

9.7 Ansvar, myndigheit og resultatkrav

Handlingsplanen beskriv korleis Helse Vest som samla føretaksgruppe skal møte dei framtidige utfordringane. Helse2020 understrekar kor viktig det er at dette skjer på ein samla og koordinert måte, der ein gjer kvarandre sterke. Svært mange av tiltaka ovanfor treng regional forankring og koordinering. Hovudverksemda i føretaksgruppa går føre seg i det enkelte HF, noko som tilseier djup forankring og brei deltaking frå dette nivået i alle tiltaka vi har omtalt. Sjølv om mange av tiltaka har prosjekteigar på RHF-nivå, vil dei krevje prosjektleing frå HF-nivå. I nokre høve vil eit utval HF gjennomføre eit tiltak for føretaksgruppa. Det vil kunne variere frå tiltak til tiltak, avhengig av karakter, kompetanse og kapasitet.

For å få til effektiv drift og god ressursutnyttig i heile føretaksgruppa i Helse Vest vil det òg vere naturleg å trekkje inn dei private ideelle aktørane og vareta deira rolle i det samla "sørgje for"-ansvaret.

Uavhengig av form på tiltaka er denne handlingsplanen forankra og vedteken i styret for Helse Vest RHF. Slik sett forpliktar han heile organisasjonen. For å ivareta den formelle styringsstrukturen må dei årlege tiltaka forankrast i styringsdokument og årsbudsjett, vedtekte



KS Vest

p.b.539,

4003 Stavanger

Helse Vest RHF

Postboks 303 Forus,

4066 Stavanger

Stavanger 4.mai 2011

Høringssvar fra KS Vest

vedrørende strategi for helseregion vest (Strategi 2020)

Viser til brev datert 21.mars 2011, og oversender herved høringssvaret fra KS Vest (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane).

KS Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (heretter kalt KS Vest) er svært opptatt av at helsetjenestene er organisert og drevet med en form og et innhold som sørger for gode helsetjenester til innbyggerne, reelt sett. Samhandlingsreformen skal bidra til at dette blir en faktisk realitet og ikke kun en formulering og en intensjon. I den sammenheng leses høringsbrevet fra Helse Vest med utgangspunkt i at Helse 2020-strategien nettopp skal legge opp til en framtidsrettet og faktisk god samhandling både i og mellom nivåene.

1

KS Vest merker seg at strategidokumentet i stor grad beskriver Helse Vest RHS sitt "indre liv" og at man vier svært liten plass til samhandlingsreformens konkrete bestanddeler, hvordan man i det neste tiåret vil sikre at samhandlingsreformens intensjoner oppfylles her på Vestlandet og hvordan man mer konkret ser for seg at dette skal skje i samhandling. KS Vest konstaterer at i høringsdokumentet Helse Vest RHF har sendt ut er altså "vegen videre" gitt en halv dokumentside.

KS Vest etterlyser en langt mer offensiv holdning og handling som synliggjør at Helse Vest RHF, både i tiltaks form og gjennom ordlyd, har et faktisk ønske om reell likeverdighet mellom nivåene. KS Vest er av den oppfatning at reell, likeverdig samhandling i morgendagens helsetjenester forutsetter at samhandling vies stor plass, både i strategier og daglig praksis, og at strategidokumenter som dette vender blikket framover.

Med vennlig hilsen

Helene Arholm

Regiondirektør KS Vest

2



Eigersund kommune – Saksframlegg politisk sak

sak 23

Dato: 16.05.2011
Arkiv: :FE-
Arkivsaksnr.:
11/948
Journalpostløpenr.:
11/13847

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Sentraladministrasjonen
Politisk sekretariat
Målfrid Espeland
Politisk sekretær
51 46 80 25
maalfrid.espeland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	24.05.2011

Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 24.5.2011

Sammendrag:

Kopi av ulike skriv/meldinger som utvalget skal orienteres om.

Dersom utvalget har merknader til det enkelte skriv/melding, må dette gjøres med vedtak etter forslag fra et eller flere medlemmer.

Saksgang:

Avgjøres av utvalget.

Referatsaker som legges frem for utvalget 16.05.2011:

Sakene legges frem uten innstilling/merknad fra administrasjonen.

Nr	Dok.ID		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	11/12975	X	27.04.2011	Anne Brit W. Tengesdal; Kåre Ingvar Helland; Ketil Helgevold; Jorunn Stapnes; Tore L. Oliverson; Terje Jørgensen; Solveig Ege Tengesdal	Landskonferanse i LVSH i Harstad 31.03 til 01.04.11 - en oppsummering
2	11/12205	I	07.04.2011	Rogaland Revisjon IKS	Revisjonsuttalelse - antall personer med psykisk utviklingshemming pr. 01.01.2011
3	11/14595	U	13.05.2011	HO Utvalget Felles brukerutvalg	Samhandlingsreformen i Eigersund. Status
4	11/8790	M P	23.03.2011		Protokoll fra felles brukerutvalgs møte 23.03.2011
5	11/14422	X	11.05.2011		Årsmelding 2010

Vedlegg:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
171987	Landskonferanse i LVSH i Harstad 31.03 til 01.04.11 - en oppsummering
170924	Revisjonsuttalelse - antall personer med psykisk utviklingshemming pr. 01.01.2011
174484	Samhandlingsreformen i Eigersund. Status
165550	Protokoll fra felles brukerutvalgs møte 23.03.2011
174221	Årsmelding felles brukerutvalg 2010.doc

09.12.07

Torje Jørgensen
Solveig Ege Tengesdal
Kjell H. Fredriksen
Ketil Helgevoid
Kåre Ingvar Helland
Tore Oliverson
Anne Brit Tengesdal
Jorunn Stapnes

Oppsummert av Jan Petter Leidland

Landskonferanse i LVSH i Harstad 31.03 til 01.04 2011 - en oppsummering

Innledning

Leder av helse- og omsorgsutvalget Kjell H. Fredriksen, helsefaglig ansvarlig Anne Brit Tengesdal samt undertegnede deltok fra Eigersund kommune.

Landskonferansen i Harstad var et spesielt arrangement i og med at LVSH (Landskommuneslutningen av vertskommuner innen det tidligere HVPU) feiret 25 års virksomhet etter den spede begynnelsen i Bergen i 1985). Kvæfjord kommune har vært den største og mest profilerte vertskommunen gjennom disse årene. Kommunen ved tidligere ordfører, og nåværende Stortingsrepresentant, Bendiks Harald Arnesen var gjennom mange år drivkraften i LVSHs arbeid. Det var derfor ekstra morsomt at Arnesen avbrøt sitt opphold i Nordisk råd for å kunne delta i festsmiddagen torsdag kveld hvor han også holdt en engasjerende jubileumstale. Også i dag nyter LVSH godt av den spesiell kunnskapsrike rådmannen i Kvæfjord kommune, Birger Bjørnstad. På denne bakgrunnen hadde styret funnet det naturlig å legge landskonferansen til Kvæfjord selv om vi benyttet oss av de gode fasilitetene i nabokommunen Harstad.

Stemningen på årsmøtet var meget positiv. I tillegg til at dette var et spesielt jubileumsarrangement var landskonferansen og årsmøtet preget av at LVSH etter mange års arbeid har greid å få i boks en avtale med staten angående en utjevningsbasert nedtrapping av vertskommunetilskuddet. Effektene av denne avtalen slår inn fra 2011 av. Avtalen er som kjent spesielt gunstig for kommuner som mottar tilskudd pr. beboer som er mindre enn gjennomsnittet blant vertskommunene. Eigersund kommune er en av disse kommunene. Av andre saker nevnes fremtidige pensjonsutfordringer der LVSH har en åpen dialog med Staten ved helse- og omsorgskomiteen og spesielt Helse- og omsorgsdepartementet.

Av 33 kommuner med status som vertskommuner er 26 nå medlemmer av LVSH. Av disse var 22 (Sjekk antallet!) representert på årsmøtet.

Økonomi

Da vertskommunetilskuddet er meget viktig for Eigersund kommune tar jeg med noen hovedpunkter angående vertskommunekommunen som jeg utarbeidet i forbindelse med fjorårets rapport. Ikke minst siden det kan være krevende å holde seg oppdatert på området.

Bakgrunn

- I 2001 inngikk LVSH og det daværende Sosial- og helsedepartementet en avtale angående fremtidig nedtrapping av vertskommunetilskuddet. Vertskommunene ga avkall på de 4-årige telleperiodene angående dødsfall blant vertskommunebeboere og aksepterte at disse tellingene ble årlige fra 2005 av.

Til gjengjeld gikk departementet med på en nedtrappingsordning som ville virke økonomisk utjevnende mellom vertskommunene. Det skulle skje på den måten at de vertskommuner som mottok mindre enn den gjennomsnittlige sum pr. vertskommunebeboer, skulle få beholde 50% av tilskuddet gjennom inntektsystemet inntil den aktuelle vertskommune nådde opp til gjennomsnittlig tilskuddsnivå for alle vertskommunene.

- I 2004 bestemte imidlertid regjeringen Bondevik seg for å etablere en helt ny ordning. Vertskommunetilskuddet ble delt i to og delvis innlemmet i inntektsystemet. Grunnelementet ble identisk med kriteriet i inntektsystemet for personer med utviklingshemming over 16 år. Dette kriteriet utgjorde omkring kr. 500.000 pr. registrerte person i kommunene på dette tidspunktet. Den overskytende delen ble fortsatt å regne som et vertskommunetilskudd og underlagt de nedtrappingsordninger en tidligere var blitt enige om. Den utjevningseffekten mellom vertskommunene ble dermed sterkt redusert i forhold til opprinnelig avtale. Denne modellen var lite gunstig for vertskommuner som Eigersund.

Endringer med full virkning fra 01.01.2011

Høsten 2009 ble det oppnådd enighet mellom Staten og LVSH om en reversering av ovenfor beskrevet modell slik at en igjen kom tilbake til det som var utgangspunktet for noen år tilbake. Hovedpunktene er:

- Den delen av vertskommunetilskuddet som var innlagt i inntektsystemet er igjen trukket ut slik at en nå opererer med et udeelt vertskommunetilskudd. Dette gjelder for alt 33 kommuner med vertskommunestatus. Dermed får de nå innlagte utjevningseffektene full virkning for den enkelte vertskommune som ligger på lavt tilskuddsnivå relativt sett.
- Telling av antall gjenværende vertskommunebeboere vil nå bli gjennomført hvert år og endringer implementeres da 1 år etter telling. (Tidligere talte vi hvert 4. og senere hvert andre år.)
- For de kommuner som mottar vertskommunetilskudd, og hvor tilskuddet pr. beboer er mindre enn gjennomsnittet for alle vertskommunene, så vil disse kommunene nå få beholde halvparten av det opprinnelige tilskuddet i vertskommunetilskuddet for de beboerne som har falt fra i registreringsperioden. Tilsvarende vil de vertskommunene som ligger over gjennomsnittet bli trukket for de fulle tilskuddene ett år etter at registreringene er gjort.
- Dette er en utjevningsordning mellom vertskommunene som LVSH på ulike måter har arbeidet for å få til i nærmere 10 år. Et meget viktig gjennombrudd for mange av vertskommunene. Den begunstiger de vertskommunene som har fått de relativt sett minste tilskuddene. Og ikke minst slår det positivt ut for Eigersund kommune. (I nærmere 20 år har Eigersund kommune gjennomsnittlig mistet 2 beboere pr. år. Helt i det siste øker dette noe.)
- Endringene er omtalt i Statsbudsjettet for 2010 og LVSH legger nå til grunn at vertskommunene endelig etter ca. 18 år med endringer har fått en god ordning som er stabil og forutsigbar.
- Av Statsbudsjett fremgår det også at for den enkelte vertskommune så vil opplegget med vertskommunestatus/vertskommunetilskudd være helt til den siste beboeren har falt fra.

RS-1

Fra styreleder og generalsekretær i LVSH ble det på landskonferansene både i fjor og i år gitt uttrykk for at en nå hadde fått etablert et spesielt godt samarbeid med politisk ledelse i helse- og omsorgsdepartementet. Blant annet fungerer dette samarbeidet som en døråpner mot andre departementer. Spesielt gjelder Kommunal- og regionaldepartementet som det ofte har vært krevende å forholde seg til for LVSH.

Noen hovedpunkter fra konferansedagen

Fra åndsberetningen ved styreleder Svein Erik Hilmen

- Styreleder trakk spesielt frem det han beskrev som et glimrende samarbeid med både Stortinget og Helse- og Omsorgsdepartementet. Spesielt viktig samarbeidspersoner for LVSH er Tor Hagebakken (nestleder i Helse- og omsorgskomiteen) og Tove Helene Toften (Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet). Begge var til stede i Høringsutvalget og holdt egne innlegg. Mer om det nedenfor.
- Hovedhallene viser at da vertskommunene trådte i kraft for snart 20 år siden var det registrert 1301 vertskommunebeboere. Årets oppstilling viser at det ved siste årsskifte var 773 gjenværende vertskommunebeboere. (Tilsvarende tall for Eigersund kommune viser henholdsvis 90 og 52).
- Gjennomsnittsalder for vertskommunebeboerne er nå 59 år. (For Eigersund kommune er tallet nå ca. 61 år).
- 2011 er som tidligere nevnt første året med justert vertskommunetilskuddsordning som inkluderer egen nedtrappingsordning. Beregnede tall for 2011 viser at tilskuddet samlet trappes ned med 84 millioner kroner på landsbasis. Uten den spesielle nedtrappingsordningen (gjennomsnittlig som "Intern INGAR") ville summen vært på 138 millioner kroner.
- Styreleder trakk frem noen hovedoppgaver for vertskommunene fremover: Disse inkluderte først og fremst:
 - a) Å levere gode tjenester til vertskommunebeboerne
 - b) Ikke minst omsorgstjenester knyttet til aldring og endrede behov
 - c) Fortsatt være en viktig aktør i forhold til NAV med 3808 tiltaksplasser for utviklingshemmede. Forsøk på betydelige nedskjæringer i 2011 i en del fylker (ikke Rogaland). LVSH sendte ut pressemelding i mars d.å. som ble distribuert over hele landet og som syntes å ha hatt godt gjennomslag.
 - d) Opprettholde en virksom LVSH organisasjon enda en del år fremover.
 - e) Den interne "INGAR-ordningen" innebærer prinsipielt fremtidige heftelser til Staten. Hvordan dette skal løses drøftes videre med departementet til høsten.

Fra innlegget til statssekretær Tone Helene Toften

- Statssekretæren pekte på at hovedoppgaven til vertskommunen var "så langt som mulig å gi vertskommunebeboerne mulighetene til å leve et normalt liv". Staten var blant annet forpliktet til å sikre økonomien i vertskommunene i tråd med disse spesielle oppgave og sikre vertskommunene mot å bli rammet av uønskede omfordelingsvirkninger i det generelle inntekstsystemet.
- Hun så nedbyggingen av vertskommunenes spesielle omsorgsansvar i et 10-20 års perspektiv.
- Vertskommunenes spesielle utfordringer innen pensjonsordningene skal videre drøftes med LVSH. Egen komiteerapport i Statsbudsjettet for 2011

danner grunnlaget for denne prosessen. (Viser her til nærmere omtale i fjorårets referat.)

- Kompetanseutvikling spesielt viktig fra Statlig side. Hun viste spesielt til NAKU (grundig omtalt i fjorårets referat) og prosjektet "Aldring og Helse" som har hatt spesielt fokus på utviklingshemmede.
- Toften understreket spesielt at det ikke skal kuttes i VTA-plasser som i hovedsak benyttes til personer med utviklingshemming.
- Samhandlingsreformen vil få betydning også for vertskommunene. Bl.a. gjennom ny Helse- og omsorgslov, ny Folkehelseslov og ny Nasjonal Helse- og omsorgsplan.
- Statssekretæren bekreftet det meget gode samarbeidet med LVSH de siste årene og så frem til et videre samarbeid av samme kvalitet. Hun pekte videre på at de mange erfaringene som vertskommunene har gjort seg med omsorgskrevende brukere innen ulike tiltaksområder er blitt vektlagt i arbeidet med samhandlingsreformen. Hun mente at LVSH hadde satt sitt tydelige preg på disse tiltaksområdene.

Fra innlegget til nestleder i Stortingets helse- og omsorgskomite Tore Hagebakken

- Hagebakken understreket også det meget gode samarbeidet med LVSH sett fra Stortingets ståsted.
- Han nevnte at det var en uventet opplevelse å få positive tilbakemeldinger fra en organisasjon av denne typen! Satte pris på at LVSH ikke så på de ulike utfordringene i svart/hvitt. Åpenhet for å drøfte seg frem til gode løsninger sammen med Staten.
- Hagebakken la spesielt vekt på viktigheten av at LVSH fortsatte som organisasjon i sin nåværende form. Han mente at LVSH har opparbeidet seg troverdighet i forhold til vertskommunebeboernes levekår. Noe den stadig økende livslengden er en god indikator på. Hagebakken gikk så langt at han oppfordret alle vertskommunene om å være medlemmer i LVSH. En høyest uvanlig oppfordring må en kunne si.
- Han mente at samarbeidet mellom Stat og vertskommunene bør anses som et partnerskap slik at en samlet kan gi vertskommunebeboerne et best mulig tilbud.
- Hagebakken spissformulerte seg også slik: "Et fortsatt sterkt fokus på vertskommunebeboernes livsvilkår øker gjennomslaget hva gjelder rammevilkår fra statlig side."
- Også Hagebakken bekreftet at en fra Stortingets side er oppmerksom på de særskilte pensjonsutfordringene som spesielt mindre vertskommuner vil komme til å stå overfor i årene fremover. Stortinget er og innstilt på å forsøke å søke etter en løsning i samarbeid med LVSH.
- Avslutningsvis berørte Hagebakken en del faglige og juridiske spørsmål. Blant annet angående antidiskrimineringslovgivning, boformer og organisering av tjenestene i kommunene, institusjonslignende boligløsninger (Gjøvik kommune hadde for eksempel vedtak på at det ikke skulle bo mer enn 6 beboere innen en boenhet) og det å unngå omsorgsghettoer. Han stilte avslutningsvis spørsmålet om det nå var på tide med nasjonale føringer angående tiltak og tjenester for utviklingshemmede.

Om hovedforedraget på landskonferansen

Forfatter Halvor Fjerner har nylig utgitt boken "Åndssvak! Et bidrag til sentral-institusjonens og åndssvakeomsorgens kulturhistorie." Boken har fått meget gode anmeldelser i en del aviser. Blant annet i Aftenposten. Forfatteren holdt et lengre foredrag på slutten av landskonferanseprogrammet. Boka er full av sterke historier fra omsorgens historie

og reflekterer de ulike skiftningene i menneskesyn og omsorgstankgang. Forfatteren illustrerer disse utviklingstrekkene ved å fortelle om enkeltmennesker som opplevde ulike former for institusjonsomsorg.

Dette kom også tydelig til uttrykk i selve foredraget.

Årsmøtet

Kjell Fredriksen var Eigersund kommunes representant på årsmøtet. Protokollen fra årsmøtet et enda ikke kommet og jeg vil oversende denne til dere så snart den forelegges. Her nevner jeg bare at en sak som skapte en del debatt gjaldt hvorvidt det skulle avsettes midler slik at generalsekretæren mer aktivt kunne besøke versonnene gjennom virksomheten. Som vi husker var Stein Øhm på besøk i Eigersund formannskap i slutten av september i fjor etter invitasjon fra Kjell. Det opplevdes som et positivt møte og han ble også invitert tilbake senere i år i forbindelse med programmet med politikeropplæring etter kommunevalget. Til slutt vedtok årsmøtet med et solid flertall at det skulle avsettes midler til dette formålet.

Om formiddagens befarings

Allerede fra tidlig morgen dro årsmøtedeltakerne ut til Kvæfjord kommune som er en liten kommune som ligger helt ute mot havet i Troms fylkes sydvestre hjørne. Vi hadde to mål i den forbindelse. Begge hadde lokalene sine på området for den tidligere HVPV institusjonene som het Trastad Gård. Disse var:

TRASTAD PRODUKTER

Dette er en bedrift med en del likheter med Dalane Produkter/Uninor. Men filosofien og spesielt produktutvalget fremstod som nokså annerledes enn vi er vant med her lokalt.

Trastad Produkter bestod av 40 VTA-plasser og 12 APS-plasser (Arbeidspraksis i skjermet virksomhet). Det vil si at bedriften tilbyr en kombinasjon av varig vernet arbeid og plasser for avklaring og atferd (APS-plassene). Så vidt jeg husker hadde bedriften ca. 15 årsverk til å ta seg av brukerne.

Bedriften har også et samarbeid med skoleverket og andre med behov for individuelle tilbud.

Trastad Produkter presenterte sine grunnverdier som følger:

- En bedrift som står til tjeneste for andre mennesker.
- En bedrift der arbeids glede står i sentrum og den enkeltes særpreg ivaretas.
- En bedrift som har respekt for den enkeltes styrke og svakhet.
- En bedrift der håndverk og yrkes stolthet står i fokus.
- En bedrift som skal levere varer og tjenester med profesjonell kvalitet til avtalt pris.

En skal alltid være tilbakeholden med å være for bastant etter ganske korte befaringer av denne karakter. Men et av de inntrykkene vi satt igjen med var at Trastad Produkter i stor grad satset på håndverkspreget produksjon samt blant annet gaveartikler. Også artikler med kunstnerisk preg. I tillegg hadde bedriften omfattende vedproduksjon. Bedriften hadde to egne utvalg. Et i kommunensenteret Borkenes og et i Harstad. En del av virksomheten minnet om noe av den virksomheten som en drev på arbeidssuene på Bakkebø i "gamle dager". Preget av industriproduksjon i store serier hadde denne bedriften lite av.

TRASTAD SAMLINGER

Etter lunsj fortsatte konferansedeltakerne til Trastad Samlinger der Sør-Troms Museum arbeider for å øke kunnskaper om psykisk utviklingshemmedes kunst, kultur, historie og

hverdag i samfunnet. Trastad Samlinger åpnet landets første museum for psykisk utviklingshemmedes historie sommeren 1996.

Museet er et dokumentasjonssenter for psykisk utviklingshemmedes historie og kunst med nasjonal rekkevidde. Senteret viser psykisk utviklingshemmedes historie etter andre verdenskrig, herunder den store institusjonaliseringsprosessen. Samtidig formidles en unik historie om hvordan såkalt "ikke opplæringsdyktige" mennesker kunne utvikle seg med kunstuttrykk. Det er et bemerkelsesverdig faktum at flere av Trastad Gårds tidligere beboere, uten noen form for kunstnerisk opplæring, har nådd et bemerkelsesverdig høyt nivå. De aller fremste er innkjøpt av Nasjonalgalleriet og har et navn også utenlands. Blant annet i USA. Herleik Kristiansen er vel den som er alle best kjent nasjonalt og internasjonalt.

Trastad Galleri ble ferdigstilt og åpnet i 2000 av prinsesse Märta Louise. Kunstsamlingen består av to elementer. "Trastad-kunsten" som er verdens største samling av kunst laget av utviklingshemmede, som består av ca 26.500 arbeider, samt en mindre nasjonal og internasjonal samling av Outsiders Art.

Trastad Samlinger har sitt utspring i historien til Trastad Gård i Kvæfjord, som var sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede i Nord-Norge fra 1954 til 1991. Trastad Samlinger har bygd opp sitt museum og galleri i det som var Paviljong 7 på Trastad Gård.

Både museumsdelen og Trastad Galleri sine arbeidere ga deltakere mange sterke inntrykk. Et slikt kunstnerisk nivå som her fremvises er jo helt fremmed i forhold til vanlig tenkning om hva blant annet utviklingshemmede er i stand til å få til. Inntrykkene var for de fleste meget utfordrende i forhold til eget menneskesyn. Det er derfor ekstra spennende at vi også i Eigersund kommune har utviklingshemmede/autister med helt spesielle evner innen kunstnerisk virksomhet.

Vår sakshandler: Editth Setrevik Vår dato: 07.04.2011 Vår referanse: Side: 1 av 1

Eigersund kommune
Jan Petter Leidland
Postboks 580
4379 Eigersund

	07/4611

**REVISJONSUTTALELSE – ANTALL PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGS-
HEMNING PER 01.01.2011**

Vi har gjennomført de kontrollhandlinger som er avtalt med dere og gjengitt nedenfor vedrørende kontroll av antall personer med psykisk utviklingshemming. Vårt oppdrag ble utført i samsvar med ISRS 4400 «Avalte kontrollhandlinger». Handlingene ble utført kun for å bistå dere i vurderingen av riktigheten av rapporteringen til Helseidrettskontoret. Antall personer fra 16 år og eldre med psykisk utviklingshemming i Eigersund kommune per 01.01.2011 er 69, hvorav 12 er mellom 50 og 66 år.

Utførte handlinger:

1. Kontroll av at det er dokumentasjon på diagnosen psykisk utviklingshemming og hvem som har satt diagnosen.
2. Kontroll av at personen er registrert i riktig alderskategori.
3. Kontroll av at det foreligger gyldig vedtak per 01.01.2011 om tjenester med hjemmel i lov om sosiale tjenester §84-3 og 4-2 og/eller lov om helsetjenester i kommunene § 1-3.
4. Kontroll av at personen er registrert i ILOS.
5. Kontroll av at det er dokumentasjon på avtale om rapportering dersom personen får tjenester i en annen kommune.
6. Kontroll av at personen holdes utenfor rapportering dersom det gis vorkommunellskudd for vedkommende.
7. Kontroll av at personen ikke har opphold ved en av Landsbystiftelsens institusjoner.

Våre kontroller er gjennomført i samsvar med Helseidrettskontorets rundskriv IS-3/2011. Dersom vi hadde utført tilleggshandlinger eller hadde gjennomført revisjon eller begrenset revisjon i samsvar med revisjonsstandardene, kunne andre forhold ha kommet til vår kunnskap og blitt rapportert.

Vår rapport er utarbeidet for det formål som er beskrevet i første avsnitt og til deres informasjon, og skal ikke brukes til noe annet formål. Rapporten er kun ment å skulle distribueres til Helseidrettskontoret og distribusjon utover dette må skje i samsvar med offentlighetslovens bestemmelser.

Stavanger, 07.04.2011
Rogaland Revisjon IKS

Cecil T. Aarstad

Cecil T. Aarstad
Revisjonsdirektør/
statsautorisert revisor

Postadresse: Lufthavn 10 4028 STAVANGER	Samrøpingsnr: Snr.no Postregionalnummer	Telefon: 40 01 52 00 Telefax: 40 01 47 09	Bankkonto: 2201 30 38262	Virksomhets nr: NO 987 053 503 MVA
---	---	--	-----------------------------	---------------------------------------

X skal fyllest ut
Skjema opplysninger

Tal på personer med psykisk utviklingshemming i kommunen pr. 01.01.2011*

Skjemaet skal fyllest ut i samsvar med rundskriv IS-3/2011, og brukes som grunnlag for elektronisk rapportering innen 11.4.2011: <https://nettpost.helseedrektoratet.no>

(Skjemaet og revisjon fråsegn skal gjerast tilgjengeleg for Helseedrektoratet ved etterspurnad)

Tal på personer med psykisk utviklingshemming 1. januar 2011	16 år og over 01.01.2011
	69
Tal på personer med psykisk utviklingshemming 1. januar 2011, etter revisjon	
	16 år og over 01.01.2011
X	69

Kommunenumr.:	x	1101
4 siffer (eks. 0111 - 3333)	x	EIGERSUND
Kommunenamn:	x	Postboks 580, 43% EIGERSUND
Adresse:	x	
Kontaktperson (bruk		JAN PETER NEILAND
bioktbokstav):	x	5146 80 84
Telefon:	x	
E-post adresse:	x	jan.petter.neiland@eigersund.kommune.no

Det blir med dette stadfesta at kommunen har eit register over personar med psykisk utviklingshemming som mottok tenester, er registrerte i IPLOS og har enkeltvedtak gyldig 1.1.2011, med heimel i Lov om sosiale tenester §§ 4-3 og 4-2 og /eller Lov om helsestenesta i kommunen § 1-3 andre ledd nr. 4 og 6 (helmesjukepleie, sjukeheim og buform med heildegne pleie og omsorg). Det blir og stadfesta at oppgitt tal på personar med psykisk utviklingshemming pr 1.1.2011 er i samsvar med dei reitingslinjer som er gitt i Rundskriv IS-3/2011, derunder revisjon.

x.....Kare Ingvik Helund
(Rådman, administrasjonssjef, evt. etatsjef)

x.....Eveland-Revisjon IKS
Revisor

* Dei kommunar som mottok vertskommunetilkot skal personar med psykisk utviklingshemming som danner grunnlag for tilskotet ikkje reknast med når kommunane sender inn denne rapporten.

HO Utvalget Felles brukerutvalg

Vår ref.: 11/14595 / 09/586 / FA-G20
Saksbehandler: Kåre Ingvær Helland
E-post: kaare.ingvar.helland@eigersund.kommune.no
Dato: 13.05.2011
Direkte telefon: 51 46 80 14 /
Deres ref.: /

Samhandlingsreformen i Eigersund. Status

HO Utvalget Felles brukerutvalg

Samhandlingsreformen i Eigersund, status

26.04.2011

Hovedutfordring i kommunesektoren er at ressursbruken er i verdenstoppen

- behovene vil øke
- ressursene vil avta
- handlingsrommet har vi nå – ikke senere

Arbeide for felles forståelse for status og utfordringer i 1. og 2.linjetjenesten

- felles ansvar for pasientene
- respekt for hverandres egenart
- stikkord: raushet
- dialog, tillit, kunnskap, kjennskap, felles verdier, vilje, ansvar, likeverdighet og gjensidighet

Styrke pasientopplevd kvalitet

- sikre at pasient og pårørende opplever en helsetjeneste som gir et sammenhengende pasientforløp, med pasientens ønsker, behov og verdighet i fokus
- finne rimelig ambisjonsnivå i forhold til den enkelte bruker

Forberedelse til Samhandlingsreformen i Eigersund kommune:

- Samarbeidet med SUS er utviklet bl.a. gjennom deltakelse i Samarbeidsutvalget, og gjennom avtaler mellom kommunen og SUS
- Man arbeider for å få høyere kompetanse i enhetene. Det trengs flere ansatte med fagutdanning, høyskoleutdanning og videreutdanning. Flere stillinger er omgjort til sykepleiere. 6 ansatte tar i 2010 utdanning til helsefagarbeider. 8 ansatte tar vernepleien. Det gis stipend for å få høyskoleutdannede studenter i helgestillinger og som

Besøksadresse: Beckmans gate 2, 4370 Egersund / Rådhuset 2.et.
Postadresse: Postboks 580, 4379 Egersund
E-postadresse: post@eigersund.kommune.no
Telefon: 51 46 82 40
Telefaks: 51 46 82 58
Org.nr.: 944 496 394

ferievikarer, i tillegg til at man da håper at de søker jobb når de er ferdig utdannet. Der er både høyskoleutdannede og fagarbeidere som tar videreutdanning innen bl.a. psykisk helsearbeid, lindrende omsorg og geriatri.

- Hospiteringsordning med SUS, både vår og høst
- Satsing på IKT
- Elektronisk pasientjournal er innført- verktøyet videreutvikles, CosDocopplæring tilbys
- Eigersund kommune er oppkoplet til Helsenetet, arbeider med å oppfylle Norm for informasjonssikkerhet i Helse sektoren- har 3 instruktører til videreformidling av Normen. Det planlegges opplæring til alle ansatte til høsten.
- Eigersund kommune var Samspillkommune ELIN-k, tester nå ut elektronisk meldingsutveksling mellom kommunens elektroniske pasientjournal og en fastlege, vil videreutføre dette til de andre legene.
- Enhetene har egne personer som har et spesielt ansvar innfor spesielle områder, slik som diabetes, kolls, IPLOS, lindrende omsorg, demens osv. Disse prioriteres spesielt ved tilbud om opplæring innenfor aktuelt område
- Ansatte har større kompetanse mht lindrende omsorg bla pga kreftsykepleiers tette oppfølging mellom pasienter, enheter, og 2.linjetjenesten, fører til at man er bedre rustet til å ivareta pasientgruppen i kommunen
- Fokus og opplæring mtp å oppfylle gjeldende lovverk, eks. Pasientrettighetsloven 4 A, Sosialtjenesteloven 4 A, Journalforskriften

Prosjektarbeid:

- Dalane LMS har arbeidet for å forberede samhandlingsreformen ved å ha felles kompetanseheving, mestingskurs, Kollskoffert, kreftpoliklinikk, direkteinnleggelse til 2 øst på dagtid hverdager
- 2 vest har vært i en stor utvikling de siste årene, man har fått økt kompetanse (mer legetilsyn, flere sykepleiere, og tettere samarbeid med fysio/ergo)
- Man tar imot utskrivningsklare pasienter tidligere enn før.
 - Årsak: bl.a. pga at man har tiltaks team to ganger i uken i stedet for en gang i uken.
 - Fleksibiliteten mellom 2 vest og 2 øst har økt pga Dalane LMS.
- Interkommunalt samarbeidsprosjekt palliasjon (sammen med 9 andre kommuner)
- Oppsøkende behandlingsteam Dalane (OBD)
- Innføring av Multidose
- Strategisk kompetansestyring (i regi av KS)
- Meldingsløftet, et samarbeid med Stavanger, Randaberg, Sola, Sandnes, Time Rennessøy og Hå kommune. Skal fokusere på utnyttelse av elektronisk meldingsutveksling mellom

Besøksadresse: Beckmans gate 2, 4370 Egersund / Rådhuset 2.et.
Postadresse: Postboks 580, 4379 Egersund, 4379 EIGERSUND
E-postadresse: post@eigersund.kommune.no Internett: www.eigersund.kommune.no

Telefon: 51 46 82 40
Telefaks: 51 46 82 58
Org.nr.: 944 496 394

kommunehelsejeneste og fastlege, kommune og sykehus og helsestasjon.

Kommunalsjef for levekår har nedsatt en arbeidsgruppe som består av Alf Tore Sæstad leder IBO, Wenche Høgshaug avdelingssykepleier 2 vest, Lise Ravneberg soneleder, Bjarne Rosenblad kommuneoverlege, Birger Christensen tillitsvalgt fastlege, Anne Brit W.Tengesdal helsefaglig ansvarlig. Arbeidsgruppen skal identifisere aktuelle arbeidsområder for å forbedre samhandlingsreformen best mulig.

Samhandlingsreformen innebærer at pasientstrømmen skal endres, og gruntenkningen må nå endres. Strategien i samhandlingsreformen er satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, satsing på habilitering og rehabilitering, brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp, forpliktende samarbeidsavtaler. *En større del av helsejenestene ytes av kommunehelsejenesten.* Det vil si den nye helselovgivningen vil gi kommunene hovedansvaret for befolkningen. Arbeidsgruppen må identifisere forventninger og krav til kommunen. Arbeidsgruppens fokus vil være å finne svar på følgende spørsmål: *Hva betyr samhandlingsreformen for Eigersund kommune de neste tre årene?* Det synes nyttig å identifisere områder, og lage små prosjekter vedr. det man skal samhandle om. Man må identifisere hvilken kompetanse som trengs.

Med vennlig hilsen

Kåre Ingvar Hølland
Kommunalsjef levekår

Dok.nr	Tittel på vedlegg
174693	



EIGERSUND KOMMUNE

Felles brukerutvalg

Utvalg:	Felles brukerutvalg		
Møtedato:	23.03.2011	Møtested:	Formannskapssalen
Tidspunkt - fra:	09:00	Tidspunkt - til:	13:15
Sak - fra / til:	006/11 - 013/11		

Følgende medlemmer møtte:

bru - Schneiderit, Else Marie (Utvalgsleder)
bru - Inger Marie Rodvelt Svindland (Medlem)
bru - Johansen, Solveig (Medlem)
bru - Berntzen, Luisa M. Mairena (Medlem)
bru - Sahlisten, Hans Kristian (Nestleder)
FRP - Havså, Arnfinn (Medlem)
AP - Vanglo, Inghild (Medlem)
bru - Endresen, Ommund (Medlem)

Følgende medlemmer hadde forfall:

bru - James Bawi Hnin Hrang Mang (Medlem)

Følgende varamedlemmer møtte:

bru - Akalp, Veli (varamedlem)

Følgende varamedlemmer møtte i enkeltsak(er):

Følgende fra administrasjonen/andre møtte:

Plansjef Dag Kjetil Tonheim. Prospektleder Johannes Bergsaker-Aspøy og avd. sjef Mariann Svanes fra Dalane Lokalmedisinske senter.

Merknader til møtet:

- Fra kl. 09.00 - 10.00: Orientering om Dalane Lokalmedisinske senter og kols-kofferten ved prospektleder Johannes Bergsaker-Aspøy og avd. sjef Mariann Svanes.
- Sak 11/11 - Tildeling av tilgjengelighetspris for Eigersund kommune 2010 - er unnatt offentlighet og finnes i eget protokollvedlegg som er unnatt offentlighet (jnr.: 11/9193)

Else Marie Schneiderit
Utvalgsleder

Randi S. Haugstad
Utvalgssekretær

Utvalgets faste medlemmer/varamedlemmer:

Fra seniorrådet:

- Else Marie Schneiderit
- Inger Marie Rodvelt Svindland
- Solveig Johansen.

Varamedlemmer i rekkefølge:

1. Håkon Tengedal
2. Leif G.B. Skandsen
2. Olav Lindø
3. Bolette Risa
4. Nils Bakka
5. Birgit Hestnes

Fra råd for funksjonshemmede:

- Hans Kristian Sahlisten.
- Ommund Endresen.

Varamedlemmer i rekkefølge:

1. Lillian Ege.
2. Birger Aam
3. Ragnhild K. Pettersen
4. Ivar Henry Mong

Fra innvandrere/flyktninger:

- James Bawi Hnin Hrang Mang
- Luisa M. Mairena Berntzen

Varamedlemmer i rekkefølge:

1. Solomon Phun Uk
2. Veli Akalp

Politisk valgte representanter:

- Inghild Vanglo (AP)
 - Arnfinn Havså (FrP)
- Varamedlemmer i rekkefølge:
1. Edmund Iversen (KrF)
 2. Sissel Vollås (AP)
 3. Bjørn Arild Amundsen (FrP)

----0----

Saksliste:

Sak nr.	Sakstittel	L
006/11	Eigersund kommunes tiltaksplan mot mobbing	
007/11	Godtgjørelse til felles brukerutvalg.	
008/11	Godkjenning av protokoll fra felles brukerutvalgs møte 26.01.11	
009/11	Forsterket avdeling - Lagård ungdomsskole	
010/11	Ordensreglement for grunnskolen i Eigersund	
011/11	Tildeling av tilgjengelighetspris for Eigersund kommune 2010	
012/11	Referatsaker til felles brukerutvalgs møte 23.03.11	
013/11	Spørsmål/orienteringer i felles brukerutvalgs møte 23.03.11	

Rådmannens forslag til vedtak 07.02.2011:

Kultur- og oppvekstutvalget innstiller til kommunestyret:

1. Eigersund kommune gir sin tilslutning til foreslåtte tiltaksplan mot mobbing, og oppfordrer skolene til fortsatt å arbeide systematisk og målrettet mot mobbing i skolen etter de retningslinjer planen gir.
2. Eigersund kommune vil spesielt ha fokus på mobbing via ny teknologi, digital mobbing.
3. Eigersund kommune slutter seg til samarbeidet, Manifest mot mobbing.

17.02.2011 Kultur- og oppvekstutvalget

Møtebehandling:

- Nytt dokument i saken:
 - Skriv fra levekårssjefen, datert 17.02.11, vedr. oversikt over antall mobbesaker der foreldre/foresatte er inne i bildet. (Inn.:11/5111)

KJETIL BENTSEN (H) foreslo:

"Planen tas opp i alle overnevnte fora årlig for eventuell revidering, og for å få et eierforhold til planens innhold."

CAMILLA REFSLAND (H) foreslo følgende nytt pkt. 11.

"Vedtatt i sak 060/10 "skolen prøver å finne løsninger som i sterkere grad ivaretar mobbeofferets interesser. Det må i større grad forsøkes å flytte mobberen til en annen skole."

BENTE S. GUNVALDSEN (KRF) foreslo:

"MALSETTINGER:

Pkt 2. Skolen skal ha rutiner som skal avdekke om mobbing foregår.

FOREBYGGING ARBEID:

Den enkelte skal utarbeide

NÅR MOBBING HAR SKJEDD:

7. Skolen skal ha en plan

Resultatene fra skolens årlige trivselsundersøkelse legges frem for FAU/SU samt kommunen utvalg for oppvektsaker."

Voting:

Bentsens forslag enstemmig vedtatt.

Refslands forslag vedtatt med 6 stemmer mot 5 stemmer. (AP+SP+V)

Gunvaldsens forslag enstemmig vedtatt.

Rådmannens forslag enstemmig vedtatt.

KUO-001/11 Vedtak:

Kultur- og oppvekstutvalget innstiller til kommunestyret:

1. Eigersund kommune gir sin tilslutning til foreslåtte tiltaksplan mot mobbing, og oppfordrer skolene til fortsatt å arbeide systematisk og målrettet mot mobbing i skolen etter de retningslinjer planen gir med følgende tillegg:

- a) Planen tas opp i alle overnevnte fora årlig for eventuell revidering, og for å få et eierforhold til planens innhold.
- b) Vedtak i sak 060/10 "skolen prøver å finne løsninger som i sterkere grad ivaretar mobbeofferets interesser. Det må i større grad forsøkes å flytte mobberen til en annen skole.
- c) MALSETTINGER: Pkt 2. Skolen skal ha rutiner som skal avdekke om mobbing foregår.
- d) FOREBYGGING ARBEID: Den enkelte skal utarbeide
- e) NÅR MOBBING HAR SKJEDD:

7. Skolen skal ha en plan

Resultatene fra skolens årlige trivselsundersøkelse legges frem for FAU/SU samt kommunen utvalg for oppvektsaker."

2. Eigersund kommune vil spesielt ha fokus på mobbing via ny teknologi, digital mobbing.
3. Eigersund kommune slutter seg til samarbeidet, Manifest mot mobbing.

Vedtaket stemmetall fremgår av voteringen.

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

INGHILD VANGLO (AP) foreslo:

"Saken sendes tilbake til administrasjonen for å innarbeide følgende:

1. Kommunestyrets enstemmige vedtak i sak 40/10 punkt 5, tiltak mot mobbing innarbeides i sin helhet i tiltaksplan mot mobbing, herunder pålegget om å utarbeide felles konkrete rutiner for alle skoler.
2. I administrasjonens rapportering om mobbing skal de prosentvise tallene som fremgår av den årlige trivselsundersøkelsen blant elevene konkretiseres til antall elever som opplever mobbing, og dette skal vurderes opp mot antall registrerte saker totalt i skolene.
3. Det presiseres tydeligere i tiltaksplan mot mobbing at det er nulltoleranse overfor mobbing.
4. Det konkretiseres at tilfeller av mobbing skal registreres i kommunens avvikssystem Qm+.
5. I forslag til vedtak oppfordres rådmannen til å pålegge, og ikke kun oppfordre, skolene å arbeide systematisk og målrettet mot all form for mobbing."

Voting:

Vanglos forslag enstemmig vedtatt mot 0 stemmer for rådmannens innstilling.

BRU-006/11 Vedtak:

Saken sendes tilbake til administrasjonen for å innarbeide følgende:

1. Kommunestyrets enstemmige vedtak i sak 40/10 punkt 5, tiltak mot mobbing innarbeides i sin helhet i tiltaksplan mot mobbing, herunder pålegget om å utarbeide felles konkrete rutiner for alle skoler.
2. I administrasjonens rapportering om mobbing skal de prosentvise tallene som fremgår av den årlige tilsynsundersøkelsen blant elevene konkretiseres til antall elever som opplever mobbing, og dette skal vurderes opp mot antall registrerte saker totalt i skolene.
3. Det presiseres tydeligere i tiltaksplan mot mobbing at det er nulltoleranse overfor mobbing.
4. Det konkretiseres at tilfeller av mobbing skal registreres i kommunens avvikssystem Qm+.
5. I forslag til vedtak oppfordres rådmannen til å pålegge, og ikke kun oppfordre, skolene å arbeide systematisk og målrettet mot all form for mobbing.

Vedtaket stemmetall fremgår av voteringen.

007/11: Godtgjørelse til felles brukerutvalg.

Rådmannens forslag til vedtak 08.03.2011:

Saken legges frem uten innstilling.

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

ARNFINN HAVSØ (FRP) foreslo:

"Felles brukerutvalg mener at utvalgets honorar bør justeres til kategori 2 (K, KON, HO, KUO, H). Dette i forhold til antall saker, antall møter og tidsbruken på møtene.

Saken ble første gang fremmet 14.10.2010, det vil si at det har tatt ½ år for å behandle en så viktig sak."

INGHILD VANGLO (AP) foreslo:

"Tillegg til Havsøs forslag:

Det settes nå i gang arbeid med å revidere godtgjørelse for alle politiske utvalg. Resultatet av dette arbeidet gjøres gjeldende for resten av denne periode og for neste periode."

Votering:

Havsøs forslag med Vanglos tillegg enstemmig vedtatt.

BRU-007/11 Vedtak:

1. Felles brukerutvalg mener at utvalgets honorar bør justeres til kategori 2 (K, KON, HO, KUO, H). Dette i forhold til antall saker, antall møter og tidsbruken på møtene.

Saken ble første gang fremmet 14.10.2010, det vil si at det har tatt ½ år for å behandle en så viktig sak.

2. Det settes nå i gang arbeid med å revidere godtgjørelse for alle politiske utvalg. Resultatet av dette arbeidet gjøres gjeldende for resten av denne periode og for neste periode.

Vedtaket er enstemmig.

008/11: Godkjenning av protokoll fra felles brukerutvalgs møte 26.01.11

Forslag til vedtak 28.02.2011:

Protokoll fra felles brukerutvalgs møte den 26.01.11 godkjennes.

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

Votering:

Protokollen enstemmig godkjent.

BRU-008/11 Vedtak:

Protokoll fra felles brukerutvalgs møte den 26.01.11 godkjennes.

Vedtaket er enstemmig.

009/11: Forsterket avdeling - Lagård ungdomsskole

Rådmannens forslag til vedtak 21.02.2011:

1. Arbeidsgruppens rapport og forslag tas til etterretning
2. Sak vedrørende økonomiske og praktiske konsekvenser legges fram for KUO våren 2012

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

BRU-009/11 Vedtak:

1. Arbeidsgruppens rapport og forslag tas til etterretning
2. Sak vedrørende økonomiske og praktiske konsekvenser legges fram for KUO våren 2012

Vedtaket er enstemmig.

010/11: Ordensreglement for grunnskolen i Eigersund

Rådmannens forslag til vedtak 01.03.2011:

Felles brukerutvalg innstiller til Kultur- og oppvekstutvalget: Ordensreglement for grunnskolen i Eigersund vedtas.

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

Voterling:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

BRU-010/11 Vedtak:

Felles brukerutvalg innstiller til Kultur- og oppvekstutvalget:

Ordensreglement for grunnskolen i Eigersund vedtas.

Vedtaket er enstemmig.

011/11: Tildeling av tilgjengelighetspris for Eigersund kommune 2010

Rådmannens forslag til vedtak 09.03.2011:

Saken forelegges felles brukerutvalg uten innstilling fra rådmannen. Bakgrunnen for dette er at felles brukerutvalg ifølge kriteriene for tilgjengelighetsprisen er tillagt oppgaven med å velge vinner av denne prisen på selvstendig grunnlag. I tillegg er de ulike forslagene til kandidater unntatt offentlighet frem til prisen er overrakt prisvinneren.

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Saken er unntatt offentlighet og utvalgets behandling/vedtak finnes i eget protokollvedlegg unntatt offentlighet (jnr.:1/9193)

012/11: Referatsaker til felles brukerutvalgs møte 23.03.11

Referatsaker som legges frem for utvalget 08.03.2011:

Sakene legges frem uten innstilling/merknad fra administrasjonen.

Nr	Dok.ID	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	11/5442	U 21.02.2011	Div. mottakere	Høring og offentlig ettersyn - revidering av kommuneplan for Eigersund kommune 2011 - 2022
2	11/6169	I 23.02.2011	Prosjektil	Detailreguleringsplan for del av Maurtolen
3	11/3947	I 28.01.2011	Kristiansen & Selmer-Olsen AS	Melding om forslag til endring av reguleringsplan for Leiland, gnr. 7 bnr. 20, 27 mfl.
4	11/220	S 01.02.2011		Reguleringsendring for del av Fiskarvik, Eigerøy - Svanen AS 1. gangsbehandling
5	10/30094	S 04.01.2011		Reguleringsendring Halsen hyttefelt gnr. 27 bnr. 18 - renseanlegg - Svåvatnet
6	11/5244	I 16.02.2011	Fylkets Eldreråd	Referat fra konferanse for kommunale elderråd 25.01.11
7	11/3030	I 31.01.2011	Lund kommune	Lund kommune - møteinnkalling til råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne 01.02.11
8	11/3127	U 21.02.2011	FFO Rogaland; SAFO Vest	Oppnevning av brukerrepresentanter til felles brukerutvalg for perioden 2011 - 2015
9	11/5418	U 21.02.2011	Div. mottakere	Oppnevning av brukerrepresentanter til felles brukerutvalg for perioden 2011 - 2015
10	11/5120	U 17.02.2011	Luisa M. Mairena Berntzen	Oppnevning til politiske utvalg pga fritak
11	11/4599	U 17.02.2011	Veil Akalp	Oppnevning til politiske utvalg pga fritak
12	11/6563	U 02.03.2011	36 mottakere...	Forespørsel - reguleringsendring Havnegården, Strandgaten - flytting av fortau og kjørevei

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

- Nye dokumenter i saken:
 - RS 13: Kunngjøring - reg. endring Indre Vågen - Eieåna. Private og offentlige, (jnr.:1/7615)
 - RS 14: Reg. endring Indre Vågen - Eieåna - byggeplan, ny avkjørsel, utfyllingsgrense - ettersending av vedtatte bestemmelser (jnr.:1/7686)
 - RS 15: Ettersending av dokument i forbindelse med revidering av kommuneplan for Eigersund kommune 2011-2022 (jnr.:1/7819)

-----0-----

ELSE MARIE SCHNEIDERIT (brukerrepr.) foreslo:
"Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken."

Voterings:
Schneiderits forslag enstemmig vedtatt.

-----0-----
Felles brukerutvalg hadde ingen merknader til de øvrige referatsakene.
-----0-----

BRU-012/11 Vedtak:

Høring og offentlig ettersyn - revidering av kommuneplan for Eigersund kommune 2011 - 2022
Felles brukerutvalg tar kommuneplanen til etterretning med følgende:

- Det er viktig å finne en fornuftig tilnærming til universell utforming i bevaringsområdene i den enkelte sak. Muligheten for å få til god tilgjengelighet vil variere og en vil i en del saker måtte akseptere at universell utforming ikke er mulig å få til fullt ut for alle grupper på grunn av vernehensyn i bevaringssonene. En må i slike tilfeller vurdere alternative løsninger, herunder ringeklokker etc.

Detailreguleringsplan for del av Maurholen
Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken.

Melding om forslag til endring av reguleringsplan for Leidland, gnr. 7 bnr. 20, 27 mfl.
Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken.

Reguleringsendring for del av Fiskarvik, Elgerøy - Svanen AS 1. gangsbehandling
Felles brukerutvalg ber om at følgende tas inn i bestemmelsene:

- Det må innarbeides krav om at det skal etableres heisordning på kaien i tilknytning til småbåthavnen.

Dette for at bl.a. rullestolbrukere skal ha adgang til båt.

Reguleringsendring Halsen hyttefelt gnr. 27 bnr. 18 - renseanlegg - Svåvatnet
Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken.
Vedtaket er enstemmig.

HANS KRISTIAN SAHLSTEN (brukerrepr.) foreslo:
"Felles brukerutvalg tar kommuneplanen til etterretning med følgende:

- Det er viktig å finne en fornuftig tilnærming til universell utforming i bevaringsområdene i den enkelte sak. Muligheten for å få til god tilgjengelighet vil variere og en vil i en del saker måtte akseptere at universell utforming ikke er mulig å få til fullt ut for alle grupper på grunn av vernehensyn i bevaringssonene. En må i slike tilfeller vurdere alternative løsninger, herunder ringeklokker etc."

Voterings:
Enstemmig vedtatt.

2 Detailreguleringsplan for del av Maurholen

ELSE MARIE SCHNEIDERIT (brukerrepr.) foreslo:
"Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken."

Voterings:
Schneiderits forslag enstemmig vedtatt.

-----0-----

3 Melding om forslag til endring av reguleringsplan for Leidland, gnr. 7 bnr. 20, 27 mfl.

ELSE MARIE SCHNEIDERIT (brukerrepr.) foreslo:
"Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken."

Voterings:
Schneiderits forslag enstemmig vedtatt.

-----0-----

4 Reguleringsendring for del av Fiskarvik, Elgerøy - Svanen AS 1. gangsbehandling

INGHILD VANGLO (AP) foreslo:
"Felles brukerutvalg ber om at følgende tas inn i bestemmelsene:

- Det må innarbeides krav om at det skal etableres heisordning på kaien i tilknytning til småbåthavnen.
- Dette for at bl.a. rullestolbrukere skal ha adgang til båt."

Voterings:
Enstemmig vedtatt.

-----0-----

Spørsmål/orienteringer i møtet 23.03.2011:

23.03.2011 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

- INGER MARIE RODVELT SVINDLAND (brukerrepr.) hadde fått en henvendelse fra en pensjonistforening om at arrangementer for eldre bør foregå innendørs. Viser til arrangementet når det gjalt den internasjonale eldredagen (01.10.).
- INGILD VANGLO (AP) viste til Ommund Endresens spørsmål i forrige brukerutvalgs møte, hvor han stilte spørsmål om hvordan det gikk med telesyningen i Kulturhuset. Hun orienterte fra et skriv/henvendelse hun hadde fått fra administrasjonen. Dette var et mangelfullt svar, så Vanglo følger opp saken – og tar kontakt med Jarle Hovland.
- INGILD VANGLO (AP) viste til forrige møte i brukerutvalget den 26.01.11 hvor det ble gjort et vedtak om at brukerutvalget ønsker en sak på bruken av Lundeåne bo- og servicesenter til aktivitetssenter.

Det gjøres en puring til administrasjonen på dette vedtaket.

- ELSE MARIE SCHNEIDERIT (brukerrepr.) orienterte fra en e-post fra rådmannen om hvor langt referansegruppen for universell utforming hadde kommet, samt en e-post fra kommunalsjef for levekår om hva eldremillarden brukers til.
 - ELSE MARIE SCHNEIDERIT (brukerrepr.) orienterte om Sokndal kommunes invitasjon vedr. fellesmøte torsdag 24.03.11. Denne invitasjonen er ikke mottatt før et par dager før møtet avholdes, og den er derfor ikke lagt ved innkallingen som en referatsak. Else Marie deltar.
 - LUISA M. MAIRENA BERNTZEN (brukerrepr.) hadde fått spørsmål fra flyktningene fra Eritrea som lurte på hva de kan gjøre etter endt skolegang. Det er usikkert angående arbeidssituasjonen.
- Brukerutvalget ber om at kommunalsjef for levekår deltar i neste møte for å gi informasjon på denne henvendelsen.

Rådets medlemmer 2007 - 2011

Fra seniorrådet:

- **Eise Marie Schneiderelt (leder)**
Fagforbundet Dalane
- **Inger Marie Rodvelt Svindland**
Eigersund kommunes pensjonistfor.
- **Solveig Johansen**
Fagforbundet Dalane

Fra råd for funksjonshemmede:

- **Hans Kristian Sahlsten (nestleder)**
Dalane astma- og allergiforening
- **Ommund Endresen**
Dalane hørsellag

Fra innvandrere/flyktninger:

- **James Bawi Hnin Hrang Mang**
(Chingruppen)
- **Siriphan Lien**
(Thaikvinnene)

Politisk valgte representanter:

- **Inghild Vanglo**
(Arbeiderpartiet)
- **Arnfinn Havso**
(Fremmskrittspartiet)

-----0-----

Varamedlemmer, seniorrådet:

1. Håkon Tengesdal
2. Leif G.B. Skandsen
3. Olav Lindø
4. Bolette Risa
5. Nils Bakka
6. Birgit Hestnes

Varamedlemmer, flyktninger:

1. Solomon Phun Uk
2. Kittima Merkesdal

Varamedlemmer, råd for funksjonshemmede:

1. Lilian Ege.
2. Birger Aam
3. Ragnhild K. Pettersen
4. Ivar Henry Mong

Varamedlemmer, politikere:

1. Edmund Iversen (KrF)
2. Sissel Voiås (AP)
3. Hans Merkesdal (FrP)



Eigersund



Årsmelding 2010.

**Felles
brukerutvalg**

Kontaktinformasjon

Adresse:

Politisk sekretariat v/ sekretær Randi Haugstad
Postboks 580, 4379 Eigersund

Telefon: 51 46 80 24 – 489 98 284

Epost: randi.haugstad@eigersund.kommune.no

I begynnelsen av året ble seniorrådet, som ble lovfestet fra 1992, og råd for funksjonshemmede, som ble opprettet i mai 2000 og som er et rådgivende organ for kommunen, slått sammen med råd for flyktninger og innvandrere. Det nye navnet er Felles brukerutvalg.

Utvalget er et rådgivende organ som skal stimulere til kreativitet og kvalitet på tjenester og bidra med engasjement og medvirkning. Det har spesielt ansvar for å uttale seg i saker som gjelder funksjonshemmede, seniorer og innvandrere/flyktninger sine levekår. Det gjelder blant annet tilkomst, deltakelse og arbeid mot diskriminering.

Utvalget kan også ta opp saker på eget initiativ.

Utvalget følger møteplanen for de fastsatte møtene i kommunen.

Utvalget har viktige oppgaver som å arbeide for et sentrumsnært aktivitetssenter. Vi har også som oppgave å arbeide for at behovene for de funksjonshemmede blir tilstrekkelig ivarettatt i forbindelse med kommunal planlegging og saksbehandling.

Det er derfor viktig at en vurdering av sakens og planens relevans, i forhold til eldre og funksjonshemmedes behov inngår som et fast element i det løpende arbeid i alle avdelinger.

Det oppleves positivt at utvalget får samtlige reguleringsaker til uttalelse, og med god hjelp og orientering fra plansjef Dag Kjetil Tonheim, gjøres sakene lettere forståelige.

Det er nå kommet i lovs form om universell utforming. Likevel er det viktig å påse at det er tilpasset og tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede. Medlemmer av felles brukerutvalg blir også invitert til å delta i byggekomitèmøter vedrørende nybygg og ombygging av kommunale boliger og lokaler.

Felles samling i Dalane

Brakerutvalgene i Dalanekommunene samles to ganger i året til dagsmøter. Her diskuteres aktuelle temaer om det som skjer i den enkelte kommune. I år har disse møtene vært avholdt i Bjerkreim og Sokndal.

Internasjonal eldredag

Den internasjonale eldredagen 1.oktober, ble i år lagt utendørs til Vannbassengene. Dessverre ble der veldig vind, slik arrangementet ble noe avkortet. Ved hjelp fra Kulturetaten, Per Sandal v/Dalane Friluftsråd, elever fra helse- og sosialfag v/Dalane videregående skole og kjøkkenet på Lagård Sjukeheim ble det likevel bra.

Hans Petter Hansen laget med sin sang og musikk en fantastisk stemning, ledsaget av tretoppenes vindsus.

Tror likevel at årets markering bør legges til Samfunnshuset på Helleland, slik at flest mulig kan delta.

Rådets møtevirksomhet og saksomfang

Felles brukerutvalg har avholdt 7 ordinære møter, og 4 ekstraordinære møter. Det er behandlet 55 ordinære saker, og 110 referatsaker. Alle reguleringssakene som utvalget blir bedt om å avgi høringsuttalelse i, blir satt opp som referatsak.

Årsmeldingen ble enstemmig vedtatt på møtet 27.04.11.

Felles brukerutvalg har avgitt uttalelser, samt behandlet følgende saker:

- Detaljbudsjett 2010 - Kultur og oppvekst.
- Detaljbudsjett 2010 - Helse og omsorg.
- Tiltak for førskolebarn med nedsatt funksjonsevne.
- Høring- Regionalplan for et inkluderende samfunn med handlingsdel.
- Plan for den kommunale voksenopplæring 2010 - 2013.
- Budsjett Kulturavdelingen 2009 - 2010
- Plan for kultur, idrettsanlegg og fysiske aktiviteter. 2010 - 2020.
- Livskvalitet og kultur i sykehjem.
- Brukerstyrt personlig assistanse
- Eldrepolitisk program for Rogaland 2010 - 2012
- Utvidelse av uteserveringsområde.
- Økonomirapport Eigersund Kommune, perioden jan. april 2010.
- Prosjekt driftstilpasninger og organisasjonsgjennomgang
- Rusomsorgstjenesten i Eigersund Kommune.
- Barnefattigdom i Eigersund.
- Temaplan for skole
- Arbeidet med universell utforming i Eigersund kommune
- Bompenger i Dalane. Plassering av bomstasjon, fakta m.v.
- Revidering av kommuneplan for Eigersund Kommune 2011 - 2022.
- Økonomirapport i Eigersund Kommune - Jan. - August 2010
- Fremtidig personaldækning av Eigersund Legevakt.
- Interkomm. samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger.
- Evaluering, politisk struktur 2007 - 2011
- Orientering om KID prosjektet v. Knut P. Froestad
- Nasjonale prøver 2009
- Status Eigersundshallen [ang. universell utforming]
- Budsjett 2011 - Økonomiplan 2011 - 2014
- Skoletilhørighet- fordeling av elever i sentrum
- 2011 - Bosetting av flyktninger.
- Pasientreiser - SUS
- Sluttrapport Sentraladministrasjonen - stillingsreduksjon 2011

Oversikt over faste medlemmer i helse- og omsorgsutvalget for perioden 2007 - 2011

Helse- og omsorgsutvalget		11 representanter			E-post adresse
Leder: Kjell Fredriksen	Lyngveien 48	4370	EGERSUND	FRP	ahrem@dabb.no
Nestleder: Arne Geir Ege	Gamle Eigesveien 313	4375	HELLVIK	KRF	Arne.Geir.Ege@rogfk.no
Arbeiderpartiet	3 representanter				
Ruth Kari Ludvigsen Fiske	Gåsungeveien 13	4370	EGERSUND	AP	ruthkari.ludvigsen@dabb.no
Odd Stangeland	Løvenborgveien 22	4370	EGERSUND	AP	odd-stangeland@c2i.net
Erik Ludvigsen	Fjellveien 24	4370	EGERSUND	AP	erik.ludvigsen@dabb.no
Fremskrittspartiet	2 representanter				
Kjell H. Fredriksen	Lyngveien 48	4370	EGERSUND	FRP	ahrem@dabb.no
Svein Erik Madland	Vadlåsveien 2	4370	EGERSUND	FRP	er-madl@online.no
Høyre	2 representanter				
Bjørn Carlsen	Tråsavigveien 37	4375	Hellvik	H	bjorn.carlsen@dabb.no
Olaug Nordeide	Rundevollsveien 50	4370	EGERSUND	H	olaug.nordeide@gmail.com
Kristelig Folkeparti	2 representanter				
Arne Geir Ege	Gamle Eigesveien 313	4370	EGERSUND	KRF	arne.geir.ege@dalane.vgs.no
Anja Tingbø Omdal	Øygreisveien 116	4370	EGERSUND	KRF	anja.t.omdal@c2i.net
Senterpartiet	1 representanter				
Ester Ørsland	Sokndalsveien 530	4370	EGERSUND	SP	ester.oersland@hotmail.com
Venstre	1 representanter				
Anne Margrete Herigstad	Bowitzbakken 4	4370	EGERSUND	V	anne.margrete.herigstad@eigersund.kommune.no

À jour: 16.05.2011

Politisk sekretariat

Sekretariatet har bl.a ansvaret for å yte service til kommunens folkevalgte, og har også sekretariatsfunksjonene for Kommunestyret, Formannskapet, Miljøutvalget, Kultur- og oppvekstutvalget, Helse- og omsorgsutvalget, Administrasjonsutvalget, Felles brukerutvalg og Særskilt klagenemnd.

Det er politisk sekretariat som har det praktiske ansvaret for oppsett av sakslister, utsendelse av saksdokumenter, protokoll m.m.

Ønsker du kopi av saksdokumenter til noen av sakene i kommunestyret, formannskap eller noen av utvalgene, evt at du har andre spørsmål angående politiske utvalg, kan du kontakte oss i sekretariatet.

Du finner også saksdokumenter til det enkelte møte på kommunens nettsider

www.eigersund.kommune.no/politisk/ under Saksdokumenter til politiske utvalg (med vedtak) Her kan du gå inn på den enkelte sak (uten vedlegg) eller gå inn i en stor (pdf) fil med de komplette saksdokumenter med samtlige vedlegg.

Faglige spørsmål om enkelte saker bør rettes til den enkelte saksbehandler. Dersom du ikke vet hvem som er saksbehandler, vil vi hjelpe deg frem til rette vedkommende.

Organisatorisk ligger politisk sekretariat i *Seksjon interne tjenester i Sentraladministrasjonen*, men ordføreren har instruksjonsrett overfor sekretariatet.

I sentraladministrasjonen ligger også overformyndieret som er det politiske organ som forvalter umyndige personers økonomi. Dette er politisk ledet av to folkevalgte og har egen sekretær.

Styret for Eigersund Havn KF har sin sekretariatsfunksjon hos havnesjefen, som holder til i Havnebygget i Strandgt 2.

Kontrollutvalget har sin sekretariatsfunksjon hos Deloitte Advokatfirma AS – Stavanger.

Adresse / telefonnr. m.m.

Postadresse:

Politiske sekretariat, Eigersund kommune
Postboks 580, 4379 Eigersund

Besøksadresse:

Rådhusets 4 etasje, Bøckmans gate 2, 4270 Eigersund.

Telefaks:

51 46 80 97

Navn	Direkte telefon	E-post	Sekretær for utvalg
Sekretariatsleder Leif E Broch	51 46 80 23 / Mobil: 908 81 568	leif.broch@eigersund.kommune.no	Kommunestyre, Formannskap, Særskilt klagenemnd.
Politisk sekretær Randi Haugstad	51 46 80 24 Mobil: 489 98 284	randi.haugstad@eigersund.kommune.no	Miljøutvalget, Felles brukerutvalg. Arbeidsmiljøutvalget,
Politisk sekretær Målfrid Espeland	51 46 80 25 Mobil: 489 98 717	maalfrid.espeland@eigersund.kommune.no	Kultur og oppvekstutvalget, helse- og omsorgsutvalget.
Politisk sekretær Irene Randen	51 46 80 45 Mobil: 489 98 285	irene.randen@eigersund.kommune.no	Administrasjonsutvalget, gjeldsrådgivning, avlønning og økonomi.

Andre politiske utvalg/organ som ikke har sekretariatsfunksjon hos politisk sekretariat.

Ingrid Bergum	51 81 56 39	kontrollutvalget@eigersund.kommune.no	Kontrollutvalget
Knut Seglem	51 46 83 61	knut.seglem@eigersund.havn.no	Sekretær for styret for Eigersund havn KF
Sekretær Ingebjørg Hestnes	51 46 80 17	ingebjorg.hestnes@eigersund.kommune.no	Sekretær for overformyndieret

Ajour: 02.03.11