

STYRINGSDOKUMENT 2002

HELSE NSS HF

**Befolkningen vil bo i Nord-Norge
- pasientene foretrekker spesialisthelsetjenestene i Helse Nord!**

Vedtatt i styret for Helse Nord RHF 22. januar 2002

INNHOLDSFORTEGNELSE

Kapittel 1.	STYRINGSKONTRAKTENS FORMÅL OG STATUS.....	3
Kapittel 2.	VISJON / OVERORDNET MÅLSETTING.....	3
Kapittel 3.	PRIORITERTE INNSATSOMRÅDER GENERELT OG SPESIFIKKE KRAV FOR HELSE NSS HF I 2002.....	4
3.1.	Prioriterte innsatsområder for Helse Nord i 2002	4
3.1.1	Ledelse og organisasjonsutvikling	4
3.1.2	Ventetider, - tilgjengelighet og informasjon	4
3.1.3	Driftsanalyser og –omlegging	5
3.1.4	Rekruttering og stabilisering av kjernekompetanse	5
3.1.5	Brukertilfredshet og brukervedvirkning.....	6
3.1.6	Kommunikasjon og felles IT-løsninger.....	6
3.1.7	Kvalitetsarbeid og registrering av aktivitet	6
3.1.8	Samarbeid med primærhelsetjenesten	7
3.1.9	Ambulans- og nødmeldetjenester	7
3.1.10	Psykiatri.....	7
3.1.11	Kreftutredning og -behandling	7
3.1.12	Utdanning	8
3.1.13	Forskning.....	8
3.2.	Spesifikke krav Helse NSS HF.	8
Kapittel 4.	ETABLERING AV NY HELSEFORETAKSSTRUKTUR.....	9
4.1	Ny helseforetaksstruktur – premisser	9
4.2	Organisering av helseforetaksledelse.....	9
4.3	Organisering og ledelse av klinisk virksomhet.	9
4.4	Organisering og ledelse av stabs- og støtte funksjoner i helseforetakene.....	10
Kapittel 5.	ØKONOMI – NETTO INNTEKTSRAMMER HELSE NSS HF	10
5.1	Generelle forutsetninger	10
5.2	Metode.....	11
5.3	Lønnsoppgjør	13
5.4	Tidligere øremerkinger.....	13
5.5	Effektiveringskrav	14
5.6	Inntektsramme for Helse NSS HF.....	15
Kapittel 6.	INVESTERINGER.....	15
6.1	Generelt - investeringer	15
6.2	Investeringer til bygg – Helse NSS HF	16
6.3	Investeringer til utstyr – Helse NSS HF.....	16
Kapittel 7.	RAPPORTERING OG RESULTATOPPFØLGING	17

Kapittel 1. STYRINGSDOKUMENTETS FORMÅL OG STATUS.

Helse Nord RHF, som eier av helseforetaket, fastsetter gjennom dette dokument mål, rammer, premisser og resultatkrav samt hvilke økonomiske midler som stilles til disposisjon for helseforetaket. Det formelle grunnlag er helseforetakslovens §§ 15 og 16. første ledd, styringsdokument fra Helsedepartementet til Helse Nord RHF og vedtekter.

Helsedepartementet (HD) sitt styringsdokument angir en rekke styringssignaler og prioriterte innsatsområder. Det som imidlertid er av særlig betydning for Helse Nord sitt budsjettmessige utgangspunkt er kravet om å stabilisere aktivitetsnivået på linje med 2001, og å iverksette tiltak for å bedre kostnadseffektiviteten. Intensjonen i førstnevnte er også utvilsomt primært å bidra til kostnadskontroll.

Dette har særlig sin bakgrunn i en kraftig kostnadsvekst i sektoren de siste årene, parallelt med en betydelig aktivitetsvekst. Denne aktivitetsveksten har skjedd til stadig økende marginalkostnad, og følgelig til fallende kostnadseffektivitet.

Helseforetakets formål og oppgaver er hjemlet i helseforetaksloven og vedtekter, samt de lover og forskrifter som regulerer spesialisthelsetjenesten. Det vises også til styrets beslutning om helseforetaksstruktur og de forutsetninger som ligger til grunn for hvilke oppgaver som skal løses hvor i 2002.

Helse Nord RHF vil særlig understreke nødvendigheten av en samlet sett best mulig oppgaveløsning i helseforetaket. Dette innebærer at de totale ressurser en rår over, inkludert private spesialisthelsetjenestetilbud som drives i form av avtaler med det offentlige, skal bidra til at vi får et helhetlig helsetjenestetilbud med god kvalitet.

I all hovedsak er dette et dokument som fastsetter rammer for det enkelte helseforetaket. Dessuten skal dokumentet bidra til å tydeliggjøre oppgaver som er prioritert. Dette følger dels av nasjonalt prioriterte satsingsområder som kreft og psykiatri, dels av mer spesifikke problemstillinger som Helse Nord RHF har valgt å fokusere. Foretaksstrukturen er ny fra årsskiftet. Helse Nord RHF har derfor utviklet noen mer eksplisitte krav til innhold i organisasjonsmessige løsninger for helseforetakene, jfr. Kap. 4.

Helse Nord RHF vil legge dette dokument til grunn for det arbeid og den oppfølging som skal skje i 2002.

I løpet av 2002 vil Helse Nord RHF ta initiativ til en gjennomgripende strategiprosess som skal danne grunnlag for planer og virksomhet framover. Styrings- og budsjettprosess for 2003 vil ha basis i en slik strategi, og få en mer normal karakter enn årets.

Kapittel 2. VISJON / OVERORDNET MÅLSETTING

Den samlede foretaksgruppen i Helse Nord RHF skal sørge for et godt og fullverdig tilbud av helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. Helsetjenestene skal være lett tilgjengelige og av høy kvalitet.

Med dagens frie sykehusvalg er det et overordnet mål for Helse Nord RHF at nordnorske pasienter skal velge behandling i egen region og at prøver fra nordnorske pasienter analyseres i Nord-Norge, der dette ikke er i strid med akseptert nasjonal arbeidsdeling.

En slik målsetting er en forutsetning for å opprettholde og videreutvikle fullverdige spesialisthelsetjenester i Nord-Norge, og for å sikre befolkningens tilgang til helsetjenester i et langsiktig perspektiv.

For å oppnå dette må tilgjengelighet, kvalitet og kostnadseffektivitet på helsetjenestene i Nord-Norge være så gode at de blir foretrukket av både pasienter, pårørende, fagfolk, studenter, samarbeidspartnere og oppdragsgivere. Dette er et felles ansvar for eier og utøvende virksomhet.

Kapittel 3. PRIORITERTE INNSATSOMRÅDER GENERELT OG SPESIFIKKE KRAV FOR HELSE NSS HF I 2002

3.1. Prioriterte innsatsområder for Helse Nord i 2002

3.1.1 Ledelse og organisasjonsutvikling

Betydningen av å få på plass en god ledelses- og organisasjonsstruktur som fremmer helsereformens mål og intensjoner, kan ikke overvurderes. Det er et krav at arbeidet med å fremme slike strukturer starter umiddelbart. Dette omtales nærmere i kapittel 4.

3.1.2 Ventetider, - tilgjengelighet og informasjon

Det er nasjonalt et sterkt fokus på tilgjengelighet og ventetider i spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord er det et mål at uverdige ventetider ikke skal forekomme.

Helse Nord erkjenner at dagens rapporteringssystemer langt fra er optimale. Inntil videre er vi imidlertid pålagt å rapportere i henhold til disse, og vil bli målt etter de resultatene som framkommer her. Utfordringen i første omgang vil derfor være å ”rydde i eget hus” – dvs sikre datakvalitet og interne rutiner i forhold til dagens IT-systemer og lovpålagte krav.

Helse Nord stiller krav til sine helseforetak om at det etableres praktiske rutiner som sikrer at

- pasientrettighetslovens krav til søknadsbehandling, ventelisteregistrering og informasjon oppfylles
- offisielle ventelister til enhver tid gjenspeiler en reell situasjon mht pasienter som faktisk venter på behandling
- det oppgis realistisk og oppdatert informasjon om ventetider både til offentlighet, primærhelsetjeneste og den enkelte pasient
- tildeling av ”rett til nødvendig helsehjelp” skjer etter individuell, medisinsk vurdering
- uakseptable ventetider spesielt innenfor psykiatri, kreftutredning og -behandling samt ortopedi skal opphøre
- det innenfor det enkelte helseforetak etableres felles, integrerte ventelister for de ulike behandlingstilbudene i løpet av første halvår 2002.

Helse Nord vil gjennom organisering av informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg også sette ledig kapasitet i system, og sørge for regional utnyttelse av denne.

Helse Nord vil i samarbeid med øvrige regionale helseforetak bidra til å utvikle nye og hensiktsmessige kriterier og systemer for informasjon om ventetid. Målet er at disse skal operere i henhold til klinisk praksis og logikk, og dermed gi offentligheten relevant informasjon av høy kvalitet.

Det er i St.prp. 1 (2001 – 2002) foreslått et nasjonalt ventelisteregister. Oppfølging av dette initiativet ligger i Helsedepartementet.

Det ligger videre et forslag om å etablere system for elektronisk timebestilling. Ansvar for oppfølgingen på dette området er lagt til Sosial- og helsedirektoratet.

3.1.3 Driftsanalyser og –omlegging

Det overordnede styringsdokumentet fra Helsedepartementet gir betydelige utfordringer når det gjelder mål og resultatkrav på områdene dimensjonering av tilbud, aktivitet, kvalitet og økonomi. Kravet om effektiv ressursutnyttelse innenfor tilgjengelige rammer, er imidlertid absolutt og utvetydig.

Helse Nord forventer at helseforetakene kontinuerlig arbeider med å analysere egen tjenesteproduksjon med sikte på å optimalisere egen drift, dvs å forbedre evnen til å omsette tilgjengelige ressurser til prioriterte tjenester. Mer rasjonelle arbeidsprosesser og bedre pasientlogistikk er viktige virkemidler for å ivareta de kombinerte kravene til både kostnadseffektivitet og kvalitet.

Personalkostnader utgjør 65 – 70 % av de totale kostnader i virksomheten, og kompetansen er gjennomgående høy og spesialisert. ”Rett person på rett plass” - perspektivet, samt analyser av om arbeidstidsordninger er i tilstrekkelig samsvar med faktisk aktivitet, er åpenbare fokus i tillegg til oversikt over faktisk tjenesteproduksjon.

Vi er inneforstått med at de enkelte foretakene har ulik erfaring, men forutsetter at det i løpet av 2002 gjennomføres slike analyser for samtlige helseforetak i Helse Nord RHF. Dermed skapes et grunnlag for sammenligninger og konsekvensutredninger, og for læring og erfaringsoverføring.

Det forventes dokumentasjon på at det som i dag er kjente utfordringer gjennom tidligere gjennomførte analyser, som for eksempel benchmarking eller pasienttilfredshetsanalyser, blir omsatt i konkrete tiltak.

3.1.4 Rekruttering og stabilisering av kjernekompetanse

I både kort- og langsiktig perspektiv er tilgang på kjernekompetanse et nøkkelområde. De personellmessige utfordringene i vår region er spesielle. Effekten av utdanning i egen region er dokumentert positiv både på rekruttering og stabilisering. Foretakene må sikre seg gode analyser av egne kompetansebehov både på kort og lang sikt, og ha en aktiv holdning til rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell. Helse Nord RHF vil bidra med slike overordnede analyser som grunnlag for strategier og tiltak. Helse Nord RHF vil også arbeide for å sikre utdanning av bl.a. medisinske spesialister i regionen gjennom et samarbeid med Nasjonalt Råd. Det satses på å utvikle et system som ivaretar behovet for fullført regionsintern utdanning av medisinske spesialister.

Helse Nord RHF vil være i dialog med helseforetakene om problemstillinger av denne type som ikke lar seg løse internt.

3.1.5 Brukertilfredshet og brukermedvirkning

Det er et krav til foretakene å ha en aktiv og systematisk holdning til å involvere brukerne i tilrettelegging og utvikling av tjenestetilbudene.

Helse Nord RHF vil opprette et regionalt brukerråd med representasjon fra pasientorganisasjoner m.v., og det vil i samarbeid med landets øvrige regionale helseforetak bli tatt initiativ til samordnede brukerundersøkelser i regionene.

3.1.6 Kommunikasjon og felles IT-løsninger

Det ligger et betydelig potensiale i å utnytte de mulighetene som dagens og framtidens informasjonsteknologi gir mht kommunikasjon og avstandskompensasjon. I vår region er dette et spesielt viktig virkemiddel mht effektiv ressursutnyttelse og nødvendig samarbeid, og ikke minst for pasientenes tilgang til og kvalitet på helsetjenester.

Nasjonalt senter for telemedisin og Nord-Norsk helsenett er kommet langt i å utvikle gode og framtidsrettede løsninger som foretakene må gjøre seg kjent med. For Helse Nord RHF vil det være en overordnet strategi å utnytte og videreutvikle Nord-Norsk helsenett som felles kommunikasjonskanal innen spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste i regionen. Det er derfor et krav til foretakene at de legger til rette for dette, og sørger for kommunikasjon mellom egne systemer og helsenettet i alle relevante sammenhenger.

I tillegg vil Helse Nord i 2002 ha følgende fokus:

- Felles løsninger og elektronisk samordning av administrative funksjoner i regionen. På området personaldata og –administrative løsninger har vi i dag generelt for dårlige løsninger. Å sikre et best mulig grunnlag for analyser og ressursutnyttelse på dette viktige området vil være en egen satsning for Helse Nord RHF i et regionalt koordinert prosjekt.
- Arbeide for at alle primærleger i helseregionen blir tilknyttet Nord-Norsk helsenett
- Et delmål i 2002 vil være å få etablert utprøving av elektronisk registrert arbeidstid koblet til lønns- og personalsystem.
- Videre er det et kjerneområde å ha fokus på egen datakvalitet, med personell som er opplært for dette. Data bør registreres så nær opphavsstedet som mulig, og bare en gang. Nye og overordnede systemer må planlegges med dette som mål.
- Det vil bli utarbeidet en overordnet regional IT-strategi for Helse Nord RHF i tråd bl.a. med overnevnte, som vil bli strategisk førende også for de enkelte helseforetakene.

3.1.7 Kvalitetsarbeid og registrering av aktivitet

Pasientenes rett til fritt sykehusvalg og konkurrerende tilbud i andre regioner setter store krav til kvalitet på behandlingstilbudet i Helse Nord. Vi vet for lite i dag om hva som avgjør pasienters valg av behandlingssted, og hva pasienter opplever som kvalitet i tjenestetilbudet.

Det er imidlertid liten tvil om at dokumentert faglig kvalitet i nær framtid vil bli etterspurt i økende grad både av pasienter, oppdragsgivere og allmenhet. For at denne etterspørselen skal kunne matches av et tilbud på robuste og valide kvalitetsindikatorer, må det gjøres et betydelig nasjonalt utviklingsarbeid med faglig forankring i tunge fagmiljø. På dette feltet er det viktig med en gradvis framrykking. Det må kunne vises til resultater på avgrensede, konkrete felt på grunnlag av et langsiktig og helhetlig opplegg.

God registrering av behandlingsaktivitet er videre et nødvendig grunnlag for å skaffe oversikt over tjenestetilbud og pasientstrømmer, samt for å drive klinisk forskning og ”produktkontroll”.

Helse Nord RHF ønsker gjennom regionale fagnettverk å bidra i nasjonalt samarbeid for å videreutvikle hensiktsmessige kvalitetsindikatorer og kvalitetssystemer. Inntil videre forventes de enkelte foretakene å bidra til best mulig kvalitet i eksisterende faglige pasient- og kvalitetsregistre og etablerte kvalitetsindikatorer gjennom aktiv og riktig bruk av disse.

Meldesystem og overvåkning av avviksmeldinger knyttet til alvorlige pasientskader, uhell og komplikasjoner anses som en basal del av kvalitetsarbeidet, og dette vil bli videreutviklet og samordnet i regionen.

3.1.8 Samarbeid med primærhelsetjenesten

Helhet i tjenestetilbudet sett fra pasientenes side er et overordnet mål, og krever samarbeid over grenser. Gode samarbeidsrelasjoner mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er helt avgjørende i så måte. Strukturen i den nordnorske primærhelsetjenesten, med mange og små kommuner og store avstander, tilsier at helseforetakene gis et særlig ansvar for å initiere og organisere samarbeid med førstelinjen. Helse Nord RHF forventer at alle helseforetakene prioriterer arbeidet med å utvikle / videreutvikle relevante og systematiske samarbeidsrelasjoner med primærhelsetjenesten.

3.1.9 Ambulanse- og nødmeldetjenester

Ambulanse- og nødmeldetjeneste er fra 01.01.02 organisert som ansvar for de respektive helseforetakene. Dette gir for noen helseforetak helt nye utfordringer på et område av stor betydning for kvalitet på den samlede helsetjenesten. Helse Nord RHF forventer at det i løpet av første halvår foretas en analyse av organisering, tjenestetilbud og oppdragsprofil i alle foretakene, og at kompetanse benyttes over foretaksgrenser der dette er hensiktsmessig.

Helse Nord RHF vil i løpet av kort tid ta initiativ til å danne et regionalt faglig nettverk med formål strategi, koordinering, kvalitetsutvikling m.v. av ambulanse- og nødmeldetjenestene.

3.1.10 Psykiatri

Psykiatri er et eget satsningsområde med egne planer og finansiering som følges opp. Imidlertid er alle nye byggeprosjekter innen psykiatri bortsett fra DPS Lakselv foreløpig stoppet på bakgrunn av psykiatriplanens vurdering i departementet.

Den samlede psykiatriplan for regionen skal videreutvikles på bakgrunn av denne vurderingen. Det vil bli organisert ulike faggrupper i dette arbeidet, og gjennomgang av regionens prioriteringer vil deretter bli gjort på nytt

Innen psykiatri, og spesielt barne- og ungdomspsykiatri, har vi uverdige ventetider. Fagmiljøene må aktivt vurdere endringer i vurderingsrutiner, samarbeid med primærhelsetjenesten eller andre samarbeidspartnere, samt mulighet for andre omsorgsnivå, for å bedre tilgangen i psykiatrien. Tidlig vurdering for å planlegge tilbud kan også sikre flere pasienter bedre hjelp og hindre ventetid og unødige ø.hj.innleggelser.

3.1.11 Kreftutredning og -behandling

Et annet satsningsområde er kreftutredning og -behandling, kfr. Nasjonal kreftplan. Denne satsningen omfatter tjenester fra svært mange faggrupper, medisinske spesialiteter og omsorgsnivå, mens medisinsk utstyr og stråleterapi har hatt et betydelig fokus i planene. Strålekapasiteten er i ferd med å bli utbygget, og dermed må det nå arbeides med å eliminere andre flaskehalsen i regionen.

Helse Nord RHF forventer at foretakene prioriterer tidlig diagnostikk, dvs korte ventetider, og er opptatt av alle områder av betydning for disse pasientgruppene.

3.1.12 Utdanning

I alle helseforetak er utdanning av helsepersonell en stor og viktig oppgave. Helse Nord RHF forutsetter at eksisterende samarbeid med høyskoler og universitet fortsetter, og at foretakene inntar en aktivt holdning til arbeidet med å sikre gode utdanningsplasser.

3.1.13 Forskning

Forskning er iflg Lov om spesialisthelsetjenester en av fire hovedoppgaver for helseforetakene. Klinisk forskning er viktig i mange perspektiv, ikke minst for å sikre kvaliteten på tjenestene både på kort og på lang sikt. I Helse Nord, der utfordringene mht kompetanse og personell er helt spesielle, vil gode systemer for klinisk forskningsvirksomhet også kunne bidra i vesentlig grad til rekruttering og stabilisering av nøkkelkompetanse. Helse Nord ønsker å utvikle klinisk forskning av høy kvalitet som et regionalt virkemiddel i så måte.

3.2. Spesifikke krav Helse NSS HF.

Gjestepasienter: Det forutsettes at man etablerer en foretaksstruktur som fører til at en større del av pasientene i foretakets opptaksområde behandles i foretaket eller i regionen. Resultater fra dette arbeidet må kunne dokumenteres.

Mammografiscreeningen i Nordland skal gjennomføres i tråd med nasjonale kvalitetsstandarder. Et samarbeid med tilsvarende virksomhet for Troms og Finnmark i regi av Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) vil kunne sikre gjennomføring med høy tilgjengelighet og kvalitet.

Helse NSS HF skal delta aktivt som utdanningssted for spesialister med hovedsiktemål å skaffe spesialister til regionen. Det bør legges vekt på gode utdanningsprogram og et rekrutterende arbeidsmiljø.

Helse NSS HF skal i samarbeid med UNN vurdere oppgaver knyttet til høy kompetanse i regionen på en slik måte at nettverk og funksjoner driftes med høy kvalitet og at synergieffekter utløses.

Det invasive kardiologitilbudet skal vurderes ut i fra ny utvikling på fagområdet, totaltilbudet i regionen, inntjeningssevne, kvalitet og logistikk for denne pasientgruppen. Da vi står overfor planer med større investeringsevne enn rammene foreløpig dekker, er det viktig å få gjort en rask vurdering i samarbeid med UNN.

NSS utbyggingsprosjekt skal vurderes på ny i lys av at departementet har satt foreløpig stopp for alle nye byggeprosjekt, og i lys av reformens strukturendringer. Man skal spesielt vurdere prosjektenes kostnad knyttet til økt aktivitet, pasientlogistikk i helseforetaket, mulighet for driftsformer som gir befolkningen tjenester vi ikke kan dekke på andre måter, eller prosjektenes evne til å løse andre driftsutfordringer.

Kapittel 4. ETABLERING AV NY HELSEFORETAKSSTRUKTUR.

4.1 Ny helseforetaksstruktur – premisser

Eierskaps- og ansvarsreformen fokuserer på to nivå i den nye strukturen, helseforetakene (HF) og regionalt helseforetak (RHF). Det er dette som er de formelle enheter som skal stilles til ansvar. Helseforetakene er driftsnivået for kjernevirksomheten, og organiseringen av disse vil være et vesentlig element for å få levert gode og prioriterte spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge. Organiseringen av Helseforetakene må således ha fokus framover.

Følgende premisser ble lagt til grunn for styrets beslutning om ny helseforetaksstruktur:

- Geografi
- Funksjonalitet
- Levedyktig enhet
- Størrelse
- Tjenestansvar

Helseforetakene står overfor en rekke utfordringer når det gjelder økonomi, opprettholdelse av aktivitet, prioritering, organisering av de ulike behandlingsaktiviteter, kvalitetsutvikling, rekruttering etc. Dette er problemstillinger som fordrer at det taes samlenende og konsistente grep. Formålet med nye struktur er at organisering og prosesser er gitt nye rammer og åpner for nye løsninger.

I foretaksstrukturen er intern organisering det enkelte helseforetaks ansvar. Helse Nord RHF vil imidlertid i dette styringsdokumentet sette noen krav til arbeid med intern organisering. Moderne prinsipper for organisering basert på team og enhetlig ledelse skal legges til grunn. Generelt vektlegges at i arbeidet med nye organisasjons- og ledelsesstrukturer må utvikling av en felles bedriftskultur prioriteres. Etableringen av ny organisasjon må gjennomføres med inkluderende prosesser som sikrer nødvendig deltakelse. Hensynet til effektiv og balansert utvikling av helseforetakene må legges til grunn.

4.2 Organisering av helseforetaksledelse.

Det skal etableres en samlet enhetlig ledelse for helseforetaket. Her vises til styrevedtak i Helse Nord RHF som sier at det ikke skal etableres noe nytt ledelsesnivå. Ny organisasjons- og ledelsesmodell skal først og fremst reflektere det samlede helseforetak som det formelle ansvarsnivå i ny struktur.

Helse Nord RHF ber om rapportering på etablering av helseforetaksledelse innen 1. mai 2002.

4.3 Organisering og ledelse av klinisk virksomhet.

I likhet med stabs- og støttefunksjoner er den kliniske virksomheten organisert i parallelle strukturer (funksjonelle enheter) i de enkelte virksomheter. Reformen har som formål å fremme en samlet sett bedre oppgaveløsning innen RHF og HF. Dette forutsetter at det utvikles organisasjonsmodeller som sikrer helhetlig oppgaveløsning på tvers av tidligere inndeling i virksomheter, - eksempelvis en kirurgisk avdeling med en leder i ett helseforetak. Dette er ikke minst viktig for at det enkelte helseforetak skal bli i stand til å foreta konsistente prioriteringer og disposisjoner uavhengig av tidligere geografiske og funksjonelle inndelinger.

Helseforetakene forventes å ha utviklet en gjennomgående, enhetlig og samlet ledelse av kliniske avdelinger innen 01.10.02.

4.4 Organisering og ledelse av stabs- og støtte funksjoner i helseforetakene.

For stabs- og støttefunksjoner må det gjøres en gjennomgang av organisasjonen. Reorganisering omfatter eksempelvis områder som sjeflege og sjefsykepleier, personal, økonomi, teknisk, lønn, vaskeri og IT.

Det bes også foretatt en vurdering av områder som evt kan egne seg for konkurranseutsetting.

Helse Nord RHF ber om rapportering omkring etablering av organisering av en ny samlet enhetlig ledelse av stabs- og støttefunksjoner i andre tertialrapport 2002.

Kapittel 5. ØKONOMI – NETTO INNTEKTSRAMMER HELSE NSS HF

5.1 Generelle forutsetninger

I dette kapitlet presenterer de økonomiske rammene som stilles til rådighet for Helse NSS HF. Det anses som styret for helseforetakets anliggende å allokere ressursene på en slik måte at målene og resultatkravene kan nås på en samlet sett best måte både mht faglig innhold i tjenesten og kostnadseffektivitet. For hjelp i dette arbeidet vedlegges imidlertid det tekniske grunnlagsmateriale som denne rammefordelingen baseres på.

Enheter som inngår i netto inntektsrammer for Helse NSS HF:

Følgende enheter og tiltak/ordninger er hensyntatt i rammefordelingen til helseforetaket:

- Nordland Sentralsykehus
- Nordland Psykiatriske Sykehus
- Lofoten sykehus
- Rensåsen Dagshjem
- Steigen fødestue
- Avtaler med legespesialister
- Kløveråsen
- RIBO
- Barnehager
- Distriktsambulans (bil/båt/luft)
- Sykehusambulans
- Røntgenavtale NMS
- Gjestepasienter.

Aktivitetmessig utgangspunkt:

Budsjettopplegget for 2002 er fra eiers side svært stramt. Dette får konsekvenser også for rammene til de enkelte helseforetakene. I tråd med Helsedepartementets styringsmessige forutsetninger mht aktivitetsnivå, er kostnadsberegningene som ligger til grunn for netto inntektsramme i 2002 basert på aktivitetsnivået i 2001 ved de enkelte enhetene som inngår i foretaket.

”Netto inntektsramme”:

Begrepet *netto inntektsramme* forstås som foretakets brutto driftsutgifter korrigert for aktivitetsbaserte inntekter. Denne inntaktsrammen forutsettes sammen med ISF-, gjestepasient-, egenandels- og RTV-inntekter ved helseforetaket å dekke de samlede utgiftene i 2002.

Som det vil fremgå av dette styringsdokumentet og dets tekniske vedlegg brukes i liten grad *øremerking* av midler. Det regionale helseforetakets krav til de enkelte helseforetakene uttrykkes primært gjennom spesifikke og generelle målsettinger, samt operasjonaliserte resultatkrav. Netto inntektsramme representerer i så måte rammebetingelsene for å oppfylle disse målene og resultatkravene.

Lønns- og prisvekst forutsetning:

Helsedepartementet legger i sin budsjett-tildeling til grunn en gjennomsnittlig lønns- og prisvekst på 3,6%. Denne kompenserer for beregnet gjennomsnittlig lønnsvekst, prisvekst i varesektoren og prisvekst i bruttoinvesteringer, merutgifter som følge av momsreformen og kostnadene ved utvidelsen av ferien med 2 dager.

Overgang til Regnskapsloven:

Helseforetaksloven legger til grunn at så vel budsjettering som regnskapsføring og løpende økonomisk styring f.o.m. 01.01.02 baseres på Regnskapsloven. Eventuelle unntak fra dette i en overgangsperiode spesifiseres i eget rundskriv fra Helse Nord RHF. Dette vil primært gjelde forhold knyttet til håndtering av investeringer. Helsedepartementet har presisert at det av praktiske og kapasitetsmessige årsaker er nødvendig å betrakte 2002 som et overgangsår, og at bl.a. nevnte spørsmål vil få sin avklaring i løpet av året. På samme måte legges til grunn at den samlede økonomistyringen i foretaksgruppen videreutvikles og finner sin form fram mot budsjettprosessen for 2003.

Aktivitetsbaserte inntekter (disse inngår ikke i netto inntektsramme):

Dette dokumentet spesifiserer bl.a. netto inntektsramme for de enkelte helseforetakene. De aktivitetsbaserte inntekter som kommer i tillegg forutsettes kanalisert direkte til den enhet innen det enkelte helseforetak som utfører tjenesteproduksjonen. Dette som en midlertidig ordning inntil helseforetakene er operative som egne administrative enheter. Med unntak av RTV-refusjon for poliklinisk og laboratorievirksomhet kanaliseres inntektene via Helse Nord RHF.

Endelig budsjettfordeling:

Med unntak av forbeholdet om vesentlige feil i budsjettammen forårsaket av tidspress og knappe ressurser i budsjetteringsfasen, er den gitte netto inntektsrammen å anse som endelig for driftsåret 2002. Unntak fra dette er for øvrig kun i de tilfeller der det i dette dokumentet eksplisitt sies at en skal komme tilbake til endelig tildeling/spesifisering.

5.2 Metode

Utgangspunkt i netto budsjett 2001:

For å fastsette realiserbare budsjett er det tatt utgangspunkt i *netto reviderte budsjett* for driften ved de enkelte enheter i 2001. Budsjettammene var innhentet av departementet i fjor høst. RHF Nord har kvalitetssikret rammene i samarbeid med virksomhetene, men på grunn av svært korte tidsfrister og med begrensede ressurser til rådighet er det nødvendig å understreke at det fortsatt vil knytte seg en viss usikkerhet til de fastsatte driftsammene og forbruket av disse. Det må derfor tas høyde for at det kan være kostnadselementer som ikke er tilstrekkelig fanget opp.

På grunn av ulik praksis mht. budsjettreguleringer og inntektsføring i fylkeskommunene har det vært nødvendig å foreta individuelle tilpasninger av de budsjetttrammene som legges til grunn for driften i 2002.

Konsekvensjusterte tiltak:

I tillegg til reviderte budsjetttrammer har helseforetakene meldt inn ulike tiltak som får konsekvenser for rammebehovet i 2002. RHF Nord har foretatt gjennomganger av tiltakene, og tatt hensyn til de konsekvenser som er knyttet til videreføring av produksjonen i 2001 til 2002. Det legges da til grunn at den gjennomsnittlige aktiviteten i pasientbehandlingen ikke skal økes i forhold til nivået i 2001.

ISF-omlegginger i 2002 – betydning for netto inntektsrammer:

Nettorammen er redusert for trekk i basis inntektsramme til helseregionen. Trekket består av to komponenter: økning av ISF-inntekt fra 50 til 55 % og fjerning av kryptak. Rammetrekket er videreført til helseforetakene i forhold til DRG-produksjon 2000 og ved å kompensere 25% av gjestepasientkostnadene.

Håndteringen av KLP-kostnader:

Helseforetakene er gitt kompensasjon for 1% økning i KLP pga. bortfall av bonus. Ytterligere økning av KLP-kostnader er foreløpig budsjettert sentralt, og vil bli kompensert når nivået er kjent.

NAVO-kontingent:

Kontingent for NAVO er budsjettert sentralt, og vil fordeles når denne er avklart.

Netto inntektsramme for Helse NSS HF fremkommer som følger:

Revidert budsjetttramme 2001 korrigeret for interne inntekter og utgifter

+ eventuelt merforbruk 2001

+ lønnsoppgjør 2001

+ fordeling av tidligere sentrale kostnader i fylkeskommunen

- opptrappingsplan psykiatri inkludert i budsjetttramme 2001

+ konsekvensjustering

- reduksjon av basisramme

+ øremerkede tilskudd tillagt rammen

+ priskompensasjon 3,6 %

= Netto inntektsramme 2002

+ opptrappingsmidler psykiatri og eventuelle andre øremerkede midler.

Gjestepasientopplegget:

F.o.m. 2002 er kun pasienter utenfor regionen å anse som gjestepasienter.

Det legges til grunn at *gjestepasientinntekter* fra andre regioner går direkte til *den enhet innen det enkelte foretak* som har forestått behandlingen. Så snart som praktisk mulig forutsettes inntektene å gå til *helseforetaket*, kfr. bl.a. kap 4.. På samme måte legges til grunn at utgifter til regionens egne pasienter som mottar behandling utenfor Region Nord, skal belastes det foretak der pasienten er hjemmehørende.

Gjestepasientbudsjettet både mht. til inntekter og utgifter er følgelig i sin helhet lagt ut til helseforetaket. For somatikk er beregnet forbruk for 2001 lagt til grunn. Dette er basert på aktivitetsdata fra Sintef pr. 2. tertial 2001. Helseforetaket er tillagt inntektsrammen 25% av DRG-pris. I tillegg er det også kompensert for ”kurdøgnspasienter” som ikke gir ISF-inntekt.

For pasientbehandling skal det *ikke* være gjestepasientoppgjør internt i regionen. Som kompensasjon for bortfall av inntekter knyttet til slik behandling er inntektsrammen økt tilsvarende 25% av DRG-pris. ISF-refusjon på 55% DRG-pris vil tilføres behandlende enhet innenfor det enkelte foretak.

Det forutsettes at det heller ikke skal være gjestepasientoppgjør for psykiatriske pasienter innenfor egen helseregion. Beregnet forbruk for kjøp av psykiatribehandling utenfor regionen og bortfall eventuelle gjestepasientinntekter internt i regionen er lagt til rammen på de enkelte foretakene.

Ansatte som overføres fra fylkeskommunene til foretakene:

Da endelig spesifikasjon av hvem som endelig skal flyttes over fra fylkeskommunenes sentraladministrasjoner til helseforetakene p.t. ikke foreligger, vil budsjettmidler til dette bli fordelt ut til foretakene så snart dette er klart.

5.3 Lønnsoppgjør

Den samlede netto inntektsrammen som her fordeles forutsettes å skulle dekke kostnadene ved gjennomføring av årets lønnsoppgjør. Det er således i utgangspunktet et selvstendig ansvar for foretakets styre og ledelse at dette gjennomføres innenfor rammen av det samlede budsjettoplegget tillater.

Av budsjettopleggets samlede, gjennomsnittlige prisomregningsfaktor på 3,6% forutsettes en gjennomsnittlig lønnsvekst på 4,25% fra 2001 til 2002.

5.4 Tidligere øremerkinger

Det regionale helseforetaket vil i størst mulig grad unngå øremerking av helseforetakets inntektsramme. Unntak er tiltak/midler som fortsatt er øremerket fra statens side, som for eksempel opptrappingsplan psykiatri.

I Statsbudsjettets tilskudd til Helse Nord RHF, kap 732 post 75, er det tillagt tidligere øremerkede tilskudd. For Helse NSS HF gjelder dette følgende tilskudd:

- Tilskudd til luftambulanse (medisinsk helsepersonell)
- Tilskudd til avtaler med legespesialister og psykologer

Disse er inkludert i helseforetakets netto inntektsramme. I tillegg kommer midler knyttet til helsetjeneste for innsatte i fengsel.

For øvrig presiseres at det enkelte helseforetak selv må ta initiativ til å søke på tilskuddsordninger som statens fortsatt har øremerket. Disse står spesifikt omtalt i Helsedepartementets styringsdokument til Helse Nord RHF. Dette dokumentet er også videresendt direktør i det enkelte helseforetak.

5.5 Effektiviseringskrav

Generelt kostnadseffektiviseringskrav:

Som nevnt er det generelle budsjettopplegget svært stramt, og foretaksgruppen står samlet sett overfor et salderingsproblem. Dette er tatt opp i egne møte med Helsedepartementet. Departementet har i sitt styringsdokument bl.a. vektlagt en videreføring av aktivitetsnivået, samtidig som det forventes iverksatt kostnadseffektiverende tiltak for å bidra til en bedret budsjettbalanse.

Makrotall viser at spesialisthelsetjenesten siden 1995 har hatt en *årlig realvekst* i sitt faktiske ressursbruk på ca 5%. Dette er høyere enn veksten i tjenesteproduksjon, noe som indikerer en fallende kostnadseffektivitet. Gitt den stramme økonomiske situasjonen, tilsier utviklingen at det bør være et visst rom for å stille krav om kostnadseffektiverende tiltak, selv om dette vil avstedkomme krevende prioriteringer.

Etter å ha kostnadsberegnet driften i foretaksgruppen i 2002, framstår likevel et samlet salderingsproblem som på kort sikt er uforenlig med eiers krav om videreføring av virksomhetens samlede aktivitet på 2001-nivå. Deler av den påviste underdekningen er forårsaket av økte KLP-kostnader, deler av øvrige forhold. Helsedepartementet sier i sitt styringsdokument til Helse Nord RHF at det hefter usikkerhet rundt budsjettnivået i relasjon til aktivitetsmålet, og at en vil komme tilbake til en nærmere gjennomgang av dette i Revidert Nasjonalbudsjett (RNB).

En ser det likevel som nødvendig å allerede nå treffe tiltak som demper kostnadsutviklingen, og legger til grunn at deler av den samlede underdekningen forutsettes dekket inn over årets budsjett. Den resterende del, ut over det som eventuelt avklares i RNB og framtidige statsbudsjettbevilgninger, må helseforetakene eventuelt påregne å dekke inn over ytterligere to år, dvs i 2003 og 2004.

Da utgangspunktet for foretakene imidlertid er ulik, vil det spesifikke effektiviseringskravet kunne variere noe fra foretak til foretak, også relativt sett.

Spesifikt kostnadseffektiviseringskrav for Helse NSS HF:

I det eksplisitte effektiviseringskravet målt i forhold til dagens faktiske kostnadsnivå som pålegges Helse NSS HF er det tatt utgangspunkt i deler av det samlede salderingsbehovet for Helse Nord, og deretter hensyntatt foretakets relative andel av dette, samt spesielle forhold for Helse Nord HF som bør vektlegges.

For å gi foretakene tid og rom til å kunne treffe gjennomarbeidede, langsiktige tiltak for å oppnå den nødvendige kostnadseffektiviseringen, vil Helse NSS HF bli gjort ansvarlig for følgende årseffekter av tiltak de kommende årene:

Effektiviseringskrav i forhold til dagens faktiske kostnadsnivå, hele 1000 kr

	2 002	2 003	2 004
Helse NSS HF	10 000	25 000	40 000

Eventuelle endringer i premissene fra statens side i behandling av RNB for inneværende år, samt de kommende års statsbudsjettbevilgninger vil kunne påvirke effektiviseringskravene for de to siste årene, mens kravet i 2002 danner en del av den samlede budsjettpremissen for Helse NSS HF.

5.6 Inntektsramme for Helse NSS HF

<i>NSS netto inntektsramme for 2002:</i>	<i>kr</i>	<i>780 300 000,-</i>
<i>- effektiviseringskrav, kfr. kap 5.5</i>	<i>kr</i>	<i>10 000 000,-</i>
<i>+ Rammeøkning vedr. opptr.planen psykiatri</i>	<i>kr</i>	<i>31 953 000,-</i>
<i>Netto tildelt inntektsramme for 2002</i>	<i>kr</i>	<i>802 253 000,-</i>

Om vi ser bort fra økningen som følger av sentrale opptrappingsplaner, representerer denne budsjetttrammen en økning i forhold til fjorårets reviderte budsjett på ca 10,5 %, når vi tar hensyn til omleggingen i ISF-ordningen. Denne økningen skyldes både den generelle prisvekstjusteringen, overflytting av ansvarsområder fra fylkeskommunens helseadministrasjon til foretaket, ivaretagelse av faktisk kostnadsnivå 2001, fullfinansiering av tiltak igangsatt i 2001 etter nærmere spesifisering, kostnadene ved AFP-ordningen, 1% økning i KLP-kostnadene, styrehonorarer m.v.

Budsjettnivået sammenlignet med faktisk kostnadsnivå i 2001 er vanskeligere spesifiserbart, da en lang rekke enkelttiltak, virksomheter m.v. har endret både karakter og budsjettmessig ansvarsstruktur. Tallmaterialet for 2001 og 2002 er følgelig vanskelig sammenlignbart uten betydelig omregningsarbeid. Det er imidlertid som sagt tatt hensyn til inndeckning av budsjettmessige overskridelser i 2001, full årseffekt av tiltak som ikke hadde fullfinansiering i 2001 m.v.

Netto budsjettramme er alene konsekvensjustert tilsvarende 16,978 mill. kr. Ytterligere spesifisering av beregningsgrunnlaget vil bli gitt i eget følgebrev. Det er korrigert for engangskostnader og –inntekter i 2001 som ikke får konsekvenser for 2002.

Av kap.743 post 75 Styrking av psykisk helsevern, gis Helse NSS i tillegg et tilskudd tilsvarende kr. 31 953 000,-. Tilskuddet skal komme i tillegg til egenfinansiering av psykiatrien innenfor netto inntektsramme, og skal disponeres i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen. Spesifisering av tilskuddet vil bli gitt i ovennevnte følgebrev.

Kapittel 6. INVESTERINGER

6.1 Generelt - investeringer

En av de fundamentale endringene som følger av helsereformen er endringene i kapital- og investeringshåndteringen. Dette vil gi lokal handlefrihet og fleksibilitet innenfor vide rammer, samtidig som kostnadene på bruken av kapital, herunder også alternativkostnaden, blir tydeliggjort. Det endelige opplegget for dette betinger imidlertid bl.a. omfattende endringer i sektorens inntektssystem, noe som er bebudet fra HD sin side i løpet av året. Inntil dette skjer er de enkelte regionale helseforetakene tildelt investeringsrammer som er å anse som kontantrammene for investeringer i bygg og utstyr som krever aktivering.

Helsereformen legger til grunn at Helse Nord RHF tar et samlet totalansvar for sektorens investeringer i regionen. Som et supplerende styringstiltak i oppstartfasen skal departementet imidlertid godkjenne oppstart og videreføring av større prosjekt.

Den stramme budsjettsituasjonen gir for inneværende år begrensede muligheter for tunge utstyrs- og/eller bygningsmessige investeringer. I statens bevilgning til Helse Nord er det kun lagt inn midler til videreføring av det meste av igangværende byggeprosjekter, samt de investeringer som følger av utstyrs- og kreftplanene. De to sistnevnte gir rom for inndekning av 60% av investeringskostnader i.h.h. til godkjente planer, resterende grunnfinansiering ligger inne i foretakenes netto basisrammer, og videreføres i 2002.

Investeringer som følger av opptrappingsplanen for psykisk helse, og som er i tråd med godkjent plan, refunderes i ettertid fra statens side.

Helse Nord er til ovenfornevnte tildelt 156 mill kroner til investeringer i 2002. Dette baserer seg på at regionen samlet sett etter regnskapsavslutningen 2001 har igjen 63,8 mill kroner over utstyrsplanen.

Generelt legges til grunn at kjøp av større medisinsk teknisk utstyr og IKT utstyr skal ha som perspektiv at dette skal samordnes for Helseregion Nord med felles protokoller og standarder.

For øvrig vises i denne sammenheng til styresak 09/02 i Helse Nord RHF ("Investeringer 2002")

6.2 Investeringer til bygg – Helse NSS HF

Følgende igangværende byggeprosjekter er gitt investeringsmidler i 2002:

Foretak	Enhet	Tiltak	Bygg/invest.
Helse NSS HF	NSS	Dagkirurgi/mammografi	100
	NPS	Dampkjele	1 800
	NSS	Utviklingsplan	1 000
	Lofoten	Bup/Vop	900
	NSS	Pasienthotell	52 000
Sum			55 800

Alle tall i hele 1000 kroner

Det legges til grunn at tiltak som dekkes over den godkjente opptrappingsplanen for psykisk helse søkes refundert etter ferdigstillelse.

6.3 Investeringer til utstyr – Helse NSS HF

Helseforetakets evne til egenandels-/egenfinansiering av utstyrsinvesteringer er videreført fra 2001 til 2002. Dette betyr bl.a. at egenandelen for delfinansiering av utstyrsplanen er tillagt foretakets basisramme.

Helse Nord RHF vil med det aller første i eget brev komme tilbake med opplegget for videre håndtering og fordeling av resterende midler over utstyrsplanen. Disse midlene vil bli fordelt foretaksvis.

Inntil statens endelige opplegg for investering og kapitalhåndtering er avklart, herunder fastsetting av låneadgang, forutsettes at eventuelle utstyrsinvesteringer ut over det utstyrsplanen gir rom for, må fullfinansieres innenfor det enkelte foretaks netto budsjetteramme.

Kapittel 7. RAPPORTERING OG RESULTATOPPFØLGING

Helse Nord vil legge opp til et rapporterings- og oppfølgingssystem basert på tertialrapporter fra styrene i helseforetakene, med hjemmel i Helseforetaksloven og etter de bestemmelser og føringer som følger av vedtekter, styringsdokumentene fra staten til Helse Nord RHF og fra Helse Nord RHF til helseforetakene.

Det vil bli stilt krav om faktabasert rapportering som kan danne grunnlag for sammenlignende regionsovergripende analyser.

Økonomirapporteringen er beskrevet nærmere i eget rundskriv fra Helse Nord RHF.

Øremerkede tilskudd rapporteres særskilt, kfr. kapittel 4 i statens styringsdokument 2002 til Helse Nord RHF og kapittel 5 i dette dokument.

I tillegg skal helseforetakene som tidligere rapportere inn grunnlag for nasjonal helsestatistikk til Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk pasientregister (NPR) og andre etablerte statistikk-rapporteringer.

Aktivitetsrapportering skal skje i henhold til tidligere etablerte standarder og i tillegg som følge av nærmere spesifikasjoner nedenfor.

Helse Nord vil komme tilbake medio februar med beskrivelse av mal for tertialrapportering fra helseforetakene. Det vil være mange viktige områder å ha oppmerksomhet mot, men samtidig er det viktig i denne fasen å sette fokus på noen prioriterte innsatsområder. I tillegg til det som er beskrevet ovenfor, vil Helse Nord RHF be om at rapporteringen gjennomgående får fram status og resultater på følgende:

Organisasjons- og ledelsesstruktur

Status på arbeidet med ledelses- og organisasjonsstruktur i helseforetaket skal beskrives, kfr. overordnede føringer og prinsipper i kapittel 4.

Ventelister og ventetid

Angivelse av faktiske ventetider på områdene psykiatri (med spesiell vekt på barne- og ungdomspsykiatri), ortopedi og kreftutredning / kreftbehandling. Det er særlig viktig å redegjøre for ventetid for pasienter med antatt alvorlig sykdom, der kravene i Nasjonal kreftplan er definert til få uker.

Beskrivelse av hvordan interne rutiner og eksisterende IT-systemer sikrer at krav til søknadsbehandling, ventelisterregistrering og informasjon i Pasientrettighetsloven oppfylles.

Helseforetakets vurdering av grad av samsvar mellom egne, reelle ventetider/ventelister og offisielle tall fra NPR.

Psykiatri og kreftbehandling

Angi konkrete resultater som følge av satsningene i kreft- og psykiatriplaner.

Behandlingsaktivitet og prioritering

Beskrivelse av rutiner for tildeling av ”rett til nødvendig helsehjelp”.

Beskrivelse av hvilke rutiner som sikrer at denne rettigheten oppfylles i praksis.

Bruk av tjenester utenfor regionen

Fakta vedr. omfang og områder når det gjelder bruk av helsetjenester utenfor regionen.

Helse Nord RHF vil innhente gjestepasientrapporter fra Sintef Unimed hver 4. mnd.

Driftsanalyser og –omlegging

Beskrivelse av tiltak og resultater mht arbeid for å effektivisere ressursutnyttelse i egen tjenesteproduksjon. Eksempler er eventuelle flaskehalsar som er eliminert, ledig kapasitet som er tatt i bruk / bedre disponert, mer fleksibelt samarbeid mellom personellgrupper og enheter.

Brukermedvirkning

Beskrivelse av de systematiske tiltak i helseforetaket som sikrer pasienter, brukere og samarbeidspartnere innflytelse på utforming og forbedring av tjenestetilbudet.

Kommunikasjon og felles IT-løsninger

Kort beskrivelse av egen IKT-strategi for å utløse potensialet beskrevet i punkt 3.1.6.

Beskrivelse av fagområder med kommunikasjon / integrasjon mot de øvrige helseforetak i regionen.

Angivelse av prioriterte forbedringsområder.

Kvalitetsarbeid og -registrering

Beskrivelse av systematiske tiltak for å sikre og utvikle kvaliteten på tjenestetilbudet. Eks avdelingsvis faglig avvikshåndtering, faglig resultatoppfølging / ”produktkontroll” m.v.

Beskrivelse av hvilke kvalitetsindikatorer som er i systematisk bruk, fakta vedr resultater av disse, og beskrivelse av evt korrigerende tiltak.

Beskrivelse av hvilke nasjonale kvalitets- og behandlingsregister helseforetaket systematisk melder til.

Samarbeid med primærhelsetjenesten

Beskrivelse av hvilke systematiske tiltak helseforetaket er ansvarlig for eller delaktig i mht samarbeid med primærhelsetjenesten.

Undervisning

Hvilke helseutdanninger er helseforetaket delaktig i, og med hvilke volum

Beskrivelse av systematiske opplæringstilbud overfor pasienter og pårørende i helseforetakets regi

Forskning

Publikasjoner i internasjonale tidsskrift

Avlagte doktorgrader

Pågående forskningsprosjekt – industriuavhengige – i regional, nasjonal eller internasjonal regi