Vedteke av føretaksmøte i Helse Stavanger HF 16. mars 2011

Styringsdokument for Helse Stavanger HF 2011

Innhald

1 Innleiing ... 1
1.1 Generelt ... 1
1.2 Helse 2020 ... 1
2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2011 ... 1
3 Helsefaglege styringskrav ... 3
3.1 Aktivitet ... 3
3.2 Nye forskrifter ... 4
3.3 Nasjonale strategiar og handlingsplanar ... 4
3.4 Særskilde satsingsområde i 2011 ... 5
3.4.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrot ... 5
3.4.2 Kvalitet og pasienttryggleik ... 6
3.4.3 Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB) ... 9
3.4.4 Psykisk helsevern ... 10
3.4.5 Diagnostisering og behandling av kreft ... 12
3.4.6 Innovasjon ... 12
3.5 Andre område ... 13
3.5.1 Nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta ... 13
3.5.2 Habilitering og rehabilitering ... 13
3.5.3 Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus ... 14
3.5.4 Behandling av hjarteflimmer ... 14
3.5.5 Behandling av sjukleg overvekt ... 15
3.5.6 Kronisk utmattingssyndrom / myalgisk encefalopati (CFS/ME) ... 15
3.5.7 Tilbodet til pasientar med astma og allergiske lidingar ... 15
3.5.8 Ernæring og mattryggleik ... 16
3.5.9 Spesialisthelsetenestetilbodet for eldre ... 16
3.5.10 Radiologi ... 17
3.5.11 Positronemisjonstomografi (PET) ... 17
3.5.12 Regionale kompetansesentra ... 17
3.7 Beredskap og smittevern ... 18
3.7 Utdanning av helsepersonell ... 18
3.8 Forsking ... 20
3.9 Opplæring av pasientar og pårørande ... 21
4 Ressursgrunnlaget ... 21
5 Økonomiske krav og rammevilkår ... 25
5.1 Resultatkrav for 2011 ... 25
5.2 Investeringar ... 26
5.3 Låneopptak og driftskreditt ... 27
5.4 Rapporteringskrav – økonomi ... 28
5.5 Styring og oppfølging i 2011 ... 28
6 Organisatoriske krav ... 28
6.1 Oppfølging av samhandlingsreforma og nasjonal helse- og omsorgsplan ... 28
6.2 Rettleiing for styrearbeid og fastsetting av instruksar ... 29
6.3 Regjeringa sin eigarpolitikk ... 30
6.4 Tiltak på personalområdet ... 30
6.4.1 Utdanning, etisk rekruttering og gode rutinar for tilsetting ... 30
6.4.2 Faste stillingar og deltid ... 31
6.4.3 Inkluderande arbeidsliv (IA) og sjukefråvær m.v ... 34

6.4.4 Konsulentbruk 34
6.4.5 Leiarskap 34
6.4.6 Praksis for permisjonar 35
6.5 Intern kontroll og risikostyring 35
6.5.1 Internrevisjon 36
6.6 Kvalitet i prosessane for innkjøp 36
6.7 Utvikling på IKT-området 36
6.8 Naudnett 37
6.9 Regional samhandling 37
6.9.1 Samhandling med Sjukehusapoteka Vest HF 38
6.10 Eigedom 39
6.10.1 Utvikling av eigedomsområdet 39
6.10.2 Vedlikehaldsplanlegging 39
6.10.3 Arealplanarbeidet 39
6.11 Overtaking av verksemder 39
7 Andre styringskrav 40
7.1 Miljø- og klimatiltak 40
7.2 Kommunikasjon og omdømme 40
7.3 H-resept ordninga 41
7.5 Parkering 41
7.6 Rutinar for betaling av obduksjonslaborantar 41
7.7 Eigenandel for tilsette i helseføretaka 42
7.9 Rutinar for tilgang til elektronisk pasientjournal ved planlagde tilsyn 42
8 Analyse og styringsinformasjon 42
8.1 Forvaltning av organisasjonsstruktur 43
8.2 Forvaltning av FRESH 43
8.3 Gjennomføring av KPP-pilot 43
9 Rapportering 43
10 Vedlegg 45

1 Innleiing

1.1 Generelt

Gjennom styringsdokumentet vil Helse Vest RHF gi helseføretaka ein mest mogleg heilskapleg og samla styringsbodskap for 2011. Styringsdokumentet skal klargjere dei premissar og rammer som gjeld for verksemda og inneheld resultatkrava som blir stilte til helseføretaka.

Det er likevel ikkje slik at dei samla krav til helseføretaka går fram av styringsdokumentet. Dokumentet utfyller og konkretiserer ei rekkje oppgåver som skal vektleggast og prioriterast. Desse oppgåvene må ein sjå i samanheng med dei mål, rammer og retningslinjer for helsetenesta som går fram av lov og forskrifter, Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument for 2011 til Helse Vest RHF og styringskrav frå eigar formidla i føretaksmøtet i Helse Vest RHF.

1.2 Helse 2020

Gjennom Helse 2020-prosjektet har Helse Vest utarbeidd ein felles føretaksplan og langtidsplan, jf. styresak 081/07 B Helse 2020 – Strategi for helseregionen. Den vedtekne planen gir retning for utviklinga fram mot 2020, legge grunnlaget for prioriterte tiltak dei neste fire åra og er styrande for ei årleg oppdatering av tiltak og prosjektportefølje.

Helse 2020 er ein strategiplan for heile Helseregion Vest og legg føringar for utvikling av pasienttilbodet innan spesialisthelsetenesta i regionen. Det er derfor grunnleggjande at visjonen, verdigrunnlaget og dei overordna målsettingane er felles for heile helseføretaksgruppa og erstattar det som finst av lokale visjonar, verdiar og lokale målformuleringar.

Kvart helseføretak har eit sjølvstendig ansvar for at strategidokumentet og kortversjonen (visjon, verdigrunnlag og målsettingar) blir gjort kjent i organisasjonen. Visjon, verdigrunnlag og målsettingar ligg fast for heile føretaksgruppa og skal danne grunnlag for dei vidare prosessane i kvart helseføretak.

Hausten 2010 blei det sett i gang eit arbeid med rullering av handlingsplanen. Arbeidet er gjennomført i tett samarbeid med helseføretaka og vil bli ferdigstilt i juni 2011 og skal resultere i ein oppdatert tiltaksplan for perioden, 2011-2015.

Dei einskilde tiltaka i Helse2020 skal bidra til å sikre overordna måloppnåing. Vi vil understreke ansvaret til kvar av verksemdene for å bidra til gjennomføring av tiltak som sikrar identifisering av gevinstområde og i neste omgang uthenting av desse gevinstane som bidrag til å nå våre felles mål.

2 Hovudområde for styring og oppfølging i 2011

Spesialisthelsetenesta forvaltar betydelege verdiar på vegne av samfunnet. Det er viktig at helseføretaka tek sin del av samfunnsansvaret for å sikre bærekraftig utvikling og godt omdømme.

Kontroll på økonomien er viktig for å frigjere ressursar til investeringar, forsking, og for å styrke kvalitet i pasientbehandlinga. Helse Vest RHF er tilfreds med at det samla resultatet for 2010 er betre enn resultatkravet frå eigar. For å sikre at den positive utviklinga blir vidareført og styrka i 2011, vil økonomistyring og økonomioppfølging framleis vere ein prioritert oppgåve. Helseføretaka har då eit særskilt ansvar for å sikre realistisk budsjettering og følgje opp rapporteringskrava til Helse Vest RHF. Dette for å sikre at planlagde investeringar kan gjennomførast i helseføretaket.

Helse Vest RHF vil i 2011 oppretthalde den dialogen med helseføretaka som er etablert i forhold til økonomistyring. Oppfølgingsmøta mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF og helseføretaka kvar månad vil halde fram. I tillegg vil Helse Vest RHF oppretthalde ein tett dialog for utvalde helsefaglege område og for utvikling i bemanninga. For 2011 vil dette særleg gjelde fristbrot, ventetider/langtidsventande og korridorpasientar.

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

Ein gjennomgang av rutinane i samband med innkalling og oppfølging av pasientar som er gjort i føretaka i 2010 viser at det er grunnlag for forbetring av dagens handtering av tilvisingar og ventetider. Helse Vest vil i 2011 arbeide systematisk for å sikre heilskaplege rutinar, klare ansvarsforhold, opplæring i rett bruk av system, samt kontroll av at rutinane blir etterlevd og vidareutvikla i forhold til behov.

Korridorpasientar bør i prinsippet ikkje aksepterast, 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 utskrivingsklare korridorpasientar skal helseføretaka gjennom god samhandling med kommunane sørgje for tydeleg og god kommunikasjon og sikre at overføringane er tilstrekkeleg førebudde. Andre forhold som må vurderast er bruk av pasienthotell, rutinar knytt til inn -, og utskriving, prioritering og ulike insentivordningar for føretaka og kommunane. Helseføretaka skal i 2011 utarbeide klare planar som skal bli lagt fram for styra, for korleis problematikken kring korridorpasientar skal avviklast.

Samhandlingsreforma byggjer mellom anna på ein overordna målsetting om å redusere sosiale helseulikskapar, og at alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte sin livssituasjon. Når sjukdom rammer, er det viktig at folk opplever at dei eit tilbod om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mogleg nærhet til brukaren. Måla med samhandlingsreforma er:

- auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid
- dempa vekst i bruk av sjukehustenester ved at ein større del av helsetenesta blir ytt av kommunehelsetenesta – under føresetnad av like god eller betre kvalitet samt kostnadseffektivitet
- meir heilskaplege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Helseføretaka må i 2011 førebu seg på implementeringa av samhandlingsreforma. Helse Vest RHF vil i tilknyting til dette etablere eit regionalt prosjekt i 2011 for å sikre ein lik tilnærming på eit overordna nivå. Dette arbeidet vil ikkje kome i staden for det sjølvstendige ansvaret helseføretaka har, jf. pkt 6.1.

3 Helsefaglege styringskrav

Område som skal følgjast særskilt opp i 2011, vil vere ventetider og fristbrot, kvalitet og pasienttryggleik, tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helsevern, kreftdiagnostikk,- og behandling og innovasjon.

Eit viktig grunnlag for det arbeidet som spesialisthelsetenesta utfører, er mellom anna dei utgreiingane som blir gjort på ulike nivå, med viktige og nødvendige bidrag frå dei ulike helseføretaka. Helseføretaka er forplikta til å delta med fagfolk i arbeidet med både nasjonale og regionale utgreiingar og prosjekt. Helse Vest RHF har eit ansvar for at deltakinga og avgivinga av ressursar i slike tilfelle blir jamt fordelt på dei ulike helseføretaka ut frå storleik og fagleg kompetanse.

Midlane til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal bli nytta i samsvar med dei spesielle krava som blir stilte i samband med gjennomføringa av "Opptrappingsplan for rusfeltet".

Helseføretaka skal vidareføre eit utval av tenestene under sjukefråversprosjektet "Raskare tilbake". Frå og med 2010 skal tilboda bli avgrensa til dei største gruppene av sjukemelde, nærare bestemt dei psykisk sjuke og dei som har muskel- og skjelettlidingar og som treng ortopedisk vurdering og eventuelt kirurgi. Kirurgi som krev lang rekonvalesens blir ikkje tilrådd, f.eks. innsetjing av hofteprotesar og overvektskirurgi. Omfanget av mindre operasjonar, f.eks. for brokk, åreknutar og karpaltunnelsyndrom, blir vidareført.

<u>Helseføretaka skal</u>

- sørgje for at det øyremerka tilskotet til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstenester for sjukemelde innanfor prosjektet "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for, dei behandlingstilboda som blir finansierte gjennom basisløyvinga
- leggje til rette for evaluering av effekten av ordninga "Raskare tilbake"
- ha avklaringseiningar med tverrfagleg medisinsk kompetanse
- delta i kartlegging av behov i samarbeid med kommunehelsetenesta og NAV

<u>Styringsparametrar (skal rapporterast til Helse Vest RHF månadleg):</u>

- Talet på produserte DRG-poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

3.1 Aktivitet

Den ressursramma som samla sett blir stilt til rådvelde for føretaksgruppa, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga med om lag 1,4 % frå 2010 til 2011, jf. omtale i Prop. 1 S (2010-2011). Veksten kan elles fordele seg ulikt innanfor ulike behandlingsområde. Når det gjeld veksten for Helse Stavanger HF, viser vi til kapittel 4 Ressursgrunnlaget.

3.2 Nye forskrifter

Endra forskrift 18. desember 2001 nr 1539 om godkjenning av sjukehus, bruk av nemninga universitetssjukehus og nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta trer i kraft 1. januar 2011. For nasjonale tenester viser departementet til kap. 7.1.

Iht. forskrift skal Helse Vest søkje Helse- og omsorgsdepartementet om godkjenning av bruk av nemninga universitetssjukehus innan 1. mai 2011.

Helse Bergen og Helse Stavanger skal

- ta initiativ til søknad ved å leggje frem naudsynt dokumentasjon som grunnlag for søknad om godkjenning av bruk av nemninga universitetssjukehus innan 1. mars 2011.

Forskrift om stønad til helsetenester motteken i eit anna EØS-land
Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utanfor sjukehus i andre EU/EØS-land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordninga vil gi pasientane større valfridom. HELFO skal administrere ordninga. Helseføretaka skal dekkje refusjonsutgiftene for dei tenestetypane dei har ansvaret for, etter nærmare bestemte regler, jf. brev frå Helse Vest RHF til helseføretaka datert 05.01.2011.

3.3 Nasjonale strategiar og handlingsplanar

For 2011 gjeld desse strategiane for spesialisthelsetenesta:

Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008–2012)
Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2011)
Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2011)
Nasjonal strategi for KOLS-området (2006–2011)
Strategi for kvinners helse (2003–2013)
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011)
Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008–2012)
Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012)
Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011)
Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014)
Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009–2014)
Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2012)

Helseføretaka skal

- gjere seg kjende med innhaldet i strategiane og handlingsplanane, og leggje dei til grunn for utvikling av tenestetilbodet på dei ulike områda

3.4 Særskilde satsingsområde i 2011

3.4.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrot

Det vil i 2011 bli lagd stor vekt på å redusere ventetidene. Lovverket for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal haldast og gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta skal ned mot 65 løpedagar ved utgongen av 2011.

Tiltak for å nå målet skal setjast i verk innanfor dei vedtekne økonomiske rammene. Aktuelle tiltak kan vere auka utgreiingskapasitet og bruk av private aktørar der dette er med på å redusere ventetidene på ein kostnadseffektiv måte. Det er på sikt ei målsetjing at ventetidene skal reduserast ytterlegare. Det skal ikkje vere fristbrot.

Det er eit mål å få betre oversikt over korleis pasientar beveger seg mellom institusjonar og nivå i helsetenesta. Det bør gå fram av pasientadministrative system og Norsk pasientregister kva for ein instans, institusjon eller enkeltlege som har vist pasienten vidare til sjukehus, og kva for ein instans eller institusjon pasienten blir skriven ut/overført til.

Helse Vest RHF har i 2009 og 2010 gjennomført to prosjekt retta mot ventetider og handtering av ventelister. Siktemålet har vore å identifisere forbetringsområde for å unngå fristbrot og lange ventetider, og å få redusert ventetidene i føretaksgruppa. Det er sett i verk ei rad strakstiltak i føretaksgruppa. Oppfølging av prosjekta blei behandla i styret i Helse Vest RHF i sak 053/10B og sak 102/10B.

Sjølv om desse tiltaka blir gjennomførte, står det att eit stort arbeid med opplæring i korrekt vurdering av pasientrettar, bruk av pasientadministrative system og metodikk for å betre organiseringa og logistikken i dei einingane som har store utfordringar knytte til fristbrot. Sjå brev frå Helse Vest RHF til føretaka daterte 29.9.2010 (om ventelister og ventelistehandtering – strakstiltak), 20.10.2010 (om fristbrot og dei regionale helseføretaka og helseføretaka sitt ansvar, og om informasjon til pasienten ved fristbrot) og 23.11.2010 (om ekstratiltak for pasientar som er blitt ramma av fristbrot).

<u>Helseføretaka skal</u>

- halde lovverket for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp
- sikre at gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er ned mot 65 løpedagar ved utgongen av 2011
- gjennomføre og følgje opp strakstiltak og langsiktige tiltak for å unngå fristbrot, og for å redusere ventetidene, jf. styresak 053/10B, styresak 102/10B og brev av 29.9.2010 og 23.11.2010
- registrere, kvalitetssikre og rapportere data om tilvisingar til Norsk pasientregister.

<u>Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR og Fritt sjukehusval som datakjelde):</u>

- Prosentdel av ventetider på nettsida for fritt sjukehusval som er oppdaterte dei siste fire vekene
- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor somatikk
- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP)
- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor det psykiske helsevernet for vaksne (VOP)

- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)
- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta (styringsmål: ned mot 65 løpedagar ved utgangen av 2011).
- Prosentdel av pasientar innanfor BUP som er vurderte innan 10 dagar (mål: 100 %)
- Prosentdel av rettigheitspasientar under 23 år som får behandling innan 65 dagar i det psykiske helsevernet og/eller TSB (mål: 100 %)
- Prosentdel av fristbrot for rettigheitspasientar (mål: 0)
- Pasientar som har venta i meir enn 12 månader (mål: 0)

3.4.2 Kvalitet og pasienttryggleik

Tenestene som blir tilbydde, skal vere av god kvalitet, trygge og sikre. Det er eit leiingsansvar å ha oversikt over tilstanden når det gjeld kvaliteten på tenestene og pasienttryggleiken. Mangelfull kommunikasjon og språkforståing er ein risikofaktor og ei viktig kjelde til feilbehandling.

Kvalitetssatsinga i Helse Vest
Kvalitetssatsinga i Helse Vest er eit langsiktig arbeid som er forankra i ”Helse 2020” og byggjer på ”Nasjonal helseplan” og måla i den nasjonale kvalitetsstrategien. Hovudlinjene i satsinga går fram av styresak 124/08 ”Vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009–2013”.

Kvalitetssatsinga har fokus på kvalitet i kjerneverksemda. Hovudprinsippet er at kvalitetsarbeidet skal vere lokalt forankra, med helseføretaka som ansvarlege, og sentralt koordinert på ein del område der det er behov for felles regionalt arbeid. Hovudområda er kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik og måling av resultat.

I 2011 er det sett av 10 mill. kr som skal brukast i helseføretaka og i dei private ideelle institusjonane til å gjennomføre felles regionale prosjekt. Det blir inngått avtalar mellom Helse Vest og helseføretaka om gjennomføring av desse prosjekta i 2011.

Når prosjektperioden er over, vil arbeidet i hovudsak gå over i drift, og kunnskap frå prosjekta kan implementerast i pasientbehandlinga.

For oversikt over prosjekt og aktivitetar i kvalitetssatsinga viser vi til styresak 126/10 ”Status for kvalitetssatsinga i Helse Vest”.

<u>I samband med kvalitetssatsinga er helseføretaka ansvarlege for</u>

- å delta i kvalitetssatsinga, inkludert styringsgruppe, kvalitetsforum og kvalitetskonferanse
- å bidra til at det kjem fram gode søknader om ”såkornmidlar” til lokale kvalitetsutviklingsprosjekt, prioritere mellom dei og følgje dei opp i etterkant
- å gjennomføre regionale prosjekt og samarbeide med dei andre helseføretaka i regionen, jf. avtalar om det einskilde prosjekt
- å bidra til at kunnskap frå prosjekta blir overført til ulike einingar i helseføretaket, og at kunnskap frå prosjekta blir implementert i drifta av helseføretaket.

Innanfor temaområdet ”Kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd” er helseføretaka ansvarlege for

- å bidra i regionalt og nasjonalt arbeid for å leggje til rette for bruk av mini-HTA[1] (m.a. utvikling av mini-HTA-skjema og nødvendige støttefunksjonar)
- å gi minst to eksempel på kvalitetsforbetring som konsekvens av kliniske forskingsprosjekt

Innanfor temaområdet ”Pasientfokus” er helseføretaka ansvarlege for

- å ta i bruk verktøyet for undersøking av pasienterfaringar på lokalt nivå og ha ein funksjon i kvart helseføretak for gjennomføring og koordinering av lokale undersøkingar

Innanfor temaområdet ”Pasienttryggleik” er helseføretaka ansvarlege for

- å rapportere uønska hendingar og nestenuhell i ”Synergi” og gjennomføre tilstrekkeleg opplæring i bruk av og registrering i systemet
- å sørgje for at tilsynsrapportar blir brukt til læringsformål, og bidra til erfaringsutveksling mellom helseføretaka
- å ha faste, tverrfaglege møte i alle einingar som driv pasientbehandling, for å evaluere uønska hendingar (skadar, komplikasjonar, legemiddelskadar, unaturlege dødsfall og andre utilsikta hendingar) og for å kunne bruke evalueringa til læring for å unngå liknande hendingar
- å bidra med fagkompetanse og personellressursar i det regionale prosjektet om legemiddel og pasientryggleik (LOP)
- å ta i bruk sjekklista ”Trygg kirurgi vernar liv” rutinemessig i alle kirurgiske einingar, og rapportere om bruken

Sjå også om tiltak under avsnittet om pasienttryggleik.

Måling og forbetring av kvalitet

Det er eit mål at helseføretaka har mest mogleg lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som støttar opp om gode pasientprosessar. Dette målet kan blant anna bli nådd ved å implementere nasjonale faglege retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregister er viktige verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbetringsarbeid og forsking. Det er eit mål å etablere slike register innanfor viktige fagområde. Vidareutviklinga på området kvalitetsregister skal vere i tråd med handlingsplanen for ”Nasjonalt helseregisterprosjekt”. I alt 19 medisinske kvalitetsregister har status som nasjonale register. Åtte av dei nasjonale registra ligg i Helse Vest. Det er eit mål å gjere desse registra landsdekkjande og operative i kontinuerleg kvalitetsforbetringsarbeid i 2011. Helse Vest samarbeider med dei andre regionale helseføretaka i dette arbeidet. Regionalt er arbeidet ein del av Kvalitetssatsinga, temaområdet ”Måling av resultat”.

I tillegg blir det arbeidd for å synleggjere målingar/kvalitetsindikatorar som kan vise behandlingsresultat frå klinisk verksemd.

Det vil bli starta eit arbeid i Helse Vest knytt til at epikrisane skal vere klare ved utskriving / ferdig behandling, og knytt til utforminga av og innhaldet i epikrisane.

Korridorpasientar er eit uttrykk for utfordringar knytte til organisering av tenesta og at

---

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

samhandling mellom sjukehus og helsetenesta elles ikkje er tilfredsstillande. Det skal normalt ikkje vere korridorpasientar.

I samband med arbeidet med kvalitetsregister har Helse Bergen ansvar for

- å utvikle, drifte og nytte dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra som er lagt til Helse Bergen. Det gjeld Norsk intensivregister, Norsk diabetesregister for vaksne, Nasjonalt KOLS-register, Nasjonalt register for leppe-/kjeve-/ganespalte, Nasjonalt register for leddprotesar, Nasjonalt hoftebrotregister, Nasjonalt korsbandregister og Norsk MS-register og -biobank. Frå 2011 kan nye register baserte i Helse Bergen bli godkjende som nasjonale medisinske kvalitetsregister, og Helse Bergen vil då få ansvar for å utvikle, drifte og nytte også desse.
- å bidra i nasjonalt arbeid med å etablere ein felles teknisk infrastruktur og ein nettverksstruktur for alle nasjonale register
- å arbeide for og sikre at dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra i regionen har implementert felles elektroniske innregistreringsløysingar, som er tilgjengelege for alle som skal levere og bruke data i samsvar med formålet til registra.
- å vidareutvikle rolla til Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forsking. Dette må sjåast i samanheng med nasjonalt samarbeid og samarbeid med Helse Vest IKT.

Helseføretaka skal

- rapportere data til, og bruke data frå, alle nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i eige og i andre helseføretak. Helseføretaka skal m.a. delta i etableringa av løysingar som gjer det mogleg med elektronisk kommunikasjon mellom eigne avdelingar og dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra.
- sikre at data i medisinske kvalitetsregister blir brukte i tråd med formålet og nytta til å forbetre kvaliteten
- sikre ein mest mogleg likeverdig behandlingspraksis, i tråd med nasjonale faglege retningslinjer

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR og MFR som datakjelde):

- Prosentdel av epikrisar som er sende ut innan sju dagar (mål: 100 %)
- Prosentdel av korridorpasientar
- Prosentdel av pasientar med hjerneinfarkt som får trombolyse
- Prosentdel av pasientar med sfinkterruptur (fødselsrifter) av grad 3 og 4
- Talet på bein-/fotamputasjonar per 100 000 innbyggjarar på grunn av diabetes

Pasienttryggleik
Det er eit leiaransvar på alle nivå å motivere tilsette til å bruke system for melding av uønska hendingar. Tilsette skal oppleve det som trygt å melde frå, og meldingane skal følgjast opp ut frå eit system- og læringsperspektiv.

Talet på uønska hendingar skal reduserast. I januar 2011 startar den nasjonale kampanjen for pasienttryggleik - i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal leggje grunnlaget for varige system og strukturar for – og kompetanse innanfor – pasienttryggleik, og skal bidra til å skape ein betre kultur for pasienttryggleik. Nasjonale innsatsområde i kampanjen er postoperative sårinfeksjonar, riktig legemiddelbruk, behandling

av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen startar med ei basismåling av omfang av pasientskadar ved hjelp av Global Trigger Tool[2]. Innsatsområda blir innførte gradvis.

Fleire av prosjekta i kvalitetssatsinga ligg tett opp til tema i kampanjen for pasienttryggleik, og arbeida vil bli sett i samanheng.

Helseføretaka skal

- delta i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen på dei nasjonale innsatsområda som styringsgruppa har vedteke. I tillegg til rapportering i årleg melding blir det bede om ei statusrapportering for helseføretaka sin medverknad i, og resultat frå, pasienttryggleikskampanjen innan 1. september 2011.

Brukarmedverknad og tilgjengelege og brukarvennlege tenester
Det er eit mål at reell brukarmedverknad skal liggje til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forsking, jf. erfaringane frå Nasjonalt pilotsjukehusprosjekt. Tenestene skal vere tilgjengelege og innretta etter behovet til brukarane. Dette inneber både fysisk tilgjenge og tilgjenge i tydinga kulturell og språkleg forståing. I lokale brukarundersøkingar bør sjukehusa leggje vekt på kor viktig kommunikasjon og språkforståing er for behandlingskvalitet.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Kunnskapssenteret som datakjelde):

- Brukarerfaringar blant kreftpasientar, justert for pasientsamansetning
- Brukarerfaringar ved svangerskap/fødsel/barsel
- Erfaringar fastlegar har med distriktspsykiatriske senter

3.4.3 Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB)

Tenestene innanfor TSB skal vere samordna, vere tilpassa pasientar med samansette lidingar og sikre eit samanhengande forløp i behandlinga, også ved akutthjelp og der behandling blir starta av ambulansetenesta ved overdosar. Samordning med tenestene innanfor det psykiske helsevernet er særleg viktig. Tenestene bør helst gjevast nær der pasientane bur og i samarbeid med kommunale tenester.

Det er eit mål å ha gode rutinar for samarbeid med kommunen under behandling i spesialisthelsetenesta, ved avslutning av behandling og ved brot i behandlinga. Ved brot i behandlinga skal det etablerast rutinar for rask innlegging i TSB dersom pasienten treng det.

Helseføretaka må også sikre og koordinere tilbodet til speleavhengige. Tilbodet kan vere etablert både ved poliklinikkar og døgneiningar for rusmiddelavhengige og ved poliklinikkar og døgneiningar innanfor det psykiske helsevernet.

Helseføretaket skal

- auke kapasiteten innanfor TSB
- i samarbeid med kommunane og private ideelle institusjonar etablere behandlingsførebuande tiltak for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp i påvente av oppstart av behandling
- setje i verk tiltak for å få fleire pasientar til å fullføre TSB

[2] Global Trigger Tool er ein metode for systematisk måling av omfanget av pasientskadar over tid.

- utvikle gode rutinar for samarbeid som sikrar ei heilskapleg akuttkjede på tvers av dei einingane som tek imot pasientar for akutt behandling av rusmiddelbrukarar, både internt og eksternt
- frå 1. januar 2011 etablere eit forsterka tilbod til pasientar i eige føretaksområde og føretaksområdet til Helse Fonna som treng innlegging etter § 6-2 og § 6-2a i sosialtenestelova, jf. styrevedtak i Helse Vest RHF 22. juni 2010, og koordinere tilbodet til desse pasientane
- sikre at helsepersonell frå spesialisthelsetenesta ved rusmeistringseiningane i fengsla bidrar til at innsette fangar ved rusmeistringseiningane under opphaldet blir vurderte med omsyn til ”rett til nødvendig helsehjelp” for rusproblema sine
- bidra til å følgje opp pasientar som i dag har tilbod ved private ideelle institusjonar der avtalen med Helse Vest går ut i nær framtid, jf. brev av 7.12.2010. DPS-a må i denne samanhengen spele ei sentral rolle.
- sikre og koordinere tilbodet til speleavhengige slik at det er tilpassa behovet i føretaksområdet

<u>Helseføretaka skal i tillegg registrere og rapportere om</u>

- data til regionalt medisinsk kvalitetsregister innanfor TSB når dette blir etablert
- pasientar i dei pasientadministrative systema med fagområda 360 RUS, 365 LAR eller 370 Speleavhengige. Det skal registrerast relevant fagområde, uavhengig av kva fagområde tilvisinga er registrert med. Fagområdekodane skal brukast også ved einingar som tilbyr TSB, men som organisatorisk ligg under det psykiske helsevernet.
- aktivitetsdata, situasjonsdata og prosedyrekodar frå TSB gjennom NPR-melding versjon 47

3.4.4 Psykisk helsevern

Målet er å fremme god helse, sjølvstende og evne til å meistre eige liv. Tidleg hjelp med godt tilgjenge til spesialisthelsetenesta er viktig for å hindre uheldig sjukdomsutvikling. Hjelpa må gjevast på det mest effektive omsorgsnivået.

Tilbodet til barn og unge i det psykiske helsevernet, og arbeidet med å innfri barne- og ungdomsgarantien, må prioriterast høgt av helseføretaka. Ein må sikre at nødvendige tiltak blir sette i verk. Fokus må vere på tilføring av nødvendig behandlarkapasitet og kompetanse, og på å sikre ei effektiv utnytting av ressursane i barne- og ungdomspsykiatrien. Vedtak i sak 093/10 B, gjort av styret i Helse Vest 1. september .2010, må følgjast opp.

Tilbodet til pasientar/brukarar innanfor det psykiske helsevernet skal gjevast på kommune- eller DPS-nivå der dette er forsvarleg. Det er eit mål at DPS-a skal ha nødvendige akuttfunksjonar, slik at alle førespurnader kan rettast til dei uavhengig av kva tid det er på døgnet. DPS-a skal i hovudsak vere vegen inn og ut av spesialisthelsetenesta. Vidare er det eit mål at DPS-a skal ha tilstrekkeleg kompetanse om psykiske lidingar hjå eldre. Sjukehusa skal ta seg av oppgåver som berre kan utførast på sjukehusnivå. Det er ein føresetnad at akuttnettverket blir vidareført med sikte på ei vidare utvikling av akuttfunksjonane.

Talet på tvangsinnleggingar og omfanget av tvangsbruk i det psykiske helsevernet skal reduserast og kvalitetssikrast.

Datakvaliteten innanfor det psykiske helsevernet skal betrast.

Det blir og vist til brev frå Helse Vest RHF datert 26.10.10 om oppfølging av rapportar frå Nasjonal strategigruppe II[3] knytt til redusert og rett bruk av tvang, arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sjukehus, implementering av retningsliner/rettleiarar/kunnskapsbaserte metodar, brukarmedverknad og TSB

Helseføretaka skal

- innfri ventetidsgarantien for barn og unge. Det inkluderer å sikre nødvendig behandlarkapasitet, kompetanse og sørgje for effektiv utnytting av ressursane. Det inkluderer også samhandling med andre samarbeidspartnarar, som kommunane og Bufetat.
- sørgje for at nødvendige akuttfunksjonar, som akutt- og krisetenester og ambulante akutteam, blir etablerte ved DPS-a
- gjennomgå funksjons- og arbeidsfordelinga innanfor det psykiske helsevernet, jf. tilråding frå Nasjonal strategigruppe II. Ressursfordelinga må avspegle god arbeidsfordeling. Ressursane bør fordelast med minst 50 % på DPS-nivå. Psykisk helsevern for barn og unge bør sikrast minst 20 % av dei samla ressursane til psykisk helsevern.
- følgje opp tilrådingane i dei andre rapportane frå Nasjonal strategigruppe II
- sørgje for at lokale planar for redusert og rett bruk av tvang blir utarbeidde, implementerte og gjennomførte i samsvar med departementet sitt brev av 19. mars 2010 og i samsvar med den regionale planen som er under utarbeiding. Ein må ha fokus på konkrete tiltaksresultat. Planane skal forplikte leiarar og tilsette på alle nivå i spesialisthelsetenesta. Kompetanseheving på alle nivå må vere ei viktig oppgåve.
- utvikle og prøve ut brukarstyrte plassar i alle DPS-a for pasientgrupper med langvarig og/eller tilbakevendande alvorlege psykiske lidingar
- gjennomgå PWC[4] sin rapport ”Gjennomgang av virksomheten ved Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF” og vurdere om dei tilrådde forbetringstiltaka kan vere tenlege tiltak i eiga verksemd med sikte på å sikre god fagleg standard
- sørgje for eit godt tilbod til barn og unge med spiseforstyrringar
- i samarbeid med private ideelle institusjonar sikre kompetanse til å behandle pasientar med kombinasjonar av moderat til alvorleg psykisk liding og alle typar ruslidingar
- leggje til rette for at rettane til fengselsinnsette med psykiske og rusrelaterte lidingar blir ivaretekne
- setje i verk tiltak for at rapporteringskjeda i forhold til NPR fungerer på alle nivå. Alle einingar/klinikkar /avdelingar skal gjennomføre opplæring i registreringsrettleiaren. Kvaliteten på pasientdata som dreier seg om bruk av tvang, skal ha særskild merksemd
- rapportere utskrivingsklare pasientar, som skal til DPS og kommunar, til Norsk pasientregister.

I tillegg skal helseføretaka ved behov bidra i

- Helsedirektoratet sin gjennomgang av ressursbruk, prioriteringar og arbeidsmåtar innanfor det psykiske helsevernet for barn og unge
- Helsedirektoratet sitt arbeid knytt til oppdrag om utarbeiding av statusrapport og vurdering av status for ambulant verksemd innanfor psykisk helsevern og TSB.
- eit samarbeid med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjekt, i påvente av at det blir etablert ei ny særreaksjonsordning i 2011, for utilreknelege som gjer grove, gjentekne lovbrot

---

[3] Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB er satt saman av representantar for dei 4 RHFa med deltaking frå HOD, Helsedirektoratet og KS. Helse Midt-Noreg leiar arbeidet. Nasjonal strategigruppe II har utarbeida 5 rapportar med anbefalingar for psykisk helsevern og TSB

[4] PriceWaterhouseCoopers AS

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde):
- Talet på tvangsinnleggingar, relatert til befolkninga i opptaksområdet
- Datakvalitet hovudtilstand psykisk helsevern barn og unge
- Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne
- Datakvalitet hovudtilstand psykisk helsevern vaksne

3.4.5 Diagnostisering og behandling av kreft

Helseføretaka skal leggje til rette for høg kvalitet og kompetanse, tilstrekkeleg kapasitet, likeverdig tilgjenge, tenleg organisering og betre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet. Det skal utviklast pasientforløp som sørgjer for god behandlingskvalitet, og som sikrar at kreftpasientane unngår unødig venting på utgreiing og behandling. Det er viktig at det finst gode tilbod når det gjeld palliativ pleie og hospice. Tilboda skal inngå som ein integrert og naturleg del av spesialisthelsetenesta og det samla helse- og omsorgstilbodet i kommunane.

Arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta skal ta utgangspunkt i Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010), med særleg vekt på dei tre viktigaste risikoområda i rapporten: utgreiingslogistikk (sein diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervaking.

Helse Vest vil fullføre ein ny gjennomgang av funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i 2011.

Helseføretaka skal
- følgje opp den vedtekne funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i regionen og bidra i arbeidet med ein fornya gjennomgang av denne funksjonsfordelinga
- nytte Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010) i forbetringsarbeidet
- arbeide vidare med planar for utvikling av tilbodet som set helseføretaka i stand til å dekkje behovet for patologitenester i regionen frå 1. august 2012, jf. styringsdokument for 2010 og den regionale planen for patologi (styresak 74/04)

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde):
- Tid frå tilvising til første behandling av tjukktarmskreft
- Tid frå tilvising til første behandling av brystkreft
- Tid frå tilvising til første behandling av lungekreft

3.4.6 Innovasjon

Innovasjon dreier seg om å utvikle og innføre nye og betre produkt og tenester, men også om forbetringar i verksemda i form av betre og meir kostnadseffektive prosessar, organisatoriske løysingar og pasientforløp. I samsvar med St.meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* blei det bestemt å forlengje den pågåande satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, så framt halvvegsevalueringa var positiv. Det blei også bestemt å utvide satsinga til også å omfatte forskingsbasert innovasjon. Halvvegsevalueringa blir sluttført våren 2011.

Det finst eit potensial for å utnytte den samla nasjonale kommersialiseringskompetansen betre, m.a. gjennom meir omfattande samarbeid med universitets- og høgskulesektoren. Det finst vidare eit potensial for å auke innovasjonsaktiviteten gjennom bruk av offentlege innkjøp, førkommersielle avtalar og prosjekt med leverandørindustrien.

Dei regionale helseføretaka har saman med Helsedirektoratet, Innovasjon Noreg og Forskingsrådet utarbeidd ein felles nasjonal tiltaksplan for innovasjon i helsesektoren.

Helseføretaka skal

- bidra i arbeidet med å implementere planen om nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren
- bidra til å gjennomføre den felles nasjonale tiltaksplanen i føretaksgruppa
- peike ut ein ansvarleg person for innovasjon i føretaket og delta i nettverk i føretaksgruppa for å fremme innovasjon
- i samarbeid med dei andre helseføretaka setje i verk tiltak for å utnytte innovasjonspotensialet knytt til offentlege innkjøp blant anna gjennom førkommersielle avtalar.

3.5 Andre område

3.5.1 Nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta

Nemninga nasjonale tenester omfattar nasjonale kompetansetenester (tidlegare nasjonale kompetansesenter) og nasjonale og fleirregionale behandlingstenester (tidlegare lands- og fleirregionale funksjonar). Den føreliggjande gjennomgangen av nasjonale tenester frå dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet samt dei vedtekne forskriftsendringane ligg til grunn for endringar i nasjonale tenester i 2011.

Helse Bergen og Helse Stavanger skal

- implementere nytt styringssystem for nasjonale tenester frå den tida departementet bestemmer.

3.5.2 Habilitering og rehabilitering

Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal vere ein integrert del av pasientbehandlinga hos barn og vaksne med ulike sjukdommar og skadar. Måla i samhandlingsreforma om meir heilskaplege og samanhengande tenester utan unødige brot og forseinkingar gjeld i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreforma skal det vurderast om kommunane skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

Det er eit mål å systematisere barne- og vaksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet.

Helseføretaka skal

- sørgje for at pasientar får nødvendige behandlingshjelpemiddel som del av medisinsk behandling, og at tildeling av behandlingshjelpemiddel skjer ut frå ei individuell vurdering i kvart enkelt tilfelle
- samarbeide med Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, inkludert Regional vurderingseining, om m.a. samarbeid med dei private rehabiliteringsinstitusjonane

- inngå samarbeidsavtalar med private rehabiliteringsinstitusjonar i eige opptaksområde og bidra til utvikling av kompetansen og tenestene ved institusjonane
- sørgje for at det i samband med tilvising frå sjukehusa til rehabiliteringsinstitusjonane blir gitt gode medisinske opplysningar og ei grunngjeving og eit mål for rehabiliteringsopphaldet (jf. brev frå Helse Vest datert 1.10.2010)
- sørgje for at tenester som blir tilbydde frå dei koordinerande einingane i helseføretaka er synlege og lett tilgjengelege
- leggje til rette for at tenesta fungerer som praksisarena for å sikre gode læringsvilkår innanfor fagfeltet

3.5.3 Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

Helseføretaka skal sørgje for god kompetanse og rask respons i naudmelde- og ambulansetenesta. Det skal vere likeverdig tilgang til naudmeldetenesta for funksjonshemma, minoritetsspråklege og den samiske befolkninga. Det er eit mål å betre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, anna kommunal helse- og omsorgsteneste og dei frivillige organisasjonane.

Det er eit krav at ambulansetenesta skal oppfylle kompetansekrava i forskrifta om akuttmedisinske tenester. I Helse Vest er enkelte ambulansestasjonar framleis sårbare. Ein må rette merksemda mot samarbeid mellom føretaka i regionen for å hjelpe dei mindre ambulansestasjonane til å takle dei utfordringane dei står overfor.

<u>Helseføretaka skal</u>

- setje i verk tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralane
- bidra, i samarbeid med Helsedirektoratet, i arbeidet for å utvikle nasjonale krav til ambulansebilar og for å etablere eit nasjonalt system for rapportering og behandling av data frå akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

<u>Helse Bergen skal ha</u>

- ansvaret for Radio Medico frå 1. januar 2011. Ansvaret er overført frå Helsedirektoratet / Helfo til Helse Vest RHF og blir vidareført til Helse Bergen. Radio Medico har til no vore driven av frittståande legar i Bergen. Helse Bergen skal sørgje for ei teknologisk oppgradering og organisatorisk forankring av Radio Medico i Norsk senter for maritim medisin ved Helse Bergen. Teknologisk oppgradering og krav til journalføring, kvalitetssikring og internkontroll må tilfredsstille dei internasjonale forpliktingane Noreg har på dette feltet.

3.5.4 Behandling av hjarteflimmer

Pasientar med hjarteflimmer skal tilbydast behandling i tråd med nasjonale faglege tilrådingar. På bakgrunn av dei nye tilrådingane frå Helsedirektoratet for behandling av pasientar med atrieflimmer, og av omsyn til likebehandling av pasientane, finn departementet det riktig at alle pasientar med behov for ablasjon blir vurderte i forhold til prioriteringsforskrifta eller forsvarlegheitskravet. Det blir vist til brev frå Helse Vest RHF til helseføretaka datert 7.11.2010.

<u>Helseføretaka skal</u>

- rapportere om statusen for dette arbeidet innan 15. april 2011

- leggje Helsedirektoratet sine tilrådingar til grunn for prioritering av denne pasientgruppa, jf. brev frå Helse Vest RHF datert 7.11.2010

Fleire med hjarteflimmer kan ha nytte av ablasjonsbehandling. Det er derfor behov for å auke kapasiteten for ablasjonsbehandling i Helse Vest til 280 AF-prosedyrar per år.

Helse Bergen skal

- byggje opp kapasitet til 280 AF-prosedyrar per år, jf. brev frå Helse Vest RHF daterte 13.7.2010 og 7.11.2010. Dersom kapasiteten i helseføretaket i ein oppbyggingsperiode ikkje er tilstrekkeleg, lyt ein sørgje for at pasienten kan få tilbod ein annan stad i landet eller i utlandet.

3.5.5 Behandling av sjukleg overvekt

Ein gjennomgang viser at ventetida for utgreiing og behandling av sjukleg overvekt er ulik i landet og somme stader for lang, jf. Helsedirektoratet sin prioriteringsrettleiar for sjukleg overvekt, IS-1702. Pasientar med sjukleg overvekt skal sikrast eit heilskapleg og samanhengande tilbod.

Helseføretaka skal

- vidareføre og styrkje eit regionalt samarbeid der ein m.a. skal gjere ein tverrfagleg gjennomgang av korleis behandlingsforløpet ved sjukleg overvekt skal vere, kva for indikasjonsgrenser som skal praktiserast for kirurgisk behandling og for for- og etterbehandling, kapasiteten i tenestene og korleis ein kan sikre god oppfølging i samarbeid med primærhelsetenesta
- leggje til rette for tilbod til pasientane på tvers av føretaksgrensene
- styrkje poliklinikktilbodet for å sikre avklaring av operasjonsindikasjon og kunne starte nødvendig forbehandling som gir ein tenleg og aktiv bruk av ventetida der det er operasjonsindikasjon

3.5.6 Kronisk utmattingssyndrom / myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Tilbodet om diagnostikk, behandling og rehabilitering, mellom anna lærings- og meistringstilbod til pasientar med CFS/ME, skal vere adekvat og i tråd med oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet skal innan utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført ei oppsummering av relevant forsking om oppfølging av pasientar med CFS/ME. På oppdrag frå Helsedirektoratet går SINTEF Teknologi og samfunn gjennom tilbodet til pasientar med CFS/ME i Noreg. Departementet vil, på bakgrunn av råd frå Helsedirektoratet, kome tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppa eit best mogleg tilbod om diagnostisering og oppfølging.

3.5.7 Tilbodet til pasientar med astma og allergiske lidingar

Det er eit mål å styrkje den nasjonale kompetansen innanfor astma, allergi og overfølsemdssjukdommar. Det er vidare eit mål å utvikle gode rutinar for utgreiing, diagnostisering og behandling av astma og allergisk sjukdom/overfølsemd hos barn og vaksne.

Helse Bergen skal

- etablere eit regionalt tverrfagleg kompetansemiljø for astma- og allergisjukdommar med hovudfokus på rådgiving og kompetanseoverføring for å få etablert eit best mogleg tilbod lokalt, som ei oppfølging av ”Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer 2008–2012”.

3.5.8 Ernæring og mattryggleik

Gode rutinar og kompetanse skal sikre at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet. Rettleiingsoppgåva overfor kommunane skal ivaretakast på ernæringsområdet. Det skal særleg leggjast vekt på ernæringssituasjonen til dei eldre.

Helseføretaka skal

- sikre at god og riktig ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet
- setje i verk tiltak for å sikre god kompetanse og gode rutinar på områda hygiene og mattryggleik, og følgje opp Mattilsynet sin rapport ”Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009). Institusjonskjøkken”

3.5.9 Spesialisthelsetenestetilbodet for eldre

I arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta skal helseføretaka følgje opp Helsetilsynet sin rapport om identifisering av risikoområda i spesialisthelsetenestetilbodet til eldre (15/2010).

Dei viktigaste risikoområda omfattar sein og utilstrekkeleg hjelp til (skrøpelege) eldre med akutt sjukdom eller skade, mangelfulle rutinar og manglande kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelingar og legemiddelrelaterte problem. Risikoområda som blei identifiserte, er i stor grad relaterte til organiseringa og styringa av spesialisthelsetenesta. Risikostyring og oppfølging av leiarar er viktige element for å redusere risikonivået innanfor spesialisthelsetenestetilbodet til eldre.

Helseføretaka må utvikle spesialisthelsetenestene til eldre i tråd med dei prioriterte tiltaka i den regionale planen for styrking av spesialisthelsetenestene til eldre, jf. styresak 015/10B. Tilrådingane må følgjast opp i helseføretaka i samarbeid med m.a. kommunane og brukarane.

Som eit ledd i Helse Vest si styrking av spesialisthelsetenesta til eldre vil det i 2011 bli oppretta eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. Kompetansesenteret blir lagt til Helse Stavanger, jf. styresak 125/10 B.

Helseføretaka skal

- følgje opp Helsetilsynet sin rapport om identifisering av risikoområda i spesialisthelsetenestetilbodet til eldre (15/2010) i arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta
- følgje opp den regionale planen

Helse Stavanger skal

- etablere eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. Kompetansesenteret skal bidra til kompetanseheving i regionen, jf. styresak 125/10 B og brev av 14.12.2010.

3.5.10 Radiologi

Lang ventetid og fristbrot kan i mange tilfelle ha si årsak i mangel på utgreiingskapasitet, for eksempel kapasitet på MR og CT. I aktivitetsveksten i statsbudsjettet for 2011 er det stilt krav om høgare vekst på området poliklinisk radiologi, tilsvarande 4,5 %. Basisrammene for Helseføretaka er styrkte i tråd med dette. Vi viser til styresak 122/2010 og brev av 8.12.2010.

Tiltak på kort sikt:
Helse Vest RHF vil gjennomføre anbodskonkurransar for kjøp av radiologitenester hos private aktørar i dei delane av regionen der ventetidene innanfor poliklinisk radiologi er lengst.

<u>Helseføretaka skal</u>

- sørgje for å setje i verk snarlege tiltak for å auke aktiviteten og redusere ventetider innanfor poliklinisk radiologi, særleg for MR og CT. Det skal rapporterast kvar månad om effekten av tiltaka.

Tiltak på lang sikt:
For ytterlegare å redusere ventetider, auke kvaliteten og redusere kostnader vil det i 2011 bli sett i verk eit regionalt arbeid for å sikre felles rutinar innanfor radiologi på tvers av helseføretaka.

3.5.11 Positronemisjonstomografi (PET)

PET er ei nukleærmedisinsk undersøking der radioaktive stoff blir sprøytte inn i pasienten, og der opphoping av radioaktiviteten vil kunne gi informasjon om kvar sjukelege tilstandar, f.eks. vondarta svulstar, er lokaliserte. For å gi auka klinisk utbyte blir metoden kombinert med samtidig computertomografi (CT), og denne kombinasjonen blir omtalt som PET/CT.

<u>Helse Bergen skal</u>

- drive eit regionalt PET-senter som skal gi pasientar frå heile regionen likeverdig tilgjenge til denne typen undersøkingar, ved at prioritering av tilgjenge skal vere basert på medisinsk indikasjon og ikkje på kvar pasienten bur
- med utgangspunkt i tilgjengeleg kapasitet ved PET-senteret utarbeide, vedlikehalde og gjere elektronisk lett tilgjengeleg dei viktigaste indikasjonane for PET-undersøkingar som vil bli praktiserte i regionen

3.5.12 Regionale kompetansesentra

Det vil bli gjennomført ei evaluering av dei regionale kompetansesentra i 2011. Evalueringa vil ikkje omfatte det nye kompetansesenteret for eldremedisin og samhandling og den nye regionale vurderingseininga ved kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering.

<u>Helseføretaka skal</u>

- bidra i arbeidet med å evaluere regionale kompetansesentra

3.7 Beredskap og smittevern

Det er eit mål at det finst oppdaterte og øvde beredskapsplanar med rutinar for å oppdage og varsle hendingar, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid krev samarbeid mellom regionale helseføretak, kommunar, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktørar. Kommunale og private institusjonar og andre samarbeidspartnarar skal få nødvendig smittevernbistand. Det skal arbeidast målretta for å førebyggje sjukehusinfeksjonar og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvakast, og det må sikrast at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale kampanjen for pasienttryggleik skal bidra til større vekt på infeksjonskontroll i helseføretaka og til betre kvalitet på rapportering til Norsk overvakingssystem for infeksjonar i sjukehustenesta (NOIS).

Helse- og omsorgsdepartementet har nyleg godkjent oppretting av eit Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetenesta i Helse Vest RHF, lokalisert ved Helse Bergen HF, som eit nasjonalt medisinsk kompetansesenter. Kompetansesenteret har fått eit særleg ansvar for å sikre nasjonal oppbygging og spreiing av kompetanse innanfor sitt spesifiserte fagområde.

I samband med den pågåande rulleringa av den regionale beredskapsplanen, som skal gjelde frå 2011 til 2013, må helseføretaka rullere planverka sine slik at dei heile tida er i samsvar med gjeldande forskrift.

Helseføretaka skal

- følgje opp erfaringane frå handteringa av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidinga av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa
- oppdatere og gjennomføre nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane sine, med utgangspunkt i erfaringane frå handteringa av ny influensa A (H1N1), vulkanutbrotet på Island og den pågåande rulleringa av den regionale beredskapsplanen

Helse Bergen har ansvar for

- å byggje opp og utvikle eit nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetenesta, jf. brev frå Helse- og omsorgsdepartementet datert 9.11.2010 og brev frå Helse Vest RHF datert 10.12.2010

3.7 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er eit viktig verkemiddel for å sikre rett kompetanse og tilstrekkeleg med helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkast med samhandlingsreforma.

Forankring i leiinga og god organisering og rettleiing av praksis- og turnusordningane bidrar til at helseføretaka står fram som gode og attraktive læringsarenaer. Når samhandlingsreforma blir førebudd i 2011, blir det svært viktig å utnytte etablert samarbeid med utdanningsinstitusjonar på ein god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunane om utdanningsbehov og praksis bør vurderast. Helseføretaka har eit felles ansvar for å leggje til rette praksisplassar for desentraliserte utdanningar og utdanningar som ikkje er etablerte i alle helseregionar. Vedlegg 1 viser mellom anna dei aktivitetskrava Kunnskapsdepartementet har sett til universitet og høgskular.

Gjennom fordeling av legestillingar og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har helseføretaka ansvar for at det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane. Det må leggjast til rette for å sikre breiddekompetanse, særleg på mindre sjukehus. Helseføretaka skal ha særskild merksemd på legestillingar som kan styrkje utvikling av lokalsjukehus og samhandling med kommunane.

På spesialistområdet skjer det i 2011 fleire omleggingar. Helsedirektoratet overtek frå hausten 2011 den offentlege spesialistgodkjenninga. Helsedirektoratet har fleire sentrale oppgåver på spesialistområdet og skal m.a. vurdere strukturen og innhaldet i spesialistutdanninga, og om andre personellgrupper skal få offentleg spesialistgodkjenning.

Helseføretaka skal

- setje i verk tiltak for å bidra til auka utdanning i legespesialitetar der rekrutteringa er vanskeleg
- etterleve krava i det lovbaserte legefordelingssystemet og bidra til implementering og drifting av det nye systemet for forvaltning av legeheimlar.
- styrkje utdanningskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien
- sørgje for at det blir etablert tilstrekkeleg mange eigne læreplassar innanfor helsefagutdanninga og ambulansearbeidarutdanninga
- i samarbeid med utdanningsinstitusjonane (Universiteta i Bergen og Oslo) sørgje for tilstrekkeleg mange stillingar for tannlegar under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin
- i samarbeid med utdanningsinstitusjonane sørgje for tilstrekkeleg mange turnusplassar og ha særskild merksemd retta mot plassar for fysioterapistudentar, og sørgje for tilstrekkeleg mange praksisplassar av god kvalitet
- innan utgongen av 2. tertial 2011, gjere greie for korleis det blir arbeidd for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for leiande stillingar i føretaksgruppa og korleis arbeidet med leiarutvikling og suksesjonsplanlegging[5] blir ivaretatt
- bidra i Helsedirektoratet sitt arbeid med å skaffe betre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetenesta framover. Det skal særleg leggjast vekt på tilleggskompetanse utover grunnutdanningane. Helseføretaka må sikre at alle fast tilsette fortløypande oppdaterar CV og kompetansehevingstiltak i kompetanseportalen.
- sikre tilstrekkeleg kompetanse i samisk språk og kultur
- heve kompetansen innanfor sterilforsyning. Det regionale kompetansesenteret for smittevern kan vere aktuell samarbeidspartnar ved utvikling og vedlikehald av opplæringsprogram.
- sikre god kompetanse i bruk av strålekjelder i diagnostikk og behandling, både når det gjeld strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasientar og helsepersonell. Helseføretaka skal sørgje for gode rutinar for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkeleg kompetanse i medisinsk fysikk

[5] Etterfølgjarhandtering eller planlegging av korleis ein skal sikre ei god avløysing i m.a. leiande stillingar.

3.8 Forsking

Forsking, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat og innovative løysingar i tenesta bidreg til å sikre at det tenestetilbodet som blir gitt, er trygt, kostnadseffektivt og gir ein helsegevinst. Både helseføretak med universitetssjukehusfunksjon og mindre helseføretak skal ta del i forsking.

Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forsking, inkludert forskarinitierte, kliniske intervensjonsstudiar av høg kvalitet, og forsking med høg relevans i helseføretaka. Den retten pasientane har til å få nødvendig informasjon, må sikrast i utprøvande behandling. Det er eit mål å sikre oppbygging av forskingskompetanse på fagområde der forskinga står svakt, samtidig som det er viktig å stimulere forskingsmiljø med høg kvalitet slik at dei kjem i posisjon til å få eksterne midlar nasjonalt og internasjonalt, f.eks. gjennom EU sitt 7. rammeprogram. Det er framleis eit potensial for auka regionalt og nasjonalt forskingssamarbeid. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studiar og for forskingsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Noreg, inkludert det arbeidet som no går føre seg med å etablere ei nasjonal oversikt over pågåande og sluttførte kliniske studiar i helseføretaka. Det er ønskjeleg med norsk deltaking i det europeiske nettverket for forskingsinfrastruktur for kliniske studiar, European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN), http://www.ecrin.org/.

Øyremerkinga av midlar i basisløyvinga til samhandlingsforsking blir vidareført. Med samhandlingsforsking er det meint forsking der ein skal etablere ny kunnskap om korleis faglege, organisatoriske, kulturelle, økonomiske og teknologiske forhold i tenesta bidrar til å identifisere barrierar eller støtte opp under målsetjingane i samhandlingsreforma.

Ein felles nasjonal database for registrering av vitskaplege publikasjonar (Norsk vitskapsindeks) i helsevesenet, institutt og i universitets- og høgskulesektoren blir etablert frå 1. januar 2011. Databasen skal nyttast som grunnlag for nasjonal måling av vitskapleg publisering i helseføretaka. Dette inneber ei vesentleg omlegging av dagens rutinar for rapportering av vitskaplege publikasjonar. Det blir vist til revidert styringsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporterast til NIFU STEP etter dagens system innan 15.mai 2011, samtidig som helseføretaka skal sikre eigenrapportering gjennom Norsk vitskapsindeks seinast innan 1. september 2011.

Det skal innførast eit felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefagleg forsking etter fagområde og type forsking i nasjonale rapporteringssystem for forsking ved bruk av Health Research Classification System (http://www.hrcsonline.net).

Det er ønskjeleg at det blir lagt til rette for størst mogleg tilgjenge til og størst mogleg innsyn i forskingsresultat. Det blir vist til at forskingsarkivet HeRa er ope tilgjengeleg for alle helseføretak, http://hera.helsebiblioteket.no/hera/pages/.

Helseføretaka skal

- rapportere til NIFU STEP etter dagens system innan 15. mai 2011
- setje i verk nødvendige prosessar og setje av ressursar og kompetanse slik at Norsk vitskapsindeks kan nyttast som rapporteringsverktøy for vitskaplege publikasjonar i helseføretaka seinast innan 1. september 2011

3.9 Opplæring av pasientar og pårørande

For personar med kronisk sjukdom er god opplæring og meistring av sjukdommen like viktig som medisinsk behandling. Pasientopplæringa skal bidra til å gjere pasientane uavhengige, sjølvstendige og kunne meistre eige liv. Det er ein føresetnad at lærings- og meistringstiltak skal vere eit likeverdig samarbeid mellom brukarar og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.

Helseføretaka skal

- tilby eit kvalitativt godt tilbod om opplæring i lærings- og meistringssenter, eller i andre delar av spesialisthelsetenesta, til pasientar og pårørande som har behov for det, og sørgje for at opplæringa er ein integrert del av pasientforløpa
- samarbeide med kommunane om utvikling av lokale opplæringstiltak
- registrere alle kurs for opplæring av pasientar og pårørande i den regionale kursdatabasen for pasientopplæring

4 Ressursgrunnlaget

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

Til finansiering av Helse Stavanger HF si verksemd i 2011, blir det stilt følgjande midlar til disposisjon:

INNTEKTSFORDELING 2011		Helse Stavanger
Innsatsstyrt finansiering (inkl. dyre medisinar)		991 007
ISF-pasientar behandla i andre regionar		69 499
ISF-pasientar behandla for andre regionar		-19 223
SUM, ISF		**1 041 283**
SUM, basisramme fordelt etter modell		**2 947 591**
SUM, basisramme fordelt utanfor modell *)		**366 107**
SUM, tildelt inntektsramme 2011 frå RHF		**4 354 981**

*) Spesifikasjon av postar utanfor modell		Helse Stavanger
Inntektsramme Helse Vest RHF		
Internt lab-/røntgenoppgjer		-5 227
Overtaking av ansvar for LAR		16 793
Styrking av habiliterings- og rehabiliteringstenesta		11 346
Styrking av rusområdet i HF-a (2009)		5 299
Styrking rusområdet i HF-a i 2010 (rusnøkkel)		5 716
Kjøp av avrusningsplassar hos private		3 855
Eining for tvang - TSB		10 578
Opptrappingsmidlar TSB (2011)		1 181
Ytterlegare styrking av LAR (2011)		1 553
Styrking bemanning psykiatri (psykiatrinøkkel)		4 923
Aktivitetsauke - styrking av basisramma (1,2%)		35 616
Aktivitetsauke poliklinikk - styrking av psykisk helsevern og rusområdet (2,5%)		3 476
Traumesystem i Helse Vest		265
Pensjonskostnad		255 299
2009		-36 370
Tilskot til utdanning		12 892
Kompetansesenter:		
Regionale kompetansesenter		5 572
Nasjonale med. Kompetansesenter (finansiert av basisramma)		1 274
Tilstadevakt - beredskap, Solabasen og Florø		6 153
Pasienttransport		7 139
Regionalt autismemiljø og regionalt fagmiljø ADHD		719
Pasienttransport - auka eigenbetaling		-1 742
Pasienttransport - fritak til 16 år		1 240
Organisatorisk endring		17 168
Øyremerkamidlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):		
Nasjonale kompetansesentra	Kap. 732.78	721
Rusmeistringseining ved fengsla i Stavanger og Bergen	Kap. 734.72	670
SUM, basisramme fordelt utanfor modell		**366 107**

SUM, tildelt inntektsramme 2011 frå RHF	**4 354 981**
Endring av inntektsramma til HF-a som følgje av gjestepasientoppgjer:	
Kostnad, eksternt gj.pas.oppgjer	-138 998
Fakturering av gjestepasientar andre regionar	38 446
Kostnad, rus gjestepasientar	-27 349
Kostnad, kjøp av kurdøgnplassar	-5 619
Kostnad, kjøp frå Feiring, estimert	-12 339
SUM, inntektsramme i HF-a	**4 209 121**

Inntektene frå Helse Vest til helseføretaket er delte i to hovudkomponentar, inntekter innanfor inntektsmodell og inntekter utanfor inntektsmodellen. Inntektsfordelinga er vidare ein kombinasjon av innsatsstyrt finansiering og basistilskot. Nedst i tabellen (skravert med grått) er det vist kostnader og inntekter knytt til eksternt gjestepasientoppgjer. Desse tala er stipulerte. faktiske tal vil vere ein følgje av kor mykje helseføretaket kan fakturere for gjestepasientar frå andre føretak og kor mykje helseføretaket må betale for eigne pasientar som er behandla som gjestepasientar i andre føretak.

I tabellane under er det gitt ein spesifikasjon av midlar fordelt til regionale og nasjonale kompetansesentra. Dei nasjonale kompetansesentra er delt mellom øyremerka midlar frå staten og dei som er finansiert gjennom ramma til Helse Vest.

Regionale kompetansesentra	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	TOTAL
- Regional Akuttmedisinsk Kompetanse Senter	2 109				2 109
- Kompetansesenter for Sykehushygiene			2 550		2 550
- Kompetansesenter for arvelig kreft			8 964		8 964
- Kompetansesenter for lindrende behandling			3 990		3 990
- Kompetansesenter for genterapi			4 703		4 703
- Fengsel, sikkerhet, rettspsykiatri			7 724		7 724
- Norsk senter for sjøfartsmedisin			2 352		2 352
- Regionalt kompetansesenter for rehabilitering			4 476		4 476
- Regionalt komp.senter innan spesialisert rusbeh.	3 463				3 463
Sum	**5 572**	**0**	**34 759**	**0**	**40 331**

Nasjonale kompetansesentra - basisramme	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	TOTAL
- Nefropatologi			780		780
- Funksjonell magnetisk resonans avbilding			1 238		1 238
- Leddproteser			1 238		1 238
- Søvnsykdommer			1 365		1 365
- Vestibulære sykdommer			1 087		1 087
- Gastroenterologiske ultrasonografi			1 087		1 087
- Hyperbarmedisin - dekt av basisramma *)			2 334		2 334
- Bevegelsesforstyrrelser	1 274				1 274
Sum	**1 274**	**0**	**9 130**	**0**	**10 404**

Nasjonale kompetansesentra - øremerka tilskot	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	TOTAL
- MS inkl. register			5 108		5 108
- Komunikasjonsberedskap			5 123		5 123
- Tropemedisin			1 839		1 839
- Porfyrissykdom (inkludert økning NAPOS)			5 438		5 438
- Hjemmerespirator			8 540		8 540
- Hyperbarmedisin (øremerka frå HOD) *)			9 301		9 301
- ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (regionalt)	721				721
- Autismemiljø (regionalt)		707	2 123		2 830
Sum	**721**	**707**	**37 472**	**0**	**38 900**
*) Samla tilskudd hyperbarmedisin			11 636		

Aktiviteten finansiert via ISF-ordninga blir dekt av Helse Vest RHF basert på fastsette DRG-poeng multiplisert med 40 prosent av einingsprisen for 2011. DRG-prisen er i statsbudsjettet sett til kr 36 968. Dette gir eit vederlag på kr 14 787,20 per DRG-poeng dersom dette overslaget blir endeleg. Endeleg einingspris blir bestemt i samband med DRG-avrekninga til departementet. I DRG-avrekninga vil det kunne gjerast avkortingar enten på pris per DRG-poeng, på DRG-poeng eller på annan måte dersom departementet finn grunn til å gjere dette på grunn av utilsikta verknader av systemet. Helse Vest vil vidareføre alle slike endringar og korreksjonar frå departementet.

Det er i Statsbudsjettet lagt til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga på 1,4 % på nasjonalt nivå. Aktivitetsveksten er basert på rekneskap etter første tertial 2010 og juni 2010. Innafor den samla aktivitetsveksten på om lag 1,4% er det ved budsjetteringa av poliklinisk aktivitet lagt vekt på å understøtte målet om høgare prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling tilsvarande 5% vekst. Vidare er det prioritert å auke tilgjenge til radiologiske undersøkingar. Samla sett er det lagt opp til ein vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 4,5%. For pasientar som omfattast av ISF-ordninga er det lagt til rette for ein vekst på 1,1%.

Gjennom dei aktivitetsbaserte finansieringssystema blir delar av budsjettet gjort avhengige av kor mange pasientar som er behandla, og kompleksiteten i behandlinga. Prioriteringane som blir gjort ut frå kva for pasientar som skal behandlast, og ut frå kva slags behandling kvar enkelt pasient skal få, skal vere uavhengige av dei aktivitetsbaserte tilskota. Det er ikkje meint at finansieringa gjennom dei aktivitetsbaserte finansieringssystema skal dekkje heile kostnaden ved undersøking eller behandling. Derimot skal dei aktivitetsbaserte tilskota saman med basisløyvinga leggje grunnlaget for kravet til gjennomføring av aktivitet. Det er avgjerande at helseføretaka er medvitne om dette, slik at ein kan oppnå tilfredsstillande kostnadskontroll.

Det er lagt til grunn ein gjennomsnittleg marginalkostnad på 80% av den auka aktiviteten. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfatta av dei aktivitetsbaserte tilskotsordningane (innsatsstyrt finansiering og poliklinisk behandling), så vel som behandlingar som i all hovudsak er finansierte av basisramme (f. eks rehabilitering, psykisk helsevern og rus).

Av den aktivitetsauken som er knytt til ISF-ordninga er det føresett at det ikkje blir utbetalt ISF-refusjon for endra registreringspraksis. Prisen for 2011 er derfor sett ned tilsvarande 0,3 % for forventa endra registreringspraksis i 2011. Dersom HOD set i verk tiltak for å dempe ei

utilsikta aktivitetsutvikling, vil Helse Vest RHF vidareføre desse tiltaka ovanfor helseføretaka.

Tilskot gjennom ISF-ordninga er ei overslagsløyving. For nærare informasjon om fastsetting av DRG bestillinga for 2011 blir det vist til 122/10 B Inntektsfordeling 2011 og resultatkrav 2011.

Bestillinga på tal DRG-poeng for 2011 er fastsett til 70 419 poeng. Bestillinga fordeler seg på følgjande måte:

Berekning av bestilling 2011	Stavanger
Prognose pr. august	65 403
Aktivitetsvekst (2,2%)	1 419
Kodevekst, 0,3%	196
Bestilling 2011 - DRG-produksjon, eige HF, inkl. poliklinikk	**67 019**
Fråtrekk, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i annan region	-1 300
DRG-poeng, eigne pasientar behandla i andre regionar/private	4 700
Anslag, DRG-poeng, pasientar tilhøyrande i Helseregion Vest	**70 419**

Grunnlaget for á kontobetaling første kvartal blir fastsett med utgangspunkt i inntektsramma som kjem fram av tabellen ovanfor. Dersom produksjonen avvik frå overslagsløyvinga kan Helse Vest, med basis i utviklinga for kvart kvartal, gjere justeringar i à kontoutbetalinga i høve til den reelle produksjonsutviklinga. Dersom veksten i DRG-produksjonen er vesentleg høgare enn føresetnaden som departementet legg til grunn, vil ein auke utover dette nivået bli avrekna i samband med departementet si avrekning på ISF.

For poliklinisk verksemd får Helse Vest RHF dekka delar av utgiftene frå NAV ut frå rapportert poliklinisk aktivitet. Desse inntektene blir vidareførte til helseføretaka. I tillegg mottek helseføretaka eigenbetaling frå pasientane.

Dei inntektselementa som ligg under ”Fordeling utanfor inntektsmodell” er gjenstand for særskilt vurdering, og kan ikkje fordelast etter dei same kriteria som er lagt inn i inntektsmodellen. Det same gjeld ”ikkje fordelte middel” som er halde tilbake i Helse Vest RHF. Det blir i denne samanhengen vist til sak 018/11 B Konsernbudsjett 2011.

5 Økonomiske krav og rammevilkår

5.1 Resultatkrav for 2011

Resultatmålinga baserer seg på det rekneskapsmessige resultatet.

Helse Stavanger skal i 2011 oppnå eit positivt resultat på kr 40 mill. Føretaka må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringar innan tilgjengeleg likviditet, og på ein måte som gir rom for tilstrekkeleg buffer for likviditet gjennom året.

5.2 Investeringar

Helse Vest skal basere sine investeringsplanar på heilskaplege utgreiingar av framtidig behov for kapasitet og tilbod på regionnivå. Helse Vest skal tilpasse sin strategi for investeringar slik at den underbyggjer og blir gjennomført i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommande samhandlingsreforma.

Helseføretaka må styre og prioritere sine investeringsplanar innafor den tilgjengelege driftsøkonomiske og finansielle ramme. Det blir her vist til styresak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt og driftsmessig grunnlag, samt til styresak 091/10 B Langtidsbudsjett 2011 – 2015.

Helseføretaka skal i samband med utarbeiding av langtidsbudsjett rapportere investeringsplanar med driftskonsekvens for kommande femårsperiode. Dei samla investeringsplanane må tilpassast både den finansielle og driftsøkonomiske ramma. I investeringsprosedyren til Helse Vest RHF er det gjort greie for krav og innhald til avgjerdsunderlaget for investeringsprosjekt.

Det er i regi av departementet etablert system for kvalitetssikring for å sjå til at det er dei rette investeringsprosjekta som blir vedteke gjennomført. I dette arbeidet skal minimum tre alternativ utgreiast. Det er her lagt til grunn at samfunnsmessige vurderingar m.a. konsekvensar for infrastruktur og miljø, blir teke omsyn til i desse vurderingane. Dei regionale helseføretaka vil frå og med 2011 underleggjast ei prøveordning på fire år med ekstern kvalitetssikring av konseptutgreiingar, som leier fram til val av konsept. Arbeidet med å få på plass ei rammeavtale om kvalitetssikring av konseptval er sett i gang og blir leia av Helse Vest RHF. Det er vidare under utarbeiding ei rettleiing for økonomisk bereevne i investeringsprosjekt. Denne rettleiinga vil bli innarbeida i investeringsprosedyren til Helse Vest.

Gjennomføring av investeringsplanar vil gi betydelege driftsmessige konsekvensar for føretaka. Dette gjeld både auka avskrivingar, rentekostnad og endra drift som følgje av investeringane. Dette er forhold som helseføretaka må løyse innanfor driftsramma. Det er derfor nødvendig å utarbeide risikoanalysar i tilknyting til større investeringsprosjekt og utarbeide konkrete tiltaksplanar for korleis føretaka skal handtere dei driftsmessige konsekvensane av investeringsplanane slik at resultatkravet blir innfridd.

Tiltaksplanen for å løyse dei driftsmessige konsekvensane skal inngå som ein del av langtidsbudsjettet.

I sak 018/11 B har styret i Helse Vest RHF fastsett investeringsramma for 2011 til totalt kr 321 mill for Helse Stavanger. Dersom resultatet for 2010 endrar seg til det verre i forhold til førebels rapportering, må det gjerast tilsvarande tilpassingar i investeringsramma.

Investeringane må finansierast innanfor tilgjengeleg likviditet ein klarer å skape gjennom drifta.

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

Helseføretaka skal aldri binde opp eller forplikte seg i forhold til investeringsbudsjettet før investeringsramma er vedteken av styret i Helse Vest. Det må heller ikkje settast i verk investeringsprosjekt før desse er fullfinansierte.

Større investeringsprosjekt
For å legge til rette for meir overordna styring frå departementet med helseføretaka sine investeringar, vert grensa for prosjekt som skal leggjast fram for departementet sett ned frå kr 1 mrd til kr 500 mill frå 2011.

I samband med større investeringsprosjekt er det stilt krav om at helseføretaka så tidleg som mogleg opprettar dialog med Helse Vest RHF om aktuelle investeringsprosjekt over kr 50 mill.

Føretaket må i dei tidlege planleggingsfasane for nye investeringar ikkje kjøpe tomter, inngå opsjonsavtaler eller gjere andre disposisjonar som på ein uheldig måte legg føringar for den endelege avgjerda om investering.

5.3 Låneopptak og driftskreditt

Helseføretaka har ikkje høve til å nytte driftskreditt til å finansiere investeringar.

Helse- og omsorgsdepartementet kan tildele lån til spesifikke prosjekt basert på rapportering av 5-årig investeringsplan og søknad frå Helse Vest RHF. Som hovudregel kan ein ikkje finansiere investeringar innan MTU, IKT og innleiande prosjektplanlegging ved lån.

Helse Stavanger er tildelt ei låneramme for 2011 på kr 103 mill til ny barne og ungdomsavdeling i Helse Stavanger (BUPA). Lånet blir utbetalt i sin heilskap i 2011. Helse Stavanger må gi tilbakemelding til Helse Vest vedrørande utbetalingsplanen, jfr. instruks for lån knytte til investeringar for helseføretaka.

I styresak 018/11 B Konsernbudsjett 2011 (pkt. 6 vedrørande investeringsbudsjett) er det gjort ei utgreiing knytt til omfordeling av likviditet/interne lån på til saman kr 160 mill til gjennomføring av høgt prioriterte investeringsprosjekt. Ved tildeling av interne lån vil Helse Vest som ein hovudregel stille krav om 50% eigenfinansiering. Låna vil som hovudregel berre bli gitt til byggeprosjekt. Helse Vest har vurdert det slik at kr 50 mill kan fordelast til byggeprosjekt ved Helse Stavanger. Helse Vest vil be Helse Stavanger om å komme opp med ein revidert investeringsplan med basis i dei føringar som ligg i sak 018/11 B. Helse Stavanger må søke om tildeling av internt lån til konkrete byggeprosjekt der det er lagt opp til ein eigenfinansiering på 50% og lånesøknaden må vere forankra i eit styrevedtak i Helse Stavanger.

Helse Vest RHF har i starten av 2011 ei godkjent driftskredittramme på inntil 2 407 mill. kroner. Som følgje av en positiv likviditetsforskjell mellom pensjonspremie og pensjonskostnad er det stilt krav om nedbetaling med kr 107 mill. Dette inneber driftskredittramma ved utgangen av 2011 vil vere på kr 2 300 mill. Helse Vest har fordelt driftskredittramma på det enkelte helseføretak gjennom konsernkontosystemet. Helse Stavanger si driftskredittramme er på kr 530 mill.

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

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 10.11.2006 stadfesta at dei ved vurdering av Helse Vest sitt lånebehov, i tillegg til inntekter som gjeld avskrivingar, også vurderer likviditetsmessige effektar av eventuelt sal av eigedom, låneopptak i dotterselskap organisert som aksjeselskap, og omfang av operasjonelle leigeavtaler.

5.4 Rapporteringskrav – økonomi

Økonomirapportar skal behandlast av styra så raskt det let seg gjere slik at eventuelle korrigerande tiltak kan bli sette i verk utan unødig opphald. Det blir her vist til kap. 8 der det blir gitt nærmare føringar på rapporteringa til Helse Vest.

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

Det er utarbeidd ein eigen mal for rapportering på tiltak, der kvart tiltak skal spesifiserast med namn, tidspunkt for iverksetjing, økonomisk effekt, samt ansvarleg klinikk og avdeling. Det vil gjennom året bli gjort månadleg oppfølging på gjennomføringsgrad av kvart tiltak og avvik knytt til omstillingsplanen.

Helse- og omsorgsdepartemetet har stilt krav om einskapleg rekneskapsføring i helseføretaksgruppa. Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka samarbeider framleis om å utarbeide ein mal for årsrekneskap og einskilde notar samt nasjonal rekneskapshandbok.

Helseføretaket skal rette seg etter og bruke utsendte rekneskapsmalar.

5.5 Styring og oppfølging i 2011

Når det gjeld utviklinga i ventetider og fristbrot vil desse indikatorane bli følgde opp særskilt i 2011. Helse Vest RHF vil rapportere på desse indikatorane månadleg til Helse- og omsorgsdepartementet. Helseføretaka må leggje stor vekt på å få til betydelege forbetringar innanfor desse områda.

Helse Vest RHF viser til føringane i oppdragsdokumentet om korridorpasientar. Korridorpasientar er uakseptabelt. Helseføretaka må setje i verk tiltak for å unngå korridorpasientar, mellom anna ved samarbeid mellom sjukehusa. Det skal ikkje vere korridorpasientar dersom ledige senger på andre avdelingar kan takast i bruk. Helse Vest RHF vil utgreie økonomiske sanksjonar for å unngå korridorpasientar. Det blir vist til kapittel 3.4.2 Kvalitet og pasienttryggleik.

6 Organisatoriske krav

6.1 Oppfølging av samhandlingsreforma og nasjonal helse- og omsorgsplan

Helse Vest RHF viser til Stortinget si behandling av St.meld. nr. 47 (2009-2010) *Samhandlingsreformen*, jf. Innst. nr. 212 S (2009-2010). Ny folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan skal leggjast fram for Stortinget våren 2011, og det er lagt til grunn at lovendringar skal tre i kraft frå 1. januar 2012.

Helse Vest RHF vil komme tilbake til helseføretaka med vidare oppfølging når Stortinget har behandla lovforslaget og stortingsmeldinga.. Helseføretaka må førebu seg på å gjennomføre reforma i dialog med kommunane. Dette gjeld og forslaget om å lovfeste plikt til samarbeidsavtalar mellom helseføretak og kommunar. Helse Vest RHF vil i samarbeid med helseføretaka, basert på mal utarbeidd av HOD, utarbeide ein standard mal til bruk for inngåing av avtalar med kommunane. Mal vil bli ettersendt helseføretaka når denne er ferdigstilt.

Lokalt arbeid med utvikling og omstilling skal følgje kravet om gode og breitt involverande prosessar. Omstillingar av tenestetilbodet som verkar inn på kommunane skal ikkje gjennomførast før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det må vere samarbeid mellom leiing, tillitsvalde, tilsette, brukarar og aktuelle kommunar i slike prosessar.

I saker om sal av fast eigedom skal helseføretaket gjere ei særskild vurdering av om eigedomen kan vere eigna for bruk i forhold til dei forslaga som vil komme i samhandlingsreforma. Aktuelle kommunar og fylkeskommunar skal informerast om alle aktuelle sal av eigedomar, uavhengig av vurdering i forhold til tiltak som gjeld samhandling. Dette må skje på eit tidleg nok tidspunkt til å gjere det mogleg med dialog kring prosessen og bruk av eigedomen. Ved nye investeringar skal det leggjast vekt på å leggje til rette for oppfølging av intensjonane i samhandlingsreforma. Dette er særleg aktuelt ved planlegging av større byggeprosjekt.

Helse Vest vil ta initiativ til eit felles arbeid knytt til samhandlingsreforma. Det regionale prosjektet må fange det arbeidet som alt er gjort i dei ulike HF-a, samordne prosessane og skape felles læringsarena samt sikre felles retning for arbeidet med samhandling med kommunane på Vestlandet. Det er naturleg å invitere kommunane/KS som aktive medspelarar i arbeidet.

<u>Helseføretaka skal</u>

- førebu seg på implementering av samhandlingsreforma frå 1. januar 2012, og fortsette arbeidet med utvikling av ulike samarbeidstiltak
- førebu inngåing av lovfesta samarbeidsavtalar mellom helseføretaket og kommunar i opptaksområde etter standard mal for avtalar
- informere alle berørte kommunar og fylkeskommunar om alle planlagde sal av eigedom, uavhengig av vurdering i forhold til tiltak som gjeld samhandling, og på eit så tidleg tidspunkt som mogleg.
- ved planlegging av større investeringsprosjekt skal det leggjast vekt på å tilpasse planane til samhandlingsreforma
- delta aktivt i det regionale arbeidet med samhandlingsreforma

6.2 Rettleiing for styrearbeid og fastsetting av instruksar

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidd rettleiing for styrearbeid i dei regionale helseføretaka. Rettleiinga er ei samanfatning av gjeldande rettsreglar og styringskrav. Rettleiinga inneheld og omtale av styrearbeid av meir rettleiande karakter. Helse Vest RHF vil i saman med dei andre regionale helseføretaka sørgje for at det blir utarbeidd tilsvarande rettleiing for styrearbeid i helseføretaka.

Helseføretaket skal

- ha fastsett instruks for styret og instruks for dagleg leiar

6.3 Regjeringa sin eigarpolitikk

Dokumentet *"Regjeringens eierpolitikk"* er forankra i Stortinget si behandling av St. meld. Nr. 13 (2006-2007) *Et aktivt og langsiktig eierskap*. Helse Vest RHF legg til grunn at styret og leiinga i helseføretaket er kjent med forventningar og krav som følgjer av regjeringa sin eigarpolitikk.

Helse Vest RHF forventar at styret og dagleg leiing er kjent med krava til samfunnsansvar og handterar dette i den strategiske og operasjonelle styringa av verksemda.

Helseføretaket skal:

- leggje felles etiske retningslinjer for Helse Vest til grunn for verksemda si og sikre at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på verksemdene sine heimesider. Retningslinjene skal gjerast gjeldande for alle tilsette, og så langt dei passer og for styremedlemmer og andre som representerar helseføretaket
- ta i bruk regional mal for styreevaluering. Styret skal evaluere eiga verksemd årleg. Ei oppsummering av evalueringa skal formidlast vidare til Helse Vest RHF
- vere kjent med og retta seg etter retningslinjer for leiarløn. Retningslinjene slår fast at leiarlønningar skal vere konkurransedyktige, men ikkje leiande
- gjere seg kjent med Riksrevisjonen si undersøking av leiarlønn (Dokument 3:2 (2010-2011)).

6.4 Tiltak på personalområdet

6.4.1 Utdanning, etisk rekruttering og gode rutinar for tilsetting

- Helseføretaka skal delta aktivt i utviklinga av HR-området. I tillegg til dei krava som er stilte for 2011 skal helseføretaka levere på og sluttføre krava som blei stilte i styringsdokumenta for åra 2007 – 2010.

I mai 2010 blei styresak 055/10 B, Rekruttering og kompetanse i føretaksgruppa Helse Vest, lagt fram for styret i Helse Vest RHF. Her er det peika på spesielle utfordringar som helseføretaka har når deg gjeld alderssamansettinga hos medarbeidarane, rekruttering og avgang.

Helseføretaka skal

- sikre at det blir ei god oppleving i møte med elevar og studentar. Dei første møta med elevar og studentar er viktige for opplevinga av helseføretaka som profesjonelle og attraktive arbeidsplassar.
- etablere tiltak som tar omsyn til aldersutviklinga blant dei tilsette, og som reduserar risikoen for at dei eldste aldersgruppene vel å gå ut av yrkeslivet.
- sjølv vere lærebedrifter
- utvikle eigne rutinar for å ivareta og halde på lærlingar etter avslutta læretid. Helseføretaka har ein unik moglegheit til å skape læringsglede for å sikre at kompetansen som blir opparbeidd står i høve til føretaka sine behov etter avslutta utdanning.
- arbeide for at det blir eit lågare uttak av AFP og motivere for å stå lenger i arbeid

- etablere tiltak for rekruttering på kort og lang sikt.
- etablere felles leiarmodular i regionalt leiarprogram for utvalde områder.
- styrke arbeidet med strukturerte kompetanseløp for dei ulike faggruppene.
- sikre eit tilstrekkelig omfang av kompetente seniorar som kan bidra i erfarings- og kunnskapsoverføring.
- sørgje for at alle faste tilsette fortløpande oppdaterer sin CV og kompetansetiltak i Kompetanseportalen.
- sørgje for korrekt registrering av all kompetansetiltak som blir gjennomført.

Helseføretaka har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell blir gjort slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og ei kvalitativ god helseteneste.

Helseføretaka skal

- leggje til rette for å auke talet på læreplassar for elevar i vidaregåande opplæring i helseføretaka. Både når det gjeld helsepersonell, og andre yrkesgrupper som det er interessant å rekruttere frå.
- i samarbeid med høgskular/universitet sikre rett dimensjonering av praksisplassar, i samsvar med føretaka sine moglegheiter for rettleiing og oppfølging av studentar i grunn- og vidareutdanning
- vurdere framtidig behov og leggje tilrette for og stimulere til at eigne tilsette søker etter og vidareutdanning det er behov for framover
- medverke i Helsedirektoratet sitt arbeid med å vurdere og skaffe kunnskap om framtidig behov for kompetanse og personell i sektoren, med fokus på kompetansebehov utover grunnutdanningane.
- sørgje for at WHO sine internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell blir implementert i 2011.
- sørgje for at dei har gode rutinar ved tilsetting av helsepersonell, jf. Helsedirektoratet si rettleiing "Gode rutiner – Gode tilsettinger".

Føretaksgruppa Helse Vest skal frå og med 2011 rapportere på kvalitet i rekrutteringsprosessane. Rekrutteringsprosessane består av mange delaktivitetar for å få det beste resultatet. Det er viktig at alle steg i ein rekrutteringsprosess blir godt dokumentert og registrert. Rutinar som er etablert for kvalitet i rekrutteringsprosessane er til støtte for leiarar. God dokumentasjon og notoritet er viktig for å synleggjera kvaliteten i rekrutteringsprosessane.

Helseføretaka skal

- rapportere på kvalitet i rekrutteringsprosessane i tråd med felles mal kvartalsvis.

6.4.2 Faste stillingar og deltid

Helseføretaka skal føre ein ansvarleg arbeidsgivarpolitikk for alle tilsette.

Helseføretaka skal

- sørgje for at ein som hovudregel brukar faste stillingar, og avgrensar bruken av midlertidige stillingar og vikariat til eit nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).

- bidra i sluttføringa av arbeidet som er sett i gang for tilrettelegging for faste stillingar for legar i spesialistutdanning.
- i samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane redusere delen deltid med minst 20 prosent i 2011.
- delta i arbeidet med vidareutvikling av indikatorar på HR-området, spesielt når det gjeld deltid.
- rapportere delen deltid månadleg gjennom ØBAK.
- rapportere om utviklinga i deltid og kva for tiltak som er sette i verk for å redusere deltid i årleg melding/tertialvis melding.

Arbeidet med å vidareutvikle nasjonale indikatorar på HR og HMS-området vil fortsette i 2011.

Helseføretaka skal

- implementere og levere i tråd med nasjonale HR og HMS-indikatorar etter kvart som dei blir sette i verk.
- implementere HR og HMS-indikatorar i si rapportering til styret.

Det er viktig at helseføretaka har eit godt og fungerande HMS-system.

Helseføretaka skal

- sørgje for at HMS-kartleggingar og undersøkingar skjer ved bruk av dei IKT-løysingane som er tilgjengelege. Det må sikrast at det blir sett av tilstrekkeleg med ressursar for å sluttføre implementeringa.

Føretaksgruppa har som mål å løfte fram vernetenesta for å betre HMS-tilhøva i føretaksgruppa. Helse Vest byggjer tilnærmingane sine på dei råda som blir gitt i HMS-rådet, kor føretaka er representerte ved HMS-leiarar og hovudverneomboda. Tilsette skal involverast i vernearbeidet. Det skal gjennomførast regelmessige vernerundar. Leiar og verneombod planlegg saman korleis ein skal gjennomføre rundane og korleis ein kan involvere fleire tilsette. Det skal gjennomførast ei evaluering av ordninga.

Helseføretaka skal

- sørgje for at det i alle einingar blir gjennomført ein enkel vernerunde med jamne mellomrom, i tråd med dei føringane som er gitt.
- delta i evaluering av ordninga ved utgangen av 2011

For å sikre rett oppgåvedeling for oppgåvene som skal løysast er det viktig å opne opp for ein lokal dialog kring oppgåvedeling i alle einingar. Oppgåvedelinga har dei seinaste ti åra endra samansettinga mellom yrkesgruppene.

Helseføretaka skal

- delta i arbeidet for å sikre rett og betre oppgåvedeling

- sikre at dei tillitsvalde og vernetenesta aktivt bidrar i arbeidet
- sikre at omgjering av stillingar i føretaket ikkje inneber at oppgåvene blir lagde til utdanningsgrupper med lengre utdanning. Dette kan berre skje basert på ei grundig vurdering og dersom administrerande direktør har godkjent det.

Det har gjennom dei tre siste åra skjedd mykje positivt med omsyn til betre arbeidsplanlegging. Aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging, der alle grupper er ein del av same plan, må vidareutviklast. I dette arbeidet må det sikrast god dialog med tillitsvalde og verneteneste.

<u>Helseføretaka skal</u>

- fortløpande delta i implementering av ny versjon av arbeidsplanlegging slik at det understøttar målet om aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging kombinert med rett bruk av kompetanse og ferdigheiter.
- sikre at det er lojalitet til nasjonale avtaler for innleige av helsepersonell og rapportere månadleg til Helse Vest RHF i tråd med mal frå HINAS.

Det er framleis eit stort tal registrerte i lønns- og personalsystemet som ikkje er tilsette. Dette påverkar IKT-tryggleiken i føretaka og gjer at arbeidsgivar- og arbeidstakarregisteret ikkje er oppdatert.

<u>Helseføretaka skal</u>

- sørgje for at alle som ikkje lengre er tilsette er melde ut (og alle forhold knytt til deira tidlegare tilsettingsforhold blir avslutta innan 15. mai 2010).
- kvar månad oppdatere arbeidsgivar- og arbeidstakarregisteret slik at det til ein kvar tid er mest mogleg oppdatert.

Helseføretaka i Helse Vest skal bidra aktivt og implementere dei arbeidsprosessar som blir endra fortløpande i 2011, i den samanheng <u>skal helseføretaka leggje til rette for</u>

- rett handtering av overlegepermisjonar
- implementering av personalportalen for tilsetting, studentar og innleige av personell
- registrering av bierverv
- overtaking av NR-databasen. Dersom det er nødvendig skal helseføretaka også delta aktivt i sluttføring av arbeidet og stille til disposisjon dei ressursane som er nødvendige for arbeidet.

Personalportalen er eit viktig grunnlag for å sikre interaksjonen mellom leiarar og medarbeidarar. Likeeins er koplinga mellom Personalportalen, Læringsportalen og arbeidsplansystemet viktige element for å styrkje heilskapen innanfor HR-området.

<u>Helseføretaka skal</u>

- ta i bruk Personalportalen.

6.4.3 Inkluderande arbeidsliv (IA) og sjukefråvær m.v

I arbeidet med Inkluderande Arbeidsliv (IA) er den enkelte arbeidsplassen ein viktig arena for å redusere sjukefråvær, hindre helserelatert utstøyting frå arbeidslivet og få fleire med redusert funksjonsevne i arbeid. I 2011 skal helseføretaka resignere IA-avtale med NAV.

Helseføretaka skal

- utarbeide mål for aktivitetar og resultat i arbeidet med å nå IA-avtalane.
- delta i utviklinga av indikatorar for målsettingane med IA-avtalane gjennom Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjonar – HR standardisering.
- leggje til rette for eit godt arbeidsmiljø for å sikre god bruk av dei tilgjengelege personellressursane og måla i Inkluderande Arbeidsliv.
- ta i bruk IA-modul i arbeidsplansystemet og leggje til rette for IA-samtalar så tidleg som mogleg. .

6.4.4 Konsulentbruk

Eksterne konsulentar bør fortrinnsvis brukast på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengeleg i eigen organisasjon og for ein tidsavgrensa periode.

Helseføretaka skal

- sikre at det er eit bevisst forhold til og avgrensa bruk av eksterne konsulentar.

6.4.5 Leiarskap

Dei regionale helseføretaka har utvikla eit eige program for leiarutvikling. I tillegg er det utarbeida nasjonale krav til leiaråtferd i helseføretaka.

Hovuddelen av leiarar er førstelinjeleiarar som står midt i den daglege drifta, tek avgjerder som direkte påverkar våre medarbeidarar sin arbeidskvardag og pasientane sine opplevingar i møtet med helsetenesta. Leiaransvaret er ulikt på dei ulike nivåa av helseføretaka. Leiarar nær pasientbehandlinga møter særlege utfordringar der dei samstundes skal ivareta den pasientnære drifta, personalhandsaming, økonomistyring og andre administrative rutinar. For at leiarar best mogleg skal kunne utøve oppgåvene sine innan alle desse områda, må helseføretaka definera rammene og ansvaret. Leiarar må ha eit gjensidig avklart og forstått ansvarsområde og med tilgjengelege og velfungerande informasjonskjelder og støttetenester.

Helseføretaka skal

- vidareføre det nasjonale programmet for leiarutvikling, og gjere nødvendige tilpassingar til dei krava og utfordringane leiarane i helseføretaket står ovanfor. Programmet skal leggje vekt på krav til leiarane si rolleforståing (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerheit og krava i samhandlingsreforma om samhandling med kommunehelsetenesta.
- delta i arbeidet med fastsetting og forankring av ein eigen nasjonal leiarplattform for leiarar i helseføretaka gjennom deltaking i styringsgruppa for Nasjonal leiarutvikling. Leiarplattforma skal konkretisere verdiar, prinsipp, retningslinjer og krav til leiaråtferd i helseføretaka.

- etablere tiltak som byggjer opp kring leiarar gjennom heile karriereløpet. For å motivere og halde på dyktige leiarar vil det vere behov for både individuelle og kollektive utviklingstiltak. Det bør også utviklast tydeligare forventingar og krav til leiarskapet.
- sikre at det er innført einskapleg leiing

Regionalt leiarprogram
Regionalt leiarprogram skal bevisstgjere leiarane om utfordringane i helsesektoren og forankre prioriteringar og vegval i Helse2020. Programmet skal styrke dialogen mellom toppleiarane i føretaksgruppa. Programmer er ein arena for drøfting og utvikling av leiarpraksis der det er fokus på å skape god verksemdskultur. Det blir arrangert tre samlingar i året.

Helseføretaka skal
- delta med toppleiargruppa på samlingane til regionalt leiarprogram.

6.4.6 Praksis for permisjonar
Det er eit nasjonalt ansvar å sørgje for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Vidare er deltaking i internasjonalt solidaritetsarbeid blant tilsette i helseføretaka positivt og viktig.

Helseføretaka skal
- leggje til rette for permisjon til tilsette som får tilbod om stilling ved UNN, Longyearbyen sjukehus.
- sørgje for hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjeld tilsette si deltaking i internasjonalt solidaritetsarbeid.

6.5 Intern kontroll og risikostyring
Det er avdekka fleire tilfeller av uheldige hendingar og systematiske avvik i tenestene. Helseføretaka skal arbeide systematisk med å førebyggje, hindre og lære av avvik på tvers i organisasjonen. Styret skal sjå til at helseføretaket har god intern kontroll og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekke avvik. Det skal gjerast greie for styret sitt arbeid med heilskapleg risikostyring i årleg melding.

Helseføretaka skal
- gjere seg kjend med og bidra i arbeidet med å utvikle dei regionale retningslinjene for risikostyring og ta desse i bruk i risikostyringsarbeidet
- oversende rapport frå styret sin gjennomgang av risikovurdering av dei utvalde overordna styringsmåla kvart tertial.
- ved omstilling av verksemda gjere risikovurderingar for kva for konsekvensar tiltaket vil få for andre deler av verksemda og det samla tenestetilbodet for pasientane
- følgje opp tilsynsnotat som grunnlag for læring sendt ut av RHF-et til alle føretaka etter gjennomførte systemrevisjonar ved Helsetilsynet.
- rapportere månadleg til styra og Helse Vest RHF på status i tilsynssaker (systemrevisjonar og enkelthendingar) frå Helsetilsynet, og på status i tilsynssaker frå andre myndigheitsorgan.

6.5.1 Internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Instruks for internrevisjonen blei sist godkjend av styret i Helse Vest RHF i styremøte 1. desember 2010, sak 130 B/10, og har eit innhald som også helseføretaket skal rette seg inn etter.

Rapportar frå internrevisjon skal administrerande direktør i helseføretaket kunne uttale seg til, før ferdigstilling frå internrevisjonen si side. Administrerande direktør i helseføretaket har ansvar for at rapportane blir lagt fram for styret i føretaket utan unødig opphald. Styresaka skal innehalde ein handlingsplan frå administrerande direktør for oppfølging av dei tilrådingane som kjem fram av revisjonsrapporten. Handlingsplanen bør innehalde ei skjematisk oversikt over tilrådingar, administrerande direktør si vurdering, forslag til tiltak, tidsfrist og plassering av ansvar. Vedtatt handlingsplan skal sendast internrevisjonen etter behandling i styret. Internrevisjonen følgjer opp føretaket etter ei tid med førespurnad om status på gjennomføring av handlingsplanen. Resultata av dette skal internrevisjonen rapportere til revisjonskomiteen, og ein legg til grunn at administrerande direktør har tilsvarande rapportering til styret i helseføretaket.

Helseføretaka skal

- leggje til rette for ein god dialog med internrevisjonen i val av revisjonsprosjekt, og i gjennomføring og oppfølging av revisjonsprosjekt.
- oppnemne ein kontaktperson for internrevisjonen i kvart prosjekt.
- leggje til rette for at internrevisjonen blir gitt uinnskrenka innsynsrett i alle forhold i føretaka og sikre tilgang til informasjon og dokumentasjon som er nødvendig for at internrevisjonen kan utføre sine oppgåver, med dei avgrensingar som er sett i lov og regelverk.
- legge til rette for at tilsette er tilgjengelige for intervju og møter slik at ein sikrar eit kvalitativt godt og effektivt gjennomført prosjekt.

6.6 Kvalitet i prosessane for innkjøp

Helseføretaka skal ta aktivt del i og prioritere arbeidet med innkjøpsprogrammet. Aktuelle innkjøpskategoriar skal implementerast gjennom kommande to-års periode med ein halvpart i 2011.

Helseføretaka skal

- følgje anbefalingane frå dei regionale helseføretaka sitt fellesprosjekt knytt til ansvar for miljø og samfunn, delprosjekt innkjøp
- leggje til grunn retninga i innkjøpsprogrammet for det vidare arbeidet på innkjøpsområdet
- stille med faglege ressursar til alle aktuelle kategoriteam og funksjonsteam
- framleis medverke til eit godt samarbeid med HINAS

6.7 Utvikling på IKT-området

Helseføretaka skal bidra aktivt til ei framtidsretta utvikling på IKT-området, og bidra til å realisere dei vedtekne satsingane som vert gitt prioritet i føretaksgruppa.

Helseføretaka skal

- bidra til å sikre ei systematisk oppfølging av krav til funksjonalitet og bruk av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system.
- delta etter førespurnad i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekt m.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske reseptar
- bidra til strategi for realisering av eResept, som mellom anna avklare val av løysing for autentisering første halvår 2011, og i tredje kvartal 2011 leggje planer for innføring av eResept i Helse Vest
- delta i arbeidet med vidareutvikling av regelverk om informasjonssikkerheit
- delta i arbeidet med arkitektur og standardisering. Det er naudsynt at kvart av føretaka har kompetanse som kan beskrive lokal verksemdarkitektur og delta i felles arbeid med standardisering og forbetringar
- skal i løpet av året sørgje for at styringssystemet for IKT-sikkerheit blir gjennomgått og revidert. Dette arbeidet skal gjennomførast i regi av det regionale utvalet for IKT-sikkerheit i eit samarbeid med dei andre helseføretaka i regionen.
- sørgje for at leiinga gjennomfører ein årleg gjennomgang av IKT-sikkerheiten i samsvar med rutine som er nedfelt i styringssystemet for IKT-sikkerheit

Helseføretaka skal bidra i arbeidet med å få realisert eit felles regionalt EPJ-senter. Det finst per i dag lokale EPJ-senter ved fleire helseføretak, og det er viktig å få teikne eit vegkart som sikrar vår felles løysing og som kan vidareføre den kompetanse og erfaring som er blitt etablert inn i ein regiopnal struktur. Føretaka må prioritere ressursar til denne viktige funksjonen.

6.8 Naudnett

Gjennomføring av første utbyggingstrinn for nytt digitalt naudnett blir truleg ferdigstilt i 2011. Justisdepartementet har signalisert at ein tar sikte på å fremme sak i Stortinget om vidareføring av prosjektet våren 2011.

Dersom Stortinget vedtek gjennomføring av landsdekkande utbygging av naudnett skal Helse Vest RHF delta i planlegging og gjennomføring av dette.

Helseføretaka skal

- gjennom lokale førebuingar og deltaking i det regionale prosjektet bidra til at måla med innføringa av nytt digitalt naudnett i Noreg blir nådd,
- setje av naudsynte ressursar til nytt digitalt naudnett i helseføretaket

6.9 Regional samhandling

Felles regionale prosjekt skal gi leveransar til støtte for helseføretaka og gjere oss samla sett betre i stand til å ivareta oppgåvene på ein god måte. Dette inneber mellom anna å dimensjonere og fordele funksjonar, samordne på tvers av helseføretaka, sikre effektiv ressursutnytting og systematisk nyttiggjere styringsinformasjon for kontinuerleg å kunne utvikle tenestetilbodet.

Der vi etablerer regionale systemløysingar er det og viktig at vi etablerer tilsvarande regionalt systemeigar- og tenesteansvar for å sikre ei effektiv drift og forvaltning. Det regionale

system- og tenesteansvaret vil avhenge av gode regionale nettverk der også det lokale ansvaret er plassert og gir sitt bidrag til fellesskapet.

Frå og med 2011 er det innført ein ny styringsstruktur for IKT med eit strategisk IKT-forum som eit sentralt ledd. Føretaka skal bidra til ein god utvikling av styringsstrukturen. Det er viktig at føretaka har eit lokalt IKT-forum som skal bidra til å sikre gode prosessar både lokalt og i føretaksgruppa som eit heile.

Vi vil stadig forbetre prosessane også rundt den formelle porteføljestyringa. Styringsstrukturen skal sikre involvering både i prioritering og gjennomføring av prosjekta. Den samla prosjektporteføljen inneheld både ein nasjonal del med Nasjonal IKT, ein regional del inkludert samla tiltak under Helse2020 samt lokale prosjekt som har påverknad eller avhengigheit til felles arkitektur eller andre gitte føringar.

I tråd med dei rammene som blir vedtekne for investeringar og volum i prosjektporteføljen, og med dei prosjektdirektiv som blir godkjende, skal helseføretaka setja av og prioritere nødvendige ressursar og kompetanse for å sikre at prosjekta kan nå sine mål.

6.9.1 Samhandling med Sjukehusapoteka Vest HF

Sjukehusapoteka Vest HF er eit helseføretak i føretaksgruppa Helse Vest RHF. Føretaket skal vere ein strategisk partnar, og levere legemidlar og farmasifaglege tenester til sjukehusføretaka.

Prosjektet ”Legemidler og pasientsikkerheit” (LOP) er eit prosjekt i regi av Helse Vest RHF som har som målsetting å trygge legemiddelbruken i Helse Vest gjennom ei rekkje aktivitetar. Helseføretaket må sikre at det stiller ressursar til rådigheit til prosjektgruppene i LOP, samt følgjer opp dei vedtaka som blir tatt i prosjektet.

<u>Helseføretaka skal</u>

- Etterleve hovudavtalene med tilhøyrande lokale avtalar som er etablert med Sjukehusapoteka Vest HF om farmasifaglege tenester og leveransar av legemidlar
- Samhandle med Sjukehusapoteka Vest HF for å utvikle hovudavtalane mellom Sjukehusapoteka Vest HF og helseføretaket og vidareutvikle prismodellen for varer og tenester
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF om å utvikle og etablere logistikk- og rådgjevingsløysingar som sikrar pasienttryggleik i vareleveransar, legemiddelhandtering og legemiddelbehandling i føretaket
- Følgje opp legemiddelbruken i føretaket gjennom statistikk- og analyseverktøyet for legemiddelbruk og samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF om leveranseløysingar og rådgjeving om legemiddelbruk som understøtter god sjukehusøkonomi
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF om å bidra til betre heilskap på tvers av oppgåver og aktørar innan legemiddelhandtering for den enkelte pasient
- Samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF i relevante forskings- og utviklingsprosjekt for å sikre gode data på behandlingseffekt av legemiddelbruk og graden av, og konsekvensar av, uønska hendingar i legemiddelbehandlinga
- Sikre at utviklingsprosjekt som gir felles nytteverdi for sjukehusføretaket og Sjukehusapoteka Vest blir implementerte i drifta

6.10 Eigedom

6.10.1 Utvikling av eigedomsområdet

I 2010 har føretaksgruppa gjennomført *Innføringsprosjekt Eigedom 2010* og etablert eit regionalt eigedomsutval. I samsvar med handlingsdokumentet til prosjektet er ansvaret for innføring av dei løysingane som er utgreia og ansvaret for vidare innføring, overteke av helseføretaka. Ved innføring i helseføretaka skal val av tiltak underbyggje måla frå Program Eigedom.

Helseføretaka skal

- implementere beste praksis i eigen organisasjon med særskilt fokus på innføring av internleige med verknad frå 1. januar 2012
- innan 1. september 2011 rapportere på normtal for vedlikehald, oppgradering og nybygg etter mal utarbeidd av Helse Vest
- innan 1. juni 2011 rapportere ein oversikt over aktuelle eigedomar/areal som er aktuelle for sal etter mal utarbeidd av Helse Vest RHF
- registrere sine sjukehusbygg i tråd med nasjonalt utvikla klassifikasjonssystem for funksjonar og areal i sjukehusbygg.

6.10.2 Vedlikehaldsplanlegging

Arbeidet med vedlikehaldsplanlegging for bygg og anlegg skal vidareførast. Helseføretaka skal kunne rapportere status på vedlikehaldsetterslep berekna etter felles metode utvikla av føretaksgruppa.

Helseføretaka skal

- innan 1. september 2011 rapportere på vedlikehaldsetterslepet etter mal utarbeidd av Helse Vest.

6.10.3 Arealplanarbeidet

Status vedrørande utarbeidinga av arealplanar varierer for dei enkelte føretaka. Med utgangspunkt i dei fire føretaka sine arealplanar skal det i 2012 utarbeidast ein regional arealplan med overordna utviklingsstrategiar.

Helseføretaka skal

- vidareføre arealplanarbeidet og innan 1. oktober 2011 legge fram revidert arealplan som skal innehalde dei strategiske føringane det enkelte føretaket har som sine prioritetar, med ei forventa utbyggingstakt tilpassa føretaket si investeringsevne. Verksemdsplanen skal danne grunnlag for prioritetane. Forvaltningsplanar for dei eigedomane som er omfatta av landverneplanen skal vere implementert i arealplanen.

6.11 Overtaking av verksemder

Ei verksemdovertaking kan medføre betydelege bindingar og rettigheitar for eit helseføretak. Oppkjøp av ei verksemd vil kunne ha økonomiske, juridiske og personellmessige konsekvensar. Det kan få innverknad på delar av eksisterande verksemd og det samla tenestetilbodet for pasientane.

I vurderinga rundt ei verksemdsovertaking, skal ein og vurdere andre strategiar for å nå dei samla måla.

Helseføretaka skal leggje følgjande føringar/retningsliner til grunn ved oppkjøp av verksemd:

- oppkjøp av verksemd skal godkjennast i styret i Helse Vest RHF
- det må liggje føre ei risikovurdering av konsekvensar av oppkjøpet,(bla. a økonomiske, juridiske og personellmessige konsekvensar).
- det må vurderast kva konsekvensar eit oppkjøp av verksemd vil ha for andre deler av verksemda og samla tenestetilbodet for pasientane.
- Alternative strategiar for å nå måla skal vurderast og presenterast for styret i Helse Vest RHF.

7 Andre styringskrav

7.1 Miljø- og klimatiltak

Arbeidet med å følgje opp dei nasjonale miljø- og klimamåla er etablert som eit samarbeidsprosjekt mellom dei fire regionale helseføretaka. Samarbeidsprosjektet leverte ved utgangen av 2010 sluttrapport for arbeidet. I tillegg leverte samarbeidsprosjektet tidlegare i 2010 ein eigen delrapport der det blei tilrådd at alle helseføretak etablerar miljøstyringssystem med påfølgjande sertifisering innan utgangen av 2014. I sluttrapporten med tilhøyrande delrapporter er ein rekkje miljøtiltak nærare omtala, og det blir tilrådd at desse blir gjennomført i dei følgjande åra.

Samarbeidsprosjektet er nå vidareført i ein fase 2 for perioden 2011 – 2014.

<u>Helseføretaka skal</u>

- halde seg orienterte om arbeidet i det nasjonale samarbeidsprosjektet og gjere seg kjende med dei leveransar som kjem ut av prosjektet
- delta i det nasjonale miljø- og klimaforumet med representant som er oppnemnd av helseføretaket
- etablere miljøleiing og miljøstyringssystem med sikte på påfølgjande sertifisering av styringssystemet etter ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal følgje framdriftsplanen som blir satt av det nasjonale samarbeidsprosjektet og der målet er at slike system skal vere innført og sertifisert innan utgongen av 2014
- følgje opp og sette i verk dei andre måla og tilrådde tiltak som er omhandla i sluttrapporten på områda innkjøp, bygg/eigedom og transport
- leggje til rette for klimavenlege løysingar og oppvarming
- gå i dialog med kommunane for å sjå på moglegheitene for å etablere fjernvarmeløysingar

7.2 Kommunikasjon og omdømme

Eit godt omdømme er viktig for helseføretaka for å sikre tillit og legitimitet i befolkninga. Føretaka har eit ansvar for i samarbeid å arbeide for å betre omdømmet gjennom å synleggjere resultat, kvaliteten på helsetenestene og delta i den offentlege debatten om spesialisthelsetenesta.

Det er i 2010 starta eit arbeid med innføring av ei felles intranettløysing i føretaksgruppa i Helse Vest. Helseføretaka skal bidra i dette arbeidet gjennom 2011.

Helseføretaka skal
- framleis bidra i arbeidet for betre og meir samordna pasientinformasjon på Internett i tråd med det nasjonale rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetenesta.
- framleis samarbeide regionalt om felles vidareutvikling av nettløysinga, både når det gjeld teknologi og innhald.

Heilskapleg profilering har informasjonsverdi for pasientar, pårørande og andre samarbeidspartar og synleggjer felles identitet og tilhøyre. Det nasjonale profilprogrammet som blei utarbeidd ved opprettinga av dei regionale helseføretaka og helseføretaka i 2002 er revidert. Det gamle profilprogrammet gjeld likevel til det nye er vedteke. Dette gjeld og namnebruk.

Helseføretaka skal
- ta i bruk det reviderte profilprogrammet når det føreligg.

7.3 H-resept ordninga

H-reseptar (Helseføretak-reseptar) er reseptar på legemiddel som blir utlevert gjennom apotek, men blir finansiert av helseføretaka. Ordninga omfattar for tida legemiddel til behandling av MS og TNF-hemmarar med vidare. Dei regionale helseføretaka har oppretta ei felles arbeidsgruppe leia av Helse Sør-Øst som jobbar med HF-finansierte legemidlar. Helse Vest deltek med tre representantar i denne gruppa.

Helseføretaka skal
- bidra i arbeidet med H-reseptar

7.5 Parkering

Det er i 2010 gjennomført ein evaluering av organiseringa av parkeringstilbodet ved sjukehusa i regionen. Helse Vest RHF har registrert eit auka fokus kring tema parkering i alle helseføretaka, og at det blir arbeidd systematisk for å tilfredsstille dei krav og forventningar som er stilt.

Helseføretaket skal
- ikkje ta høgare betaling for parkering enn at inntektene dekkar kostnadene ved parkeringstilbodet
- sikre at dei rutinane ein har for parkering reduserar risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystem skal byggje på prinsippet om etterskotbetaling

7.6 Rutinar for betaling av obduksjonslaborantar

Fylkeskommunane blei allereie i 1996 pålagt at direkte betaling til obduksjonslaborantar ikkje skulle finne stad. Riksrevisjonen reiste i Dokument nr. 1 (2008-2009) spørsmål ved om det framleis fantes døme på at helseføretak praktiserar rutinar der obduksjonslaborantar mottek kontant betaling frå gravferdsbyrå for nedlegging av lik i kister. Helse- og

omsorgsdepartementet har bedt dei regionale helseføretaka å sjå til at er etablert rutinar ved alle helseføretak som er i samsvar med tidlegare pålegg.

Helseføretaka skal

- gjennomgå rutinane for betaling av obduksjonslaborantar og gjere eventuelle endringar som er naudsynte for å bringe rutinane i samsvar med departementet sitt pålegg

7.7 Eigenandel for tilsette i helseføretaka

Helseføretaka tek eigendel frå pasientane ved poliklinisk behandling. I tillegg til eigendel ved konsultasjon blir det kravd eigendel ved røntgen- og ultralydundersøkingar og ved nukleærmedisinske biletundersøkingar. Enkelte helseføretak har etablert rutinar som gjer unnatak frå krav om eigendel for eigne tilsette når desse mottek behandling ved føretaket. Helse Vest legg til grunn som eit gjeldande prinsipp, at tilsette i helseføretaka blir behandla likt med brukarane elles når ein mottek helsehjelp – dette gjeld også ved betaling av eigendel.

Helseføretaka skal

- avvikle eventuelle rutinar for fritak for eigendel for eigne tilsette når desse mottek helsehjelp får føretaket

7.9 Rutinar for tilgang til elektronisk pasientjournal ved planlagde tilsyn

Ved planlagde tilsyn (systemrevisjonar) med verksemder i helseføretaka har helsetilsynet i fylka fleire gonger erfart at dei ikkje får tilgang til elektronisk pasientjournalar slik som det er bedt om. Dette fører til mykje meirarbeid for kontaktpersonar og andre i den aktuelle verksemda. I tillegg til tidstap gjennom mindre effektivt arbeid, kan problema med tilgang til journalsystemet også innebere at det ikkje er godt nok grunnlag til å konkludere på eitt eller fleire tema slik at tilsynet ikkje kan gjennomførast innan den tida som er avsett. Heimel for å be om tilgang følgjer av spesialisthelsetenestelova § 6-2.

Helseføretaka skal

- utarbeide standardiserte rutinar for å gje tilgang til elektronisk pasientjournal ved planlagde tilsyn

8 Analyse og styringsinformasjon

Helse Vest RHF vil i 2011 styrkje arbeidet med analyse og styringsinformasjon. Det vil i løpet av våren 2011 bli laga ein plan for utviklinga av dette området. I dette arbeidet vil ein leggje til rette for god samhandling mellom analyse- og styringsinformasjonsmiljøa i HF-a og RHF-et slik at dei samla ressursane i regionen blir utnytta best mogleg.

Styringsinformasjon og analysar skal understøtte leiinga si styring av verksemda. Viktige føresetnader for gode operative analysar er pålitelege styringsdata som kan koplast på rett organisatorisk nivå

8.1 Forvaltning av organisasjonsstruktur

Det er i dag ulike organisasjonsstrukturar i dei administrative og medisinske fagsystema. Organisasjonsstrukturane blir nytta mellom anna til å bestemme fullmakter og til produksjon av styringsinformasjon. Endringar av ein organisasjonsstruktur i eitt system kan få utilsikta verknader. Føretaka må derfor gjere gode vurderingar av kva verknader endring i eitt system får før ein gjer ei endring. I tillegg må føretaka etablera gode prosesser for kartlegging av endringsbehov, godkjenning og gjennomføring av endring slik at ein får god styring med desse organisasjonsstrukturane.

8.2 Forvaltning av FRESH

FRESH er eit register for rekvirentar og einingar i spesialisthelsetenesta. Systemet ligg til mellom anna til grunn for helsefagleg styringsinformasjon, og er nøkkelen for å kople denne til ressursdata frå HR og økonomi. Ansvaret for oppdatering og vedlikehald av FRESH må vere tydeleg plassert i føretaket. I dette forvaltningsansvaret ligg det at registrert basisinformasjon og organisasjonshierarki i FRESH skal kvalitetssikrast, og at HF-a sikrar at dette blir vedlikehalde kontinuerlig i høve til den gjeldande organisasjonsstrukturen, nasjonale retningslinjer for registrering i FRESH, og for føringar frå Helse VestRHF.

8.3 Gjennomføring av KPP-pilot

Helse Vest skal delta med minst eit helseføretak i KPP-prosjekta Helsedirektoratet set i verk i samsvar med dei krav og fristar direktoratet set. Helse Fonna er allereie utpeikt av Helse Vest til å delta i dette arbeidet. Helse Vest ber om at Helse Fonna fortsett deltar i dette prosjektet.

9 Rapportering

Metodikk og struktur for rapportering

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

Helse Vest har fastsett ein eigen mal for rapportering til styret, jf. vedlegg 2. Styrerapporteringa er som ein heilskapleg rapportering, der både fag, økonomi, medarbeidarar og omdømme er ein del av rapporteringa. Helseføretaka skal i 2011 leggje til grunn fastsett mal for si styrerapportering.

Det er eit mål å ha utarbeidd gode og gjennomgåande system for oppfølging av utviklinga i tenestene. Oversikt over grenseverdiane finst i vedlegg 4. Helse Vest skal samarbeide med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet om betre nøkkeldata og gjennomgåande rapporteringssystem.

Månadsrapportering

Økonomirapportering og annan avtalt rapportering av styringsinformasjon som skjer månadleg, skal i 2011 rapporterast etter følgjande tidsfristar:

Januar:	11/2
Februar:	9/3
Mars:	11/4

April:	10/5
Mai:	9/6
Juni:	2/8
Juli:	9/8
August:	9/9
September:	11/10
Oktober:	9/11
November:	9/12
Desember:	Blir avklara seinare

Den månadlege rapporteringa inneheld følgjande element:

- Økonomirapportering etter fastsett rapporteringsmal i datavarehuset.
- Rapportering av månadsverk og sjukefråver etter fastsett rapporteringmal i datavarehuset.
- Rapportering på omstillingstiltak etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2).
- Aktivitet og fagdata etter fastsett mal i Excel. NB! Faneark 2 Kvalitet er revidert for 2011 (jf. vedlegg 2).
- Rapportering av investeringar etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2).
- Rapportering av likviditet etter fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2).
- Rapportering av oppfølging av tilsyn etter fastsett mal i Excel (jf. Vedlegg 2). NYTT.

Tertialrapportering

- Etter kvart tertial skal det rapporterast på krav i styringsdokumentet. Mal for denne rapporteringa blir utarbeidd av Helse Vest RHF og sendt til føretaka i god tid før rapporteringsfristen.
- Det skal rapporterast på risikovurderingar av dei utvalde overordna styringsmåla ved 1. og 2. tertial. Ved årsslutt skal det gjerast ei kort evaluering av måloppnåing. Rapporteringsmal ligg som vedlegg til retningslinjene for risikostyring i Helse Vest.

Rapportering til SSB og NPR

Helseføretaka skal i tillegg til den rapportering som Helse Vest stiller krav om, rapportere på nasjonale kvalitetsindikatorar som er nærare fastsette av Helsedirektoratet, avd. NPR. Føretaka skal vidare sende rapportar til SSB og NPR basert på spesifikasjonar og malar som dei har fastsett. Rapport utarbeidd i Profitbase for rapportering av funksjonsrekneskap til SSB skal brukast. Rapporten byggjer på felles funksjonskontoplan som alle helseføretaka skal bruke. Funksjonskontoplanen skal vere oppdatert minst kvart tertial då denne òg vil bli nytta til rapportering av kostnader fordelt på tenesteområde.

Årleg melding

I medhald av § 34 helseføretakslova skal Helse Vest RHF sende ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet innan 15. mars 2012.

Helseføretaka skal sende ei tilsvarande årleg melding til Helse Vest RHF. Fristen for årlig melding er 16. januar 2012. Denne meldinga skal inngå som underlag for Helse Vest RHF si melding til departementet. Det skal rapporterast på alle krav i styringsdokumentet". Det vil i løpet av 2011 bli sendt ut mal for årleg melding som HF-a skal halde seg til.

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

- styret sitt plandokument for verksemda.

- styret sin rapport for det føregåande året.

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

Det skal vidare rapporterast på regionale kvalitetsindikatorar etter ein fastsett mal i Excel (jf. vedlegg 2).

Årsrekneskap
Heleføretaksgruppa skal avleggje rekneskap i medhald av rekneskapslova. Det er sett eigne fristar for gjennomføring av årsoppgjeret for 2010.

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

Rapportering av kostnader til forsking skal gjennomførast etter same mal som rapporteringa for 2006. Rapporten skal sendast til NIFU STEP innan 11. april 2011.

10 Vedlegg

Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell
Vedlegg 2 Rapportering frå verksemda
Vedlegg 3 Oversikt over styringsparametrar
Vedlegg 4 Oversikt over grenseverdiar

Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfattar studium ved vidaregåande skular, høgskular og universitet der elevane/lærlingane/studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommune har ansvar for dei vidaregåande skulane og for å sikre kvar enkelt sin rett til slik utdanning. I dei fleste fylke er det eit opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane. **VIDAREUTDANNING** omfattar spesialistutdanning av legar og tannlegar, og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastset årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane (jf. Helsemod/ www.ssb.no). Følgjande aktivitetskrav er fastsette for 2011/2012:

Helse region	Høgskule Universitet	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK-sjukepleie	Jordmor **
		Sjuke-pleie	Radio-grafi	Bio-ingeniør	Fysio-terapi	Ergo-Terapi	Verne-pleie		
Helse Sør –Øst RHF	Akershus	108					142	20	40
	Gjøvik	181	25					20	
	Hedmark	153						17	
	Lillehammer						23		
	Oslo	443	38	62	144	51		130	
	Østfold	136		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	170						37	
	Diakonhjemmet	114					76*		
	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	136					55*		
	Vestfold	129						50	0
Helse Vest RHF	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	204						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole	70							
	Diakonhjemmet								
Helse Midt-Noreg RHF	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	0
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord RHF	Bodø	155						33	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25
		4 003	173	202	274	145	611	675	105

Dei fleste ABIOK-utdanningane har ikkje årlege opptak, og aktivitetskrava for desse gjeld gjennomsnittleg studiepoengproduksjon. Audiografutdanninga ved Høgskolen i Sør Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annakvart år på jordmorutdanninga. For desse institusjonane blir derfor aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanninga for 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold. For Diakonhjemmet Høgskole er det eit samla aktivitetskrav for ergoterapi og vernepleie på 76 studiepoengseiningar. For 2012/2013 er dette 106. I 1998 vart det inngått ein avtale mellom Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole om samarbeid på vernepleiarutdanning. Avtalen vart fornya i 2002. Dei to institusjonane alternerer (annakvart år) om å tilby 30 nye studieplassar til desentralisert vernepleieutdanning. For 2011/2012 har Høgskolen i Telemark desse plassane. For 2012/2013 har Diakonhjemmet Høgskole desse plassane.

Behovet for praksisplassar er høgare enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonane som følgje av forventa fråfall må ta opp fleire personar enn det aktivitetskravet viser. Ein bør vere merksam på at KD for 2011, i tillegg til aktivitetskrava ovanfor, også tildeler nye studieplassar som utdanningsinstitusjonane kan fordele fritt på fagområde. Fordelinga blir kjend 1. mars 2011. Det er forventa at nokre studieplassar går til fag som treng praksisutdanning i helseføretaka. Samarbeidsorganet må kome fram til kor mange praksisplassar det skal leggjast til rette for (jf. Instruks om dei regionale helseføretaka sitt forhold til universitet og høgskular, revidert 20. januar 2004).

Følgjande aktivitetskrav er fastsette for høvesvis medisin, psykologi og farmasi ved universiteta:

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	97	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	55	
Universitet i Tromsø	89	32	24

TURNUSTENESTE kompletterer grunnutdanninga og er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAFH) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av RHF-a. Talet på turnusplassar for legar blir auka med 25 frå og med august 2011. Fordelinga over talet på kandidatar som begynner i turnusteneste vår og haust 2011, går fram av tabellen nedanfor.

Helseregion		**Vår 2011**	**Haust 2011**
Helse Sør-Øst RHF	Legar	202	214
	Fysioterapeutar	72	72
Helse Vest RHF	Legar	85	91
	Fysioterapeutar	31	31
Helse Midt-Noreg RHF	Legar	83	87
	Fysioterapeutar	26	26
Helse Nord RHF	Legar	80	83
	Fysioterapeutar	11	11
Legar totalt		450	475
Fysioterapeutar totalt		140	140

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

I tråd med spesialisthelsetenestelova § 4-2 kan departementet årleg fastsetje talet på nye legestillingar og fordele desse på dei ulike spesialitetane. Innanfor denne rammetildelinga har dei regionale helseføretaka eit ansvar for å bidra til at det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane. God lokal, regional og nasjonal fordeling av legar og mellom spesialitetar skal leggjast til grunn. For 2011 er fordelinga som følgjer:

	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Noreg RHF	Helse Nord RHF	SUM
Overlegestillingar (overlege/avtalespesialist)	15	20	20	20	75
Utdanningsstillingar (under her fordjupingsstillingar)	10	10	5	5	30
"til RHF-ets disposisjon"					
SUM					105

Helse Sør-Øst RHF blir i tillegg tildelt 30 mellombels overlegestillingar til omstillingsprogrammet for hovudstadområdet.

Stillingar til psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering, behandling av kroniske sjukdommar og kreftbehandling skal vurderast spesielt.

Dei 12 utdanningsstillingane i geriatri som vart tildelte som ekstra kvote i 2009, skal framleis øyremerkjast til same formål. RHF-a blir oppmoda om å prioritere bruk av ledige overlegestillingar til heimlar i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkeleg utdanningskapasitet.

RHF-et skal vurdere omdisponering av ledige stillingar, før det blir tildelt nye stillingar til HF-a. For ikkje å svekke utdanningskapasiteten i regionen gjeld dette også for utdanningsstillingar.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefordeling (NR) skal på basis av innrapporterte tal frå RHF-a ha oversikt over stillingsstrukturen for legar i helseføretaka. RHF-a skal på førespurnad innrapportere korleis fordelte stillingar er nytta, og gi ei oversikt over ledige og "ikkje fordelte" stillingar.

Virksomhetsrapport

Produksjon/aktivitet
Økonomi
Kvalitet
Tilsyn

2011

Driftskommentar

Denne måneden:

Aktivitet:

Økonomi:

Akkumulert

Aktivitet:

Økonomi:

Prognose

Omstilling

Omstillingsutfordring 2010:	Budsjett 2011																
TOTALT			**Angi hvilken periode som rapporteres**					**1**	(JAN=1, FEB=2, osv ..)								

Tabell 1.

Budsjettert omstilling fordelt pr måned

Tiltak:	Klinikk	Avdeling	Ansvarlig	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	SUM	Hittil
Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:																	
Tiltak vedr. personalkostnader																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		Avd 3														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. varekostnader																	
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. andre driftskostnader																	
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Annet																	
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:																	
Tiltak vedr. personalkostnader																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		Avd 3														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. varekostnader																	
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. andre driftskostnader																	
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Annet																	
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbod				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Nye tiltak i løpet av 2010																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Sum nye tiltak 2010				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
TOTALT				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Akkumulert				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	

Tabell 2

Realisert omstilling fordelt pr måned

Tiltak:	Klinikk	Avdeling	Ansvarlig	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	SUM	Hittil
Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:																	
Tiltak vedr. personalkostnader																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		Avd 3														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. varekostnader																	
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. andre driftskostnader																	
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Annet																	
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:																	
Tiltak vedr. personalkostnader																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		Avd 3														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. varekostnader																	
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Tiltak vedr. andre driftskostnader																	
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Annet																	
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbod				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Nye tiltak i løpet av 2010																	
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Klinikk (B)	Avd 1														0,0	0,0
		Avd 2														0,0	0,0
		SUM		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		SUM tiltak nn		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Sum nye tiltak 2010				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
TOTALT				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Akkumulert				**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	

Tiltak:	Klinikk	Avdeling	Akkumulert			Året totalt			
Tiltak uten konsekvens for pasienttilbudet:			Realisert effekt	Budsjett	% resultat oppnåelse	Prognose effekt	Budsjett	% resultat oppnåelse	Kommentar
Tiltak vedr. personalkostnader									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		Avd 3							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Tiltak vedr. varekostnader									
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Tiltak vedr. andre driftskostnader									
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Annet									
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod			**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbudet:									
Tiltak vedr. personalkostnader									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		Avd 3							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Tiltak vedr. varekostnader									
2. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Tiltak vedr. andre driftskostnader									
3. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Annet									
4. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
SUM tiltak uten konsekvens for pasienttilbod			**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
SUM tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttill			**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Sum mereffekt av tiltak igangsatt tidligere år			**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Nye tiltak i løpet av 2010									
1. "tiltak nn"	Klinikk (A)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
	Klinikk (B)	Avd 1							
		Avd 2							
		SUM	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0 %	
		SUM tiltak nn	**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
Sum nye tiltak 2010			**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	
TOTALT			**0,0**	**0,0**	**0 %**	**0,0**	**0,0**	**0 %**	

Beskrivelse av tiltakene 2011

Her skal alle tiltakene som står i rapporteringstabellene beskrives inkl en risikovurdering av gjennomførelsen. Nye tiltak skal føres opp fortløpende. I beskrivelse av de nye tiltakene må det spesifiseres hvilken kostandsgruppe de tilhører.

Kontantstømoppstilling 2011 - likviditetsprognose

		JAN	FEB	MAR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES
	KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:												
	Månedens resultat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ordinære avskrivninger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nedskrivninger varige driftsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Endring avsetning til forpliktelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	= Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	***= Endring i driftslikviditet***	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:												
	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inn-/utbet. ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	***= Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter***	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:												
	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Andre tilskudd og gaver til investeringer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	***= Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter***	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
B+C	***Over-/underskuddslikviditet investeringer***	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
A+B+C	***= Total endring likviditet***	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	Inngående likviditetsbeholdning i perioden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	= Utgående likviditetsbeholdning	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Budsjettert DRG-aktivitet 2011	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
DRG-poeng pasienter tilhørende egen region, A													0
DRG-poeng pasienter tilhørende andre regioner - fakturering av gjestepasienter, B													0
SUM DRG poeng produsert i HF (A+B)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DRG poeng egne pasienter behandlet ved andre regioner/private, C													0
SUM DRG - grunnlag ISF inntekt (A+C)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herav:													
DRG-poeng kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus													0
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus													0

Realisert og estimert DRG-aktivitet 2011	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
DRG-poeng pasienter tilhørende egen region, A													0
DRG-poeng pasienter tilhørende andre regioner - fakturering av gjestepasienter, B													0
SUM DRG poeng produsert i HF (A+B)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DRG poeng egne pasienter behandlet ved andre regioner/private, C													0
SUM DRG - grunnlag ISF inntekt (A+C)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herav:													
DRG-poeng kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus													0
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus													0

Realiserte og -pognosetall	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
Somatikk:													
Antall Dagkirurgi/dagbehandling													0
Antall sykehusopphold													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
PSYKIATRI:													
Voksenpsykiatri:													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
Barne- og ungdomspsykiatri:													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0

Budsjett	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt resultat
Somatikk:													
Antall Dagkirurgi/dagbehandling													0
Antall sykehusopphold													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
PSYKIATRI:													
Voksenpsykiatri:													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0
Barne- og ungdomspsykiatri:													
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling													0
Antall liggende døgnbehandling													0
Antall oppholdsdager - dagbehandling													0
Antall polikliniske konsultasjoner													0

Kostnader fordelt på tjenesteområder	Regnskap for 2010	Års-budsjett 2011	Regnskap per 1. tertial 2011	Regnskap per 2. tertial 2011	Regnskap per 3. tertial 2011	Årsestimat etter 1. tertial	Årsestimat etter 2. tertial	Prosentvis vekst	Fordelings-nøkkel til bruk for "Annet"
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere					0			0,0 %	
Psykisk helsevern					0			0,0 %	
Somatiske tjenester					0			0,0 %	
Rehabilitering					0			0,0 %	
Annet					0			0,0 %	
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0,0 %	0 %

Rapporteringsskjema investeringer og resultateffekt av disse

Alle tall i 1 000 kr.

	Utbetalingdata			Videre investeringsplaner								
Foretak	Utbetalt tom 2009	Utbetalt hittil pr …./…. 2011		Gjenstående 2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjen-stående etter 2016	Totalt	Merknader (status)
Prosjekter og bygingsmessige investeringer		Bygg	Utstyr									
prosjekt over 100 mill. kr											0	
prosjekt											0	
prosjekt											0	
											0	
											0	
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Øvrige bygningsmessige investeringer												
Utstyr. mv												
Medisinsk teknisk utstyr												
IKT- utstyr												
Annet										Sum MTU ,IKT	Sum Bygg	
Sum totale investeringer		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	
Investeringsnivå påvirkning på samlede avskrivninger *										**Totalt**		
Investeirngsnivå påvirkning på renter										**2009-2015**	**0**	
Samlet resultateffekt kapital					**0**	**0**	**0**	**0**	**0**			

*Effekt av både avgang og planlagt tilgang skal beregnes

Positive tall (+)/negative tall (-) **0**

Alle prosjekter over 100 mill. kr skal rapporteres særskilt

Eksl. prosjekter over psykiatriplanen - Her skal tabellen i ark 3 fylles ut

Prosjekter på psykiatriplanen

Alle tall i 1 000 kr

	Ubetalingsdata			Videre investeringsbehov								
Foretak	Utbetaling tom 2010	Utbetaling hittil pr …./…. 2011		Gjenstående 2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjenstående etter 2015	Totalt	Merknader (status)
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03		Bygg	Utstyr									
DSP Stavanger											0	
BUO Stavanger											0	
DPS Karmøy, nybygg											0	
Voksenpsyk polikl. Haugesund, påbygg											0	
Kvinnherad DPS, ombygg Valen											0	
Stord DPS, nybygg											0	
Familiebehandl. BUP Haugesund											0	
BUP Stord, nybygg polikl.											0	
Åstveit DPS, nybygg døgnavd.											0	
Fjell og Årstad DPS, nybygg polikl.											0	
Fana DPS, nybygg											0	
BUP Åsane, ombygg											0	
BUP Betanien, nybygg											0	
BUP Årstad, nybygg											0	
BUP Fana, nybygg Solli											0	
BUP, ny døgnavd Fana											0	
BUP, Helse Bergen											0	
DPS Indre Sogn, inkl. BUP nybygg											0	
Ungdomspsyk. Avd SSSF, nybygg											0	
Sum prosjekter på psykiatriplanen	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	

Kvalitet

Månedlige indikatorer

	Delberegning	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
Epikrisetid - somatikk	Antall sendte epikriser inne 7 dager etter utskrivning - somatikk												
	Totalt antall utskrivninger - somatikk												
	Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - somatikk	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Epikrisetid - psykisk helsevern	Antall sendte epikriser inne 7												
	Totalt antall utskrivninger - psykisk helsevern												
	Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Link til direktoratets nettsider med definisjoner for de enkelte indikatorene:
http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/

Tertialvise indikatorer

		2011			2010		
		1.tert 11	2.tert 11	3.tert 11	1.tert 10	2.tert 10	3.tert 10
Strykninger på planlagte operasjoner	Antall strykninger						
	Antall operasjoner						
	Andel strykninger på planlagte operasjoner	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Korridorpasienter	Antall korridorpasienter - somatikk						
	Totalt antall sengedøgn - somatikk						
	Antall korridorpasienter - psykisk helsevern						
	Totalt antall (faktiske) sengedøgn - psykisk helsevern						
	Andel korridorpasienter	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Tvangsinnlagte i psykisk helsevern	Antall inntak TU (døgn)						
	Antall inntak TPH (døgn)						
	Antall døgninnleggelser						
	Andel tvangsinnleggelser av det samlete antall innleggelser	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Årlege indikatorar - til årleg melding 2011

			2011	2010
Talet på nye desentraliserte tiltak	Tal nye desentraliserte tilbod			
Talet på nasjonale medisinske kvalitetsregister som har elektronisk innrapporteringsløysing	Tal nasjonale medisinske kvalitetsregister med elektronisk innrapporteringsløysing			
Talet på oppsøkande /ambulante team innan TSB	Tal ambulante team innan TSB			
Talet på pasientar over 18 år behandla i sjukehus og DPS innan PH, fordelt på døgnbehandling og poliklinisk behandling	Døgnbehandling	DPS		
	Poliklinisk behandling			
	Døgnbehandling	Sjukehus		
	Poliklinisk behandling			
Talet på DPS som tilbyr brukarstyrte plassar.	Tal DPS med brukarstyrte plassar			
Talet på ambulante team innan psykisk helsevern	Tal akutteam - PHV			
	Tal rus/dobbeltdiagnoseteam - PHV			
	Tal andre ambulante team - PHV			
	Tal ambulante team - BUP			
Talet på innleverte, i 2011, og vidareførte patentsøknadar (PCT)	Tal patentsøknadar			
Talet på utdanningsstillingar for tannlegar under spesialisering	Tal utdanningsstillingar for tannlegar			
Talet på læreplassar innan helsefagarbeidarutdanninga og ambulansearbeidarutdanninga	Tal plassar helsefagarbeidarutdanninga			
	Tal plassar ambulansearbeidarutdanninga			
Talet på lisensavtalar i 2011	Talet på lisensavtalar i 2011			

Rapportering av inntektsføring RASKERE TILBAKE 2011
Helse Vest

Totalramme Raskere tilbake Helse Vest	2007	2008	2009	2010	2011
Prosjektmidler					
Overført ubrukte midler fra forrige år		0	0	0	0
Samlet bruk av bevilgningen	0	0	0	0	0
Rest (kan overføres)	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

					2011												
Bruk av bevilgningen Helse Vest	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**Jan**	**Feb**	**Mars**	**April**	**Mai**	**Juni**	**Juli**	**Aug**	**Sept**	**Okt**	**Nov**	**Des**	**Akkumulert**
Samlet aktivitetsavhengig bruk av bevilgningen																	0
Samlet inntektsføring av transportkostnader																	0
Samlet inntektsføring av toppfinansiering																	0
Samlet inntektsføring av administrasjonskostnader																	0
Reservefelt til bruk ved eventuelle endringer																	
Samlet bruk av bevilgningen	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Samlet inntektsføring av egenandeler																	0
Helse Vest samlede inntekter av ordningen	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	Kontrollsum (skal være 0)				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*

					2011												
Herav bruk av private aktører	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**Jan**	**Feb**	**Mars**	**April**	**Mai**	**Juni**	**Juli**	**Aug**	**Sept**	**Okt**	**Nov**	**Des**	**Akkumulert**
Private rehabiliteringsinstitusjoner																	0
Andre private																	0
Sum bruk av private aktører	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

					2011												
Antall henvisninger	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**Jan**	**Feb**	**Mars**	**April**	**Mai**	**Juni**	**Juli**	**Aug**	**Sept**	**Okt**	**Nov**	**Des**	**Akkumulert**
Fra ekstern instans																	0
Fra egne ventelister																	0
Sum	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

					2011												
Bruk av bevilgningen pr hovedkategori	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**Jan**	**Feb**	**Mars**	**April**	**Mai**	**Juni**	**Juli**	**Aug**	**Sept**	**Okt**	**Nov**	**Des**	**Akkumulert**
Ortopedi																	0
Kirurgi eks ortopedi																	0
Indremedisinske fag																	0
Rehab i sykehus																	0
Rehab i Opptreningsinstitusjon																	0
Psykisk helsevern																	0
LMS																	0
Sammensatt lidelse																	0
Rus																	0
Annet??																	0
Samlet bruk av bevilgningen	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Kontrollsum (skal være 0)	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*

Kvalitet

Månedlige indikatorer

	Delberegning	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
Epikrisetid - somatikk	Antall sendte epikriser inne 7 dager etter utskrivning - somatikk												
	Totalt antall utskrivninger - somatikk												
	Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - somatikk	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Epikrisetid - psykisk helsevern	Antall sendte epikriser inne 7 dager												
	Totalt antall utskrivninger - psykisk helsevern												
	Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Link til direktoratets nettsider med definisjoner for de enkelte indikatorene:
http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/

Tertialvise indikatorer

		2011			2010		
		1.tert 11	2.tert 11	3.tert 11	1.tert 10	2.tert 10	3.tert 10
Strykninger på planlagte operasjoner	Antall strykninger						
	Antall operasjoner						
	Andel strykninger på planlagte operasjoner	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Korridorpasienter	Antall korridorpasienter - somatikk						
	Totalt antall sengedøgn - somatikk						
	Antall korridorpasienter - psykisk helsevern						
	Totalt antall (faktiske) sengedøgn - psykisk helsevern						
	Andel korridorpasienter	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Tvangsinnlagte i psykisk helsevern	Antall inntak TU (døgn)						
	Antall inntak TPH (døgn)						
	Antall døgninnleggelser						
	Andel tvangsinnleggelser av det samlete antall innleggelser	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Årlege indikatorar - til årleg melding 2011

			2011	2010
Talet på nye desentraliserte tiltak	Tal nye desentraliserte tilbod			
Talet på nasjonale medisinske kvalitetsregister som har elektronisk innrapporteringsløysing	Tal nasjonale medisinske kvalitetsregister med elektronisk innrapporteringsløysing			
Talet på oppsøkande /ambulante team innan TSB	Tal ambulante team innan TSB			
Talet på pasientar over 18 år behandla i sjukehus og DPS innan PH, fordelt på døgnbehandling og poliklinisk behandling	Døgnbehandling	DPS		
	Poliklinisk behandling	DPS		
	Døgnbehandling	Sjukehus		
	Poliklinisk behandling	Sjukehus		
Talet på DPS som tilbyr brukarstyrte plassar.	Tal DPS med brukarstyrte plassar			
Talet på ambulante team innan psykisk helsevern	Tal akutteam - PHV			
	Tal rus/dobbeltdiagnoseteam - PHV			
	Tal andre ambulante team - PHV			
	Tal ambulante team - BUP			
Talet på innleverte, i 2011, og vidareførte patentsøknadar (PCT)	Tal nye patentsøknadar i 2011			
	Tal vidareførte patentsøknadar			
Talet på utdanningsstillingar for tannlegar under spesialisering	Tal utdanningsstillingar for tannlegar			
Talet på læreplassar innan helsefagarbeidarutdanninga og ambulansearbeidarutdanninga	Tal plassar helsefagarbeidarutdanninga			
	Tal plassar ambulansearbeidarutdanninga			
Talet på lisensavtalar i 2011	Talet på lisensavtalar i 2011			
Talet på OFU (evt IFU) faste og nye kontraktar i 2011, samla prosjektverdi og helseføretakets sin bruk av ressursar målt i kroner på dei to kategoriane	Tal faste OFU (evt. IFU)			
	Tal nye OFU (evt. IFU)			
	Samla prosjektverdi			
	Føretaket sin bruk av ressursar målt i kroner			
Talet på FORNY-(kommersialisering av FoU-resultat), BIP- (brukarstyrte innovasjonsprosjekt) og KBM-(kompetanseprosjekt med brukarmedverknad) prosjekt og tildelte midlar frpå Noregs forskingsråd til innovasjonsprosjekt i 2011.	Talet på FORNY-prosjekt			
	Talet på BIP-prosjekt			
	Talet på KBM-prosjekt			
	Tildelte midlar frå NFR til innovasjonsprosjekt i 2011			

Talet på bedriftsetableringar i 2011	Tal bedriftsetableringar i 2011		

Oversikt over tilsyns-, kontroll- og klagesaker i perioden dd.mm.åå til dd.mm.åå for XX HF

Helsetilsynet: Oversikt over status i tilsynssaker i perioden som ikkje er avslutta

Systemrevisjonar

Namn på helseføretak/virksemd	Område for tilsynet	Har rapporten dokumentert avvik?	Ligg det føre det plan for lukking av avvik?	Styrebehandling av oppfølging av tilsynet	Kort beskriving av prosessen med Helsetilsynet for å avsluttet saka	Sak avslutta dato	Eventuelle kommentarar

Hendelsesbaserte Kun aggregert informasjon - ikkje enkelthendingar

Namn på helseføretak/virksemd med driftsavtale	Kort beskrivelse av prosess for håndtering av hendelsesbaserte tilsyn	Er det lagt til rette for å fange opp gjentakande avvik?	Styret si involvering i oppfølging av hendelsesbaserte tilsyn	Eventuelle kommentarar

Andre tilsyns- og klageorgan: Oversikt over saker som ikkje er avslutta

Tilsynsmyndighet	Dato for brev	Kva saka gjeld	Kommentar/status
Riksrevisjonen			
Arbeidstilsynet			
Datatilsynet			
Statens Strålvern			
Sivilombudsmannen			
KOFA			
Mattilsynet			
DSB			
Statens legemiddelverk			
KFD			
Lokale tilsynsmynd.			

Vedlegg 3:
Oversikt over rapportering av styringsparametrar / indikatorar

Nedanfor følgjer ein oversikt over styringsvariablar det vil være fokus på i 2011.

I tabell 1 er det oversikt over dei styringsvariablar som helseføretaka skal rapportere til Helse Vest RHF gjennom verksemdsrapporteringa. Desse er nærmare spesifisert i vedlegg 2. Rapporteringa skal bli gjort i utsendt excel-mal (verksemdsrapporteringa – vedlegg 2) og følgje angitt frekvens. Rapporteringspunkta er dei same som for økonomi og investeringar for månadlege og tertialvise styringsvariablar. Årlege styringsvariablar skal sendast inn samstundes med årleg melding.

I tabell 2 er det oversikt over dei styringsvariablane der Helse Vest RHF hentar data frå andre kjelder. Kjeldene, frekvens og evt. fastsett mål er oppgitt i tabellen.

Tabell 1

Styringsparametrar/indikatorar som helseføretaka skal rapportera til Helse Vest RHF gjennom verksemdsrapporteringa	**Frekvens**
Talet på produserte DRG-poeng	Månadleg
Epikrisetid – somatikk	Månadleg
Epikrisetid - psykisk helsevern	Månadleg
Strykningar på planlagte operasjonar	Tertialvis
Korridorpasientar	Tertialvis
Tvangsinnlagte i psykisk helsevern	Tertialvis
Talet på nye desentraliserte tiltak	Årleg
Talet på nasjonale medisinske kvalitetsregister som har elektronisk innrapporteringsløysing	Årleg
Talet på oppsøkande /ambulante team innan TSB	Årleg
Talet på pasientar over 18 år behandla i sjukehus og DPS innan psykisk helsevern, fordelt på døgnbehandling og poliklinisk behandling	Årleg
Talet på DPS som tilbyr brukarstyrte plassar.	Årleg
Talet på ambulante team, fordelte på høvesvis akutteam, rus/dobbeltdiagnose-team, andre behandlingsteam og ambulante team innanfor psykisk helsevern for barn og unge.	Årleg
Talet på utdanningsstillingar for tannlegar under spesialisering	Årleg
Talet på læreplassar innan helsefagarbeidarutdanninga og ambulansearbeidarutdanninga	Årleg
Talet på innleverte (i 2011) og vidareførte patentsøknadar (PCT)	Årleg
Talet på lisensavtalar i 2011	Årleg
Talet på OFU (ev. IFU) faste og nye kontraktar i 2011, samla prosjektverdi og helseføretaket sin bruk av ressursar målt i kroner på dei to kategoriane.	Årleg
Talet på FORNY- (kommersialisering av FoU- resultat), BIP- (brukarstyrte innovasjonsprosjekt) og KBM- (kompetanseprosjekt med brukarmedverknad) prosjekt og tildelte midlar frå Noregs forskingsråd til innovasjonsprosjekt i 2011.	Årleg
Talet på bedriftsetableringar i 2011.	Årleg

Tabell 2

Styringsparametrar / indikatorar der Helse Vest RHF nyttar andre kjelder for innhenting av data	**Datakjelde**	**Frekvens**	**Nivåsett**
Refunderte polikliniske inntekter	Helse Vest sitt regnskapssystem	Månadleg	
Gjennomsnittleg og median ventetid for pasientar innanfor somatikk (endra)	NPR / Helse Vest helsefagkube	Månadleg	
Gjennomsnittleg og median ventetid for pasientar innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (endra)	NPR / Helse Vest helsefagkube	Månadleg	
Gjennomsnittleg og median ventetid for pasientar innanfor psykisk helsevern for vaksne (VOP) (endra)	NPR / Helse Vest helsefagkube	Månadleg	
Gjennomsnittleg og median ventetid for pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) (endra)	NPR / Helse Vest helsefagkube	Månadleg	
Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta ved utgangen av 2011 (ny)	NPR / Helse Vest helsefagkube	Månadleg	Ned mot 65 løpe-dagar
Talet på ventetider på nettsida fritt sjukehusval som er oppdatert siste fire veker	Helsedirektoratet	Tertialvis	100 %
Talet på pasientar innanfor BUP som er vurderte innan ti dagar	NPR / Helse Vest helsefagkube	Tertialvis	100 %
Talet på rettigheitspasientar som får utgreiing eller behandling innan 65 verkedagar i psykisk helsevern og TSB for personar under 23 år	NPR / Helse Vest helsefagkube	Tertialvis	100 %
Talet på fristbrot for rettigheitspasientar	NPR / Helse Vest helsefagkube	Tertialvis	0 %
Talet på pasientar med hjerneinfarkt som får trombolyse (endra)	NPR	Tertialvis	
Tid frå tilvising til første behandling tjukktarmskreft (ny)	NPR	Tertialvis	
Tid frå tilvising til første behandling lungekreft (ny)	NPR	Tertialvis	
Tid frå tilvising til første behandling brystkreft (ny)	NPR	Tertialvis	
Datakvalitet hovudtilstand psykisk helsevern barn og unge (ny)	NPR	Tertialvis	100 %
Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne (ny)	NPR	Tertialvis	100 %
Datakvalitet hovudtilstand psykisk helsevern vaksne (ny)	NPR	Tertialvis	100 %
Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4 (ny)	MFR	Årleg	

Styringsparametrar / indikatorar der Helse Vest RHF nyttar andre kjelder for innhenting av data	**Datakjelde**	**Frekvens**	**Nivåsett**
Diabetes Bein-/fotamputasjonar pr. 100 000 innbyggjarar (ny)	NPR	Årleg	
Brukarerfaringar kreftpasientar, justert for case-mix (ny)	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukarerfarings-undersøkingar)	Årleg	
Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel (ny)	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukarerfarings-undersøkingar)	Årleg	
Fastlegars erfaringar med DPS (ny)	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukarerfarings-undersøkingar)	Årleg	
Talet på barn som blir fødde av kvinner i LAR- behandling og systematisk registrering av type tilbod denne gruppa får.	MFR	Årleg	
Talet på registrerte oppfinningar i 2011	DOFI	Årleg	
Talet på forprosjekt finansierte av InnoMed.	InnoMed	Årleg	
Talet på og prosentdel av alle innkomne e-søknader som omtalar innovasjonspotensial i 2011.	http://forskningsprosjekter. ihelse.net.	Årleg	
Årleg forskingspoeng berekna frå artikkelproduksjon og avlagde doktorgradar totalt for Helse Vest RHF	NIFU (blir berekna av NIFU)	Årleg	
Årlege publikasjonar rapporterte til Cristin innan 1. september.	Cristin (blir berekna av NIFU)	Årleg	
Årleg ressursbruk til forsking og utvikling totalt i Helse Vest RHF, under her prosentdel til psykisk helse og rus (berekna av NIFU).	NIFU (blir berekna av NIFU)	Årleg	
Talet på prosjekt og kor mykje tildelte midlar til forskingsprosjekt o.a. i Helse Vest RHF på utvalde prioriterte fagområde innanfor forsking inkl. samhandlingsforsking (jf. definisjonen under pkt. 7.1, m.a. rus, psykisk helse, rehabilitering / habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og sam-handlingsforsking i 2011. Rapporteringa skal omfatte alle helse-føretak med forskingsaktivitet og skal baserast på elektronisk rapportering.	http://forskningsprosjekter. ihelse.net. (Rapport blir utgitt)	Årleg	
Talet på søknader, innvilga prosjekt og tildelte midlar frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram for forsking og teknologiutvikling i 2011.	Noregs forskingsråd	Årleg	

Vedlegg 4: Oversikt over grenseverdiar

Indikatorar - kvalitet	**Grenseverdi**	
Epikrisetid innan psykiatri	**Trafikklys**	**Grenseverdi 2007**
	Grønt	100-80 %
	Gult	80-60 %
	Rødt	60-0 %
Andel korridorpasientar innan psykiatri	**Trafikklys**	**Grenseverdi 2007**
	Grønt	0 % -1 %
	Gult	1 % -3 %
	Rødt	3 % og over
Epikrisetid innan somatikk	**Trafikklys**	**Grenseverdi 2007**
	Grønt	100 % -80 %
	Gult	80 % - 60 %
	Rødt	60 % - 0 %
Korridorpasientar innan somatikk	**Trafikklys**	**Grenseverdi 2007**
	Grønt	0 % -1 %
	Gult	1 % - 3 %
	Rødt	3 % og over
Indikatorar - Aktivitet	**Grenseverdi**	
Aktivitet målt i strykingar av planlagde operasjonar	**Trafikklys**	**Grenseverdi 2007**
	Grønt	0 % -5 %
	Gult	5 % - 10 %
	Rødt	10 % og over

Indikatorar - Økonomi	Grenseverdi	
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Resultatavvik for perioden	Grønt	0 % - 0,1 % avvik
	Gult	0,1 % - 0,5 % avvik
	Rødt	0,5 % og over
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Resultatavvik hittil	Grønt	0 % - 0,1 % avvik
	Gult	0,1 % - 0,5 % avvik
	Rødt	0,5 % og over
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Resultatavvik prognose	Grønt	0 % - 0,1 % avvik
	Gult	0,1 % - 0,5 % avvik
	Rødt	0,5 % og over

Indikatorar - Medarbeidar	Grenseverdi	
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Sjukefråvær	Grønt	0 % - 4,5 %
	Gult	4,5 % - 7,5 %
	Rødt	7,5 % og over
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Netto månadsverk	Grønt	0 % - 2 %
	Gult	2 % - 3 %
	Rødt	3 % og over
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Avvik variabel løn	Grønt	0 % - 1 % avvik
	Gult	1 % - 2 % avvik
	Rødt	2 % og over
	Trafikklys	**Grenseverdi 2007**
Antall einingar med over 4,5 % sjukefråvær	Grønt	0 % - 25 %
	Gult	25 % - 60 %
	Rødt	60 % og over