

# BESTILLARDOKUMENT 2005

0	Innledning.....	1
1	Tildeling av midlar og ressursgrunnlag for Helse Vest.....	1
2	Krav til ivaretaking av "sørgje for"-ansvaret.....	6
	2.1 Pasientbehandling .....	7
	2.1.1 Kvalitet i tenesta.....	9
	2.1.2 Nærmare om særskilt prioriterte område .....	11
	2.1.3 Strategiske tiltak innanfor pasientbehandling .....	16
	2.2 Utdanning.....	18
	2.3 Forsking .....	19
	2.4 Brukarmedverknad og opplæring av pasientar og pårørande .....	19
3	Sosial- og helsedirektoratets rolle .....	20
4	Rapportering.....	20

## **0 INNLEIING**

Helse- og omsorgsdepartementets bestillardokument er ein del av ein heilskapleg helsepolitikk. Bestillardokumentet supplerer den styringa som skjer gjennom føretaksmøte, lover, forskrifter og andre tiltak frå styresmaktene.

Helsetenesta skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbod til alle. Målet er eit likeverdig tilbod av helsetenester, uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi og livssituasjonen til kvar enkelt. Dei regionale helseføretaka skal vere med på å realisere dette. Tenesta skal vere prega av kvalitet i prosess og resultat og av omsorg og respekt for pasienten, og folk skal vere trygge for at helsetenesta er tilgjengeleg. I arbeidet med å få til dette skal dei regionale helseføretaka ta utgangspunkt i

- ”sørgje for”-ansvaret (lova om spesialisthelsetenesta § 2-1a). Dei som soknar til helseregionen, skal få tilbod om spesialisthelseteneste i og utanfor institusjon, både private og offentlege institusjonar
- ansvaret for at sjukehusa i helseregionen tek seg av dei hovudoppgåvene som er lagde til sjukehusa, som pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande (lova om spesialisthelsetenesta § 3-8).

Helse- og omsorgsdepartementet vart oppretta 1. oktober 2004. Departementet har fått oppgåver i samband med pleie- og omsorgstenestene frå det tidlegare Sosialdepartementet. Dette inneber at departementet har ansvar for dei utøvande helse- og omsorgstenestene. Frå og med i år er styringslinja overfor helseføretaka delt i to: bestillardokumentet og føretaksmøtet i januar. I bestillardokumentet er det formulert krav som er sette til ”sørgje for”-ansvaret. I føretaksmøtet stiller departementet krav som eigar.

Styret skal særskilt rette merksemda mot den prioriteten dei svakaste gruppene i samfunnet skal ha. Det blir særleg vist til behovet for å styrkje tilbodet innan psykisk helsevern og behandling av rusmiddelmissbrukarar. Dette skal reelt vise seg i ressurs- og budsjett disponeringa for 2005, slik at den prosentvise veksten innanfor rus og psykisk helsevern skal vere sterkare enn innanfor somatikken.

## **1 TILDELING AV MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG FOR HELSE VEST**

Grunnlaget for inntektene til Helse Vest er først og fremst løyvingsvedtak i Stortinget og midlar som blir overførte med grunnlag i desse vedtaka. Nedanfor gjer vi greie for dei ressursane Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Vest for 2005. Tildelte midlar skal disponeres på grunnlag av de krav og vilkår som stilles i dette bestillerdokumentet.

Sjølv om løyvinga på kvart enkelt kapittel og post er eit særskilt vedtak, skal Helse Vest bruke tildelte midlar på ein heilskapleg måte. Premissane som er knytte til kvart aktuelle vedtak, skal derfor oppfyllest. Helse Vest skal av den grunn gjere seg kjent med bakgrunnen for bestillardokumentet gjennom budsjett dokumenta for 2005.

### *Formell tildeling av midlar*

Helse Vest skal i 2005 basere verksemda si på tildelte midlar som følgjer av tabell 1.1. Oversikt over første utbetaling i januar og vidare plan for utbetalingane frå departementet av tilskot blir omtalte i ein eigen ekspedisjon til dei regionale helseføretaka.

### *Riksrevisjonens kontroll*

Det blir vist til helseføretakslova § 45 og til løyvingsreglementet § 17 der departementet og Riksrevisjonen har fått rett til å setje i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene.

### *Kap. 732, post 70 Tilskot til helseføretaka*

Det er særskilde forhold som gjer at det blir løyvt midlar på ein felles post til dei regionale helseføretaka. Løyvinga under post 70 dekkjer tilskot til dette:

- Lindrande behandling når livet går mot slutten. Midlar til dette formålet blir fordelte til primærhelsetenesta etter søknad.
- Pasienttransport. Frå og med 2004 vart finansieringsansvaret for pasienttransport osv. overført til regionale helseføretak for å leggje til rette for desentralisert behandling. Midlar til sjuketransport over denne budsjettposten skal dekkje 75 prosent av dei samla utbetalingane på området. Den resterande delen blir dekt over kap. 732, post 80 som blir stilt til disposisjon til Rikstrygdeverket.
- Opptreningsinstitusjonar, helsesportsenter osv. For 2005 blir 40 prosent dekt av den samla løyvinga frå staten til opptreningsinstitusjonar, helsesportsenter osv. gjennom dette basistilskotet som blir utbetalt via dei regionale helseføretaka. Det blir gitt orientering om fordelinga av tilskotet til kvar institusjon som ordninga gjeld for.
- Omlegging av arbeidsgivaravgifta. Midlane er ein kompensasjon for omlegginga av ordninga med differensiert arbeidsgivaravgift. Dette er vidareføring av ei ordning som vart innført i 2004, der midlane da vart utbetalte gjennom basisløyvingane til føretaka.

Tabell 1.1

i 1 000 kroner

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Vest	Stortingets samlede bevilgning på posten
732	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71,72, 73, 74 og 75</i>	<sup>1</sup>	2 303 251
	70	Tilskudd til helseforetakene (pasienttransport og reiseutgifter)	194 598	(1 307 600)
	70	Tilskudd til helseforetakene (opptreningsinstitusjoner m.v.)	24 192	(366 918)
	70	Tilskudd til helseforetakene (omlegging av arbeidsgiveravgift)	37 919	(475 735)
	70	Tilskudd til helseforetakene (lindrande behandling)	Fordeles til primærhelsetenesta etter søknad	(15 000)
	73	Tilskudd til Helse Vest, <i>kan overføres</i>	6 769 561	37 617 410 <sup>2</sup>
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	<sup>3</sup>	19 710 573
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	<sup>4</sup>	3 199 134
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra <i>kan overføres</i>	232 100	1 050 888
743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	2 950 <sup>5</sup>	98 584
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	226 077 <sup>6</sup>	1 191 972

*Kap. 732, post 73 Tilskot til Helse Vest*

Basisløyvinga er ei grunnfinansiering for å setje Helse Vest i stand til å ta på seg det ansvaret som er heimla i helseføretakslova, spesialisthelsetenestelova og anna lovgiving. Tildeling av midlar gjennom dette basistilskotet og i kombinasjon med andre, øyremerkte tilskot skal dekkje kostnader i samband med Helse Vests ivaretaking av "sørgje for"-ansvaret, slik at helseføretak som det eig, kan utføre hovudoppgåvene sine. I tillegg skal basisløyvinga dekkje vedlikehald av utstyrs- og bygningsmassen i Helse Vest.

Basisløyvinga skal også sikre dette:

<sup>1</sup> Departementet har foreløpig holdt tilbake 39 mill. kroner av bevilgningen til pasienttransport under kap. 732 post 70. Beløpet vil i bli overført til kap. 732 post 80 i RNB 2005 for å dekke utgifter i trygdeetaten ved regninger fra 2004 som forfaller til utbetaling i 2005.

<sup>2</sup> Samlet bevilgning på postene 732.71-75

<sup>3</sup> Samlet utbetaling skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet ikke på forhånd vet hvor stor utbetaling over denne tilskuddsposten vil bli. For Helse Vest utgjør a kontoutbetalingene for 2005 3 841,8 mill. kroner. A kontobeløpet er basert på en anslått DRG-produksjon på 206 622 DRG-poeng og 37,5 mill. kroner i tilleggsrefusjoner, inklusiv palliativ behandling og et uspesifisert tillegg på 44,8 mill. kroner. Det vises for øvrig til nærmere omtale i utbetalingsbrevet for januar. A konto utbetalingene baserer seg på en enhetspris på 30 325 kroner, jf omtale i St.prp. nr. 1 (2004-2005) og Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2004-2005).

<sup>4</sup> Utbetalingene til Helse Vest styres av regelverket og nivået på aktiviteten.

<sup>5</sup> Av samlet bevilgning på posten tildeles de regionale helseforetakene 16,25 mill. kroner.

<sup>6</sup> Av samlet bevilgning på posten tildeles de regionale helseforetakene 1 157,3 mill. kroner.

- Det skal setjast av midlar med tanke på søknader frå brukarorganisasjonar og andre relevante organisasjonar.
- For å styrkje arbeidet med å byggje opp eit kunnskapsgrunnlag for avgjerder i spesialisthelsetenesta blir kvart regionalt helseføretak bedt om å setje av 1,2 mill. kroner for bestilling av kunnskapsoppsummeringar, metodevurderingar og anna støtte for å fremme kunnskapsbasert praksis frå Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.
- Ammesenteret ved Rikshospitalet er ein ressurs for heile landet. Helse Vest skal skyte inn 0,2 mill. kroner som tilskot til tenester senteret tilbyr til alle helseregionar.
- Tilskot til incestsentera blir vidareført i 2005 i påvente av Stortingets behandling av sak om ny organisering og finansiering av sentera.
- Ein går ut frå at alle godkjende donorsjukehus har etablert ei ordning med øyremerkte midlar til ein donransvarleg lege, og at sjukehusa set av store nok ressursar til å ta hand om potensielle donorar for organdonasjon.

*Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sjukehus*

ISF er eit finansieringssystem som er retta mot dei regionale helseføretaka. Det er ei sentral målsetjing at finansieringssystemet skal ha ein slik kvalitet at det kan gi god styringsinformasjon når pengane skal fordelast frå dei regionale helseføretaka til helseføretaka. Gjennom finansieringssystemet blir delar av budsjettet til Helse Vest gjorde avhengige av kor mange pasientar som får behandling. Aktivitetsfinansieringa skal oppmuntre til å kartleggje kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsar som hindrar effektiv pasientbehandling. Det aktivitetsbaserte tilskotet skal saman med basisløyvinga leggje grunnlaget for å gjennomføre krava frå departementet til aktivitet. ISF-systemet skal ikkje vere styrande for dei prioriteringane ein gjer med omsyn til kva for pasientar som skal få tilbod om behandling. Helse Vest må derfor mellom anna sjå til at dei avtalane ein gjer med helseføretak og private tenesteleverandørar, er slik at det ikkje gir uheldige prioriteringar. Refusjonane er i gjennomsnitt ikkje meinte å dekkje marginalkostnadene ved auka behandlingsaktivitet. Det er ein føresetnad at det blir styrt med dette som utgangspunkt. Refusjonane gjennom ISF-systemet skal vere baserte på reell aktivitet og skal fastsetjast i tråd med dette i samband med endeleg avrekning 2006. Helse Vest blir bedt om å ha eit leiingsmessig fokus på arbeidet med å gjere kvaliteten på den medisinske kodinga enda betre. Det vil bli gjennomført ei grundig vurdering av omfanget av kodeforbetringar i 2004. Refusjonssatsen for ISF er auka frå 40 til 60 prosent i 2005. Basisløyvinga blir redusert tilsvarande. Det blir elles vist til prisliste for ISF.

*Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehusa osv.*

Posten omfattar refusjon for poliklinisk verksemd ved offentlege helseinstitusjonar, inklusive poliklinisk radiologi og laboratorieverksemd. Det er ei målsetjing at refusjonssystemet skal gi eit så effektivt pasientbehandlingssystem som råd ved at det stimulerer til å bruke poliklinisk behandling og medverke til ei mest mogleg effektiv utnytting av dei samla ressursane i helsesektoren. Frå 1. januar 2005 blir takststrukturen i det psykiske helsevernet lagt om. Takstane kan også nyttast av både

offentlege og private rusinstitusjonar dersom verksemda har avtale med regionalt helseføretak. Det er ein føresetnad at omlegginga til nye takstar i det psykiske helsevernet skal vere budsjettneøytral, og at inkluderinga av rusinstitusjonane skjer innanfor ramma av dei midlane som er overførte til dette formålet. Departementet vil følgje utgiftsutviklinga nøye og korrigere takstbeløpa dersom føresetnaden ikkje blir oppfylt.

Stortinget har vedteke endringar for dekning av utgifter til private laboratorie- og radiologitenester slik at det berre blir gitt stønad til å dekkje utgifter til prøver, undersøkingar og behandling som er omfatta av avtale mellom tenesteytar og regionale helseføretak, jamfør Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) og Inst. O. nr. 35 (2004–2005). Lovendringa tek til å gjelde 1. september 2005, men dei nye avtalane skal inngåast innan 1. mai 2005. I budsjettet er det lagt opp til at takstane skal halverast og basisløyvinga aukast tilsvarande frå 1. mai 2005. Stortinget vedtok at lovendringa ikkje skulle ta til å gjelde før 1. september. Den føreslåtte halveringa av takstane bør derfor utsetjast til den same datoen. Dette vil innebere ei flytting mellom budsjettkapittel. Eit slikt forslag blir fremma i samband med revidert nasjonalbudsjett 2005.

*Kap 732, post 78 Tilskot til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesenter, kan overførast*

Helse Vest skal gjennom basisløyvinga og øyremerkt tilskot ha ansvaret for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesenter. I tilskotet inngår også finansiering av kompetansesenter i tryggleiks-, fengsels- og rettspsykiatri.

Formålet med tilskotet er at det skal medverke til å sikre

- forskingsaktivitet i helseføretaka og auke produktiviteten og kvaliteten på forskinga
- nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespreiing på fagområde som er etablerte som nasjonale medisinske kompetansesenter
- nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespreiing når det gjeld sjeldne funksjonshemmingar og syndrom og særskilde tilbod til brukarar og familiane deira
- klinisk undervisning av medisinarstudentar
- drift av kompetansesenter for sjeldne funksjonshemmingar

Fordelinga mellom tilskota går fram av St.prp. nr. 1 (2004–2005).

*Kap. 743, post 73 Tilskot til arbeid med vald og traumatisk stress*

Det er behov for å styrkje kompetansen og samarbeidet om valds- og traumeramma, også medrekna flyktingar. Psykososialt team for flyktingar har ansvar for å byggje opp kompetanse i psykisk helsevern. I samarbeid med andre relevante miljø innanfor valds- og traumefeltet skal teamet medverke til fagutvikling, rettleiing og undervisning.

### *Kap. 743, post 75 Tilskot til styrking av psykisk helse*

Tilskotet skal setje Helse Vest i stand til å gjennomføre planlagd omstilling og styrking av psykisk helsevern. Midlane er øyremærkt tilskot frå Opptrappingsplanen for psykisk helse og er fordelte mellom regionale helseføretak etter objektive fordelingsnøklar. Når det gjeld tilskotet for 2004, er 96,6 mill. kroner overført til kap 732.75. Midlane skal likevel nyttast til same formål i 2005.

## **2 KRAV TIL IVARETAKING AV "SØRGJE FOR"-ANSVARET**

Lova om spesialisthelsetenesta, lova om psykisk helse, lova om pasientrettar, lova om vern mot smittsame sjukdommar, lova om helseføretak og vedtektene for dei regionale helseføretaka opplyser om formål og oppgåver for føretaka. Dette inneber mellom anna at dei fire hovudoppgåvene til sjukehusa – *pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasientar og pårørande* – skal løysast tilfredsstillande og i tråd med dei resultatkrava bestillardokumentet her set opp, slik at det regionale helseføretaket kan ha det samla ansvaret for å realisere dei helsepolitiske målsetjingane i helseregion Nord.

Dei regionale helseføretaka skal sikre ivaretaking av plikta til å utarbeide individuelle planar i samarbeid med kommunen for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester. Ein går ut frå at det blir gitt likeverdig behandling av menn og kvinner for same typar plager. Spesielle utfordringar i samband med helsa hos kvinner eller menn må møtast med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar. Det krevst nødvendig kunnskap om språk og kultur for at ein skal kunne ta seg av oppgåvene på ein god måte overfor ulike minoritetar. I dette inngår ansvaret for å leggje til rette for tolketenester når det er nødvendig for å sikre forsvarleg kommunikasjon. Rettskrav og plikter som følgjer av dei fire oppgåvene, skal oppfyllest. Vidare skal frie ressursar disponerast på ein god måte og i tråd med det ansvaret det regionale helseføretaket har.

Departementet går ut frå at dei regionale helseføretaka sørgjer for faglege prioriteringar som samsvarer med mål, rammer og retningslinjer som er trekte opp av overordna politiske og faglege organ. Dei regionale helseføretaka må derfor ha ein klar analyse av eige tilbod og behovet i befolkninga innanfor dei ulike tenesteområda. Dei regionale helseføretaka må sjølv stå for den prioriteringa som trengst med dei ressursane dei har til rådvelde. Helse Vest må redusere kapasiteten på dei områda det i dag er overkapasitet på. Frigjorde ressursar må kanalisierast til område som i dag er prega av mangelfullt utbygde tilbod. Det blir i denne samanhengen vist til prioriterte pasientgrupper.

## 2.1 Pasientbehandling

- *Dei regionale helseføretaka skal auke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar. For psykisk helsevern betyr dette at ressursinnsatsen skal aukast utover det som leggjas til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise veksten innanfor rus og psykisk helsevern skal vere sterkare enn innan somatikken.*
- *Budsjettet legg til rette for at aktiviteten som blir omfatta av innsattsstyrt finansiering, kan vidareførast på det same nivået som i 2004.*

Dei siste åra har det vore ein sterk vekst i pasientbehandlinga som blir omfatta av innsattsstyrt finansiering, noko som har ført til reduserte ventetider for dei fleste høgt prioriterte tenestene. Ventetidene for desse skal framleis haldast på eit lågt nivå, og dei regionale helseføretaka skal sørge for at helseføretaka kvar månad rapporterer forventa ventetider til Fritt sykehusvalg, Norge.

Ressursbruk og innsats skal vere i tråd med helsepolitiske målsetjingar og prioriteringar. Målet er ei balansert og styrt utvikling av behandlingstilbodet. Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal få tilbod om behandling innanfor ramma av dei individuelle fristane som blir sette. Rikstrygdeverket har utarbeidd rutinar for kva for kontakt som blir teken mellom Rikstrygdeverket og institusjonar som bryt fristen. Dei regionale helseføretaka skal gjere ein avtale med Rikstrygdeverket om bruk av desse rutinane. Sosial- og helsedirektoratet vil følgje utviklinga når det gjeld ventetider, med særleg fokus på om brot på fristar rammar bestemte pasientgrupper. Tilbodet til psykisk helsevern og til rusmiddelmissbrukarar skal prioriterast. Helse Vest skal prioritere, og auke innsatsen på desse områda. For psykisk helsevern medfører dette at ressursinnsatsen skal aukast utover det som leggjas til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og rusbehandling skal vere sterkare enn i somatikken. Ventetida for somme tverrfaglege spesialiserte behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukarar er framleis for lang, og det blir sett krav til reduksjon i ventetid for desse. Det er i den samanhengen viktig å vidareføre arbeidet med å standardisere rapporteringane som grunnlag for å følgje utviklinga nærmare.

Helse Vest skal også prioritere pasientar med kroniske lidingar og pasientar med behov for habilitering og rehabilitering. Det skal vere eit godt tilbod om lindrande behandling og omsorg for menneske som er i den siste fasen av livet.

Auken i ISF-delen frå 40 til 60 prosent reduserer den økonomiske risikoen for regionale helseføretak når dei aukar aktiviteten. Ved rett prioritering av pasientar innanfor kvar DRG-gruppe skal ISF-satsen som gjennomsnitt likevel ikkje dekkje marginalkostnaden. Det vil seie at basisløyvinga vil vere styrende for kor stor ISF-aktiviteten kan vere. Budsjettet for 2005 legg til rette for at aktiviteten i sjukehusa kan førast vidare på om lag det same høge nivået som i 2004, jamfør St.prp. nr. 1 (2004–2005) og B.Innst. nr. S. nr.11 (2004–2005). Av det som er sagt ovanfor, vil ISF-aktivitet ut over dette nivået, føre



til bruk av basisløyvinga som ikkje er i tråd med dei nemnde krava til prioriteringar og balanse i rekneskapen i 2005 på RHF-nivå. Dette må Helse Vest vere oppmerksom på.

Stortinget har gjort dette vedtaket, jamfør B.innst. S. nr. I (2004–2005): romartalsvedtak nr. XIII: ”Stortinget ber Regjeringa komme tilbake i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2005 med en vurdering og forslag som sikrer kostnadskontroll, jf. Hagen-utvalgets innstilling, og som sikrer at psykiatrisatsingen kan opprettholdes. I den forbindelse orienteres Stortinget om utviklingen i sykehusøkonomien.”

#### *Omlagging av inntektssystemet for private laboratorium og røntgeninstitutt – overgangsordning*

Stortinget har vedteke endringar for å dekkje utgifter til private laboratorie- og radiologitenester slik at det berre blir gitt stønad til å dekkje utgifter til prøver, undersøkingar og behandling som er omfatta av avtale mellom tenesteytar og regionale helseføretak, jamfør Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) og Innst.O. nr. 35 (2004–2005). Lovendringa tek til å gjelde 1. september 2005, men dei nye avtalane skal vere inngått innan 1. mai 2005.

Det blir lagt opp til denne overgangsordninga som strekkjer seg over to år:

1. Perioden varer frå 1. september 2005 til 1. september 2007.
2. Minimumsvolumet av kjøp frå private aktørar blir målt som mengda av radiologirekningar og laboratorietakstar per regionalt helseføretak.
3. Dersom det regionale helseføretaket kjem over minimumsvolumet, fastset føretaket forholdet mellom radiologi- og laboratorieverksemda sjølv.

Det regionale helseføretaket kan allokere ressursar mellom laboratorie- og radiologiverksemd. Eit tenkeleg kan være 1 radiologirekning = 15 laboratorietakstar. For å kunne talfeste minimumsvolumet før anbudsprosessane startar, rekna ein opphavleg med at volumet for 2003 skal vere utgangspunktet. Fleirtalet i sosialkomiteen har likevel lagt til grunn at regionale helseføretak skal ta omsyn til veksten i 2004. Førebelse aktivitetstal for 2004 er usikre, og at regionale helseføretak må derfor bruke eit visst skjønn i spørsmålet.

I det vedtekne budsjettet er det lagt opp til at takstane skal halverast frå 1. mai 2005. Stortinget vedtok at lovendringa skulle utsetjast og ikkje ta til å gjelde før 1. september. Helse- og omsorgsdepartementet meiner at den føreslåtte halveringa av takstane bør utsetjast til den same datoen. Dette vil innebære at ein flytter midlar frå basisløyvinga til kap. 732, post 76 og kap. 2711, post 76. Eit slikt forslag vil bli fremma i samband med revidert nasjonalbudsjett 2005. Departementet ber om at dei regionale helseføretaka legg dei same prinsippa om valfridom til grunn som for sjukehusval.

### *Avtalespesialistar*

Helse Vest skal kartleggje innhaldet og etablere eit system for oppfølging av avtalane med private avtalespesialistar. Ein skal også vurdere korleis aktivitetsrapportering frå private avtalespesialistar med driftsavtale blir nytta i planlegginga som ligg til grunn for oppfylginga av "sørgje for"-ansvaret. Helse Vest skal leggje fram denne vurderinga for departementet innan utgangen av februar 2005.

#### 2.1.1 Kvalitet i tenesta

##### *Prioritering*

*Dei regionale helseføretaka skal følgje opp prioriteringsforskrifta og prioritere mellom og innanfor ulike pasientgrupper.*

Pasientrettslova slår fast at pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal få ein individuell frist ut frå kva som er medisinsk forsvarleg for når helsehjelpa seinast skal ytast. Forskrifta om prioritering av helsetenester (FOR 2000-12-02 nr. 1208) gir retningslinjer for korleis ein skal prioritere. Dei som treng det mest, må følgjast spesielt opp. Mange forhold har gjort at grupper innanfor rus og psykisk helse tidlegare ikkje har vore høgt nok prioriterte, og dermed at reglar og retningslinjer frå Stortinget og andre styringsorgan ikkje blir følgde opp. Departementet vil også i denne samanhengen markere behovet for å gi desse gruppene spesiell prioritet.

Data frå Norsk Pasientregister viser at det er store regionale skilnader i prosentdelen pasientar innanfor dei same diagnosegruppene som får rett til nødvendig helsehjelp. Det ser ikkje ut til at ein kan forklare desse skilnadene ut frå kva som er medisinsk forsvarleg. Regionale helseføretak skal i 2005 setje i verk tiltak for meir lik prioritering av pasientar og rapportere desse til departementet.

Sosial- og helsedirektoratet vil hjelpe til med å utvikle medisinsk-faglege retningslinjer og anna rettleiing om god prioritering til fagmiljøa. Direktoratet vil følgje med på om variasjonane mellom regionane når det gjeld prosentdelen rettigheitspasientar, endrar seg som eit resultat av desse tiltaka.

Sosial- og helsedirektoratet vil i 2005 etablere eit samarbeidsprosjekt med dei regionale helseføretaka med sikte på å lage ein heilskapleg strategi som betre kan sikre at spesialisthelsetenesta driv verksemda si i samsvar med gjeldande praksis for prioritering. Arbeidet vil samspele med det felles prosjektet på prioriteringsområdet som alt er etablert i dei regionale helseføretaka. Innanfor ramma av strategien for prioritering skal ein identifisere tiltak som kan støtte opp under meir rette prioriteringar. Helse Vest skal vere med i dette arbeidet.

Helse Vest skal framleis prioritere tenestetilbod til menneske med kreft, medrekna behov for lindrande behandling, tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar, tenester til menneske med psykiske lidingar og kroniske sjukdommar og tenestetilbod innanfor habilitering og rehabilitering. Det skal etablerast regionale og fleirregionale behandlingstilbod for pasientar med helseproblem som

følgje av sterk overvekt. Det skal utviklast tilstrekkeleg kompetanse i diagnostisering og behandling av barn, unge og vaksne med ADHD, og dessutan valds- og traumeramma. Helse Vest skal operasjonalisere desse styringskrava overfor helseføretaka sine.

#### *Kvalitet og metodevurdering*

*Helse Vest skal etablere og finansiere enda eit nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005.*

Helse Vest skal arbeide kontinuerleg med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlinga og følgje opp nasjonale tiltak som byggjer opp om dette. Helse Vest skal delta i og rapportere til det nasjonale systemet for måling av kvalitetsindikatorar. Helse Vest skal auke innsatsen for å rapportere data av god kvalitet på dei nasjonale kvalitetsindikatorane. Innrapporterte data skal vere på institusjonsnivå.

Vidare skal Helse Vest vere med på å etablere og føre vidare nasjonale kvalitetsregister og faglege retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregister er eit viktig verkemiddel for å sikre og betre kvaliteten på dei medisinske tenestene og bør såleis inngå som ein del av det samla "sørgje for"-ansvaret som er lagt til dei regionale helseføretaka. Kvart regionalt helseføretak skal sørgje for å etablere og finansiere eitt nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005, først og fremst med utgangspunkt i eksisterande kvalitetsregister som bør etablerast nasjonalt. Det vil bli sett i verk ein prosess for å forankre eigarskap og databehandlingsansvar for nasjonale medisinske kvalitetsregister i dei regionale helseføretaka. For å sikre nasjonal koordinering av arbeidet har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide ein heilskapleg plan med forslag til prioritering av eksisterande og planlagde nasjonale medisinske kvalitetsregister. Ein reknar med at dei regionale helseføretaka og Nasjonalt Folkehelseinstitutt medverkar i dette arbeidet. Tilskotsmidlar til å drive nasjonale kvalitetsregister som tidlegare vart fordelte av Sosial- og helsedirektoratet, er frå 2005 overførte til dei regionale helseføretaka. Helse Vest blir i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka bedt om å ta eit særskilt ansvar for å medverke til å sikre rammevilkåra for etablerte kvalitetsregister der eigarskap til regionalt helseføretak enno ikkje er avklart.

Dei regionale helseføretaka skal planleggje, drive og utvikle verksemda si etter faglege retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringar og forskingsbaserte metodar for diagnostikk og behandling. Der det finst klar dokumentasjon på samanhengen mellom volum og kvalitet, skal dette leggjast til grunn for organiseringa av tenesta. Dei regionale helseføretaka skal koordinere bestillingane sine til Kunnskapscenteret og gå i dialog med senteret og Sosial- og helsedirektoratet tidleg i 2005 for å avklare dei aktuelle prosjekta og føresetnadene for dette.

### *Fagleg rammeverk*

- *Helse Vest skal sørge for at minst 80 prosent av epikrisane blir sende innan sju dagar etter utskriving.*
- *Helse Vest skal som hovudregel ikkje ha korridorpatientar.*
- *Ingen pasient skal ha over 48 timar preoperativ liggjetid før behandling ved lårhalsbrot.*
- *90 prosent av pasientane innanfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiserast etter etablerte diagnoseklassifikasjonar.*
- *Helse Vest skal sørge for at prosentdelen av innlagde pasientar som blir strokne frå det planlagde operasjonsprogrammet, skal vere lågare enn 5 prosent.*
- *Helse Vest skal sjå til at tenesta blir utøvd innanfor helsefagleg lovgiving og rammeverk.*

Spesialisthelsetenesta skal utøvast innanfor det fagleg forsvarlege og innanfor dokumentert god praksis. Det skal utviklast ei teneste som er kjenneteikna av god kvalitet i alle ledd. For å styrkje pasienttryggleiken har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Sosial- og helsedirektoratet utarbeide eit nytt pasienttryggleiksregister – eit nasjonalt meldesystem der feil og uheldige hendingar i somatiske sjukehus skal registrerast. Det skal leggjast til rette for at fagmiljøa kan samarbeide med direktoratet, slik at det kan etablerast eit system som byggjer opp om læring og tryggare tenester.

Det vart i 2004 sett spesifikke resultatkrav til føretaka ut frå dei nasjonale kvalitetsindikatorane som galdt talet på korridorpatientar og liggjetid før operasjon etter lårhalsbrot. Departementet er tilfreds med at dei fleste helseføretaka har gode resultat når det gjeld desse krava. Departementet ser det likevel som nødvendig å halde fast på krava. Det vart også sett krav om at regionale helseføretak skal sørge for at minst 80 prosent av alle epikrisar blir sende til fastlegen til pasienten innan sju dagar etter utskriving. Resultatkravet er langt frå oppfylt. Helse Vest skal i 2005 sørge for at dette resultatkravet blir oppfylt.

#### 2.1.2 Nærmare om særskilt prioriterte område

##### *Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse*

*Helse Vest skal realisere opptrappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Nord og styre mot måloppnåing i løpet av 2008.*

Den nasjonale styrkinga av tenestetilbodet til menneske med psykiske lidningar blir ført vidare i 2005 i tråd med oppfølginga av opptrappingsplanen for psykisk helse. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å ta eit overordnet ansvar for å sikre iverksetjing av opptrappingsplanen og følge opp heilheten i gjennomføringa. For spesialisthelsetenesta gjeld dette eit ansvar for å overvåke, gi råd og ha gjennomføringsansvar på bestemte områder (jfr. Tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet). Oppfølginga av planen skjer gjennom dei tilskota som kvart år blir

stilte til disposisjon med vilkår gjennom statsbudsjettet. St.prp. nr. 63 (1997–1998) og dei årlege stortings- og budsjett dokumenta ligg til grunn for dei nasjonale målsetjingane for satsinga. St.prp. nr. 63 (1997–1998) krev godkjende planar for at ein skal få øyremerkte tilskot. Utgangspunktet er dei godkjende fylkeskommunale planane med merknader frå departementet. Departementet vil i 2005 ta initiativ til å tilpasse godkjeningsgrunnlag for nye regionale planane til erstatning for det gamle planverket. Departementet vil tidleg i 2005 komme nærmare tilbake til korleis dette skal gjerast.

Dei sentrale måla og føringane for omstrukturering og styrking ligg fast når det gjeld desentralisering av tenesta og spesialisering av sjukehusfunksjonar. Dette inneber ein føresetnad om at DPS-strukturen er på plass i løpet av 2006. Føringar for enkeltprosjekt, jamfør brev av 17. mars 2003, blir lagde til grunn for utbygginga.

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

#### *Nærmare om bestilling for 2005*

Departementet vil presisere den betydelege politiske prioriteten som er gitt til styrking av behandlingstilbodet for denne pasientgruppa. Denne prioriteten må også speglast i dei andre prosessane i budsjettet som skjer i helseføretaka. Dette betyr at ressursinnsatsen skal aukast utover midlane til opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

I brev frå departementet 15. september 2004 er dei regionale helseføretaka bedt om å sjå til at det ikkje blir lagt ned psykiatriske sjukeheimssenger eller andre døgnplassar før ein ha teke ein gjennomgang av bustadbehovet i kommunane. Helse Vest må likevel vurdere ressurs- og kapasitetsfordelinga mellom sjukehusnivå og DPS-nivå. Dette inneber å vurdere talet på døgnplassar og planlagde nye døgnplassar opp mot alternativ ressursbruk, som tilbod, poliklinikk og ambulante team. Det må sørgjes for at redusering av døgnplasser ikkje skjer før eit nytt og betre tilbod er etablert i spesialisthelsetenesta eller gjennom kommune avhengig av omsorgsnivå. Departementet vil følge dette opp etter boliggjennomgangen i kommunene er gjort.

Opptrappingsplanen krev ei styrking av kapasiteten ved poliklinikkane og reduserte ventetider for behandling. For 2005 legg departementet til grunn at Helse Vest må gjennomføre tiltak for å redusere ventetida til poliklinisk behandling i høve til 2004 med minst 10 prosent for vaksne og 20 prosent for barn og unge. Det blir også vist til at det er eit mål at ingen skal ha meir enn ti dagars ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge.

Helse Vest må etablere ambulante team ved kvart helseføretak i 2005 og i løpet av 2006 ved kvart DPS. I løpet av 2005 må det leggjast til rette for utprøving av ambulerande akutt-team i utvalde delar av regionen og 24 timars akuttberedskap. Opningstid ved DPS og kor lett tilgjengeleg det er, må også vurderast generelt.

Ein skal arbeide for å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Helse Vest må samarbeide med andre regionale helseføretak og Sosial- og helsedirektoratet på dette området om gjennomføringa av ein handlingsplan, som blir lagt fram i 2005.

Helse Vest må i løpet av 2005 sørge for at det blir etablert samarbeidsavtalar mellom DPS og aktuelle kommunar når det gjeld oppfølging og utskriving av enkeltpasientar og rettleiing av førstelinjetenesta.

Helse Vest må i løpet av 2005 sørge for at det blir gjort avtalar mellom spesialisthelsetenesta og fengsel i regionen om å styrkje behandlingstilbodet for innsette.

Departementet vil elles vise til den rolla og dei oppgåvene Sosial- og helsedirektoratet har i samband med opptrappingsplanen for psykisk helse når det gjeld struktur og fagleg innhald i tenesta. I tillegg vil departementet presisere for Helse Vest behovet for å prioritere ei oppgradering av behandlingstilbodet for enkelte pasientgrupper, og at direktoratet vil følgje opp særskilde nasjonale tiltak i samband med dette, mellom anna anoreksi og bulimi, dobbeltdiagnose, ADHD, førebygging av sjølv-mord, vald- og traumeutsette osv.).

Helse Vest skal sørge for at alle DPS etablerer kompetanse og tilbod for behandling av personar med dobbeltdiagnosar (både psykisk lidning og rusmiddelmissbruk). Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 som oppdrag å initiere kompetansenettverk i samband med dobbeltdiagnosar på tvers av førstelinje- og andrelinjetenesta i samarbeid med kommunesektoren og spesialisthelsetenesta. Ein reknar med at Helse Vest støttar opp om dette arbeidet.

#### *Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar*

*Helse Vest skal styrkje kvaliteten på og auke kapasiteten i tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar, mellom anna sørge for at alle rusmiddelmissbrukarar som blir viste til tverrfagleg spesialisert behandling, og som har behov for det, også får vurdert behovet sitt for somatisk og psykiatrisk behandling.*

Dei regionale helseføretaka skal vidareføre og vidareutvikle ansvaret dei har for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar, mellom anna også legemiddelassistert rehabilitering, slik dette går fram av dei dokumenta som gjeld dette feltet, og som det er referert til i styringsdokumentet for 2004.

På bakgrunn av resultata av den heilskaplege evalueringa av LAR vil Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 komme nærmare tilbake til den vidare reguleringa av

LAR. Ein reknar med at LAR blir integrert i den tverrfaglege spesialiserte behandlinga for rusmiddelmissbruk, uavhengig av dei eventuelle endringane av innhaldet i reguleringa av LAR som er nemnde ovanfor.

Helse Vest skal støtte Sosial- og helsedirektoratet og Universitetet i Oslo i arbeidet med å sikre og vidareutvikle nødvendig grunnlagsdata på rusfeltet. I dette ligg det å tilpasse data frå rusmiddelinstitusjonane til SAMDATA-systemet og sikre tertialsvis LAR-rapporteringar og årleg statusrapportar for LAR-pasientar.

Stortinget har bedt regjeringa om å leggje fram ei evaluering av rusreforma etter tre års verketid, det vil seie ved utgangen av 2006. På bakgrunn av dette har departementet gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sørgje for ei evaluering og har i oppdragsbrevet peikt på at desse overordna tema bør undersøkjast nærmare: samordning av tenester, tilvising, ”sørgje for”-ansvaret, økonomi og pasientrettar.

Helse Vest skal medverke til auka kvalitet i behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar og gjere greie for og vidareutvikle innhaldet i det tverrfagleg spesialiserte behandlingstilbodet. Det er i denne samanhengen viktig med fokus på at rusmiddelmissbrukarar får eit heilskapleg tilbod frå dei ulike delane av spesialisthelsetenesta, samstundes som ein sikrar samhandling med den kommunale helse- og sosialtenesta. Krav til individuell plan og gode utskrivingsrutinar er sentrale element i denne samanhengen. Det blir vist til strateginotatet ”Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier”.

Mange rusmiddelmissbrukarar har ved sida av rusmiddelproblemet sitt til dels omfattande psykiske lidningar. Når det gjeld tilbodet til menneske med samtidig psykisk lidning og rusmiddelmissbruk, blir dette vurdert som eit særskilt viktig satsingsområde. Det blir også vist til omtale under opptrappingsplanen for psykisk helse. Helse Vest må sørgje for at alle pasientar som treng behandling for både rusmiddelmissbruk og psykisk lidning, får tilbod om dette innanfor ei heilskapleg og samordna ramme. Det skal utviklast konkrete tiltak for ivaretaking av dette innsatsområdet.

Ei arbeidsgruppe som er leidd av Justisdepartementet, har gjort greie for om det er mogleg å etablere prøveprosjekt med såkalla dommarleidd narkotikaprogram (”Drug Court”) i Noreg. Med atterhald om endeleg behandling av saka blir dei regionale helseføretaka bedt om å leggje forholda til rette for at rusmiddelmissbrukarar kan vere med i prøveprosjekt frå oppstartstidspunktet.

Helse Vest skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstenester til dei pasientane som treng det, medrekna nødvendig utgreiing, kartlegging, trening, opplæring og rettleiing av pasientar, pårørende og personell. Tiltak som det er gjort greie for i strategiplanen for habilitering av barn, og tiltak i handlingsplanen for rehabilitering av høyrselshemma skal følgjast opp. Tilbodet til pasientar med alvorleg hovudskade skal styrkjast.

I 2005 skal 40 prosent av den samla løyvinga frå staten til opptreningsinstitusjonar utbetalast som eit basistilskot via dei regionale helseføretaka. Ein går ut frå at opptreningsinstitusjonane får heile finansieringa si gjennom dei regionale helseføretaka frå 2006. Dei regionale helseføretaka skal førebu avtalar med institusjonane om kva for oppgåver institusjonane skal yte, og prisen på tenestene. Ein reknar med at avtalane skal gjelde frå 1. januar 2006. Helse Vest skal gjere avtalar som minst svarer til den summen som blir overført.

Rettleiing til kommunar ved utflytting av unge personar frå eldreinstitusjonar skal Helse Vest ta seg av når det er behov for det. Nokre kommunar har gjennom prosjekt ved Valnesfjord helsesportsenter og Muritunet – Senter for meistring og rehabilitering fått rettleiing når det gjeld slik utflytting. Prosjektet vart avslutta ved utgangen av 2003. Helse Vest må vurdere kjøp av tenester for å kunne ha ansvaret for slik rettleiing.

Det skal setjast av store nok ressursar til å møte behovet funksjonshemma og kronisk sjuke barn har for habiliteringstenester. Rettleiingsansvaret overfor familiar med funksjonshemma barn blir understreka. Ein går ut frå at kapasiteten blir halden ved lag på minst det same nivået som i 2004. Det skal leggjast til rette for ambulante team i det omfanget som er nødvendig.

Det regionale helseføretaket skal i samarbeid med kommunen vurdere økonomisk og praktisk støtte til familiar med funksjonshemma barn for å kunne gjere det mogleg å velje treningsmetodar, medrekna Doman-metoden. Dei regionale helseføretaka skal samarbeide slik at det blir størst mogleg likskap i vurderingane, slik at barn med etter måten like problemstillingar blir behandla mest mogleg likt, uavhengig av kvar i landet dei bur.



### 2.1.3 Strategiske tiltak innanfor pasientbehandling

#### *Lokalsjukehus*

*Det skal utarbeidast heilskaplege strategiar som skal klargjere planane for utviklinga framover for kvart lokalsjukehus i helseregionen. Planane skal vere baserte på at lokalsjukehusa ligg i nærleiken av pasientane og primærhelsetenesta, og rettast inn mot behova i dei store sjukdomsgruppene. Planane skal klargjere rolla til lokalsjukehusa i ein heilskapleg strategi, inkludert regionale funksjonsfordelingar, og heilskaplege beredskapsopplegg.*

Det skal vere likeverdig og tilstrekkeleg tilgang på grunnleggjande sjukehus tenester av god kvalitet i heile landet, der ein går ut frå at den strukturen vi har i dag for lokalsjukehus, i hovudsak blir halden ved lag. Lokalsjukehusa skal vere ein tryggleiksbase for folk. Alle lokalsjukehusa skal kunne ta hand om og stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle. Behandlingskjeda for ulike pasientgrupper skal deretter klargjerast i eit heilskapleg regionalt opplegg.

Rolla og oppgåvene til lokalsjukehusa skal særleg konsentrerast om behova i dei store sjukdomsgruppene som treng nærleik til tenesta, til dømes tenester innanfor indremedisin, psykiatri og rehabilitering og tenester til sjuke eldre. Lokalsjukehusa skal utnytte fordelene dei har med å vere i nærleiken av pasientar, pårørende og primærhelsetenesta, og utvikle desentraliserte tenestetilbod og samhandlingstiltak til beste for pasientane, saman med kommunane i nedslagsfeltet.

Dei store sjukehusa skal utvikle lokalsjukehusfunksjonen, medrekna samordning av behandlingane på sjølve sjukehuset og kontakt og samarbeid med primær- og sosialtenesta. Strategien skal utarbeidast i samarbeid med brukarane, og lokale og regionale politiske aktørar skal trekkjast inn. Dei regionale helseføretaka skal sørge for ei felles overordna samordning av arbeidet.

#### *Desentralisering av spesialisthelsetenestene og samarbeid med primærhelsetenesta*

*Det skal utarbeidast ein strategi for samhandling og desentralisering basert på tilrådingane i rapporten som vart lagd fram av Nasjonal gruppe for samhandling i oktober 2004. På dette grunnlaget og i samarbeid med brukarar og primærhelsetenesta skal det utarbeidast konkrete tiltak.*

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

Samhandlinga mellom den kommunale helsetenesta og spesialisthelsetenesta er i mange tilfelle ikkje god nok. Dei regionale helseføretaka skal derfor ha fokus på dette og utvikle overordna strategiar for samhandling. Det blir vist til rapporten frå dei regionale helseføretakas strategigruppe for samhandling og desentralisering av oktober

2004 og til rapporten *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill*, utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra KS. Arbeidet skal ta utgangspunkt i kva som er tenleg for pasientane, og tilnæringsmåte og konkretisering av tiltak skal skje i eit likeverdig samarbeid med brukarane og kommunehelsetenesta. Dei regionale helseføretaka må sikre at pasientar som har størst behov for samordning av tenester, blir prioriterte, og sørge for at helseføretaka medverkar aktivt til at pasientar i desse gruppene får tilbod om ein individuell plan. Dette gjeld til dømes sjuke eldre, rusavhengige og psykisk sjuke, funksjonshemma og kronisk sjuke.

#### *Smittevern og beredskap*

*Helse Vest skal følgje opp handlingsplanen for å førebyggje sjukehusinfeksjonar 2004–2006.*

Fokusområde i handlingsplanen er å

- gå over frå prevalens- til insidensregistrering
- medverke i gjennomføringa av ein handhygienekampanje
- definere behovet for smittevernpersonell og utvikle smittevernkompetanse
- vurdere behovet for isolat i medhald av isoleringsrettleiaren og følgje opp denne
- oppdatere infeksjonskontrollprogramma i føretaka og internrevidere dei og dessutan overvake antibiotikaforbruket

Dei regionale helseføretaka skal setje i verk og vedlikehalde tuberkulosekontrollprogramma og organisere tuberkulosekoordinatorar for å sikre ein tilfredsstillande kontroll.

Det skal vere fokus på smittevernberedskap, medrekna beredskap mot pandemisk influensa, sars og liknande. Arbeidet skal utførast i ein brei beredskapssamanheng. Det skal vere klare ansvarslinjer og prosedyrar for avgjerder om disponering av eigne ressursar i ein beredskapssituasjon. Det skal etablerast klare prosedyrar for samhandling med primærhelsetenesta. Helseføretaksgruppa skal ha tilfredsstillande sikker forsyning av viktig materiell, utstyr og legemiddel.

Forsvarleghet og beredskap knytta til Luftambulansetjenesten ANS er innfor de regionale helseføretaka sitt "sørge for"-ansvar. Det skal derfor være tilfredsstillande systemer for å sikre tilstrekkelig ivaretaking av dette.

#### *Høgspesialisert medisin – landsfunksjonar og nasjonale kompetansesenter*

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

Helse Vest skal rapportere til eigar med kopi til Sosial- og helsedirektoratet om verksemda til dei ulike landsfunksjonane og nasjonale medisinske kompetansesenter Helse Vest har ansvaret for, i tråd med rundskriv I-19/2003.

### *Kompetansesenter for sjeldne funksjonshemmingar*

Det er sett i verk ein prosess for tilknytning av kompetansesenter for sjeldne funksjonshemmingar og syndrom til dei regionale helseføretaka. Helse Vest skal sikre rapportering i tråd med dei krava som er stilte av Sosial- og helsedirektoratet, som er fagleg rådgivar for Helse- og omsorgsdepartementet på dette området.

## **2.2 Utdanning**

Helse Vest skal

- få i stand rammeavtalar og avtalar mellom høgskolar og universitet i regionen
- i samarbeidsorganet og gjennom inngåtte rammeavtalar og avtalar, med utgangspunkt i aktivitetskrava (vedlegg 2), opprette så mange praksisplassar for helsefagstudentar som det er behov for
- rapportere kor mange medisinarstudentar som har delteke i den kliniske undervisninga
- med ein gong melde om endringar i stillingsstrukturen for legar til databasen i sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefördeling

Utdanning av helsepersonell er ei hovudoppgåve for helseføretaka. At helseregionen tek ansvar for utdanning, er ein føresetnad for at framtidig helsepersonell kan yte forsvarleg og best mogleg pasientbehandling. Helse Vest skal sørge for eit kvalitativt godt tilbod og ha stor nok kapasitet i utdanninga av helsepersonell som har spesialisthelsetenesta som læringsarena. Dette gjeld for helsepersonell i grunnutdanning, turnus, vidareutdanning og etterutdanning.

Helse Vest skal sørge for eit kvalitativt godt tilbod og stor nok kapasitet for praksisundervisning av studentar i grunnutdanning i helseregionen. Helse Vest har tilsvarande plikter overfor turnuskandidatar, og det skal leggjast til rette for turnusteneste også ved dei mindre lokalsjuehusa. I vedlegg 2 er det ei oversikt over aktivitetskrava for helsefagstudentar som er fordelte på høgskolar i regionen, og samarbeidsorganet skal med utgangspunkt i aktivitetskrava komme fram til kor mange praksisplassar det må leggjast til rette for i regionen. Helse Vest skal gjennom samarbeidsorganet og inngåtte rammeavtalar og avtalar sikre eit godt, forpliktande samarbeid med høgskolar og universitet, til dømes i samband med praksisundervisninga, jamfør §§ 6 og 13 i vedtektene og instruks til styret om forholdet til høgskolar og universitet.

Helse Vest skal sørge for vidareutdanning og etterutdanning av helsepersonell. Ein skal sikre vidareutdanning til legespesialist ved at ein vidarefører og opprettar nye assistentlegestillingar. Den samla kapasiteten for utdanning i dei sjuehusbaserte spesialitetane skal haldast ved lag i regionen, og Helse Vest er tildelt 14 nye assistentlegestillingar for 2005. Det er stigande etterspurnad etter intensivsjukepleiarar

og høgare og høgare gjennomsnittsalder for anestesi- og operasjonssjukepleiarar. Helse Vest skal planleggje vidareutdanninga av sjukepleiarar med tanke på å møte desse utfordringane. Etterutdanning kan vere med på å betre samhandlinga mellom nivåa i helsetenesta, og Helse Vest blir oppfordra til å utvide bruken av hospitantordningar (til dømes praksiskonsulentar). Det skal leggjast vekt på fagområdet legemiddelterapi i etterutdanningssamanheng.

## 2.3 Forsking

Ein skal setje i verk tiltak for å sikre krava til kvalitetssikring og habilitet ved fordeling av tilskot til forskning gjennom samarbeidsorganet.

Dei regionale helseføretaka skal prioritere forskning, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Det er behov for ei auka satsing og tiltak for å styrkje forskning innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmisbrukarar. Ressursbruk og tiltak for å styrkje forskning innanfor desse områda skal dokumenterast særskilt. Det skal leggjast til rette for auka rekruttering frå profesjonsutdanningane til forskning, medrekna dobbeltkompetanseprosjektet med kombinert spesialist- og forskarutdanning i psykologi. Ein går ut frå at dei regionale helseføretaka følgjer opp nasjonalt system for måling av forskingsresultat. Dei regionale helseføretaka skal gjennom felles strategisk satsing på forskning prioritere å etablere ein felles mal for måling av innsatsfaktorar til forskning. For å sikre nasjonal samordning av forskning blir det vist til etablering av nasjonalt samarbeidsorgan med representantar frå dei regionale helseføretaka, universiteta, Folkehelseinstituttet, Norges forskningsråd, Sosial- og helsedirektoratet og kunnskapssenteret. Ein reknar med at dei regionale helseføretaka tek omsyn til kjønnsperspektivet og bevisstgjeringa av kjønnskilnader i klinisk forskning og støttar Norges forskningsråd i arbeidet med ein rapport om forskning på helsa til kvinner.

## 2.4 Brukarmedverknad og opplæring av pasientar og pårørande

*Helse Vest skal sørge for at det blir gitt eit heilskapleg opplæringstilbod til pasientar og pårørande med behov for opplæring. Brukarane skal medverke systematisk gjennom sine erfaringar i utviklinga av tenestetilbodet ved alle helseføretak.*

God opplæring er ein føresetnad for å meistre livet ved kronisk sjukdom og for å hindre forverring av helsetilstanden. Føretaka er gjennom lov pålagde å lære opp pasientar og pårørande, gjerne ved å bruke lærings- og meistringssenter. Opplæringa bør omfatte rettleiing i livsstil der dette er relevant. Vidare bør dette vere ein del av ein felles kommunikasjonsstrategi for helseføretaka. Strategien skal medverke til at kommunikasjon skal nyttast målretta og effektivt som verktøy for å nå dei helsepolitiske målsetjingane.

Lærings- og meistringssentera har ansvar for eit opplæringstilbod for pasientar og pårørande. Desse byggjer på ei likeverdig kopling av kompetanse mellom erfarne

brukarar og tverrfagleg personell. I helseføretak som dekkjer eit stort geografisk område, bør det vere fleire lærings- og meistringssenter, slik at dette tilbodet er lett tilgjengeleg for personar med kronisk sjukdom og reduserte funksjonar og for familiane deira. Etter etableringsfasen av sentera skal ein satse på å utvikle nye tilbod og kvalitetssikre dei som alt eksisterer.

### **3 SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE**

Departementet har i tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet for 2005 bede direktoratet om å yte hjelp til å handtere sentrale innsatsområde innan spesialisthelsetenesta. Dette gjeld særleg:

- Utviklinga av behandlingsskapiteten i spesialisthelsetenesta. Sentrale spørsmål er knytte til tilgang til tenester, underkapasitet, overkapasitet i relasjon til ny lov om pasientrettar og forskrifta om prioritering.
- Vurdere dagens behandlingstilbod. Identifisere eventuelle tilbod med manglande dokumentert effekt.
- Overvake nye behandlingssmetodar og kostnadsimplikasjonar på kort og lengre sikt.
- Utarbeide faglige retningslinjer og kunnskapsoppsummeringar som bidrar til at spesialisthelsetenesta nyttar effektive behandlingssmetodar.
- Samle inn og handsame data.
- Yte departementet hjelp i prioriteringssørsmål. Fokuserer på tiltak som fremjar god prioritering i spesialisthelsetenesta, og som utviklar forskrifta om prioritering til eit praktisk verktøy for dei som arbeider i tenesta.

Sosial- og helsedirektoratets oppgåver vil særleg gjelde psykisk helsevern, rus, habilitering og rehabilitering, landsdekkande kompetansesenter for sjeldne og lite kjende funksjonshemmingar, geriatri, kreftbehandling, utdanning av helsepersonell, tilgang på tenester, og elektronisk samhandling.

Departementet har bede direktoratet om å konkretisere gjennomføringa av desse oppgåvene i brev til dei regionale føretaka.

### **4 RAPPORTERING**

Rapporteringa gjennom plan- og meldingssystemet skal

- vere med på å gi departementet det nødvendige faglege underlaget i førebuinga av forslaget til statsbudsjett
- vere ein del av grunnlaget for den styringsbodskapen som blir teken inn i stortingsproposisjon nr. 1 og i bestillardokumentet. Planen skal gi grunnlag for å identifisere viktige politiske problemstillingar som bør behandlast i føretaksmøte, eventuelt også leggast fram for Stortinget
- gi grunnlag for å vurdere om dei helsepolitiske målsetjingane som er fastsette i sentrale dokument, er oppfylte
- melde frå om oppfølginga av bestillardokumentet

Ein gjer merksam på at departementet ved manglande rapportering og/eller avvik i høve til målsetjingar og prognosar kan setje i verk kontroll med at midlar blir nytta etter føresetnadene, jamfør Stortingets løyvingsreglement § 17. Viss krav ikkje vert nådd, skal Helse Vest melda inn avvik i høve til målsetjingar og krav til departementet når dei vert kjende.

I årleg melding (helseføretakslova § 34 og vedtektene § 15) skal det rapporterast på oppfølginga av styringsdokumentet for 2005. Det blir vist til vedlegg for dei rapporteringspunkta, frekvensane og skjema som gjeld for resultatkrav som er sette i dette dokumentet. Helse Vest skal rapportere kvar månad på aktivitet. Tertialrapportar skal leggjast fram for styret i det regionale helseføretaket før innsending. Frist for innsending av styremeldinga for 2005 er sett til 15. februar 2006.

Det skal gå fram av oversendinga av den årlege meldinga at det regionale brukarutvalet har vore med på å forme og behandle meldinga.

Helse Vest skal komme med innspel til budsjett for 2007 innan 15. desember 2005. Departementet vil komme tilbake med ei nærmare konkretisering av dette.

Oslo, 11. januar 2005

Ansgar Gabrielsen