

BESTILLERDOKUMENT 2006

0.	Innledning.....	1
0.1	”sørge for”-ansvaret og supplerende hovedoppgaver.....	1
1.	Tildeling av midler og ressursgrunnlag for Helse Midt-Norge	2
2.	Styringskrav for 2006.....	5
2.1	Kvalitet i tjenesten	6
2.2	Prioritering	8
2.3	Pasientbehandling	9
2.3.1	Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse.....	11
2.3.2	Tilbudet til rusmiddelmissbrukere	12
2.3.3	Rehabilitering og habilitering	13
2.3.4	Nasjonale strategier mv.....	13
2.3.5	Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten....	14
2.3.6	Smittevern og beredskap	15
2.3.7	Høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra.....	16
2.4	Utdanning.....	17
2.5	Forskning	18
2.6	Opplæring av pasienter og pårørende.....	19
3.	Sosial- og helsedirektoratets rolle	19
4.	Rapportering.....	20

0. INNLEDNING

Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud til alle. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, kjønn, etnisk bakgrunn, bosted, personlig økonomi og tilpasset den enkeltes livssituasjon. De regionale helseforetak skal være med å realisere dette. Tjenesten skal preges av kvalitet i prosess, brukermedvirkning og resultat. Det skal være trygghet for tilgjengelighet og omsorg samt respekt i møtet med pasienten.

Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument er del av en helhetlig helsepolitikk. Sammen med foretaksmøtets protokoll utgjør dette de to formelle styringsvirkemidlene departementet har til rådighet overfor de regionale helseforetakene utenom lover og forskrifter.

Bestillerdokumentet bygger på St.prp. nr. 1 (2005-2006) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget. Presentasjonen av spesialisthelsetjenesten i St.prp. nr. 1 (2005-2006) bygger på den årlige plan og melding fra de regionale helseforetak. Denne meldingen er bygd opp med en rapportdel på foregående års bestillerdokument og en plandel. Samlet utgjør dette et helhetlig styringshjul overfor tjenestesiden i spesialisthelsetjenesten. Dokumentet er et ledd i den styringsmessige forpliktelse mellom departementet og de regionale helseforetak. Gjennom de ressurser som blir stilt til rådighet gjennom dette dokumentet, skal de regionale helseforetakene sørge for en realisering av styringskravene stilt i dette dokumentet.

0.1 "sørge for"-ansvaret og supplerende hovedoppgaver

De regionale helseforetakene har en helhetlig ansvarsposisjon gjennom "sørge for"-ansvaret (spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a). Det skal sørges for at befolkningen får tilbud om relevante tjenester, i henhold til lovbestemmelser og øvrige myndighetsdirektiver. Dette inkluderer diagnostisering, selve behandlingen, pleie- og omsorgstjenester i tilknytning til behandlingen og rehabilitering. Det regionale helseforetaket skal se til at oppgaver som forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas, herunder at de er gode og funksjonelle forutsetninger for god og forsvarlig ivaretagelse av pasientbehandlingen.

Dette ansvaret må følge det regionale helseforetakets valg og prioriteringer gjennom hele organisasjonens virkemåte. Beslutningene som setter forutsetningene for virksomheten må tas slik at den enkelte medarbeider kan utføre sine arbeidsoppgaver innenfor en ramme som tilfredsstillende ivaretar "sørge for"-ansvaret.

Det betyr at det regionale helseforetaket må ta hensyn til ivaretagelsen av dette ansvaret allerede fra starten av i sine prosesser. Det må stilles spørsmål knyttet til hvordan ansvaret ivaretas gitt ulike investerings-, kapasitets-, kompetanse- og prioriteringsvalg, og hvilke konsekvenser dette vil få.

1. TILDELING AV MIDLER OG RESSURSGRUNNLAG FOR HELSE MIDT-NORGE

Grunnlaget for Helse Midt-Norges inntekter er i all hovedsak bevilningsvedtak i Stortinget og midler som overføres med grunnlag i disse vedtakene. Nedenfor redegjøres for hvilke ressurser Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Midt-Norge for 2006. Tildelte ressurser skal disponeres på grunnlag av de krav og vilkår som stilles i dette bestillerdokumentet.

Selv om bevilgningen på hvert enkelt kapittel og post utgjør et særskilt vedtak, skal Helse Midt-Norge bruke tildelte midler på en helhetlig måte. Premissene knyttet til det enkelte vedtaket skal oppfylles. Helse Midt-Norge skal derfor gjøre seg kjent med bakgrunnen for bestillerdokumentet slik dette fremgår av St.prp. nr. 1 (2005-2006), St.prp. nr.1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) og Stortingets behandling.

Formell tildeling av midler

Helse Midt-Norge skal i 2006 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.1. Oversikt over første utbetaling i januar, og videre plan for departementets utbetalinger av tilskudd omtales i egen ekspedisjon til de regionale helseforetak.

Riksrevisjonens kontroll

Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 17 hvor departementet og Riksrevisjonen er gitt adgang til å iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene

Kap. 719 post 70 Hivforebygging, smittevern mv.

For oppstart av referansefunksjon for MRSA bevilges det midler over denne posten.

Kap. 732 post 70 Tilskudd til helseforetakene

Særskilte forhold gjør at det bevilges midler på en felles post til de regionale helseforetakene. Bevilgningen under post 70 dekker tilskudd til:

- Pasienttransport. Midler til pasienttransport skal i 2006 dekke alle utbetalinger (100 pst) på området.
- Opptreningsinstitusjoner mv. Midlene skal gå til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre, lungesykehus mv. som de regionale helseforetak har avtale med. Avtalenivået i 2006 skal minst tilsvare ressursbruken i 2004.
- Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Midlene skal dekke etablering og drift av et regionalt fagmiljø i Helse Midt-Norge for autisme. Dette fagmiljøet vil inngå i et regionalt nettverk under Autisemeenheten i Helse Sør
- Omlegging av arbeidsgiveravgiften. Midlene er en kompensasjon for omlegging av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Dette er en videreføring av ordningen fra 2004 der midlene ble utbetalt gjennom regionale helseforetaks basisbevilgning.

Tabell 1.1

i 1 000 kroner

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge	Stortingets samlede bevilgning på posten
719	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	1 500 ¹	26 488
732	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71,72, 73, 74 og 75</i>		3 308 196
	70	Tilskudd til helseforetakene (pasienttransport og reiseutgifter)	311 490	1 772 574
	70	Tilskudd til helseforetakene (opptreningsinstitusjoner m.v.)	126 219	919 493
	70	Tilskudd til helseforetakene (omlegging av arbeidsgiveravgift)	53 020	494 023
	70	Tilskudd til helseforetakene (nasjonale kompetansesentre)	1 718	62 874
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	6 474 483	6 474 483
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	²	13 835 312
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	³	3 013 108
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra, <i>kan overføres</i>	82 096	644 767
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	500 ⁴	343 308
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	1 032 ⁵	101 739
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	203 154 ⁶	1 541 006

Kap. 732 post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Basisbevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge i stand til å utføre det ansvaret som er hjemlet i helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og øvrig lovgivning. Tildeling av midler gjennom dette basistilskudd, og i kombinasjon med andre øremerkede tilskudd, skal dekke kostnader knyttet til Helse Midt-Norges ivaretagelse av sitt ansvar, slik at eide helseforetak kan ivareta sine hovedoppgaver. I tillegg skal basisbevilgningen dekke vedlikehold av utstys- og bygningsmassen i Helse Midt-Norge. Basisbevilgningen skal også sikre følgende:

- Finansiering av studentgruppers praksis.
- Premier til Norsk Pasientskadeerstatning.

¹ Av samlet bevilgning på posten tildeles regionale helseforetak 1,5 mill. kroner.

² Samlet utbetaling skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet ikke på forhånd vet hvor stor utbetalingen over denne tilskuddsposten vil bli. I 2006 utgjør akontoutbetalingene for Helse Midt-Norge 1 956,1 mill. kroner. A konto beløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon inklusive tilleggsrefusjoner på 154 688 DRG-poeng. Det vises for øvrig til utbetalingsbrevet for januar. Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 31 614 kroner (jf St.prp. nr. 1 (2005-2006)).

³ Budsjettet for 2006 legger til rette for at aktiviteten i sykehusene kan videreføres på omtrent samme høye nivå som i 2005. Helse Midt-Norge må være oppmerksom på at bruk av aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og poliklinikk) ut over dette nivået vil medføre bruk av basisbevilgningen som ikke er i tråd med krav til faglige prioriteringer og regnskapsmessig balanse i 2006 for det regionale helseforetaket.

⁴ Av samlet bevilgning på posten tildeles regionale helseforetak 2,5 mill. kroner.

⁵ Av samlet bevilgning på posten tildeles de fem regionale helseforetak 9,752 mill. kroner.

⁶ Av samlet bevilgning på posten tildeles de fem regionale helseforetak 1 474,506 mill. kroner.

- Finansieringsansvaret for TNF-hemmerne (tumornekrosefaktor-hemmerne) fra 1. juni 2006. Finansieringsansvaret omfatter også forskrivninger fra privatpraktiserende spesialister. Helse Midt-Norge må inngå avtaler med aktuelle private spesialister slik at disse kan forskrive utgifter til TNF-hemmere på helseforetakets regning innenfor de indikasjoner det inngås avtale om.
- Det skal avsettes midler med tanke på søknader fra brukerorganisasjoner og andre relevante organisasjoner.
- Tilskudd til incestsentrene (- medfinansieringsordning fra 2006).
- Finansiering av overlegestilling innen barnekreft ved St. Olavs Hospital.

Aktivitetsbaserte tilskudd

De aktivitetsbaserte tilskuddene (Innsatsstyrt finansiering av sykehus og Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v) er rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. De aktivitetsbaserte tilskuddene skal sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. De aktivitetsbaserte tilskuddene skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Det forutsettes at det styres med dette som utgangspunkt.

Kap. 732 post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Det er en sentral målsetting at registreringene skal ha en slik kvalitet at de i større grad og på en bedre måte kan gi god informasjon for opplegg og gjennomføring av fordeling av pengene fra Helse Midt-Norge til helseforetakene. Aktivitetsfinansieringen skal oppmuntre til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Helse Midt-Norge må derfor se til at styringsopplegget overfor helseforetakene og de avtalene som inngås med private tjenesteleverandører er av en slik karakter at det ikke medfører uheldige prioriteringer. Refusjonene gjennom ISF-systemet skal baseres på reell aktivitet, og skal fastsettes i tråd med dette i forbindelse med endelig avregning 2006. Helse Midt-Norge skal ha et ledelsesmessig fokus på arbeidet med å høyne kvaliteten på den medisinske kodingen. Refusjonssatsen for ISF er senket fra 60 til 40 pst. i 2006. Basisbevilgningen økes tilsvarende. Det vises til informasjonshefte for ISF.

Kap. 732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive poliklinisk radiologi og laboratorievirksomhet. Det er en målsetting at refusjonssystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til riktig bruk av poliklinisk behandling og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren.

Kap. 732 post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra
Helse Midt-Norge skal gjennom basisbevilgningen og øremerket tilskudd ivareta sitt ansvar for forskning samt nasjonale medisinske kompetansesentra og tilskudd til kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. I tilskuddet inngår også finansiering av kompetansesenter i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Formålet med tilskuddet er å bidra til å sikre

- Forskningsaktivitet i helseforetakene, samt å øke produktiviteten og kvaliteten på forskningen.
- Nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning i fagområder hvor det er etablert nasjonale medisinske kompetansesentra.
- Nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning i forhold til sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, og særskilte tilbud til brukere og deres familier.
- Drift av kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

Kap. 743 post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid

Midler skal benyttes til drift av sakkyndige ADHD-team ved St. Olavs Hospital, Brøset.

Kap. 743 post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress

Det er behov for å styrke kompetansen og samarbeidet om volds- og traumerammede, herunder flyktninger og asylsøkere. Midler til Psykososialt team for flyktningers kompetanse- og veiledningsvirksomhet vil fra 2006 inngå i sosial- og helsedirektoratets tildeling til regionale ressursentre om vold og traumatisk stress. Midler til teamets kliniske virksomhet videreføres i tildelingen til Helse Midt-Norge.

Kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helse

Tilskuddet skal sette Helse Midt-Norge i stand til å gjennomføre planlagt omstilling og styrking av psykisk helsevern. Midlene er øremerket tilskudd fra Opptappingsplanen for psykisk helse og er fordelt mellom regionale helseforetak etter objektive fordelingsnøkler. I forhold til 2005 er tilskuddet til subsidiering av sikkerhetsavdeling på Brøset overført kap. 732 post 74. Midlene skal brukes til samme formål i 2006.

2. STYRINGSKRAV FOR 2006

I dette kapitlet presenteres styringskrav departementet særskilt vil trekke fram i 2006. Kravene tar utgangspunkt i områder der det av forskjellige grunner er blitt vurdert nødvendig å sette konkrete styringskrav for å vise i hvilken retning departementet ønsker at spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg. Styringskravene er forankret i St.prp. nr. 1 (2005-2006), St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) og Stortingets behandling. Kravene skal realiseres innenfor forutsetningen om økonomisk balanse.

Styringskravene endrer ikke forpliktelser som følger av lov og andre pålagte myndighetskrav.

2.1 Kvalitet i tjenesten

Kvalitet og metodevurdering

- *Helse Midt-Norge skal påse at helseforetakenes internkontroll følges opp i tråd med forskrift og etablerte systemer, og at kvalitetsutvalg er etablert og integrert i virksomhetens kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeid.*
- *Helse Midt-Norge skal påse at fagmiljøene er kjent med og har et bevisst forhold til oppfølgingen av nasjonale faglige retningslinjer.*
- *Helse Midt-Norge skal sørge for at helseforetakene og private sykehus de har avtale med har gode rutiner for å rapportere data av god kvalitet til nasjonale medisinske kvalitetsregistre og de nasjonale kvalitetsindikatorerne.*

Virksomhetene skal planlegge, drive og utvikle sin tjeneste ut fra dagens kunnskap om i hvilken grad kjeden av tiltak i helsetjenesten øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en helsegevinst. Helse Midt-Norge har et ansvar for at tjenestene utvikles og forbedres i samsvar med kjennetegnene for god kvalitet som er nedfelt i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten... *og bedre skal det bli.*

Kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedringsarbeid er et ledelsesansvar og en kontinuerlig prosess på alle nivå i helsetjenesten. Dette fordrer en organisasjon med kultur for læring og forbedring. Omstilling må derfor skje i samarbeid med de ansatte. Internkontroll, kvalitetsutvalg og meldesystemet som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er lovfestede rammeverk som skal bidra til at virksomheten driver kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid. Helse Midt-Norge har et ansvar for å påse at helseforetakene har etablert internkontroll og kvalitetsutvalg og at disse er integrert i foretakene ved at det foretas systematisk overvåking og gjennomgang av disse og Helsetilsynets rapporter for å sikre at de bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten. Det vises til krav stilt i foretaksmøte for Helse Midt-Norge i januar 2005.

Utvikling av faglige retningslinjer og etablering og bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre er to sentrale virkemidler i det kliniske kvalitetsutviklingsarbeidet. Helse Midt-Norge skal sørge for å etablere egnede tekniske løsninger for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, samt sørge for at helseforetakene rapporterer til nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Helse Midt-Norge bes å ta utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets arbeid knyttet til tekniske fellesløsninger. Helse Midt-Norge skal sørge for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre aktivt blir brukt til fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten, samt forskning.

Sosial- og helsedirektoratet har fått som oppgave å lage en plan for å etablere, gjøre tilgjengelig og evaluere faglige retningslinjer i Norge. Helse Midt-Norge skal bistå dette

arbeidet. Parallelt med denne planen pågår utvikling av en rekke faglige retningslinjer innenfor ulike fagområder. Helse Midt-Norge skal gjøre faglige ressurser tilgjengelige slik at de relevante kliniske fagmiljøene er godt representert i de prosesser som etableres. Helse Midt-Norge skal sørge for at de relevante fagmiljøene er kjent med og har et bevisst forhold til oppfølgingen av nasjonale faglige retningslinjer.

De regionale helseforetakene skal koordinere sine bestillinger av kunnskapsoppsummeringer til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og gå i dialog med senteret tidlig i 2006 for å avklare de aktuelle prosjekter og forutsetningene for disse. Helse Midt-Norge skal ha særlig fokus på å sikre dokumentasjon og metodevurdering før introduksjon av nye metoder (diagnostikk, behandling, utstyr, medikamenter).

Helse Midt-Norge skal delta i, og rapportere til det nasjonale systemet for måling av kvalitetsindikatorer. Mangelfull rapportering av data utgjør fortsatt et problem på alle fagområder, men særlig innenfor psykisk helsevern for voksne. For at kvalitetsindikatorerne skal virke etter sin hensikt må helseforetakene rapportere data av god kvalitet på institusjonsnivå. Helse Midt-Norge skal påse at private sykehus som de har avtale med leverer data på kvalitetsindikatorerne.

Faglig rammeverk

- *Ingen helseforetak skal ligge lavere enn 80 % av epikrisene sendt innen 7 dager etter utskriving. Det skal arbeides for å sende ut epikrisene raskest mulig.*
- *Helse Midt-Norge skal tilstrebe å ikke ha korridorpasienter. Som hovedregel skal det ikke være korridorpasienter.*
- *Anerkjente diagnoseklassifikasjoner skal legges til grunn for arbeidet med diagnostisering innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Det skal være økt bruk av anerkjente diagnoseklassifikasjoner innen psykisk helsevern for barn og unge.*

Utsendelse av epikriser og andel korridorpasienter er to indikatorer som kan si noe om helsetjenestens samhandling og organisering. Resultatene for 2005 på disse indikatorene viser at andel korridorpasienter fortsatt er for høyt og at få helseforetak oppfyller kravet knyttet til utsendelse av epikriser. Disse kravene videreføres og forsterkes derfor i 2006. I tillegg videreføres kravet om økt bruk av anerkjente diagnoseklassifikasjoner innen psykisk helsevern for barn og unge. Alle tre kravene er omformulert sammenlignet med 2005. Departementet forutsetter at helseforetakene kontinuerlig arbeider for å levere gode resultater på de øvrige nasjonale indikatorene.

2.2 Prioritering

Helse Midt-Norge skal ha særlig styringsoppmerksomhet knyttet til følgende pasientgrupper slik at det prioriteres riktig:

- *Mennesker med psykiske lidelser*
- *Rusmiddelmisbrukere*
- *Pasienter med kroniske sykdommer*
- *Pasienter som behøver rehabilitering – habilitering*

Helse Midt-Norge skal ha et særskilt fokus på pasientgruppene nevnt ovenfor, og gjøre prioriteringer slik at overordnede målsetninger og dokumenterte behov for disse pasienter i disse gruppene ivaretas. Prioritering skal gjøres med forankring i det prioriteringsprinsipp som legges til grunn i prioriteringsforskriften, slik at det tas hensyn til forventet nytte, tilstandens alvorlighet og kostnader sett i relasjon til effekt av tilbudet.

Dette må skje på grunnlag av etablert kunnskap om status og variasjoner i tilbud og etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Regionale helseforetak må selv forestå den prioritering som er nødvendig innenfor de ressursene man har til rådighet.

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres foran pasienter uten rett. Helse Midt-Norge skal gjennomgå tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp i egne helseforetak og iverksette tiltak som sikrer mer enhetlig tildeling av rett til nødvendig helsehjelp innenfor egen region. Helse Midt-Norge skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetak bidra til harmonisering av tildelingskriterier mellom regionene.

Helse Midt-Norge må identifisere hvilke fagområder og for hvilke pasienter det er størst avvik mellom overordnede målsettinger og resultater for befolkningen i egen region.

Helse Midt-Norge skal sørge for at alle som har rett på individuell plan, og ønsker det, får tilbud om det.

2.3 Pasientbehandling

- *De regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. Den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.*
- *Budsjettet legger til rette for at aktiviteten som omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd kan videreføres på om lag samme nivå som i 2005.*
- *Kjønnsperspektivet skal integreres på en god måte i virksomheten.*
- *Helse Midt-Norge skal utarbeide en plan for styrking av spesialisthelsetjeneste til eldre.*
- *Helse Midt-Norge skal samarbeide med øvrige regionale helseforetak om å utarbeide en samlet kapasitetsanalyse for spesialisthelsetjenesten, og foreslå oppfølgingsstrategi og iverksette tiltak i forbindelse med denne.*

De siste årene har det vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen som omfattes av innsattsstyrt finansiering, noe som har ført til reduserte ventetider for de fleste høyt prioriterte tjenester. Ventetidene for disse skal fortsatt holdes på lavt nivå, og regionale helseforetak skal sørge for at helseforetakene månedlig rapporterer forventede ventetider til Fritt sykehusvalg Norge.

Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige. Budsjettet for 2006 legger til rette for at aktiviteten i sykehusene kan videreføres på omtrent samme høye nivå som i 2005. Helse Midt-Norge må være oppmerksom på at bruk av aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og poliklinikk) ut over dette nivået vil medføre bruk av basisbevilgningen som ikke er i tråd med ovennevnte krav til faglige prioriteringer og regnskapsmessig balanse i 2006 for det regionale helseforetaket.

Tjenestetilbudet varierer mellom helseforetakene i den enkelte region og mellom regioner. Det er variasjoner i klinisk praksis, og på enkelte områder er det fortsatt for lange ventetider og for store forskjeller mellom sykehus og mellom pasientgrupper, både når det gjelder kvalitet og prioritering. Det er ulikheter knyttet til hvilke typer medikamentell behandling som gis. Det er også forskjeller i hvor godt ulike helseforetak samhandler med primærhelsetjenesten, og i hvilken grad man har utviklet helhetlige behandlingsskjeder. Disse forskjellene på tilbudssiden er større enn det som er rimelig å forvente av forskjeller i behov og etterspørsel. I St.prp. nr 1 (2005-2006) er det lagt vekt på behovet for sterkere nasjonal styring og samordning ut i fra en målsetning om nasjonal likhet på viktige tjenesteområder og god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten samlet sett. Det er satt ned en prosjektgruppe mellom departementet og Kommunenes Sentralforbund for å finne egnede organisatoriske tiltak mellom tjenestenivåene for å bidra til dette. Helse Midt-Norge må, for eksempel gjennom bruk av handlingsprogrammer, bidra til å utjevne forskjeller i behov og etterspørsel.

De regionale helseforetakene skal sammenstille informasjon om over- eller underkapasitet, og gjøre en analyse av situasjonen. Det skal tas initiativ til å avdekke mangler i datagrunnlaget. Dette gjelder spesielt egen virksomhet og virksomheten til spesialisthelsetjenesten utenfor institusjonene, laboratorier og røntgeninstitutter og den funksjonelle kapasiteten som ligger i eksisterende kapitalstruktur.

Landets befolkning er sammensatt av mennesker med forskjellig etnisk bakgrunn. Innvandrerbefolkningen utgjorde ca 8 % av landets innbyggere ved inngangen av 2005. Denne befolkningen fordeler seg på om lag 200 opprinnelsesland. Det forutsettes likeverdig behandling av pasienter, uavhengig av etnisk bakgrunn. Spesielle utfordringer knyttet til pasienter fra andre kulturkretser må møtes med tilstrekkelig kunnskap og ressurser. Det skal være særlig oppmerksomhet på at kvinners behov for helsetjenester blir fulgt opp.

Kunnskap om pasientens språk og kultur er nødvendig for å yte gode helsetjenester. Når tolk er nødvendig bør nasjonalt tolkeregister (<http://www.tolkeportalen.no>) brukes. Den tolken som er best kvalifisert og tilgjengelig bør brukes. For å ivareta den samiske befolkningens behov for tjenester skal Helse Midt-Norge bidra til at personellet har nødvendig kompetanse i samisk språk og kultur i samarbeid med relevante aktører.

Det er viktig at kjønnsperspektivet integreres på en god måte i virksomheten. Departementet forutsetter likeverdig behandling av menn og kvinner for samme type plager. Spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser. Et kjønnsperspektiv innebærer bl.a. å ta i bruk kjønnsspesifikk kunnskap og behandling der den finnes, og etterspørre eller fremskaffe den der den ikke finnes. Tiltakene skal være i tråd med strategiplan for kvinners helse presentert i St. meld. Nr. 16 (2002-2003).

I brev av 30.11.2005 gir departementet Helse Midt-Norge i oppdrag å utarbeide en regional plan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. Arbeidet må skje i nært samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Den regionale planen for spesialisthelsetjenester for eldre bør inneholde framskrivninger av den nærmere definerte målgruppen, og lages i samarbeid med kommunene. Planen bør vise den demografiske utviklingen for målgruppen og indikatorer for bruk av helsetjenester. Planen bør vise den andelen av målgruppen som får behandling i forhold til deres andel av befolkningen, og vise antall polikliniske konsultasjoner og liggedager per person i denne aldersgruppen.

Det skal i planen utformes tiltak for å nå de nasjonale målsettinger som defineres i handlingsplanen, når denne er endelig vedtatt av departementet. Helse Midt-Norge har ansvar for å gjennomføre de definerte tiltakene i sin helseregion.

2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse

Behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser skal i 2006 trappes videre opp i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Helse Midt-Norge skal ta utgangspunkt i følgende krav:

- Helse Midt-Norge skal utarbeide strategier/tiltak for spesialisthelsetjenesten, og rutiner for samarbeid med henvisende instanser som gir økt behandlingseffektivitet i tjenesten og markert reduserte ventetider for behandling av barn og unge.*
- Helseforetak med lav dekningsgrad i tilbudet til barn og unge må gjennomgå sitt tjenestetilbud og sin ressursfordeling. Tiltak må iverksettes for å sikre at målet om 5 pst. nasjonal dekningsgrad nås innen 2008.*
- Helse Midt-Norge skal i løpet av første tertial gjennomgå akutt-tjenesten for voksne for å sikre at tilgjengelighet og kvalitet blir ivaretatt. Antall sengeplasser må vurderes og oppjusteres i samsvar med resultatet av prosjekt omtalt nedenfor.*
- Det skal iverksettes tiltak for å oppgradere DPS faglig og bemanningsmessig slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver.*

Ventetiden for behandling av barn og unge med psykiske lidelser/problemer er for lang. I 2006 forventes det en markert reduksjon i gjennomsnittelig ventetid for behandling av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Ventetid for vurdering bør ikke overstige 10 dager. Det er ihht SAMDATA store geografiske variasjoner i dekningsgraden innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Det er et mål for helsepolitikken at befolkningen skal gis likeverdig tilgang til viktige helsetjenester uavhengig av bosted og sosiale forhold. God tilgjengelighet skal sikres ved å utvide åpningstiden ved poliklinikker og gjennom ambulante team. Samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og regionalt barnevern må styrkes. Barn med psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre skal vurderes og eventuelt sikres en oppfølging etter behov. Departementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal gjennomgå dagens praksis mht barn og unges rett til individuell fastsatt behandlingsfrist, og foreslå hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes for barn og unge med psykiske lidelser og for unge rusmiddelmissbrukere under 23 år. Departementet vil komme tilbake til Helse Midt-Norge etter at arbeidsgruppens anbefalinger foreligger. Det vil bli satt i gang et arbeid for å vurdere hvorvidt behandlingstilbudet til sterkt traumatiserte pasienter og torturofre er godt nok. Som et ledd i dette bes de regionale helseforetakene gi en statusrapport på dette feltet i forbindelse med rapportering for første tertial.

En kartlegging av akuttpsykiatrien foretatt av Sosial- og helsedirektoratet våren 2005 avdekket store variasjoner mellom helseforetakene med hensyn til dekningsgrad (antall plasser), beleggsprosent og andel utskrivningsklare pasienter i avdelinger. De regionale helseforetakene må gjennomgå kapasiteten i akutt-tjenesten for å sikre at tilgjengelighet og kvalitet blir ivaretatt i akutte situasjoner. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet gjennomføre et prosjekt i samarbeid med de regionale helseforetakene for å vurdere antall nye plasser og andre tiltak som bør opprettes ved akutteneheter som i dag har for høy beleggsprosent eller skriver ut for tidlig. DPSene skal også kunne yte akutt- og krisetjenester gjennom polikliniske og ambulante tjenester og ved åpne døgnposter. DPSene forutsettes å kunne håndtere akutt- og krisehendelser også utover ordinær arbeidstid. Når det gjelder de

allmennpsykiatriske oppgavene skal DPSene ha en sentral rolle der det er naturlig, og være et bindeledd mellom kommunene og den øvrige spesialisthelsetjenesten. Derfor må DPSene sikres tilstrekkelig bemanning med behandlingskompetanse (gjelder spesielt leger/psykiatere og psykologer). Departementet vil vise til at mange pasienter med psykiske lidelser har eller utvikler et rusproblem, og vil peke på behovet for nødvendig kompetanse for å kunne vurdere, eventuelt behandle pasienter med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenesten må ha rutiner for samarbeid med kommunale instanser, politi og andre relevante instanser når det gjelder håndtering av farlige og ustabile personer.

Forbudet mot å legge ned døgnplasser, jf. departementets brev av 15.09.2004, opprettholdes i 2006.

De fleste sentrale mål som St.prp. nr 63 (1997-1998) trekker opp er realisert eller er innen rekkevidde i løpet av planperioden. Den sentrale utfordringen som er trukket opp i St.prp. nr 1 (2005-2006) er styrking av det kvalitative innholdet i tjenesten. Det er et mål at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et verdig liv i mest mulig normale omgivelser. I denne forbindelse er brukermedvirkning i utforming av tjenesten viktig. I St.prp. nr 1 (2005-2006) er det pekt på åtte hovedutfordringer som vil være sentrale framover. Det tas sikte på å utarbeide mål og indikatorer innenfor hvert av de åtte hovedutfordringene. Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for å utarbeide forslag til mål og indikatorer. De regionale helseforetakene vil bli trukket inn i arbeidet.

2.3.2 Tilbudet til rusmiddelmisbrukere

Helse Midt-Norge skal sørge for et helhetlig tilbud til følgende grupper:

- *Unge med rusmiddelproblemer og barn og unge med rusmiddelmisbrukende foreldre*
- *Personer med samtidig rusproblem og psykisk lidelse*
- *Domfellede rusmiddelmisbrukere, herunder deltakere i Narkotikaprogram med domstolskontroll*

Det må arbeides for å redusere ventelistene for tverrfaglig spesialisert behandling inkludert LAR.

Helse Midt-Norge skal sørge for at det rapporteres samordnet og standardisert med annen ventelisterregistrering i spesialisthelsetjenesten.

Omfanget av rusmiddelmisbruk og antall rusmiddelmisbrukere er betydelig, og behandlingstilbudene er ikke kapasitetsmessig og kvalitativt sett innrettet mot å svare på behovene. Dette gjelder særlig legemiddelassistert rehabilitering.

Barn og unge er særlig risikoutsatte og må beskyttes mot negative konsekvenser av eget og foreldres rusmiddelmisbruk og evt. samtidig psykisk lidelse. Mange rusmiddelmisbrukere har gjennom langvarig rusmiddelmisbruk også fått til dels omfattende psykiske lidelser. Dette skjer ofte uten at behandlingstilbudene til disse pasientene har tatt tilstrekkelig hensyn til disse tilleggslidelsene. De regionale

helseforetakene skal derfor sørge for at pasienter med disse sammensatte lidelsene får et helhetlig og sammensatt behandlingstilbud svarende til pasientenes behov.

En betydelig andel av innsatte og domfelte har et rusmiddelproblem og har behov for behandling og oppfølging i forhold til rusproblemet. Et helhetlig og sammenhengende behandlings- og rehabiliteringstilbud er særlig viktig for disse utsatte gruppene og fordrer i særlig grad at de regionale helseforetakene samarbeider med kommunale og private aktører, kriminalomsorgen, og internt innen spesialisthelsetjenesten.

Ventetiden for enkelte tverrfaglige spesialiserte behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere er fortsatt for lang, og det stilles krav til reduksjon i ventetid for disse. Det er i den sammenheng viktig å videreføre arbeidet med standardisering av rapporteringene som grunnlag for å følge utviklingen nærmere. De regionale helseforetakene skal bidra til samordning av planlagt ventelisteregistrering på rusområdet med øvrig system for ventelisteregistrering innen spesialisthelsetjenesten.

2.3.3 Rehabilitering og habilitering

Helse Midt-Norge skal prioritere tjenestetilbudet innenfor rehabilitering og habilitering på en slik måte at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes i 2006.

Helse Midt-Norge må sørge for at tjenestetilbudet utvikles slik at det blir en reell prioritering av denne pasientgruppen. Tilbudet skal utvikles innenfor de faglige tilrådinger som er gjort gjeldende gjennom en rekke tiltaks- og handlingsplaner for området. Særlig oppmerksomhet bør vies til habilitering av barn og rehabilitering av alvorlig hodeskade. Departementet vil i løpet av 2006 ferdigstille plan for rehabilitering.

2.3.4 Nasjonale strategier mv.

Helse Midt-Norge skal iverksette tiltak innenfor fagområder som er gitt særskilt oppmerksomhet gjennom etablering av nasjonale strategier mv. I 2006 gjelder dette primært for pasienter med kreft, diabetes, KOLS og kroniske smerter.

Helse Midt-Norge skal følge opp de fagområdene som her omtales, herunder utvikle og iverksette konkrete tiltak som bidrar til at målsettingene for disse områdene nås. Sosial- og helsedirektoratet er i tillegg gitt en nasjonal koordinerende rolle i dette arbeidet. Utover det som skjer direkte mellom aktørene, skal direktoratet bidra til å skape nødvendig dialog med aktørene med ansvarsposisjoner i henhold til strategien, herunder vurdere behovet for ta initiativet til å etablere samarbeids- og samhandlingsarenaer. Videre skal direktoratet følge med på om gjennomføringen skjer i henhold til målsettingene.

Som oppfølging av Nasjonal kreftplan (1999-2003) har departementet utarbeidet Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009. Til grunn for strategien ligger rapporten "Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og

kapasitet (juni 2004) og høringen høsten 2004. Helse Midt-Norge forventes blant annet å delta i Sosial- og helsedirektoratets prosjekt for videreutvikling av nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.

Helse Midt-Norge skal følge opp et nasjonalt strategidokument for diabetesområdet. Videre vil arbeidet med en nasjonal KOLS-strategi sluttføres i løpet av sommeren 2006. Helse Midt-Norge skal iverksette relevante tiltak når departementet har ferdigstilt dokumentet.

Det er behov for å styrke det offentlige smertebehandlingstilbudet både for kroniske smertepasienter og for pasienter med behov for palliativ behandling. Å legge til rette for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, samt bedre samhandling mellom forvaltningsnivåene vil stå sentralt i en slik styrking.

2.3.5 Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten

- *Arbeidet med å utvikle sammenhengende behandlingsskjeder i lokalsykehusene og innen lokalsykehusfunksjonen ved store sykehus skal igangsettes i 2006.*
- *Helseforetak med lokalsykehus eller lokalsykehusfunksjoner skal ha samarbeidsavtaler med alle kommuner i sitt område, og ha jevnlig møter for å følge opp samarbeidet.*
- *Alle foretak som har lokalsykehus eller lokalsykehusfunksjoner skal i samarbeid med primærhelsetjenesten opprette minst to pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.*

Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved store sykehus i regionen skal representere trygghet, tilgjengelighet og kvalitet for befolkningen.

Lokalsykehusenes skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot tilbudene til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten. De tjenester som egner seg for dette bør desentraliseres til f. eks. distriktsmedisinske sentra og sykestuer. Slike tiltak må være forankret i den regionale strategien for desentralisering og samhandling.

Med utgangspunkt i pasientenes behov, bør det utvikles tydelige behandlingsskjeder ved lokalsykehusene for akutt syke, fødende, eldre, kronisk syke og for pasienter til elektiv behandling, med tilhørende informasjonssystemer for pasienter, befolkning og for personellet på alle tjenestenivåer. Slike behandlingsskjeder skal være baserte på god faglig praksis, forskning og tilgjengelige faglige retningslinjer. Lokalsykehusenes tilbud skal inngå i en helhet både mot de høyt spesialiserte tjenestenes tilbud og mot primærhelsetjenesten. Et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud skal opprettholdes. Ingen lokalsykehus skal legges ned, og arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen videreføres. Lokalsykehusfunksjonene innen psykisk helsevern skal ivaretas gjennom distriktpsikiatriske sentre. Departementet legger vekt på at samhandlingstiltak med primærhelsetjenesten realiseres i 2006. Arbeidet med dette skal inngå i oppfølgingen av det strategiarbeidet som ble påbegynt i 2005, og som skal rapporteres i årlig melding for 2005.

Alle lokalsykehus skal være i stand til å stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller. Hvordan behandlingsskjeden deretter organiseres for de ulike tilstander og sykdomsgrupper, må klargjøres i et helhetlig opplegg. Tilbudet må oppdateres og endres i tråd med utvikling av behandlingsformer som gir bedret kvalitet. Organiseringen av akuttberedskap må baseres på moderne behandlings- og transportformer, og det skal arbeides for likeverdig kvalitet i akuttjenestene uavhengig av bosted. Ordningene for akuttberedskapen må være godt kjent i befolkningen, og det må dokumenteres at de løsninger som velges, gir trygghet for at tjenesten vil bli gitt på en rask og god måte når behov oppstår.

Det må sikres et godt samarbeid mellom prehospitale tjenester og kommunal akuttberedskap, og at forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus følges opp ved at det utarbeides nødvendige prosedyrer og retningslinjer. Dette gjelder i forhold til kompetanseutvikling, samarbeid med kommuner og samarbeid med andre nødetater. Det foreligger lite eller ingen data om aktivitet for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. For å videreutvikle tjenestene på en systematisk og kunnskapsbasert måte har Sosial- og helsedirektoratet i 2005 definert hvilke data som ønskes rapportert. Det forutsettes at dette følges opp.

2.3.6 Smittevern og beredskap

Helse Midt-Norge skal sikre at helseforetakene har smittevernberedskap i henhold til lov, spesielt overfor en mulig pandemisk influensa og utbrudd av MRSA.

Smittevernberedskapen, herunder beredskap mot pandemisk influensa, sars og lignende, skal være tilfredsstillende organisert i en bred beredskapssammenheng. Gjeldende planer om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven skal revideres og oppdateres. Det skal være klare ansvarslinjer og prosedyrer for beslutninger om disponering av egne ressurser i en beredskapssituasjon. Både den regionale og helseforetakenes beredskapsplan skal inneholde prosedyrer for samhandling med primærhelsetjenesten og andre helseregioner. Handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner skal følges opp av Helse Midt-Norge. Behovet for smittevernpersonell og –kompetanse må defineres og utvikles. Veileder for isolering skal legges til grunn, og Helse Midt-Norge må ha oversikt over regional isolatkapasitet. Det må etableres prosedyrer for overvåking av antibiotikaforbruket samt være oppdaterte infeksjonskontrollprogram. Det regionale helseforetaket skal delta i Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus og dagkirurgiske klinikker (NOIS-registerforskriften), herunder følge opp registrerings- og meldeplikten. Helseforetaksgruppen skal ha en tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler. Sosial- og helsedirektoratet vil kunne gi bistand og veiledning i arbeidet med beredskapsplanleggingen.

For å sikre et godt smittevern har departementet formalisert dagens praksis med etablering og fordeling av nasjonale referansefunksjoner innen medisinsk mikrobiologi. Formålet er å sikre høy kvalitet på funksjonene gjennom en tydeliggjøring av ansvar og oppgaver for de institusjoner som tillegges nasjonale referansefunksjoner og

rekvirerende institusjoner. En referansefunksjon representerer et bestemt ansvar for å utføre eller videreføre undersøkelser vedrørende agens, utført av ett eller et fåtall laboratorier på vegne av alle andre laboratorier. Funksjonen kan omfatte pasientrettede undersøkelser som er nødvendige for korrekt diagnose eller behandling av en pasient og/eller folkehelserettede undersøkelser, som er nødvendige for overvåkning av epidemiologisk viktige infeksjonssykdommer. Regionale helseforetak som er tillagt ansvar for nasjonale referansefunksjoner i medisinsk mikrobiologi skal rapportere årlig til Sosial- og helsedirektoratet. Lederforum for medisinsk mikrobiologi vil fungere som referansegruppe for disse funksjonene. Det vises til rundskriv I-14/2005.

Helse Midt-Norge ved St. Olavs hospital er tillagt ansvar som nasjonal referansefunksjon innen medisinsk mikrobiologi for Fransiscella, gruppe B streptokokker, MRSA og adenovirus. Ansvaret for adenovirus er delt med Folkehelseinstituttet.

2.3.7 Høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

- *Helse Midt-Norge skal samarbeide med øvrige helseforetak om å utarbeide forslag til en helhetlig plan for fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester innen 1. september 2006. Helse Vest er ansvarlig for koordinering av oppdraget.*
- *Helse Midt-Norge skal sikre lik tilgjengelighet til de landsfunksjoner det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for.*
- *Helse Midt-Norge skal sikre at de nasjonale medisinske kompetansesentra de er tillagt ansvar for, utvikler og sprer kompetansen til øvrige fagområder, og at de bidrar til å sikre tilstrekkelig rekruttering til fagområdet.*

Det er en nasjonal målsetning å sikre lik tilgang og bruk av landsfunksjoner for pasientene og lik tilgang på kompetanse i fagmiljøene. Departementet ønsker å styrke den nasjonale styringen av dette området. De regionale helseforetakene skal derfor i fellesskap utarbeide et forslag til en helhetlig plan for fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester og tjenester til pasienter med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Planen må legge til grunn at det etableres overordnede kriterier for prioritering og prosedyrer for etablering og fordeling av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. Planen bør være dynamisk med utgangspunkt i at tjenestetilbudet er i stadig endring som følge av den medisinsk-teknologiske utviklingen, endringer i pasientvolum og kompetanseoppbygging. Sosial- og helsedirektoratet vil ut i fra sin rolle som departementets faglige rådgiver, gjennomgå materialet og gi sine tilrådninger før departementet tar sine avgjørelser.

Rapportering for landsfunksjoner, nasjonale medisinske kompetansesentra slik disse er presentert i rundskriv I-19/2003 og for kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal gjøres til Sosial- og helsedirektoratet. Det skal være opprettet faglige referansegrupper for både landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra, som skal gjennomgå årlig rapportering fra de enkelte funksjonene før innsending til direktoratet.

Helse Midt-Norge skal for de landsfunksjoner de er ansvarlige for, dokumentere at tilbudet er tilstrekkelig tilgjengelig uansett pasientenes bosted, og at det er etablert referansegrupper. Det må videre dokumenteres hvilken kapasitet man har i forhold til det estimerte behov. For landsfunksjoner som ikke er tillagt egen region, skal det rapporteres på eventuelt avvikt i bruk av funksjonen i forhold til hva som forventes ut fra regionens demografi.

Alle donorsykehus skal ha oppnevnt donoransvarlig lege. Funksjonsbeskrivelse skal være forankret i helseforetakets styringsdokument i tråd med retningslinjer fra Nasjonal koordinator i Sosial- og helsedirektoratet. Foretakene har et ansvar for å medvirke til at helsepersonell i relevante tilfeller tar opp spørsmålet om organdonasjon med pasientens nærmeste. Det vises til rundskriv I-9/2003.

2.4 Utdanning

Helse Midt-Norge skal:

- *i samarbeidsorganet og gjennom samarbeidsavtaler, med utgangspunkt i aktivitetskravene (vedlegg 2), etablere et kvantitativt riktig og kvalitativt gode praksisplasser for studenter i grunnutdanning.*
- *Planlegge og gjennomføre videreutdanning og etterutdanning av personellet for å møte nåværende og fremtidige behov.*

Helse Midt-Norge skal sørge for et kvantitativt riktig og et kvalitativt godt tilbud i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell som har helseregionen som praksisarena og/eller arbeidssted. Dette gjelder i grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning.

Helse Midt-Norge skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen for å ivareta dette. Helse Midt-Norge skal gjennom samarbeidsorganet og inngåtte samarbeidsavtaler sikre godt samarbeid mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene i regionen.

Helse Midt-Norge skal etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning. Det skal med utgangspunkt i fordelingen av *turnuskandidater* (vedlegg 2) etableres et riktig antall og kvalitativt gode turnusplasser, også ved lokalsykehus. Helse Midt-Norge skal videre medvirke til at forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger kan gjennomføres.

Helse Midt-Norge skal planlegge *videreutdanning* av personellet for å møte nåværende og fremtidige utfordringer. Det er etterspørsel etter anesthesi-, operasjons- og intensivsykepleiere. Spesialisering av leger gjøres med utgangspunkt i de godkjente utdanningsstillingene, og Helse Midt-Norge skal opprettholde og etablere et riktig antall utdanningsstillinger i de ulike spesialitetene (vedlegg 2). Det skal også planlegges *etterutdanning* av personellet for å møte nåværende og fremtidige

utfordringer. Det er stigende etterspørsel etter kompetanse innen psykisk helsevern/rus, rehabilitering/habilitering og geriatri. Disse fagområdene skal derfor vektlegges i videre- og etterutdanningssammenheng.

Helse Midt-Norge skal systematisk og fortløpende melde avviksendringer i stillingsstrukturen for leger til NRs database <http://www.nr.dep.no/>

2.5 Forskning

- *Helse Midt-Norge skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene iverksette forskningssamarbeid innenfor minst to fagområder.*
- *Helse Midt-Norge skal prioritere oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, særlig forskning på rusbehandling og psykisk helse.*
- *Helse Midt-Norge skal sikre ivaretagelse av kjønnsperspektivet i klinisk forskning og styrke innsatsen innenfor kvinnehelseforskning.*
- *Helse Midt-Norge skal arbeide for å etablere forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA i alle helseforetak i løpet av 2006.*

For å sikre nødvendig nasjonal samordning og effektiv ressursutnyttelse, skal det etableres og implementeres nasjonalt samarbeid om forskning innefor utvalgte fagområder. Det vises til de prosesser som er iverksatt gjennom den nasjonale samarbeidsgruppen for forskning som er etablert mellom de regionale helseforetakene, universitetene, høyskolene, Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt mfl, jf St. meld. nr 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*.

De regionale helseforetakene er tillagt et ansvar for pasientrettet klinisk forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. Det er fortsatt behov for styrking av forskningsinnsatsen i helseforetakene, også i helseforetak uten universitetssykehusfunksjoner.

På enkelte fagområder, som tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse, er det behov for kompetanseoppbygging (jf NOU 4:2003). Det er behov for en styrking av kunnskap om organisering og forbruk av helsetjenester, herunder samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Her vil de regionale helseforetakene være viktige bidragsytere. Det er behov både for økt forskning og analyser av kjønnsforskjeller i behandling av sykdom som rammer begge kjønn og for forskning på sykdom som særskilt rammer kvinner (kvinnehelseforskning), jf St. meld. nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*.

Det skal gjennomføres måling av forskningsresultater og ressursbruk til forskning i henhold til etablerte rapporteringssystemer. Det er en målsetning å sikre samordning av målesystemene for forskningsresultater mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler, jf St. meld. nr. 20 (2004-2005). En ytterligere samordning av målesystemene innebærer etablering av forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA i alle helseforetak som er tillagt ansvar for forskning. Dette vil legge til rette for egenrapportering av forskningsdata. Etablering av FRIDA i helseforetakene forutsetter

at det legges til rette for brukermedvirkning fra de regionale helseforetakene, samt innsyn og kvalitetssikring på tvers av institusjonene. Arbeidet med etablering av FRIDA i helseforetakene skal forankres i strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene.

2.6 Opplæring av pasienter og pårørende

Helse Midt-Norge skal sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får tilbud om dette.

God opplæring er en forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom, og for å hindre forverring av helsetilstanden. Opplæringen bør omfatte livsstilsveiledning der dette er relevant, herunder bistå kommunene med veiledning og kunnskapsoverføring.

Lærings- og mestringssentra er et viktig redskap i utviklingen av et opplæringstilbud for pasienter og pårørende, og de skal bidra til at opplæring blir en integrert del av all medisinsk behandling og rehabilitering. Det skal rettes særskilt oppmerksomhet mot sekundærforebyggende tiltak for de store sykdomsgruppene, og Helse Midt-Norge må påse at det finnes tilfredsstillende tilbud til disse pasientgruppene og at tilbudene utvikles i samarbeid med brukerne. Det skal også rettes særskilt oppmerksomhet mot pasienter med spesielt behov for legemiddelgjennomgang ved utskrivning. Helse Midt-Norge bidra i regionalt og lokalt folkehelsearbeid, blant annet gjennom kunnskap om utvikling i helsetilstand og risikofaktorer for helsetilstanden.

Departementet ber om det gjennomføres pasienttilfredsundersøkelse innen psykisk helsevern om det behandlingstilbudet som er mottatt av tjenesten.

3. SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE

Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Det presiseres i tildelingsbrevet hvorvidt dette inkluderer tiltak som er direkte rettet mot de regionale helseforetakene eller om det er innspill som skal inngå i departementets politikktutforming. Dette gjelder særlig:

- Utviklingen av behandlingsskapiteten innenfor spesialisthelsetjenesten. Sentrale spørsmål er knyttet til tilgjengelig, underkapasitet, overkapasitet i relasjon til pasientrettighetslov og prioriteringsforskriften.
- Vurderinger av dagens behandlingstilbud. Identifisere eventuelle tilbud med manglende dokumentert effekt.
- Overvåking av nye behandlingsmetoder og kostnadsimplikasjoner på kort og lengre sikt.
- Utarbeidelse av faglige retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer som bidrar til at spesialisthelsetjenesten benytter effektive behandlingsmetoder.
- Innsamling og bearbeiding av data.

- Bistå departementet i prioriteringsspørsmål. Fokuser på tiltak som fremmer god prioritering i spesialisthelsetjenesten, og som utvikler prioriteringsforskriften til et praktisk verktøy for utøverne av tjenesten.
- Nasjonal rolle i forhold til strategier mv.

Sosial- og helsedirektoratets oppgaver vil særlig gjelde psykisk helsevern, rus, habilitering og rehabilitering, landsdekkende kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, geriatri, kreftbehandling, utdanning av helsepersonell, tilgjengelighet, og elektronisk samhandling.

Direktoratet vil konkretisere gjennomføring av disse oppgavene i brev til de regionale foretakene. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av disse oppgavene at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede og fungerende arbeidsformer seg i mellom.

Departementet vil i første tertial 2006 iverksette et prosjekt sammen med de regionale helseforetakene og direktoratet for å vurdere ansvar og oppgavestruktur i forholdet mellom foretakene og direktoratet.

4. RAPPORTERING

Rapporteringen gjennom plan- og meldingssystemet skal:

- Gi en rapportering på oppfølging av bestillerdokumentet, samt bidra til å gi departementet det nødvendige faglige underlaget i forberedelse av forslaget til statsbudsjett.
- Inngå i grunnlaget for det styringsbudskap som tas inn i stortingsproposisjon nr. 1 og i bestillerdokumentet. Planen skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige politiske problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt også legges fram for Stortinget.
- Gi grunnlag for å vurdere om de helsepolitiske målsetningene som er nedfelt i sentrale dokumenter, er oppfylt

Det er derfor svært viktig at plan- og melding ikke bare tar utgangspunkt i de eksplisitte styringskravene, men også bygges rundt den teksten i bestillerdokumentet som leder opp til det enkelte styringskrav.

Det gjøres oppmerksom på at departementet ved manglende rapportering og/eller avvik i forhold til målsettinger og prognose, kan iverksette kontroll med at midler nyttes etter forutsetningene jf. Stortingets bevilgningsreglement § 17. Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra formulerte krav skal meldes til departementet når slike avvik blir kjent.

I årlig melding (helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15) skal det rapporteres på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2006. Det vises til vedlegg for de rapporteringspunkter, frekvenser og skjemaer som gjelder for resultatkrav satt i dette

dokumentet. Tertialrapporter skal være forelagt styret i det regionale helseforetaket før innsendelse. Frist for innsending av styrets melding for 2006 er 1. mars 2007.

Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at det regionale brukerutvalget har vært med i utformingen av og behandlet denne.

Helse Midt-Norge skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2008 innen 15. desember 2006.

Rapportering skal skje elektronisk til postmottak@hod.dep.no og med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 9. januar 2006

Sylvia Brustad

VEDLEGG 1, Rapportering i henhold til bestillerdokument 2006

Område	Referanse	Rapporteringspunkt	Frekvens
Basisbevilgning og særskilte forhold (kap. 732.70)	1	<ul style="list-style-type: none"> - Kostnader til pasienttransport i 2006. Funksjonskontoplan (nr. 606) legges til grunn. - Det skal rapporteres på hvert enkelt strekpunkt under kap. 732.70 	Årlig melding
Kvalitet og metodevurdering	2.1	<ul style="list-style-type: none"> - Føle opp internkontroll og kvalitetsutvalg ved alle helseforetak - Påse at helseforetak er kjent med faglige retningslinjer og har et bevisst forhold til oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer - Sørge for at helseforetak og private med avtale rapporterer data av god kvalitet til medisinske kvalitetsregistre og system for måling av kvalitetsindikatorer 	Årlig melding
Faglig rammeverk	2.1	<ul style="list-style-type: none"> - Andel epikriser utsendt innen 7 dager - Andel korridorpasienter - Andel pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge diagnostisk vurdert etter ICD-10 	Tertial
Prioritering	2.2	<ul style="list-style-type: none"> - Prioritere pasienter med psykiske lidelser, ruspasienter, pasienter med kroniske sykdommer, pasienter som behøver rehabilitering og habilitering - Individuell plan 	Årlig melding
Pasientbehandling	2.3	<ul style="list-style-type: none"> - Prosentvis sterkere vekst innenfor rus og psykisk helsevern enn innenfor somatikk. Føringer på funksjonskontoplan legges til grunn. - Aktivitet omfattet av ISF og poliklinikk på samme nivå som i 2005. Rapporteres månedlig på eget vedlegg. - Tiltak for ivaretagelse av kjønnsperspektivet - Utarbeide en plan for styrking av spesialisthelsetjeneste til eldre - Utarbeide en kapasitetsanalyse i fellesskap mellom de regionale helseforetakene 	Tertial på første strekpunkt Månedlig på annet strekpunkt
Psykisk helsevern	2.3.1	<ul style="list-style-type: none"> - Markert redusert gjennomsnittlig ventetid for barn- og unge - Tiltak for utjevning av dekningsgrad i tjenestetilbudet innen BUP - Ivareta tilgjengelighet og kvalitet på akuttavdelingene målt i beleggspersent - Tiltak for å oppgradere DPS faglig og kompetansemessig 	Årlig melding Årlig melding Tertial Tertial
Tilbudet til rusmiddelmissbrukere	2.3.2	<ul style="list-style-type: none"> - Prioritere unge med rusmiddelproblemer og barn og unge med rusmiddelmissbrukende foreldre - Prioritere pasienter med samtidig rusproblem og psykisk lidelse - Domfelte rusmiddelmissbrukere 	Årlig melding
Rehabilitering og habilitering	2.3.3	<ul style="list-style-type: none"> - Tjenestetilbudet skal prioriteres slik at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes. Føringer på funksjonskontoplan legges til grunn. 	Tertial

Område	Referanse	Rapporteringspunkt	Frekvens
Kronikere og særskilte sykdomsgrupper	2.3.4	- Iverksette tiltak basert på nasjonale strategier (kreft, diabetes, KOLS, kroniske smerter)	Årlig melding
Lokalsykehus	2.3.5	- Igangsette arbeid med utvikling av sammenhengende behandlingsskjeder for akutt syke, eldre, kronisk syke og for elektive pasienter - Etablering av samarbeidsavtaler med kommuner i helseforetakets område - Oppretting av minst to pasientrettet samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper	Årlig melding
Smittevern og beredskap	2.3.6	- Smittevern i henhold til lov, spesielt overfor pandemisk influensa og MRSA	Årlig melding
Høyspesialisert medisin - landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra	2.3.7	- Sammen med øvrige regionale helseforetak utarbeide forslag til fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester - Sikre lik tilgjengelighet - Sikre spredning av kompetanse og rekruttering	Årlig melding
Utdanning	2.4	- Hva gjøres for å etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for studenter i grunnutdanning? - Hva gjøres for å planlegge videre- og etterutdanning av personell for å møte nåværende og fremtidige behov? - Hvordan ivaretar samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og høyskolene forhold som organisatorisk samarbeid, personalsamarbeid og faglig samarbeid (herunder oppgave- og ansvarsfordeling, hospitering og kombinerte stillinger, utarbeidelse av fagplaner, forsknings- og utviklingsarbeid mv)?	Årlig melding
Forskning	2.5	- Fagområder der det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid - Andel av bruttobudsjett samt antall søknader mottatt og innvilget innenfor kvinnehelseforskning - Antall og andel prosjekter som omfatter sykdom som rammer begge kjønn der det er gjort kjønnsesifikke analyser - En oversikt over helseforetak der forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA er etablert.	Årlig melding
Opplæring av pasienter og pårørende	2.6	- Sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får tilbud om dette	Årlig melding

Vedlegg 2 Utdanning - dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universitet - og elevene/lærlingene/studenter har helseforetakene som praksisarena

Kunnskapsdepartementet fasetter ut i fra et estimert nasjonalt behov for helsepersonell (se bl a Helsemod/www.ssb.no) aktivitetskrav for den enkelte høyskole og for det enkelte studium:

Helse region	Høgskole	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie	Audio Graf
Helse Øst	Akershus	108					142	
	Gjøvik	161	25					
	Hedmark	138						
	Lillehammer						23	
	Oslo	368	38	62	144	51		
	Østfold	95		28			64	
	Diakonova	82						
	Lovisenberg diak.	160						
	Diakonhjemmet	99						
Helse Sør	Agder	209					23	
	Buskerud	137	15					
	Telemark	111					25	
	Vestfold	119						
Helse Vest	Bergen	169	31	22	51	22	58	
	Rogaland					106		
	Sogn og Fjordane	128					29	
	Univ. i Stavanger	159						
	Stord/Haugesund	153						
	Betanien Diakonale	63						
	Diakonissehjemmet	60						
Helse Midt-Norge	Molde	99					23	
	Nord-Trøndelag	191					26	
	Sør-Trøndelag	197	26	39	57	48	59	34
	Ålesund	105		30				
Helse Nord	Bodø	125						
	Finnmark	63						
	Harstad	78					53	
	Narvik	35						
	Nesna							
Tromsø	110	30	21	22	24			
SUM		3 522	165	202	274	251	525	34

Behovet for praksisplasser vil være høyere enn aktivitetskravet fordi høyskolene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Høyskolene vil på bakgrunn av aktivitetskravet og erfaringstall mht frafall komme med innspill til samarbeidsorganet om hvor mange praksisplasser det vil være behov for. Samarbeidsorganet må med utgangspunkt i aktivitetskravet og innspill, komme frem til hvor mange praksisplasser det må legges til rette for. Det forutsettes at praksisplasser for studenter med ikke-obligatorisk praksis videreføres i samme omfang som tidligere. For utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner, f eks audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør Trøndelag, har de regionale helseforetakene et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser.

Til orientering har Kunnskapsdepartementet fastsatt følgende aktivitetskrav for det enkelte universitet og for det enkelte studium:

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	77	57
Universitetet i Bergen	127	60	
NTNU	116	35	
Universitet i Tromsø	89	22	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen (vilkår for å få autorisasjon) - og kandidatene har helseforetakene som tjenestested.

Sosial- og helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser det skal legges til rette for (leger, fysioterapeuter) og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Se for øvrig www.safh.no/lenker/turnus.

VIDEREUTDANNING omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter - og studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass).

Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser, og helseforetakene skal tilrettelegge for praksisplasser i tråd med avtalene.

I henhold til spesialisttjenesteloven § 4-2 (legefordeling) kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger, evt fordelt på de ulike spesialitetene. For 2006 er fordelingen som følger:

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Spesialiststillinger (overlege/avtalespesialist)	10	10	15	15	10	60
Utdanningsstillinger	19	19	14	14	14	80
"Åpne" stillinger til rus, rehabilitering og habilitering, samt også psykiatri og geriatri.	8	8	8	8	8	40
SUM	37	37	37	37	32	180

De regionale helseforetakene bes vurdere situasjonen for spesialiteter innen rus/psykiatri og geriatri, som er fagfelt i en oppbyggingsfase, samt kreftrelaterte spesialiteter (onkologi, patologi og radiologi) i sin fordeling av utdanningsstillinger. De regionale helseforetakene bes videre være oppmerksom på situasjonen for sårbare spesialiteter (høy andel eldre leger, lav andel under utdanning) som hud- og veneriske sykdommer, medisinsk biokjemi, øre-nese-hals sykdommer og øyesykdommer. "Åpne" stillinger innebærer at det regionale helseforetaket selv vurderer hvilke av de relevante spesialitetene det er behov for innen foretaksgruppen, samt om det skal være en spesialiststilling eller utdanningsstilling. Det regionale helseforetaket skal sørge for systematisk og fortløpende å melde avviksendringer i legestillingene til NRs database <http://www.nr.dep.no/>