

# BESTILLARDOKUMENT 2006

0	Innleiing .....	1
0.1	”Sørgje for”-ansvaret og supplerande hovudoppgåver .....	1
1	Tildeling av midlar og ressursgrunnlag for Helse Vest .....	2
2	Styringskrav for 2006.....	6
2.1	Kvalitet i tenesta.....	6
2.2	Prioritering .....	8
2.3	Pasientbehandling .....	9
2.3.1	Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse.....	11
2.3.2	Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar .....	12
2.3.3	Rehabilitering og habilitering .....	13
2.3.4	Nasjonale strategiar mv.....	13
2.3.5	Lokalsjukehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetenesta .....	14
2.3.6	Smittevern og beredskap .....	15
2.3.7	Høgspesialiserte tenester – landsfunksjonar og nasjonale kompetansesenter.....	16
2.4	Utdanning .....	17
2.5	Forskning .....	18
2.6	Opplæring av pasientar og pårørande.....	19
3	Sosial- og helsedirektoratets rolle .....	19
4	Rapportering .....	20

## **0 INNLEIING**

Helsetenesta skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbod til alle. Målet er eit likeverdig tilbod av helsetenester, uavhengig av diagnose, kjønn, etnisk bakgrunn, bustad, personleg økonomi og tilpassa livssituasjonen. Dei regionale helseføretaka skal vere med på å realisere dette. Tenesta skal vere prega av kvalitet i prosess, brukarmedverknad og resultat. Det skal vere tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg samt respekt i møtet med pasienten.

Bestillardokumentet til Helse- og omsorgsdepartementet er ein del av ein heilskapleg helsepolitikk. Saman med protokollen til føretaksmøtet er dette dei to formelle styringsverkemidla departementet har til rådvelde overfor dei regionale helseføretaka utanom lover og forskrifter.

Bestillardokumentet byggjer på St.prp. nr. 1 (2005-2006) og tilhøyrande budsjettvedtak i Stortinget. Presentasjonen av spesialisthelsetenesta i St.prp. nr. 1 (2005-2006) byggjer på den årlege planen og meldinga frå dei regionale helseføretaka. Denne meldinga er bygd opp med ein rapportdel på føregåande års bestillardokument og ein plandel. Samla utgjer dette eit heilskapleg styringshjul overfor tenestesida i spesialisthelsetenesta. Dokumentet er eit ledd i den styringsmessige forpliktinga mellom departementet og dei regionale helseføretaka. Gjennom dei ressursane som blir stilte til rådvelde gjennom dette dokumentet, skal dei regionale helseføretaka sørge for å realisere styringskrava som er stilte i dette dokumentet.

### **0.1 "Sørgje for"-ansvaret og supplerande hovudoppgåver**

Dei regionale helseføretaka har ein heilskapleg ansvarsposisjon gjennom "sørgje for"-ansvaret (spesialisthelsetenestelova § 2-1 a). Det skal sørgjast for at befolkninga får tilbod om relevante tenester ut frå lovreglar og andre myndigheitsdirektiv. Dette inkluderer diagnostisering, sjølv behandlinga, pleie- og omsorgstenester i tilknytning til behandlinga og rehabilitering. Det regionale helseføretaket skal sjå til at det blir teke hand om oppgåver som forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande, herunder at dei er gode og funksjonelle føresetnader for god og forsvarleg ivaretaking av pasientbehandlinga.

Dette ansvaret må følgje vala og prioriteringane til det regionale helseføretaket gjennom verkemåten til heile organisasjonen. Avgjerdene som legg føresetnadene for verksemda må takast på ein slik måte at kvar medarbeidar kan utføre arbeidsoppgåvene sine innanfor ei ramme som varetek "sørgje for"-ansvaret på ein tilfredsstillande måte.

Det vil seie at det regionale helseføretaket må ta omsyn til varetakinga av dette ansvaret alt frå starten i prosessane sine. Ein må stille spørsmål knytte til korleis ansvaret blir sikra ut frå dei ulike investerings-, kapasitets-, kompetanse- og prioriteringsvala, og kva for konsekvensar dette vil få.

## 1 TILDELING AV MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG FOR HELSE VEST

Grunnlaget for inntektene til Helse Vest er stort sett 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 2006. Tildelte ressursar skal disponerast på grunnlag av dei krava og vilkåra som er sette i dette bestillardokumentet.

Sjølv om løyvinga på kvart kapittel og kvar post utgjer eit særskilt vedtak, skal Helse Vest bruke tildelte midlar på ein heilskapleg måte. Premissane som er knytte til kvart vedtak, skal oppfyllest. Helse Vest skal derfor gjere seg kjent med bakgrunnen for bestillardokumentet slik dette går fram av St.prp. nr. 1 (2005–2006), St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006) og behandlinga i Stortinget.

### *Formell tildeling av midlar*

Helse Vest skal i 2006 basere verksemda si på tildelte midlar som følgjer av tabell 1.1. Oversikt over første utbetaling i januar og vidare plan for utbetalingar av tilskot frå departementet blir omtalte i ein eigen ekspedisjon til dei regionale helseføretaka.

### *Riksrevisjonens kontroll*

Vi viser til helseføretakslova § 45 og løyvingsreglementet § 17 der departementet og Riksrevisjonen er gitt høve til å setje i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene

### *Kap. 726 post 70 Tilskot til tiltak for rusmiddelmissbrukarar*

Løyvinga til formålet utgjer Helse- og omsorgsdepartementets del av utgifter i samband med iverksetjing av prøveordning med "Dommerledet narkotikaprogram". Tilskotet skal nyttast dels til teamrepresentant frå spesialisthelsetenesta/tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (heilårsverknad), dels til stipulerte behandlingstkostnader.

### *Kap. 728 post 21 Forsøk og utvikling mv. Spesielle driftsutgifter*

Nasjonalt ryggnettverk vart avvikla ved utgangen av 2005. Som ei overgangsordning for 2006 skal tilskotet sikre drift av forskningseininga i det tidlegare ryggnettverket.

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

Særskilde forhold gjer at det blir løyvt midlar på ein felles post til dei regionale helseføretaka. Løyvinga under post 70 dekkjer tilskot til følgjande:

- Pasienttransport. Midlar til pasienttransport skal i 2006 dekkje alle utbetalingar (100 prosent) på området.
- Opptreningsinstitusjonar mv. Midlane skal gå til opptreningsinstitusjonar, helsesportsenter, lungesjukehus mv. som dei regionale helseføretaka har avtale med. Avtalenivået i 2006 skal minst svare til ressursbruken i 2004.

- Nasjonale kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar. Midlane skal dekkje etablering og drift av eit regionalt fagmiljø i Helse Vest for autisme. Dette fagmiljøet vil inngå i eit regionalt nettverk under autismeininga i Helse Sør
- Omlegging av arbeidsgivaravgifta. Midlane er ein kompensasjon for omlegging av ordninga med differensiert arbeidsgivaravgift. Dette er ei vidareføring av ordninga frå 2004 der midlane vart utbetalte gjennom basisløyving til regionale helseføretak.

Tabell 1.1

i 1 000 kroner

Kap.	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest	Stortingets samla løyving på posten
726	70	Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmiddelmissbrukarar	1 750 <sup>1</sup>	32 900
728	21	Forsøk og utvikling mv. Spesielle driftsutgifter	2 500 <sup>2</sup>	64 743
732	70	Tilskot til helseføretaka, <i>kan overførast, kan nyttast under postane 71,72, 73, 74 og 75</i>		3 308 196
	70	Tilskot til helseføretaka (pasienttransport og reiseutgifter)	272 370	1 772 574
	70	Tilskot til helseføretaka (opptreningsinstitusjonar mv.)	59 619	919 493
	70	Tilskot til helseføretaka (omlegging av arbeidsgivaravgift)	39 050	494 023
	70	Tilskot til helseføretaka (nasjonale kompetansesenter)	2 348	62 874
	73	Tilskot til Helse Vest RHF, <i>kan overførast</i>	8 915 009	8 915 009
	76	Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, <i>overslagsløyving</i>	<sup>3</sup>	13 835 312
	77	Refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehusa mv., <i>overslagsløyving</i>	<sup>4</sup>	3 013 108
	78	Tilskot til forskning og nasjonale medisinske kompetansesenter, <i>kan overførast</i>	107 594	644 767
743	70	Kompetanse, utgreiingar og utviklingsarbeid, <i>kan overførast</i>	500 <sup>5</sup>	343 308
	73	Tilskot til arbeid med vald og traumatisk stress, <i>kan overførast</i>	1 032 <sup>6</sup>	101 739
	75	Tilskot til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overførast</i>	268 703 <sup>7</sup>	1 541 006

<sup>1</sup> Av samla løyving på posten blir regionale helseføretak tildelte 3,5 mill. kroner.

<sup>2</sup> Av samla løyving på posten blir regionale helseføretak tildelte 5,5 mill. kroner.

<sup>3</sup> Samla utbetaling skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette inneber at departementet ikkje på førehand veit kor stor utbetalinga over denne tilskotsposten kjem til å bli. I 2006 utgjer akontoutbetalingane for Helse Vest 2 730,0 mill. kroner. Akontosummen er basert på ein venta samla DRG-produksjon inklusive tilleggsrefusjonar på 215 884 DRG-poeng. Det blir elles vist til utbetalingsbrevet for januar. Akontoutbetalingane baserer seg på ein einingspris på 31 614 kroner (jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006)).

<sup>4</sup> Budsjettet for 2006 legg til rette for at aktiviteten i sjukehusa kan vidareførast på omtrent det same høge nivået som i 2005. Helse Vest må vere merksam på at bruk av tilskot basert på aktivitet (ISF og poliklinikk) ut over dette nivået vil føre til bruk av basisløyvinga som ikkje er i tråd med krava til faglege prioriteringar og rekneskapsmessig balanse i 2006 for det regionale helseføretaket.

<sup>5</sup> Av samla løyving på posten blir regionale helseføretak tildelte 2,5 mill. kroner.

<sup>6</sup> Av samla løyving på posten blir dei fem regionale helseføretaka tildelte 9,752 mill. kroner.

<sup>7</sup> Av samla løyving på posten blir dei fem regionale helseføretaka tildelte 1 474,506 mill. kroner.

### *Kap. 732 post 73 Tilskot til Helse Vest RHF*

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 som er knytte til Helse Vests varetaking av ansvaret sitt, slik at helseføretak det eig, kan ta hand om hovudoppgåvene sine. I tillegg skal basisløyvinga dekkje vedlikehald av utstys- og bygningsmassen i Helse Vest. Basisløyvinga skal også sikre følgjande:

- Finansiering av praksisen for studentgrupper.
- Premiar til Norsk Pasientskadeerstatning.
- Finansieringsansvaret for TNF-hemmarane (tumornekrosefaktor-hemmarane) frå 1. juni 2006. Finansieringsansvaret omfattar også forskrivningar frå privatpraktiserande spesialistar. Helse Vest må inngå avtalar med aktuelle private spesialistar slik at desse kan forskrive utgifter til TNF-hemmarar på rekninga til helseføretaket innanfor dei indikasjonane det blir inngått avtale om.
- Det skal setjast av midlar med tanke på søknader frå brukarorganisasjonar og andre relevante organisasjonar.
- Helse Bergen skal stå for ei primærutgreiing av dykkarar ved spørsmål om yrkesbundne skadar.
- Tilskot til incestsentra (medfinansieringsordning frå 2006).
- Finansiering av overlegestilling innen barnekreft ved Helse Bergen HF.

### *Aktivitetsbaserte tilskot*

Dei aktivitetsbaserte tilskota (innsatsstyrt finansiering av sjukehus og refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehusa mv.) er retta mot dei regionale helseføretaka. Gjennom finansieringssystemet blir delar av budsjettet gjorde avhengig av kor mange pasientar som får behandling. Dei aktivitetsbaserte tilskota skal saman med basisløyvinga leggje grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Dei aktivitetsbaserte tilskota skal ikkje vere styrande for dei prioriteringane som blir gjorde med omsyn til kva for pasientar som skal få tilbod om behandling. Refusjonane er i gjennomsnitt ikkje meinte å dekkje marginalkostnadene ved auka behandlingsaktivitet. Ein går ut frå at det blir styrt med dette som utgangspunkt.

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

Det er ei sentral målsetjing at registreringane skal ha ein slik kvalitet at dei i større grad og på ein betre måte kan gi god informasjon for opplegg og gjennomføring av fordelinga av pengane frå Helse Vest til helseføretaka. Aktivitetsfinansieringa skal oppmuntre til å kartleggje kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsar som hindrar effektiv pasientbehandling. Helse Vest må derfor sjå til at styringsopplegget overfor helseføretaka og dei avtalane som blir inngått med private tenesteleverandørar, er slik at det ikkje fører til uheldige prioriteringar. Refusjonane gjennom ISF-systemet skal baserast på reell aktivitet og fastsetjast i tråd med dette i samband med endeleg avrekning 2006. Helse Vest skal ha eit leiingsmessig fokus på arbeidet med å heve kvaliteten på den medisinske kodinga. Refusjonssatsen for ISF er sett ned frå 60 til 40 prosent i 2006. Basisløyvinga er auka tilsvarende. Vi viser til informasjonshefte for ISF.

*Kap. 732 post 77 Refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehusa mv.*

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 å stimulere til rett bruk av poliklinisk behandling og gjere sitt til ei mest mogleg effektiv utnytting av dei samla ressursane i helsesektoren.

*Kap. 732 post 78 Tilskot til forskning og nasjonale medisinske kompetansesenter*

Helse Vest skal gjennom basisløyvinga og øyremerkte tilskot følgje opp ansvaret det har for forskning og nasjonale medisinske kompetansesenter og tilskot til kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar. I tilskotet inngår også finansiering av kompetansesenter i sikkerheits-, fengsels- og rettspsykiatri.

Formålet med tilskotet er at det skal sikre

- forskingsaktivitet i helseføretaka og auke produktiviteten og kvaliteten på forskinga
- nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespreiing på fagområde der det er etablert nasjonale medisinske kompetansesenter
- nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespreiing når det gjeld sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar, og særskilde tilbod til brukarar og familiane deira
- drift av kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar

*Kap. 743 post 70 Kompetanse, utgreiingar og utviklingsarbeid*

Tilskotet skal nyttast til drift av sakkunnige ADHD-team ved Helse Bergen HF.

*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, medrekna flyktningar og asylsøkjjarar. Midlar til psykososialt team for kompetanse- og rettleiingsverksemd overfor flyktningar vil frå 2006 inngå i Sosial- og helsedirektoratets tildeling til regionale ressurscenter om vald og traumatisk stress. Midlar til den kliniske verksemda til teamet blir vidareførte i tildelinga til Helse Vest.

*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 øyremerkte tilskot frå Opptappingsplanen for psykisk helse og er fordelte mellom regionale helseføretak etter objektive fordelingsnøklar.

## 2 STYRINGSKRAV FOR 2006

I dette kapitlet presenterer vi styringskrav departementet særskilt vil trekke fram i 2006. Krava tek utgangspunkt i område der det av ulike grunnar har vorte vurdert som nødvendig å setje konkrete styringskrav for å vise i kva retning departementet ønskjer at spesialisthelsetenesta skal utvikle seg. Styringskrava er forankra i St.prp. nr. 1 (2005–2006), St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006) og behandlinga i Stortinget. Kravene skal realiserast innafor føresetnaden om økonomisk balanse. Styringskrava endrar ikkje forplikingar som følgjer av lov og andre pålagde myndigheitskrav.

### 2.1 Kvalitet i tenesta

#### *Kvalitet og metodevurdering*

- *Helse Vest skal sjå til at internkontrollen i helseføretaka blir følgde opp i tråd med forskrift og etablerte system, og at kvalitetsutval er etablert og integrert i det kontinuerlege kvalitetsforbetningsarbeidet i verksemda.*
- *Helse Vest skal sjå til at fagmiljøa er kjende med og har eit bevisst forhold til oppfølginga av nasjonale faglege retningslinjer.*
- *Helse Vest skal sørge for at helseføretaka og private sjukehus dei har avtale med, har gode rutinar for å rapportere data av god kvalitet til nasjonale medisinske kvalitetsregister og dei nasjonale kvalitetsindikatorane.*

Verksemdene skal planleggje, drive og utvikle tenesta si ut frå kunnskapen ein har i dag om i kor stor grad kjeda av tiltak i helsetenesta aukar sannsynet for at individ og grupper i befolkninga får ein helsegevinst. Helse Vest har eit ansvar for at tenestene blir utvikla og forbetra i samsvar med kjenneteikna for god kvalitet som er nedfelt i Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta ... *og betre skal det bli.*

Kvalitetsutvikling og kvalitetsforbetningsarbeid er eit leiingsansvar og ein kontinuerleg prosess på alle nivå i helsetenesta. Dette krev ein organisasjon med kultur for læring og forbetring. Internkontroll, kvalitetsutval og meldesystemet som følgjer av spesialisthelsetenestelova § 3-3, er lovfeste rammeverk som skal gjere sitt til at verksemda driv kontinuerleg kvalitetsforbetningsarbeid. Helse Vest har eit ansvar for å sjå til at helseføretaka har etablert internkontroll og kvalitetsutval, og at desse er integrerte i føretaka ved at ein sørger for systematisk overvaking og gjennomgang av desse og Helsetilsynets rapportar for å sikre at dei medverkar til kontinuerleg forbetring i verksemda. Vi viser til krav som er sette i føretaksmøte for Helse Vest i januar 2005.

Utvikling av faglege retningslinjer og etablering og bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregister er to sentrale verkemiddel i det kliniske kvalitetsutviklingsarbeidet. Helse Vest skal sørge for å etablere eigna tekniske løysingar for dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra og dessutan sørge for at helseføretaka rapporterer til dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra. Helse Vest blir bedt om å ta utgangspunkt i arbeidet Sosial- og helsedirektoratet gjer i samband med tekniske fellesløysingar. Helse

Vest skal sørge for at nasjonale medisinske kvalitetsregister aktivt blir brukte til fagutvikling og kvalitetsforbedring av tenesta og til forskning.

Sosial- og helsedirektoratet har fått som oppgåve å lage ein plan for å etablere, gjere tilgjengeleg og evaluere faglege retningslinjer i Noreg. Helse Vest skal vere med i dette arbeidet. Parallelt med denne planen går det for seg ei utvikling av ei rekkje faglege retningslinjer på ulike fagområde. Helse Vest skal gjere faglege ressursar tilgjengelege slik at dei relevante kliniske fagmiljøa er godt representerte i dei prosessane som blir etablerte. Helse Vest skal sørge for at dei relevante fagmiljøa er kjende med og har eit bevisst forhold til oppfølginga av nasjonale faglege retningslinjer.

Dei regionale helseføretaka skal koordinere bestillingane sine av kunnskapsoppsummeringar til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta og gå i dialog med senteret tidleg i 2006 for å avklare dei aktuelle prosjekta og føresetnadene for desse. Helse Vest skal ha særleg fokus på å sikre dokumentasjon og metodevurdering før introduksjon av nye metodar (diagnostikk, behandling, utstyr og medikament).

Helse Vest skal delta i og rapportere til det nasjonale systemet for måling av kvalitetsindikatorar. Mangelfull rapportering av data er framleis eit problem på alle fagområde, men særleg innanfor psykisk helsevern for vaksne. For at kvalitetsindikatorane skal verke slik dei er meinte, må helseføretaka rapportere data av god kvalitet på institusjonsnivå. Helse Vest skal sjå til at private sjukehus som dei har avtale med, leverer data på kvalitetsindikatorane.

#### *Fagleg rammeverk*

- *Ingen helseføretak skal liggje lågare enn 80 prosent av epikrisane sende innan 7 dagar etter utskrivning. Ein skal arbeide for å sende ut epikrisane så raskt som råd.*
- *Helse Vest skal leggje vinn på ikkje å ha korridorpasientar. Som hovudregel skal det ikkje vere korridorpasientar.*
- *Allment etablerte diagnoseklassifikasjonar skal leggjast til grunn for arbeidet med diagnostisering innanfor psykisk helsevern for barn og unge. Det skal vere auka bruk av slike diagnoseklassifikasjonar innanfor psykisk helsevern for barn og unge.*

Utsending av epikrisar og prosentdel korridorpasientar er to indikatorar som kan seie noko om samhandlinga og organiseringa av helsetenesta. Resultata for 2005 på desse indikatorane viser at prosentdelen med korridorpasientar framleis er for høgt, og at få helseføretak oppfyller kravet i samband med utsending av epikrisar. Desse krava blir derfor vidareførte i 2006. I tillegg blir kravet om auka bruk av allment etablerte diagnoseklassifikasjonar i psykisk helsevern for barn og unge vidareført. Alle tre krava er omformulerte samanlikna med 2005. Departementet går ut frå at helseføretaka kontinuerleg arbeider for å levere gode resultat på dei andre nasjonale indikatorane.



## 2.2 Prioritering

*Helse Vest skal ha særleg styringsmerksemd knytt til desse pasientgruppene slik at det blir prioritert rett:*

- *menneske med psykiske lidingar*
- *rusmiddelmissbrukarar*
- *pasientar med kroniske sjukdommar*
- *pasientar som treng rehabilitering – habilitering*

Helse Vest skal ha eit særskilt fokus på pasientgruppene som er nemnde ovanfor, og prioritere slik at overordna målsetjingar og dokumenterte behov for pasientane i desse gruppene blir varetekne. Prioriteringa skal skje med forankring i det prioriteringsprinsippet som blir lagt til grunn i forskrifta, slik at det blir teke omsyn til forventa nytte, kor alvorleg tilstanden er, og kostnader sett i relasjon til effektar av tilbodet.

Dette må skje på grunnlag av etablert kunnskap om status og variasjonar i tilbod og etterspurnad etter spesialisthelsetenester. Regionale helseføretak må sjølve stå for den prioriteringa som er nødvendig innanfor dei ressursane dei har til rådvelde.

Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriterast føre pasientar utan rett. Helse Vest skal gjennomgå tildelinga av rett til nødvendig helsehjelp i egne helseføretak og setje i verk tiltak som sikrar ei meir einskapleg tildeling av rett til nødvendig helsehjelp innanfor eigen region. Helse Vest skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka hjelpe til med å harmonisere tildelingskriteria mellom regionane.

Helse Vest må etablere systematiske prosessar for å identifisere kva for fagområde og for kva pasientar det er størst avvik mellom overordna målsetjingar, faktiske behov og resultat for befolkninga i eigen region.

Helse Vest skal gjere sitt til at alle som har rett på individuell plan, og som ønskjer det, får tilbod om det.

## 2.3 Pasientbehandling

- *Dei regionale helseføretaka skal auke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar. Den prosentvise veksten innanfor rus og psykisk helsevern skal vere sterkare enn innanfor somatikken.*
- *Budsjettet legg til rette for at aktiviteten som er omfatta av aktivitetsbaserte tilskot, kan vidareførast på om lag det same nivået som i 2005.*
- *Kjønnspektivet skal integrerast på ein god måte i verksemda.*
- *Helse Vest skal utarbeide ein plan for å styrkje spesialisthelsetenesta til eldre.*
- *Helse Vest skal samarbeide med andre regionale helseføretak om å utarbeide ein samla kapasitetsanalyse for spesialisthelsetenesta og føreslå oppfølgingsstrategi og setje i verk tiltak i samband med denne analysen.*

Dei siste åra har det vore ein betydeleg vekst i pasientbehandlinga som er omfatta av innsattsstyrt finansiering, noko som har ført til reduserte ventetider for dei fleste høgt prioriterte tenestene. Ventetidene for desse skal framleis haldast på lågt nivå, og regionale helseføretak 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. Omfanget av avtaler mellom regionale helseføretak og private kommersielle sjukehus må begrenast. Sjukehus og helseinstitusjonar eid og dreve av frivillige organisasjonar skal sikrast gode vilkår gjennom avtarar med det offentlege. Budsjettet for 2006 legg til rette for at aktiviteten i sjukehusa kan vidareførast på omtrent det same høge nivået som i 2005. Helse Vest må vere merksam på at ISF-aktivitet ut over dette nivået vil føre til bruk av basisløyvinga som ikkje er i tråd med dei nemnde krava til faglege prioriteringar og rekneskapsmessig balanse i 2006 for det regionale helseføretaket.

Tenestetilbodet varierer mellom helseføretaka i kvar region og mellom regionane. Det er variasjonar i klinisk praksis, og på somme område er det framleis for lange ventetider og for store skilnader mellom sjukehus og mellom pasientgrupper både når det gjeld kvalitet og prioritering. Det er ulikskapar i samband med kva type medikamentell behandling som blir gitt. Det er også skilnader i kor godt ulike helseføretak samhandlar med primærhelsetenesta, og i kor stor grad ein har utvikla heilskaplege behandlingsskjeder. Desse skilnadene på tilbodssida er større enn det som er rimeleg ut frå skilnader i behov og etterspurnad. I St.prp. nr. 1 (2005–2006) er det lagt vekt på behovet for sterkare nasjonal styring og samordning ut frå ei målsetjing om nasjonal likskap på viktige tenesteområde og god ressursutnytting i spesialisthelsetenesta samla sett. Det er sett ned ei prosjektgruppe frå departementet og Kommunenes Sentralforbund for å finne eigna organisatoriske tiltak mellom tenestenivåa for å medverke til dette. Helse Vest må i eigna former, til dømes ved å bruke behandlingsprogram, gjere sitt til å jamne ut skilnader som ikkje verkar rimelege ut frå skilnader i behov og etterspurnad.

Dei regionale helseføretaka skal samanstille informasjon om over- eller underkapasitet og analysere situasjonen. Det skal takast initiativ til å finne manglar i datagrunnlaget. Dette gjeld spesielt eiga verksemd og verksemda til spesialisthelsetenesta utanfor institusjonane, laboratorium og røntgeninstitutt og den funksjonelle kapasiteten som ligg i eksisterande kapitalstruktur.

Befolkninga i landet er samansatt av menneske med ulik etnisk bakgrunn. Innvandrarar utgjorde om lag 8 prosent av innbyggjartalet i Noreg ved inngangen av 2005. Denne gruppa fordeler seg på om lag 200 opphavsland. Det er ein føresetnad at pasientar får likeverdig behandling uavhengig av etnisk bakgrunn. Spesielle utfordringar som er knytte til pasientar frå andre kulturkrinsar, må møtast med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar. Det skal vere særleg merksemd på at behov kvinner har for helsetenester, blir følgde opp.

Kunnskap om språket og kulturen til ein pasient er nødvendig for å yte gode helsetenester. Når det er nødvendig med tolk, bør Nasjonalt tolkeregister (<http://www.tolkeportalen.no>) brukast. Den best kvalifiserte og tilgjengelege tolken bør nyttast.

Det er viktig at kjønnsperspektivet blir integrert på ein god måte i verksemda. Departementet føreset likeverdig behandling av menn og kvinner for same typen plager. Spesielle utfordringar i samband med helsa til kvinner og menn må møtast med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar. Eit kjønnsperspektiv inneber mellom anna å ta i bruk kjønnsespesifikk kunnskap og behandling der slikt ligg føre, og etterspørje eller skaffe dette der det ikkje finst. Tiltaka skal vere i tråd med strategiplan for kvinners helse presentert i St. meld. Nr. 16 (2002-2003).

I brev av 30.11.2005 gir departementet Helse Vest i oppdrag å utarbeide ein regional plan for å styrkje spesialisthelsetenester for eldre. Arbeidet må skje i nært samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Den regionale planen for spesialisthelsetenester for eldre bør innehalde framskrivingar av den nærmare definerte målgruppa og lagast i samarbeid med kommunane. Planen bør vise den demografiske fordelinga for målgruppa og indikatorer for bruk av helsetenester. Planen bør vise andelen av målgruppa som får behandling, i høve til prosentdelen dei utgjer av befolkninga, og vise kor mange polikliniske konsultasjonar og liggjedagar det er per person i denne aldersgruppa.

I planen skal det utformast tiltak for å nå dei nasjonale målsetjingane som er definerte i handlingsplanen. Helse Vest har ansvar for å gjennomføre dei definerte tiltaka i sin helseregion.

### 2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse

*Behandlingstilbudet til menneske med psykiske lidningar skal i 2006 trappast vidare opp i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Helse Vest skal ta utgangspunkt i desse krava:*

- *Helse Vest skal utarbeide strategiar og tiltak for spesialisthelsetenesta og rutinar for samarbeid med tilvisande instansar som gir auka behandlingseffektivitet i tenesta og markert reduserte ventetider for behandling av barn og unge.*
- *Helseføretak med låg dekningsgrad i tilbudet til barn og unge må gjennomgå tenestetilbudet sitt og ressursfordelinga si og setje i verk tiltak for å sikre at målet om 5 prosent nasjonal dekningsgrad blir nådd innan 2008.*
- *Helse Vest skal i løpet av første tertial gjennomgå akuttenesta for vaksne for å sikre at tilgjengelegheit og kvalitet blir varetekne. Talet på sengeplassar må vurderast og oppjusterast i samsvar med resultatet av dei prosjekta som er omtalte nedanfor.*
- *Det skal setjast i verk tiltak for å oppgradere DPS fagleg og når det gjeld bemanning, slik at dei blir sette i stand til å utføre oppgåvene sine.*

Ventetida for behandling av barn og unge med psykiske lidningar og problem er for lang. I 2006 reknar ein med ein markert reduksjon i gjennomsnittleg ventetid for behandling av barn og unge i spesialisthelsetenesta. Ventetida for vurdering bør ikkje vere lenger enn ti dagar. Det er ut frå SAMDATA store geografiske variasjonar i dekningsgraden i psykisk helsevern for barn og ungdom. Det er eit mål for helsepolitikken at befolkninga skal ha likeverdig tilgang til viktige helsetenester uavhengig av bustad og sosiale forhold. God tilgjengelegheit skal sikrast ved at ein utvidar opningstida ved poliklinikkar, og med ambulante team. Samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og regionalt barnevern må styrkjast. Barn med psykisk sjuke og/eller rusmisbrukande foreldre skal vurderast og eventuelt sikrast ei oppfølging etter behov.

Departementet har sett ned ei arbeidsgruppe som skal gjennomgå praksisen i dag når det gjeld retten barn og unge har til individuell fastsett behandlingsfrist, og føreslå korleis ein særskilt ventetidsgaranti kan utformast for barn og unge med psykiske lidningar og for unge rusmiddelmissbrukarar under 23 år. Departementet vil komme tilbake til Helse Vest etter at tilrådingane frå arbeidsgruppa ligg føre. Det vil bli satt i gang eit arbeid for å vurdere om tilbudet om behandling til sterkt traumatiserte pasienter og torturofre er godt nok. Som eit ledd i dette bes de regionale helseføretaka gi ein statusrapport på dette feltet knytta til rapportering for første tertial.

Ei kartlegging av akuttpsykiatrien som Sosial- og helsedirektoratet gjorde våren 2005, avdekte store variasjonar mellom helseføretaka når det gjeld dekningsgrad (kor mange plassar), beleggspersent og prosentdel utskrivingsklare pasientar i avdelingar. Dei regionale helseføretaka må gjennomgå kapasiteten i akuttenesta for å sikre at tilgjengelegheit og kvalitet blir sikra i akutte situasjonar. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet gjennomføre eit prosjekt i samarbeid med dei regionale helseføretaka for å vurdere kor mange nye plassar og andre tiltak det bør opprettast ved akutteininger som i dag har for høg beleggspersent eller skriv ut for tidleg. DPS-ane skal også kunne yte akutt- og krisetenester gjennom polikliniske og ambulante tenester

og ved opne døgnpostar. Ein føreset at DPS-ane skal kunne handtere førespurnader ved akutt- og krisesituasjonar også utover ordinær arbeidstid. Når det gjeld dei allmennpsykiatriske oppgåvene, skal DPS-ane ha ei sentral rolle og vere eit bindeledd mellom kommunane og spesialisthelsetenesta elles. Derfor må DPS-ane sikrast tilstrekkeleg bemanning med behandlingskompetanse (gjeld spesielt legar/psykiatrar og psykologar). Departementet vil vise til at mange pasientar med psykiske lidingar har eller utviklar eit rusproblem, og vil peike på behovet for nødvendig kompetanse for å kunne vurdere, eventuelt behandle pasientar med rusmiddelproblem og psykiske lidingar. Spesialisthelsetenesta må ha rutinar for samarbeid med kommunale instansar, politi og andre relevante instansar når det gjeld handtering av farlege og ustabile personar.

Forbodet mot å leggje ned døgnplassar, jf. departementets brev av 15.09.2004, blir halde ved lag i 2006.

Dei fleste sentrale mål som St.prp. nr. 63 (1997–1998) trekkjer opp, er realiserte eller er innanfor rekkjevidd i løpet av planperioden. Den sentrale utfordringa som er trekt opp i St.prp. nr. 1 (2005–2006), er styrking av det kvalitative innhaldet i tenesta. Det er eit mål at menneske med psykiske lidingar skal kunne leve eit verdig liv i mest mogleg normale omgivnader. I tilknytning til dette er brukarmedvirkning i utforming av tenesten viktig. I St.prp. nr. 1 (2005–2006) er det peikt på åtte hovudutfordringar som vil vere sentrale framover. Det blir teke sikte på å utarbeide mål og indikatorar innanfor kvar av dei åtte hovudutfordringane. Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for å utarbeide framlegg til mål og indikatorar. Dei regionale helseføretaka vil bli trekte inn i dette arbeidet.

### 2.3.2 Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar

*Helse Vest skal sørge for eit heilskapleg tilbod til desse gruppene:*

- *unge med rusmiddelproblem og barn og unge med rusmiddelmissbrukande foreldre*
- *personar med samtidig rusproblem og psykisk lidning*
- *domfelte rusmiddelmissbrukarar, medrekna deltakarar i Narkotikaprogram med domstolskontroll*

*Ein må arbeide for å redusere ventelistene for tverrfagleg spesialisert behandling inkludert LAR.*

*Helse Vest skal sørge for at det blir rapportert samordna og standardisert med anna ventelisterregistrering i spesialisthelsetenesta.*

Omfanget av rusmiddelmissbruk og talet på rusmiddelmissbrukarar er betydeleg, og behandlingstilboda er ikkje retta inn mot å svare på behova verken når det gjeld kapasitet eller kvalitet. Dette gjeld særleg legemiddelassistert rehabilitering.

Barn og unge er særleg risikoutsette og må vernast mot negative konsekvensar av sitt eige rusmiddelbruk og rusmiddelmissbruket til foreldra og eventuell samtidig psykisk lidning. Mange rusmiddelmissbrukarar har gjennom langvarig missbruk også fått til dels omfattande psykiske lidingar. Dette skjer ofte utan at behandlingstilboda til desse pasientane har teke godt nok omsyn til slike tilleggslidningar. Dei regionale

helseføretaka skal derfor sørge for at pasientar med desse samansette lidningane får eit heilskapleg og samansett behandlingstilbod som svarer til behova dei har.

Ein stor prosentdel av innsette og domfelte har eit rusmiddelproblem og treng behandling og oppfølging i samband med rusproblemet sitt. Eit heilskapleg og samanhengande behandlings- og rehabiliteringstilbod er særskilt viktig for desse utsette gruppene og krev i særleg grad at dei regionale helseføretaka samarbeider med kommunale og private aktørar, kriminalomsorga og internt innanfor spesialisthelsetenesta.

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. Dei regionale helseføretaka skal hjelpe til med å samordne planlagd ventelisteregistrering på rusområdet med anna system for ventelisteregistrering innanfor spesialisthelsetenesta.

### 2.3.3 Rehabilitering og habilitering

*Helse Vest skal prioritere tenestetilbodet innanfor rehabilitering og habilitering på ein slik måte at tilbodet til pasientane blir utbygd og styrkt i 2006.*

Helse Vest må sørge for at tenestetilbodet blir utvikla slik at det blir ei reell prioritering av denne pasientgruppa. Tilbodet skal utviklast innanfor dei faglege tilrådingane som er gjorde gjeldande gjennom ei rekkje tiltaks- og handlingsplanar for området. Særleg merksemd bør habilitering av barn og rehabilitering ved alvorleg hovudskade få. Departementet vil i løpet av 2006 gjera ferdig plan for rehabilitering.

### 2.3.4 Nasjonale strategiar mv.

*Helse Vest skal setje i verk tiltak innanfor fagområde som har fått særskild merksemd gjennom etablering av nasjonale strategiar mv. I 2006 gjeld dette primært for pasientar med kreft, diabetes, KOLS og kroniske smerter.*

Helse Vest skal følgje opp dei fagområda som blir omtalte her, og utvikle og setje i verk konkrete tiltak som gjer sitt til at ein når målsetjingane for desse områda. Sosial- og helsedirektoratet har i tillegg fått ei nasjonal koordinerande rolle i dette arbeidet. Utover det som skjer direkte mellom aktørane, skal direktoratet vere med på å skape nødvendig dialog med aktørane med ansvarsposisjonar ut frå strategien, og vurdere behovet for å ta initiativet til å etablere samarbeids- og samhandlingsarenaer. Vidare skal direktoratet følgje med på om gjennomføringa skjer i samsvar med målsetjingane.

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

kapasitet (juni 2004)” og høyringa hausten 2004. Det er mellom anna venta at Helse Vest deltek i Sosial- og helsedirektoratets prosjekt for vidareutvikling av nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdommar.

Helse Vest skal følgje opp eit nasjonalt strategidokument for diabetesområdet. Vidare vil arbeidet med ein nasjonal KOLS-strategi slutføres i løpet av sommaren 2006. Helse Vest skal setje i verk relevante tiltak når dokumentet er ferdigstilt.

Det er behov for å styrkje det offentlege smertebehandlingstilbodet både for kroniske smertepasientar og for pasientar med behov for palliativ behandling. Å leggje til rette for tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse og å betre samhandling mellom forvaltningsnivåa vil stå sentralt i ei slik styrking.

### 2.3.5 Lokalsjukehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetenesta

- *Arbeidet med å utvikle samanhengande behandlingsskjeder i lokalsjukehusa og innanfor lokalsjukehusfunksjonen ved store sjukehus skal setjast i gang i 2006.*
- *Helseføretak med lokalsjukehus eller lokalsjukehusfunksjonar skal ha samarbeidsavtalar med alle kommunane i sitt område og ha jamlege møte for å følgje opp samarbeidet.*
- *Alle føretak som har lokalsjukehus eller lokalsjukehusfunksjonar, skal i samarbeid med primærhelsetenesta opprette minst to pasientretta samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.*

Lokalsjukehus og lokalsjukehusfunksjonen ved store sjukehus i regionen skal representere tryggleik, tilgjengelegheit og kvalitet for befolkninga.

Lokalsjukehusa skal særleg ha merksemda retta mot tilboda til dei store sjukegruppane som treng nærleik til tenesta. Dei tenestene som eignar seg for dette, bør desentraliserast til til dømes distriktsmedisinske senter og sjukestover. Slike tiltak må vere forankra i den regionale strategien for desentralisering og samhandling.

Med utgangspunkt i dei behova pasientane har, bør det utviklast tydelege behandlingsskjeder ved lokalsjukehusa for akutt sjuke, fødande, eldre, kronisk sjuke og for pasientar til elektiv behandling, med tilhøyrande informasjonssystem for pasientar, for befolkninga og for personellet på alle tenestenivå. Slike behandlingsskjeder skal vere baserte på god fagleg praksis, forskning og tilgjengelege faglege retningslinjer. Tilboda ved lokalsjukehusa skal inngå i ein heilskap både mot dei høgt spesialiserte tenestetilboda og mot primærhelsetenesta. Eit desentralisert sjukehusstilbod, som til dømes sikrer nærhet til akutfunksjonar og fødetilbud skal oppretthaldes. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned, og arbeidet med ein bedre arbeidsdeling mellom sjukehus, som fremmar styrka kvalitet i pasientbehandlingen videreførast.

Lokalsjukehusfunksjonane knytte til psykisk helsevern skal ivaretakast gjennom distriktspsykiatriske sentra. Departementet legg vekt på at samhandlingstiltak med primærhelsetenesta blir realiserte i 2006. Arbeidet med dette skal inngå i oppfølginga

av det strategiarbeidet som ein sette gang i 2005, og som skal rapporterast i årleg melding for 2005.

Alle lokalsjukehus skal vere i stand til å stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle. Korleis behandlingsskjeda deretter blir organisert for dei ulike tilstandane og sjukdomsgruppene, må klargjerast i eit heilskapleg opplegg. Tilbodet må oppdaterast og endrast i tråd med utviklinga av behandlingsformer som gir betra kvalitet. Organiseringa av akuttberedskapen må baserast på moderne behandlings- og transportformer, og det skal arbeidast for likeverdig kvalitet i akutenestene uavhengig av bustad. Ordningane for akuttberedskapen må vere godt kjende blant folk, og det må dokumenterast at dei endringane ein vel, gir tryggleik for at tenesta blir gitt på ein rask og god måte når behovet er der.

Ein må sikre eit godt samarbeid mellom prehospitale tenester og kommunal akuttberedskap, og at forskrifta om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus blir følgd opp ved at det blir utarbeidd nødvendige prosedyrar og retningslinjer. Dette gjeld for kompetanseutvikling, samarbeid med kommunar og samarbeid med andre nødetatar. Det ligg føre lite eller ingen data om aktivitet for akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. For å vidareutvikle tenestene på ein systematisk og kunnskapsbasert måte har Sosial- og helsedirektoratet i 2005 definert kva for data ein ønskjer blir rapporterte. Ein går ut frå at dette blir følgd opp.

### 2.3.6 Smittevern og beredskap

*Helse Vest skal sikre at helseføretaka har smittevernberedskap i samsvar med lova, spesielt overfor ein mogleg pandemisk influensa og utbrot av MRSA.*

Smittevernberedskapen, medrekna beredskap mot pandemisk influensa, sars og liknande, skal vere tilfredsstillande organisert i ein brei beredskapssamanheng. Gjeldande planar om helsemessig og sosial beredskap og smittevernlova skal reviderast og oppdaterast. Det skal vere klare ansvarslinjer og prosedyrar for avgjerder om disponering av eigne ressursar i ein beredskapssituasjon. Både den regionale beredskapsplanen og beredskapsplanen til helseføretaka skal innehalde prosedyrar for samhandling med primærhelsetenesta og andre helseregionar. Handlingsplanen for å førebyggje sjukehusinfeksjonar skal følgjast opp av Helse Vest. Behovet for smittevernpersonell og smittevernkompetanse må definerast og utviklast. Rettleiinga for isolering skal leggjast til grunn, og Helse Vest må ha oversikt over den regionale isolatkapasiteten. Det må etablerast prosedyrar for overvaking av antibiotikaforbruket, og det må vere oppdaterte infeksjonskontrollprogram. Det regionale helseføretaket skal ta del i "Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus og dagkirurgiske klinikker (NOIS-registerforskriften), herunder følgja opp plikta til registrering og melding. Helseføretaksgruppa skal ha ei tilfredsstillande sikkerheit for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemiddel. Sosial- og helsedirektoratet kan hjelpe til og rettleie i arbeidet med planlegginga av beredskapen.



For å sikre eit godt smittevern har departementet formalisert praksisen i dag med etablering og fordeling av nasjonale referansefunksjonar innanfor medisinsk mikrobiologi. Formålet er å sikre høg kvalitet på funksjonane gjennom ei tydeleggjering av ansvar og oppgåver for dei institusjonane som har fått nasjonale referansefunksjonar, og rekvirerande institusjonar. Ein referansefunksjon representerer eit bestemt ansvar for å utføre eller vidareføre undersøkingar som gjeld agens, utført av eitt eller nokre få laboratorium på vegner av alle andre laboratorium. Funksjonen kan omfatte pasientretta undersøkingar, som er nødvendige for korrekt diagnose eller behandling av ein pasient, og/eller folkehelseretta undersøkingar, som er nødvendige for overvaking av epidemiologisk viktige infeksjonssjukdommar. Regionale helseføretak som har fått ansvar for nasjonale referansefunksjonar i medisinsk mikrobiologi, skal rapportere årleg til Sosial- og helsedirektoratet. Leiarforum for medisinsk mikrobiologi vil fungere som referansegruppe for desse funksjonane. Vi viser til rundskriv I-14/2005.

Helse Vest ved Helse Stavanger har fått ansvar som nasjonal referansefunksjon når det gjeld medisinsk mikrobiologi for legionella. Ansvaret er delt med Folkehelseinstituttet.

### 2.3.7 Høgspesialiserte tenester – landsfunksjonar og nasjonale kompetansesenter

- *Helse Vest skal samarbeide med andre helseføretak om å utarbeide framlegg til ein heilskapleg plan for framtidig organisering av høgspesialiserte tenester innan 1. september 2006. Helse Vest er ansvarleg for koordineringa av oppdraget.*
- *Helse Vest skal sikre lik tilgjengelegheit til dei landsfunksjonane det regionale helseføretaket har fått ansvar for.*
- *Helse Vest skal sikre at dei nasjonale medisinske kompetansesentra dei har fått ansvar for, utviklar og spreier kompetansen til andre fagområde, og at dei er med på å sikre tilstrekkeleg rekruttering til fagområdet.*

Det er ei nasjonal målsetjing å sikre lik tilgang og bruk av landsfunksjonar for pasientane og lik tilgang på kompetanse i fagmiljøa. Departementet ønskjer å styrkje den nasjonale styringa av dette området. Dei regionale helseføretaka skal derfor i fellesskap utarbeide eit framlegg til ein heilskapleg plan for framtidig organisering av høgspesialiserte tenester og tenester til pasientar med sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar. Planen må leggje til grunn at det blir etablert overordna kriterium for prioritering og prosedyrar for etablering og fordeling av landsfunksjonar og fleirregionale funksjonar og nasjonale medisinske kompetansesenter. Planen bør vere dynamisk med utgangspunkt i at tenestetilbodet er i stadig endring som følgje av den medisinsk-teknologiske utviklinga, endringar i pasientvolumet og kompetanseoppbygging. Sosial- og helsedirektoratet vil ut frå si rolle som den faglege rådgivaren for departementet gjennomgå materialet og gi tilrådingar før departementet tek avgjerdene sine.

Rapportering for landsfunksjonar, nasjonale medisinske kompetansesenter slik desse er presenterte i rundskriv I-19/2003, og for kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar skal skje til Sosial- og helsedirektoratet. Det skal vere oppretta faglege referansegrupper for både landsfunksjonar og nasjonale

medisinske kompetansesenter, som skal gjennomgå årleg rapportering frå dei ulike funksjonane før innsending til direktoratet.

Helse Vest skal for dei landsfunksjonane dei er ansvarlege for, dokumentere at tilbodet er tilstrekkeleg tilgjengeleg same kvar pasientane bur, og at det er etablert referansegrupper. Det må vidare dokumenterast kva kapasitet ein har i høve til det estimerte behovet. For landsfunksjonar som ikkje er lagde til eigen region, skal det rapporterast på eventuelt avvik i bruk av funksjonen i høve til kva som er venta ut frå demografien i regionen.

Alle donorsjukehus skal ha oppnemnd ein donoransvarleg lege. Funksjonsforklaringa skal vere forankra i styringsdokumentet til helseføretaket i tråd med retningslinjer frå Nasjonal koordinator i Sosial- og helsedirektoratet. Føretaka har eit ansvar for å medverke til at helsepersonell i relevante tilfelle tek opp spørsmålet om organdonasjon med dei som står pasienten nærmast. Vi viser til rundskriv I-9/2003.

## 2.4 Utdanning

*Helse Vest skal*

- *i samarbeidsorganet og gjennom samarbeidsavtalar, med utgangspunkt i aktivitetskrava (vedlegg 2), etablere kvantitativt rette og kvalitativt gode praksisplassar for studentar i grunnutdanning*
- *planleggje og gjennomføre vidareutdanning og etterutdanning av personellet for å møte noverande og framtidige behov*

Helse Vest skal sørge for eit kvantitativt rett og eit kvalitativt godt tilbod i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell som har helseregionen som praksisarena og/eller arbeidsstad. Dette gjeld i grunnutdanning, turnusteneste, vidareutdanning og etterutdanning.

Helse Vest skal sørge for system, strukturar og leiarforankring i alle ledd av helseføretaksgruppa for å kunne ta hand om dette. Helse Vest skal gjennom samarbeidsorganet og inngåtte samarbeidsavtalar sikre godt samarbeid mellom helseføretaka og utdanningsinstitusjonane i regionen.

Helse Vest skal etablere i rett mengd kvalitativt gode praksisplassar for elevar, lærlingar og studentar i grunnutdanning. Det skal med utgangspunkt i fordelinga av *turnuskandidatar* (vedlegg 2) etablerast kvalitativt gode turnusplassar i rett mengd, også ved lokalsjukehus. Helse Vest skal vidare medverke til at forsøk med tre månaders psykiatriteneste i turnustenesta for legar kan gjennomførast.

Helse Vest skal planleggje *vidareutdanning* av personellet for å møte noverande og framtidige utfordringar. Det er etterspurnad etter anesthesi-, operasjons- og intensivsjukepleiarar. Spesialisering av legar skjer med utgangspunkt i dei godkjende utdanningsstillingane, og Helse Vest skal oppretthalde og etablere utdanningsstillinger i rett mengd i dei ulike spesialitetane (vedlegg 2). Det skal også planleggjast

*etterutdanning* av personellet for å møte noverande og framtidige utfordringar. Det er stigande etterspurnad etter kompetanse innanfor psykisk helsevern/rus, rehabilitering/habilitering og geriatri. Desse fagområda skal derfor vektleggjast i vidare- og etterutdanningssamanheng.

Helse Vest skal systematisk og fortløpande melde avviksendringar i stillingsstrukturen for legar til NRs database <http://www.nr.dep.no/>

## 2.5 Forsking

- *Helse Vest skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka setje i verk forskingssamarbeid på minst to fagområde.*
- *Helse Vest skal prioritere oppbygging av forskingskompetanse på forskingssvake fagområde, særleg forskning på rusbehandling og psykisk helse.*
- *Helse Vest skal sikre ivaretaking av kjønnsperspektivet i klinisk forskning og styrkje innsatsen innanfor kvinnehelseforskning.*
- *Helse Vest skal arbeide for å etablere forskingsdokumentasjonssystemet FRIDA i alle helseføretak i løpet av 2006.*

For å sikre nødvendig nasjonal samordning og effektiv ressursutnytting skal det etablerast og implementerast nasjonalt samarbeid om forskning på utvalde fagområde. Vi viser til dei prosessane som er sette i verk gjennom den nasjonale samarbeidsgruppa for forskning som er etablert mellom dei regionale helseføretaka, universiteta, høgskolane, Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt mfl., jf. St.meld. nr. 20 (2004–2005) *Vilje til forskning*.

Dei regionale helseføretaka har fått eit ansvar for pasientretta klinisk forskning, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat. Det er framleis behov for å styrkje forskingsinnsatsen i helseføretaka, også i helseføretak utan universitetssjukehusfunksjonar.

På somme fagområde, som tverrfagleg spesialisert rusbehandling og psykisk helse, er det behov for kompetanseoppbygging (jf. NOU 4:2003). Det er behov for å styrkje kunnskap om organisering og forbruk av helsetenester, medrekna samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Her vil dei regionale helseføretaka vere viktige bidragsytarar. Det er behov både for auka forskning og analysar av kjønnsskilnader i behandling av sjukdom som rammar begge kjønn, og for forskning på sjukdom som særskilt rår kvinner (kvinnehelseforskning), jf. St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*.

Det skal gjennomførast måling av forskingsresultat og ressursbruk til forskning etter etablerte rapporteringssystem. Det er ei målsetjing å sikre samordning av målesystema for forskingsresultat mellom dei regionale helseføretaka og universitet og høgskolar, jf. St.meld. nr. 20 (2004–2005). Ei vidare samordning av målesystema inneber etablering av forskingsdokumentasjonssystemet FRIDA i alle helseføretak som har fått ansvar for forskning. Dette vil leggje til rette for eigenrapportering av forskingsdata. Etablering av

FRIDA i helseføretaka har som føresetnad at det blir lagt til rette for brukarmedverknad frå dei regionale helseføretaka og for innsyn og kvalitetssikring på tvers av institusjonane. Arbeidet med å etablere FRIDA i helseføretaka skal forankrast i strategigruppe for forskning mellom dei regionale helseføretaka.

## 2.6 Opplæring av pasientar og pårørande

*Helse Vest skal sørge for at pasientar og pårørande som har behov for opplæring, får tilbod om dette.*

God opplæring er ein føresetnad for å meistre livet ved kronisk sjukdom og for å hindre forverring av helsetilstanden. Opplæringa bør omfatte livsstilsrettleggjing der dette er relevant, og dessutan bør ein hjelpe kommunane med rettleiing og kunnskapsoverføring.

Lærings- og meistringssenter er ein viktig reiskap i utviklinga av eit opplæringstilbod for pasientar og pårørande, og dei skal gjere sitt til at opplæring blir ein integrert del av all medisinsk behandling og rehabilitering. Det skal rettast særskild merksemd mot sekundærførebyggjande tiltak for dei store sjukdomsgruppene, og Helse Vest må sjå til at det finst tilfredsstillande tilbod til desse pasientgruppene, og at tilboda blir utvikla i samarbeid med brukarane. Det skal rettast særskilt oppmerksemd mot pasientar med spesielt behov for gjennomgang av legemiddel ved utskriving. Helse Vest skal vere med på regionalt og lokalt folkehelsearbeid, mellom anna med kunnskap om utvikling i helsetilstand og risikofaktorar for helsetilstanden.

Departementet ber om at det blir gjennomført pasienttilfredsundersøking innanfor psykisk helsevern om det behandlingstilbodet dei har motteke av tenesta.

## 3 SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE

Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet vere med på å handtere sentrale innsatsområde innanfor spesialisthelsetenesta. Det blir i tildelingsbrevet presisert om dette inkluderer tiltak som er direkte retta mot dei regionale helseføretaka, eller om det er innspel som skal inngå i politikkkutforminga til departementet. Dette gjeld særleg

- utviklinga av behandlingsskapiteten innanfor spesialisthelsetenesta; sentrale spørsmål er knytte til tilgjengelegheit, underkapasitet, overkapasitet i relasjon til pasientrettslova og prioriteringsforskrifta
- vurderingar av behandlingstilbodet i dag og identifisering av eventuelle tilbod med manglande dokumentert effekt
- overvaking av nye behandlingssmetodar og kostnadsimplikasjonar på kort og lengre sikt
- utarbeiding av faglege retningslinjer og kunnskapsoppssummeringar som medverkar til at spesialisthelsetenesta nyttar effektive behandlingssmetodar
- innsamling og bearbeiding av data

- støtte for departementet i prioriteringsspørsmål og fokusering på tiltak som fremmar god prioritering i spesialisthelsetenesta, og som utviklar prioriteringsforskrifta til eit praktisk verktøy for utøvarane av tenesta
- nasjonal rolle i høve til strategiar mv.

Oppgåvene til Sosial- og helsedirektoratet vil særleg gjelde psykisk helsevern, rus, habilitering og rehabilitering, landsdekkjande kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar, geriatri, kreftbehandling, utdanning av helsepersonell, tilgjengelegheit og elektronisk samhandling.

Direktoratet vil konkretisere gjennomføringa av desse oppgåvene i brev til dei regionale føretaka. Det er svært viktig for gjennomføringa av desse oppgåvene at direktoratet og dei regionale helseføretaka finn høvelege og godt fungerande arbeidsformer seg imellom.

Departementet vil i første tertial 2006 setje i verk eit prosjekt saman med dei regionale helseføretaka og direktoratet for å vurdere ansvar og oppgåvestruktur i forholdet mellom føretaka og direktoratet.

#### **4 RAPPORTERING**

Rapporteringa gjennom plan- og meldingssystemet skal

- gi ei rapportering på oppfølging av bestillardokumentet og medverke til å gi departementet det nødvendige faglege underlaget i førebuinga av framlegget til statsbudsjett
- inngå i grunnlaget for den styringsbodskapen som blir teken inn i stortingsproposisjon nr. 1 og i bestillardokumentet. Planen skal gi grunnlag for identifikasjon av 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 nedfelte i sentrale dokument, er oppfylte

Det er derfor svært viktig at plan og melding ikkje berre tek utgangspunkt i dei eksplisitte styringskrava, men også blir bygde rundt den teksten i bestillardokumentet som leier opp til kvart styringskrav.

Vi gjer merksam på at departementet ved manglande rapportering og/eller avvik i høve til målsetjingar og prognose kan setje i verk kontroll med at midlar blir nytta slik det er føresett, jf. Stortingets løyvingsreglement § 17. Det regionale helseføretaket har ansvar for at avvik frå formulerte krav skal meldast til departementet når slike avvik blir kjende.

I årleg melding (helseføretakslova § 34 og vedtektene § 15) skal det rapporterast på oppfølginga av styringsdokumentet for 2006. Vi viser til vedlegg for dei rapporteringspunkta, frekvensane og skjema som gjeld for resultatkrav som er sette i dette dokumentet. Tertialrapportar skal vere lagde fram for styret i det regionale

helseføretaket før innsending. Frist for innsending av styremelding for 2006 er 1. mars 2007.

Det skal gå fram av oversendinga av årleg melding at det regionale brukarutvalet har vore med i utforminga meldinga og behandla meldinga.

Helse Vest skal komme med innspel til statsbudsjettet for 2008 innan 15. desember 2006.

Rapportering skal skje elektronisk til [postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no) og med kopi til [rapportering@hod.dep.no](mailto:rapportering@hod.dep.no).

Oslo, 9. januar 2006

Sylvia Brustad