

## **Innhald**

1.	Innleiing.....	2
2.	Tildeling av midlar.....	3
3.	Aktivitet .....	6
4.	Kvalitet, prioritering og pasientrettar.....	7
4.1	Kvalitetsforbetring.....	7
4.2	Prioritering .....	8
4.3	Pasientsikkerheit – trygge og sikre tenester .....	8
4.4	Tilgjenge og brukarmedverknad .....	9
5.	Pasientbehandling.....	10
5.1	Heilskaplege pasientforløp og samhandling.....	11
5.2	Psykisk helsevern.....	12
5.3	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) .....	14
5.4	Habilitering og rehabilitering.....	14
5.5	Område med særskild vektlegging .....	15
5.5.1	Kronisk smerte .....	15
5.5.2	Kronisk utmattingsyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) .....	15
5.5.3	Organdonasjon/transplantasjon .....	16
5.5.4	Cochleaimplantasjon/rehabilitering .....	16
5.5.5	Prehospitale tenester .....	16
5.5.6	Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta.....	16
5.5.7	Landsfunksjonar, fleirregionale og overnasjonale funksjonar.....	17
5.5.8	Smittevern .....	18
5.5.9	Beredskap .....	18
6.	Utdanning av helsepersonell.....	18
7.	Forsking .....	19
7.1	Forsking.....	19
7.2	Innovasjon .....	21
8.	Pasientopplæring.....	22
9.	Forholdet til Helsedirektoratet .....	22
10.	Oppfølging og rapportering.....	22
11.	Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	24

## 1. Innleiing

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til disposisjon for det regionale helseføretaket dei midlane som Stortinget har løyvd til Helse Vest RHF for 2010. Helse Vest RHF skal utføre pålagde oppgåver og gjennomføre styringskrava innanfor dei rammene og måla som er gitt, og dei ressursane som blir stilte til rådvelde i dokumentet.

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendige spesialisthelsetenester. Dei regionale helseføretaka er gitt eit samla ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Midlane som er tildelte i oppdragsdokumentet, set dei regionale helseføretaka i stand til å oppfylle "sørgje for"-ansvaret. Innanfor dei økonomiske rammene sine må dei regionale helseføretaka sørgje for at verksemda i helseføretaka blir innretta slik at ventetidene til utgreiing/diagnostikk og behandling blir reduserte. Dette krev at ein rettar særskilt søkjelys mot den polikliniske verksemda. Det er ein føresetnad at det regionale helseføretaket går i balanse i 2010. Dersom målsetjingane om resultatmessig balanse og gjennomføring av aktivitetsvekst kjem i konflikt med kvarandre, skal resultatmessig balanse prioriterast framfor andre oppgåver. Sjukehus og helseinstitusjonar som ideelle organisasjonar eig og driv, skal sikrast gode vilkår gjennom avtalar med dei regionale helseføretaka.

Det regionale helseføretaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir ivareteke på ein god måte, og at desse oppgåvene underbyggjer god og forsvarleg pasientbehandling. Det skal leggjast vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjellar i aktuelle befolkningsgrupper, mellom anna innvandrargrupper. Pasientar og brukarar må kunne stole på at tenestene er tilgjengelege, og at dei blir møtte med omsorg og respekt. Samiske pasientars rett og behov for tilrettelagde tenester må etterspørjast og synleggjerast frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen og når det blir teke avgjerder.

Lover, forskrifter og andre myndigheitsvedtak utgjer rammene for helsetenesta. Dei regionale helseføretaka skal ha dokumenterte system som sikrar at aktiviteten blir planlagd, organisert og utført i samsvar med fastsette krav i lovgivinga. For å sikre at avvik frå tilsyn og andre uønskte hendingar blir fanga opp i heile organisasjonen, må det regionale helseføretaket leggje til rette for at dei underliggjande helseføretaka er organisasjonar som lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Vi viser til St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreforma. Rett behandling – på rett stad – til rett tid, som etter planen skal behandlast 24.4. 2010. Det er viktig at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får ei like tydeleg leiingsmessig og organisatorisk forankring som dei spesialiserte funksjonane har i dag.

Helse- og omsorgsdepartementet føreset at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2009–2010) og tilhøyrande budsjettvedtak i Stortinget.

Oppdragsdokumentet har ei oppbygging der dei langsiktige og overordna måla blir omtala i ei innleiing under kvar overskrift. Deretter følgjer styringsparametrar og oppgåver for 2010 som skal bidra til å oppfylle dei langsiktige måla. Relevante målsetjingar og krav som er gitt i tidlegare oppdragsdokument, gjeld framleis.

## 2. Tildeling av midlar

Grunnlaget for inntektene til Helse Vest RHF er i hovudsak løyvingssvedtak i Stortinget. Helse Vest RHF skal i 2010 basere si verksemd på tildelte midlar som følgjer av tabell 1. Oversikt over første utbetaling i januar og vidare plan for departementet sine utbetalingar av tilskot blir omtala i egne brev til dei regionale helseføretaka.

Vi viser til helseføretakslova § 45 og til løyvingssreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan setje i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene.

**Tabell 1 Tilskot til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post.**

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
732	21	Helseundersøkinga i Gulen og Masfjorden	2 500 000
732	70	Særskilde tilskot (kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgivaravgift)	23 895 000
	70	Særskilde tilskot (tilskot til turnusteneste)	5 130 000
	73	Tilskot til Helse Vest, <i>kan overførast</i>	14 057 339 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsløyving</i>	1
	77	Poliklinisk verksemd o.a., <i>overslagsløyving</i>	2
	78	Forsking og nasjonale kompetansesenter, <i>kan overførast</i>	136 896 000
	79	Raskare tilbake, <i>kan overførast</i>	86 133 000
734	72	Utviklingsområde innanfor psykisk helsevern og rus	4 036 000
782	70	Helseregister. Tilskot	3

### *Kap. 732, post 21 Spesielle driftsutgifter*

2,5 mill. kroner blir stilt til disposisjon for Helse Vest RHF for å dekkje delar av dei kostnadene som Helse Vest RHF har i samband med helseundersøking i Gulen og Masfjorden i 2010, som ei oppfølging av Vest Tank-ulykka i mai 2007.

### *Kap. 732, post 70 Tilskot til turnusteneste i sjukehus for legar og fysioterapeutar*

Det blir stilt til disposisjon 5,1 mill. kroner. Tilskotet skal kompensere turnusstaden (helseføretak og private opptreningsinstitusjonar) for å ha turnuskandidatar i klinisk teneste, rettleiarprogram og kurs for turnuskandidatane. Det årlege tilskotet per turnusplass er 25 800 kroner i 2010. Tilskotet for 2010 er berekna på grunnlag av kor mange kandidatar det var per 1.10.2009. Dei regionale helseføretaka skal fordele tilskot til private opptreningsinstitusjonar som det er inngått avtale med. Turnusordninga for fysioterapeutar blir administrert av Fylkesmannen i høvesvis Troms, Hordaland og Oslo

<sup>1</sup> Posten er forklart under tabellen

<sup>2</sup> Posten er forklart under tabellen

<sup>3</sup> Fordeling av midlar på resterande 16 mill. kroner er ikkje klar

og Akershus. Disse kan gi opplysningar om kor mange det gjeld, og fordelinga innanfor kvart enkelt regionalt helseføretak. Vi gjer merksam på at hovuddelen av kostnadene for kandidatar i turnusteneste i sjukehus blir dekt av basisløyvingane til dei regionale helseføretaka.

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

Fullføring av nytt inntektssystem i 2010 inneber at det samla blir løyvd 525 mill. kroner meir til Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Denne styrkinga skal framleis innebere at resultatmessig balanse blir prioritert framfor andre oppgåver. Inntektsveksten legg til rette for ei styrking av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Inkludert i det er etableringa av ein eigen rusakutt i samarbeid med Bergen kommune. Omfordelinga gir samtidig eit godt grunnlag for å styrkje rehabiliteringstilbodet i Helse Vest RHF.

Midlar til dekning av auka pensjonskostnader for private helseinstitusjonar med kjøps- eller driftsavtale med regionale helseføretak er frå 2010 lagde inn i basisløyvinga.

Midlar til vedlikehald av og investeringar i bygg og utstyr inngår som ein del av basisløyvinga.

Dei regionale helseføretaka skal i sum setje av 15 mill. kroner av den delen av basisløyvinga som blir brukt til forskning på samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene, fordelt med høvesvis 8 mill. kroner på Helse Sør-Øst RHF, 3 mill. kroner på Helse Vest RHF, 2 mill. kroner på Helse Midt-Norge RHF og 2 mill. kroner på Helse Nord RHF.

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

Kap. 732, post 76 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over dei aktivitetsbaserte ordningane skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette inneber at departementet på førehand ikkje veit kor store utbetalingane over denne posten vil bli. I 2010 utgjer akontoutbetalingane over kap. 732, post 76 til Helse Vest RHF 3 700,2 mill. kroner. Akontobeløpet er basert på ein prognose for aktivitet frå 1. tertial 2009, og det er dette nivået det er lagt til rette for å vidareføre og auke med 1,2 pst. i 2010. Akontobeløpet er basert på ein anslått samla DRG-produksjon på 256 044 DRG-poeng og 16,9 mill. kroner i tilleggsrefusjonar. Akontoutbetalingane baserer seg på ein einingspris på 35 964 kroner, jf. Prop. 1 S (2009–2010) og Innst. 11 S (2009–2010).

Dei viktigaste endringane i 2010-regelverket er:

- Det skal etablerast eit einskapleg felles DRG-/ISF-system for all somatisk verksemd, også poliklinisk utgreiing og behandling.
- Det skal takast i bruk kostnadsbaserte vektor/refusjonar for poliklinisk somatisk verksemd på lik linje med innlagde pasientar. Systemet erstattar det som var basert på NAV-takstar.
- Refusjonane for kirurgisk behandling som både blir utførte som dagbehandling og ved innlegging, blir meir differensierte i 2010 samanlikna med 2009.

- Kostbar poliklinisk lækjemiddelbehandling i ISF-systemet får betre og meir målretta finansiering.

Endringane i 2010 er først og fremst baserte på at ISF-systemet skal framstå som mest mogleg riktig og rettferdig. Endringane vil gi betre samsvar mellom kostnader og finansiering, men vil også, som tidlegare varsla, ha nokre omfordelingseffektar.

Helse Vest RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet etablere eit forsøk med kjøp av somatisk poliklinisk utgreiing og behandling hos private kommersielle sjukehus. Forsøket skal skje innafor samla DRG-produksjon i Helse Vest RHF. Refusjonar for aktiviteten hos private kommersielle sjukehus skal verta utbetalt til det regionale helseføretaket. Departementet legg til grunn at datasystem mv. er lagt til rette for rapportering til Norsk pasientregister og HELFO.

*Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk verksemd o.l., overslagsløyving*

Kap. 732, post 77 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Ein aktivitet i tråd med Prop. 1 S (2009–2010) og Innst. 11 S (2009–2010) tilseier ei utbetaling på 439,6 mill. kroner til Helse Vest RHF. Beløpet er basert på ein prognose frå rekneskapstal frå juni 2009, og det er dette nivået som kan vidareførast og aukast med 2,5 pst. i 2010.

Ordninga med at enkelte sjukehus skal kunne krevje takstar og eigendelar etter takstsystemet for privatpraktiserande fysioterapeutar, er avvikla frå 2010, og midlane er overførte til basisløyvinga. Dei regionale helseføretaka skal sjå til at tilbodet blir halde ved lag.

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

Det statlege øyremerkte tilskotet til forskning skal tildelast i tråd med føringar i brev av 25.3.2008. På bakgrunn av ei evaluering av dagens system for finansiering av forskning i helseføretaka vil departementet vurdere behov for eventuelle endringar i dagens resultatbaserte finansieringssystem for forskning frå 2011.

*Kap. 732, post 79 Raskare tilbake*

Helse Vest RHF kan totalt disponere inntil 86,1 mill. kroner, av dette 5,8 mill. kroner til vidareføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling. Den reelle aktiviteten innanfor ordninga vil avgjere dei endelege inntektene innanfor ramma. Utbetaling vil skje a konto. Departementet vil vurdere akontobeløp i høve til rapportert aktivitet innanfor ordninga. Dersom behovet er mindre enn løyvinga, vil departementet halde tilbake pengar.

I tillegg til rapportering i årleg melding skal det rapporterast i ØBAK i samsvar med avtala mal som gjeld dei ordinære midlane innanfor "Raskare tilbake". For midlane til arbeidsmedisinsk avdeling skal Helse Vest RHF rapportere om bruk av midlane og effekt av tiltaka i årleg melding.

*Kap. 734, post 72 Utviklingsområde innanfor psykisk helsevern og rus*

Det skal avsetjast 1,3 mill. kroner til vidareføring av rusmeistringseining ved følgjande fengsel: Stavanger og Bergen. Det skal avsetjast 1,8 mill. kroner til vidareføring av forsøk med narkotikaprogram med domstolkontroll i Bergen. Det skal avsetjast 0,93 mill. kroner til etablering av ei soningseining for dei under 18 år.

*Kap. 782, post 70 Helseregister. Tilskot*

Midlane blir fordelte ut frå same fordelingsnøkkel som i 2009. 11 mill. kroner blir overførte til Helse Nord RHF for vidareutvikling og drift av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregister ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). 5 mill. kroner blir overførte til Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT for vidareutvikling av tekniske fellesløysingar. 16 mill. kroner skal brukast til iverksetjing av felles løysingar som blir utvikla i SKDE og HEMIT for nasjonale medisinske kvalitetsregister.

*Spesialistar med avtale med dei regionale helseføretaka*

Departementet tek sikte på å fremme ein lovendringsproposisjon i 2010 som inneber å flytte finansieringsansvaret frå folketrygda til regionale helseføretak frå 1.7.2011. Dei regionale helseføretaka må førebu seg på denne oppgåva, m.a. ved å vurdere tilgjengeleg kompetanse og eventuelle samarbeidsmodellar med dei andre regionale helseføretaka.

### **3. Aktivitet**

Den ressursramma som samla blir stilt til rådvelde i dette dokumentet, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga med om lag 1,3 pst. frå 2009 til 2010, jf. omtale i Prop. 1 S (2009–2010). Veksten kan likevel fordele seg ulikt innanfor forskjellige behandlingsområde. Det blir understreka at vekst i aktivitet som er omfatta av innsatsstyrt finansiering på 1,2 pst. (post 76), og refusjonar for poliklinisk behandling på 2,5 pst. (post 77) på vanleg måte blir målt høvesvis i forhold til prognosar per 1. tertial 2009 og 1. halvår 2009. Dersom veksten i 2009 blir høgare enn dette, vil veksten i 2010 bli tilsvarande lågare. Veksten gjeld behandling som er omfatta av dei aktivitetsbaserte tilskotsordningane (innsatsstyrt finansiering og refusjonar for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovudsak blir finansiert av basisløyvinga (f.eks. rehabiliteringsopphald utanfor sjukehus, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Auka tilskot gjennom Opptappingsplan for rusfeltet kjem i tillegg til dette.

Gjennom dei aktivitetsbaserte finansieringssystema blir delar av budsjettet gjorde avhengige av talet på pasientbehandingar og kompleksiteten i behandlinga. Prioriteringane som blir gjorde med omsyn til kva for pasientar som skal behandlast, og kva slags behandling kvar enkelt pasient skal få, skal vere uavhengige av dei aktivitetsbaserte tilskota. Det er ikkje meint at finansieringa gjennom dei aktivitetsbaserte finansieringssystema skal dekkje heile kostnaden ved undersøking eller behandling. Derimot skal dei aktivitetsbaserte tilskota saman med basisløyvinga

leggje grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjerande at regionale helseføretaket er bevisste på dette for å kunne oppnå tilfredsstillande kostnadskontroll.

Det blir lagt til grunn at midlane til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige blir brukte i samsvar med dei spesielle krava som blir stilte til gjennomføringa av Opptrappingsplan for rusfeltet.

#### **Oppgåve:**

- Det øyremerkte tilskotet innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde innanfor prosjektet "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.

#### **Styringsparametrar:**

*Skal rapporterast månadleg*

- Talet på produserte DRG-poeng.
- Refunderte polikliniske inntekter.

## **4. Kvalitet, prioritering og pasientrettar**

### **4.1 Kvalitetsforbetring**

Kvalitetsforbetring er ein kontinuerleg prosess som må forankrast organisatorisk hos leiinga på alle nivå i tenesta. Førebygging, behandling og rehabilitering skal vere basert på relevant, påliteleg og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Nasjonale medisinske kvalitetsregister skal styrkjast ved at ein vidareutviklar felles løysingar for betre effektivitet, betre datakvalitet og betre utnytting av data til kvalitetsforbetring og forskning.

Pasientar med behov for oppfølging må sikrast at informasjon frå sjukehusopphaldet (epikrise) blir send tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlinga.

Barn som pårørande skal sikrast god oppfølging når foreldra er innlagde på sjukehus.

Innanfor akuttpsykiatri er det ikkje fagleg forsvarleg å ha korridorpatientar.

Det er framleis stor variasjon i utskrivingspraksis av lækjemiddelgruppa TNF-hemmarar mellom ulike sjukehus. Nasjonale faglege retningslinjer er godt kjende og har høg legitimitet i fagmiljøet, men dei har ikkje bidrege til at forbruket av lækjemidlet i dei ulike regionane i større grad blir det same.

Arbeidet til kliniske etikkomitear skal vidareførast.

### **Oppgaver:**

- Helse Vest RHF skal saman med dei andre regionale helseføretaka halde fram arbeidet med å utvikle og implementere felles løysingar for nasjonale medisinske kvalitetsregister. Arbeidet skal samordnast med relevante prosessar i Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og sjåast i samanheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt.
- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å få gjennomført elektroniske fellesløysingar i den rekkjefølgja Helse Midt-Norge RHF utviklar slike løysingar for utvalde kvalitetsregister.
- Helse Vest RHF skal saman med dei andre regionale helseføretaka utarbeide forslag til etablering av kvalitetsregister for pasientar som bruker kostnadskrevjande biologiske lækjemiddel for behandling av autoimmune lidingar. Dei regionale helseføretaka skal passe på at det blir etablert ein mest mogleg likeverdig behandlingspraksis både innetter i og mellom regionale helseføretak, i tråd med dei nasjonale faglege retningslinjene.

### **Styringsparametrar:**

#### *Skal rapporterast tertialvis*

- Prosentdel av epikrisar sende innan sju dagar etter utskriving (mål: minst 80 %).
- Prosentdel av korridorpatientar (mål: ~ 0).
- Prosentdel av strykingar av planlagde operasjonar (mål: < 5 %).

#### *Skal rapporterast i årleg melding*

- Prevalens av sjukehusinfeksjonar (mål: skal reduserast).
- Talet på helseinstitusjonar (somatiske sjukehus, institusjonar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarleg personell.

## **4.2 Prioritering**

Pasientar skal sikrast eit likeverdig tilbod av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsretteleiarane skal leggjast til grunn for å sikre einskapleg vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

### **Styringsparametrar:**

#### *Tertialvis rapportering*

- Prosentdel pasientar som får rett til nødvendig helsehjelp.

## **4.3 Pasientsikkerheit – trygge og sikre tenester**

Talet på feil og uønskete hendingar i helsetenesta skal reduserast. Det er eit leiingsansvar på alle nivå å sikre velfungerande system for melding av uønskete hendingar. Tilsette skal oppleve det trygt å melde, og meldingane skal følgjast opp ut frå eit system- og læringsperspektiv. Regionale helseføretak skal vere med på å utforme ein nasjonal pasientsikkerheitskampanje for å redusere uønskete hendingar på utvalde



innsatsområde i kampanjeperioden og leggje grunnlag for varige endringar. Det blir teke sikte på kampanjestart i løpet av seinhausten 2010 eller byrjinga av 2011.

Departementet går ut frå at dei regionale helseføretaka er kjende med og følgjer opp Helsetilsynet sin rapport "Sikker som banken... – sikrer helseføretakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften" (6/2009).

Vidare reknar departementet med at dei regionale helseføretaka følgjer opp resultatata etter tilsyn utført av Statens strålevern.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal delta i styringsgruppa som skal førebu pasientsikkerheitskampanjen. Styringsgruppa blir leidd av Helsedirektoratet.
- Helse Vest RHF skal sikre deltaking av fagpersonell i arbeidsgruppene som blir oppretta av Nasjonal eining for pasientsikkerheit, som er sekretariat for kampanjen.
- Helse Vest RHF skal sørge for at alvorlege hendingar i samband med pasientbehandlinga blir gjennomgått, og at gjennomgangen blir brukt til læring for å unngå liknande hendingar.

#### **4.4 Tilgjenge og brukarmedverknad**

Tenestene må vere tilgjengelege og innretta etter brukarane sine behov. Det inneber både fysisk tilgjenge, og tilgjenge knytt til kulturell og språkleg forståing. Dei regionale helseføretaka skal innanfor dei økonomiske rammene sine setje i verk tiltak for å redusere ventetidene til behandling, mellom anna gjere bruk av private aktørar der dette bidreg til å redusere ventetider på ein kostnadseffektiv måte. Avtalar mellom helseføretak og private kommersielle sjukehus skal ikkje ha eit omfang som undergrev pasientgrunnlaget for dei små offentlege sjukehusa.

Brukarar skal sikrast medverknad i eiga helsehjelp, og medverke i utviklinga av helsetenester på systemnivå.

Ei ny refusjonsordning for helsehjelp utanfor sjukehus i andre EØS-land vil tidlegast ta til å gjelde i 2010. Ordninga kjem til å gi norske pasientar større valfridom. Helsedirektoratet skal administrere ordninga. Dei regionale helseføretaka skal dekkje refusjonsutgiftene for dei tenestetypane dei har "sørge for"-ansvaret for, etter nærmare bestemte reglar.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka informerer pasientar og pårørande om klagerett.

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å betre informasjonen til publikum om dei mest vanlege behandlingstilboda ved sjukehusa.
- Helse Vest RHF skal utgreie / gå gjennom / vurdere ventetida for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal setjast i verk tiltak for å:
  - a) redusere ventetida for kirurgisk behandling av sjukleg overvekt.
  - b) redusere ventetida for pasientar med hjarteflutter.

### **Styringsparametrar:**

#### *Tertialvis rapportering*

- Prosentdel av ventetider på nettsida fritt sjukehusval som er oppdatert siste fire veker (mål: 100 %).
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor somatikk (mål: skal reduserast).
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduserast).
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor psykisk helsevern for vaksne (VOP) (mål: skal reduserast).
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB) (mål: skal reduserast).
- Prosentdel av pasientar som er vurderte innan 30 dagar (mål: 100 %).
- Prosentdel av pasientar innanfor BUP som er vurderte innan ti dagar (mål: 100 %).
- Prosentdel av rettigheitspasientar som får behandling innan 65 dagar i psykisk helsevern og/eller TSB for personar under 23 år (mål: 100 %).
- Talet på pasientar som har fått tildelt individuell plan (mål: skal aukast).
- Prosentdel av fristbrot for rettigheitspasientar (mål: skal reduserast).

## **5. Pasientbehandling**

Det er nødvendig med framleis utvikling og omstilling av spesialisthelsetenestetilbodet for å møte endringar i sjuklegheit, i alders- og befolkningssamansetning, ny medisinsk teknologi og endra pasientrolle. Arbeidet med ei betre arbeidsdeling mellom sjukehus skal vidareførast.

Ved omstilling av spesialisthelsetenestetilbodet må det leggjast til rette for gode prosessar. Lokale løysingar må utformast i samarbeid med brukarar, tilsette i føretaket, politisk leiing i berørte kommunar og kommunehelsetenesta.

Det er viktig at det finst gode tilbod når det gjeld palliativ pleie og hospice. Tilboda skal inngå som ein integrert og naturleg del av spesialisthelsetenesta og det samla helse- og omsorgstilbodet i kommunen.

Fagområdet ernæring inngår som ein del av både førebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av ei rekkje sjukdommar. Helseføretaka skal sikre at det blir lagt vekt på ernæring i det samla tenestetilbodet i spesialisthelsetenesta.

Arbeidet med oppfølging av strategiar skal halde fram i 2010. For 2010 gjeld blant anna følgjande strategiar for spesialisthelsetenesta: Nasjonal strategi for spesialisthelsetenester for eldre (2008–2012), Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2011), Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2011), Nasjonal strategi for KOLS-området (2006–2011), Strategiplan for kvinners helse (2003–2013), Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011), Nasjonal strategi for førebygging og behandling av astma og allergisjukdommar (2008–2012), Nasjonal strategi for førebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens (2008–2012) og Nasjonal strategi for førebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014).

### **5.1 Heilskapelege pasientforløp og samhandling**

Regionale helseføretak skal tilby pasientar og brukarar ei heilskapeleg teneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og med heilskapelege behandlingsskjeder og pasientforløp som sikrar god behandlingsskvalitet. Dei regionale helseføretaka skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkinga, ligg til grunn for utvikling av tenester og for utarbeiding av regionale planar. Erfaringar frå prosjekt som Pilotsjukehusprosjektet (partssamarbeidet) og andre samhandlingsprosjekt skal vektleggjast der dette er formålstenleg.

Dei regionale helseføretaka skal i utgangspunktet sørge for at fødeinstitusjonar blir haldne opne heile året. Sommar- og feriestengingar skal ikkje skje på grunn av økonomiske årsaker aleine. Det kan stengjast dersom det ikkje let seg gjere å avvikle lovpålagd ferie forsvarleg, men stengingsperioden skal gjerast kortast mogleg, og det skal setjast i verk nødvendige tiltak i samarbeid med kommunane for å sikre at tilbodet er forsvarleg.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal vidareføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planar for store pasientgrupper som pasientar med dei hyppigaste kreftformene, pasientar med hjerneslag og pasientar i tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Planane skal utviklast i eit forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetenesta og ulike nivå av sjukehusbehandling der dette er relevant. Planane skal identifisere viktige flaskehalsar, f.eks. kapasitet innanfor radiologi og laboratorietenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialistar og eventuelt anna helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetenesta. Relevante faglege retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogram (ulike krefttypar) og rapportar frå forløpsgruppene som vart etablerte i samband med samhandlingsprosjektet, skal leggjast til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er eit viktig element.
- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariablar/indikatorar på gode forløp utan uønskte brot og forseinkingar for pasientar med dei hyppigaste kreftformene, pasientar med hjerneslag og pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for

rusmiddelmissbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med dei regionale helseføretaka om dette.

- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka set i verk tiltak på systemnivå for at rettleiingsplikta overfor kommunehelsetenesta blir sikra. Dette inneber for eksempel å etablere system som sikrar godt tilgjenge til kompetent fagleg rådgiving for fastlegar og legar i vakt, og system som sikrar at kompetanseoverføring til kommunehelsetenesta er ein integrert del av all ambulant verksemd.
- Dei regionale helseføretaka får ansvar for følgjeteneste for gravide til fødeinstitusjon frå 1.1.2010.
- Helse Vest RHF skal følgje opp at helseføretaka gir samhandlings- og koordineringsfunksjonen ei tydeleg leiingsmessig og organisatorisk forankring.
- Helse Vest RHF skal greie ut korleis dei kan auke talet på polikliniske konsultasjonar for nyttilviste pasientar og redusere talet på kontrollar. Det skal i tillegg utgreiast kva for oppgåver og kva for kompetanse det er behov for i primærhelsetenesta for å samarbeide om dette. Frist for rapportering til departementet er 1.6.2010.
- Helse Vest RHF skal ha rutinar og kompetanse som sikrar at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet, og at rettleiingsoppgåva overfor kommunane blir sikra på ernæringsområdet.

#### **Styringsparametrar:**

*Skal rapporterast i årleg melding*

- Prosentdel pasientar med hjerneslag som får trombolyse ved kvart enkelt helseføretak.

## **5.2 Psykisk helsevern**

Det overordna målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengigheit, sjølvstende og evna til å meistre eige liv. Det er framleis behov for omstilling av psykisk helsevern frå hovudtyngd på døgn/institusjonsbehandling til meir utoverretta og ambulant teneste og oppfølging, og dei regionale helseføretaka skal derfor vidareføre arbeidet med omstilling slik at sjukehusfunksjonane blir spissa og dei distriktpsikiatriske sentra (DPS) blir i stand til å utføre dei oppgåvene som er forventa. Tilbodet til barn og unge skal prioriterast. Brukarmedverknad skal vere det berande prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noko som inneber at individuelle planar må bli meir utbreidd.

Departementet går ut frå at dei regionale helseføretaka er kjende med og følgjer opp Helsetilsynet sin rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009).

Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid med kommunehelsetenesta redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldande helselovgivning.

### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal evaluere effekten av avtalane om samarbeid mellom DPS/BUP og kommunane, mellom anna barnevernet. Evalueringa skal vurdere avtalane opp mot omstillingskravet og behovet for å utvikle konkrete samhandlingsmodellar.
- Helse Vest RHF skal som ledd i etableringa av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i dei psykiske helsetenestene setje i verk ein regional, forpliktande handlingsplan for å avgrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Oppgåva skal spesifiserast i eit eige brev.
- Rusmiddelproblem hos pasientar som blir tilviste til psykisk helsevern, skal undersøkjast, og det skal setjast i verk tiltak for å sikre at desse pasientane får eit heilskapleg behandlingstilbod for rusmiddelproblemet sitt.
- Helse Vest RHF skal bidra til Helsedirektoratet si kartlegging av behandlingstilbodet til menneske med eteforstyrningar når det gjeld kapasitet, kvalitet og tilgjenge. Direktoratet si kartlegging skal omfatte tilbodet på regionalt nivå, i helseføretak og DPS, i BUP, i privat regi, og i kommunane, jf. regjeringa sitt ønske om å styrkje behandlingstilbodet til pasientar med eteforstyrningar, med særleg søkjelys på barn og unge.
- Helse Vest RHF skal sørge for at gode erfaringar frå brukarbaserte tiltak kjem til nytte ved alle DPS, jf. relevante erfaringar frå prosjekta Brukerorienterte alternativer til tvang (SINTEF 2008) og Brukerstyrte plasser (Jæren DPS) o.a.
- Helse Vest RHF blir bedd om å vurdere å leggje til rette for å gi auka tilbod til personar med psykiske lidningar/problemstillingar innanfor ordninga "Raskare tilbake".

### **Styringsparametrar:**

*Skal rapporterast tertialvis*

- Talet på tvangsinnleggingar per 10 000 innbyggjarar og prosentdel av tvangsinnleggingar per institusjon (mål: skal reduserast).

*Skal rapporterast i årleg melding*

- Prosentdel ikkje planlagde reinnleggingar i akuttpsykiatriske avdelingar innan 30 dagar per 10 000 innbyggjarar (mål: skal reduserast).
- Prosentdel og tal på pasientar over 18 år behandla i sjukehus og DPS per 10 000 innbyggjarar fordelt på døgninnleggingar, dagtilbod, poliklinisk verksemd og ambulant teneste innanfor psykisk helsevern.

- Prosentdel og tal på pasientar over 18 år behandla i dagtilbod og poliklinisk verksemd (mål: skal aukast).
- Talet på konsultasjonar innanfor ambulant verksemd for barn og vaksne (mål: skal aukast med 10 %).
- Prosentvis fordeling av årsverk mellom sjukehus og DPS-tenester innanfor psykisk helsevern (mål: talet på årsverk innanfor DPS skal auke).
- Talet på årsverk for psykiatrar og psykologar i DPS per 10 000 innbyggjarar innanfor psykisk helsevern.

### **5.3 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)**

I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007–2010) skal kvaliteten og kapasiteten innanfor TSB, inkludert lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkjast for å redusere ventetider og sørge for eit samanhengande behandlingsforløp, slik at det ikkje oppstår ventetid mellom ulike delar av TSB (f.eks. avrusing og vidare behandling). Regionale helseføretak skal sørge for at LAR inngår som ein integrert del av anna TSB. Den helsefaglege kompetansen i TSB skal styrkjast.

Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattande psykiske lidningar. Arbeidet med å styrkje samhandlinga mellom psykisk helsevern og TSB skal halde fram. Forsking og kompetanse på rusfeltet skal styrkjast.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Bergen kommune bidra til å starte etableringa av ein eigen Rusakutt ved Bergen legevakt og eit eige mottak i regi av Helse Bergen HF.
- Helse Vest RHF skal i samarbeid med kommunane leggje til rette for behandlingførebuaende tiltak overfor rusmiddelavhengige som har fått rett til nødvendig helsehjelp innanfor tverrfagleg spesialisert behandling mens dei ventar på at behandling startar.

#### **Styringsparametrar:**

*Skal rapporterast i årleg melding*

- Talet på årsverk for legar, legespesialistar og psykologar i tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal aukast).
- Talet på barn som blir fødte av kvinner i LAR-behandling, og kva slags tilbod desse pasientane får.

### **5.4 Habilitering og rehabilitering**

Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjonen som dei overordna helse- og velferdspolitiske mål tilseier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og betre prioritert innetter i dei ulike tenesteområda. Retningsgivande for arbeidet er heilskaplege behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukarmedverknad, tilgjenge og likeverdigheit i tilbodet. Ein gjennomgang halvvegs i strategiperioden viser at arbeidet

med å gjennomføre fleire tiltak er godt i gang. Føresetnaden er at arbeidet som er påbegynt, og arbeid med område som gjenstår, blir fullført i løpet av dei to siste åra i strategiperioden.

Dei regionale helseføretaka skal sørge for at alle som har behov for habiliterings-/rehabiliteringstenester på spesialisert nivå, skal kunne få slike tenester til riktig tid.

Helsedirektoratet har gitt ut ein rettleiar for Habiliteringstenesta for vaksne og ein handlingsplan for habilitering av barn og unge. Departementet går ut frå at dei regionale helseføretaka følgjer opp tilrådingane i handlingsplanane og rettleiarane.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal styrkje rehabiliteringsfeltet som følgje av auka basisløyving, jf. Prop. 1 S (2009–2010).
- Helse Vest RHF skal i 2010 kjøpe tenester frå private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i minst same omfang som i 2009 for befolkninga.

### **5.5 Område med særskild vektlegging**

#### *5.5.1 Kronisk smerte*

Tilbodet til pasientar med kronisk smerte skal styrkjast når det gjeld kapasitet og kompetanse.

#### **Oppgåve:**

- Helse Vest RHF skal innan utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet ei oversikt over tilbodet til kroniske smertepasientar og planar for å styrkje dette.

#### *5.5.2 Kronisk utmattingsyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)*

Dei regionale helseføretaka skal sikre adekvat tilbod om diagnostikk, behandling og rehabilitering, mellom anna tilbod om lærings- og meistringskurs, til pasientar med CFS/ME. Tilbodet skal utviklast i samarbeid med kommunane og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME. Dei regionale helseføretaka skal ta i bruk det nyoppretta døgntilbodet til dei sjukaste pasientane med CFS/ME i Oslo Universitetssykehus HF.

#### **Oppgåve:**

- Helse Vest RHF skal utarbeide ein rapport med status over adekvate tilbod om diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasientar med CFS/ME. Rapporten skal vise kva for helseføretak som har tilbod til pasientgruppa, kva for type tilbod, talet på pasientar som er sende dit, og talet på pasientar som er gitt eit tilbod i helseregionen i 2009. Frist for rapportering er utgangen av 2. tertial 2010.

### 5.5.3 Organdonasjon/transplantasjon

Det er eit nasjonalt mål å auke talet på organtransplantasjonar til 30 donasjonar per mill. innbyggjarar.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å auke talet på tilgjengelege organ og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.

### 5.5.4 Cochleaimplantasjon/rehabilitering

Det er eit nasjonalt mål at volumet på cochleaimplantatoperasjonar skal vidareførast, og at CI-opererte får habilitering og rehabilitering.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal sikre tilstrekkeleg kapasitet for cochleaimplantasjonar, jf. nasjonale mål.
- Helse Vest RHF skal sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.

#### **Styringsparameter:**

*Skal rapporterast i årleg melding*

- Talet på cochleaimplantatoperasjonar.

### 5.5.5 Prehospitale tenester

Dei regionale helseføretaka skal sikre befolkninga i sin region nærleik til prehospitale tenester med god kompetanse og kvalitet.

#### **Oppgåve:**

- Helse Vest RHF skal sikre at helseføretaka innan 1.4.2010 oppfyller kompetansekrava i forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.
- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle nasjonale krav til ambulansetjenester som følgje av Noregs iverksetjing av direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy.

### 5.5.6 Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta

Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta skal bidra til å heve kvaliteten på helsetenestene som blir utførte, inkludert å utføre dei så kostnadseffektivt som mogleg gjennom oppbygging og spreiding av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta skal sikre kvalitet i heile breidda av helsetenesta, samtidig som ein følgjer opp spesialiserte oppgåver og nye trendar gjennom forskning og kompetanseoppbygging. Kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar skal i tillegg gi individuelle og familieretta tilbod.



Innan 1.3 2011 skal dei regionale helseføretaka rapportere på nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>. Rapporteringa skal vere behandla i dei faglege referansegruppene, og liggje til grunn for Helsedirektoratet sin årlege gjennomgang av rapporteringa frå dei regionale helseføretaka.

I tråd med oppdraget har dei regionale helseføretaka i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidd eit heilskapleg forslag til kva for nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse bør lokalisrast. Helsedirektoratet er bedd om å vurdere forslaget, og gi ei heilskapleg tilråding til departementet seinast 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrar at forslaget blir behandla i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte partar blir høyrde på ein formålstenleg måte, jf. brev av 17.3.2008.

**Oppgåve:**

- Helse Vest RHF skal iverksetje nytt styringssystem for nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta i tråd med og frå det tidspunktet departementet bestemmer.

*5.5.7 Landsfunksjonar, fleirregionale og overnasjonale funksjonar*

Det er eit nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar og eventuelt overnasjonale tilbod om høgspesialisert pasientbehandling. Målet med etablering av ein landsfunksjon eller ein fleirregional funksjon er å bidra til helsemessige tilleggsgevinstar for pasienten ved auka fagleg kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetenester og kostnadseffektivitet i nasjonal samanheng.

Innan 1.3.2011 skal dei regionale helseføretaka rapportere på lands- og fleirregionale funksjonar gjennom eit felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>. Rapporteringa skal vere behandla i dei faglege referansegruppene og liggje til grunn for Helsedirektoratet sin årlege gjennomgang av rapporteringa frå dei regionale helseføretaka.

I tråd med oppdraget har dei regionale helseføretaka i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidd eit heilskapleg forslag til kva for lands- og fleirregionale funksjonar det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse bør lokalisrast. Helsedirektoratet er bedd om å vurdere forslaget, og gi ei heilskapleg tilråding til departementet seinast 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrar at forslaget blir behandla i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte partar blir høyrde på ein formålstenleg måte, jf. brev av 17.3.2008.

**Oppgåve:**

- Helse Vest RHF skal iverksetje nytt styringssystem for lands- og fleirregionale funksjonar i tråd med og frå det tidspunktet departementet bestemmer.

### 5.5.8 Smittevern

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens (2008–2012) legg føringane for dei regionale helseføretaka og helseføretaka sitt arbeid med smittevern. Forsking på og overvaking av sjukehusinfeksjonar og antibiotikabruk er eit spesielt innsatsområde i oppfølginga av strategien i 2010. Departementet ber om at de regionale helseføretaka har god oversikt over kva som blir rapportert til regionale/nasjonale register, prevalensundersøkingar, talet på inngrep som blir overvaka prospektivt (insidens) i dei ulike føretaka, om data blir leverte til databehandlar innan fristen, og korleis data blir tilbakeførte for å kvalitetssikre tenesta i kvart enkelt helseføretak. I denne samanhengen har dei regionale helseføretaka ansvar for å leggje til rette for tekniske og personellmessige forhold for overvaking, og helseføretaka ansvaret for å levere kvalitetssikra materiale og kvalitetssikring i eiga verksemd.

#### **Oppgave:**

- Helse Vest RHF skal sørge for at det er tilstrekkelege ressursar til å rapportere og kvalitetssikre at data blir brukte til å evaluere klinisk praksis i einingar som rapporterer til NOIS-systemet. Alle føretak der det blir utført to eller fleire inngrep som inngår i NOIS, skal rapportere minst to prosedyrar til NOIS-systemet innanfor fastsette tidsfristar og med kvalitetssikra data.

### 5.5.9 Beredskap

Helse Vest RHF skal medverke til kvalitet og samhandling i sektorens beredskaps- og smittevernarbeid i samarbeid med kommunar, regionale helseføretak, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt, Strålevernet og andre samarbeidspartnarar.

#### **Oppgaver:**

- Helse Vest RHF skal handtere og følge opp erfaringar frå ny influensa A (H1N1).
- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaksgruppa har oppdaterte, innøvde og koordinerte beredskapsplanar med rutinar for å oppdage og varsle hendingar og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.

## **6. Utdanning av helsepersonell**

Utdanning av helsepersonell er eit sentralt verkemiddel for å sikre riktig kompetanse og nok helsepersonell i helsetenesta, både på kort og lengre sikt. Utdanningsoppgåver omfattar tiltak knytte til grunnutdanning, turnusteneste, vidareutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Leiingsforankring og god organisering og rettleiing av praksis- og turnusordningane bidreg til at helseføretaka framstår som gode og attraktive læringsarenaer. Etablerte samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjonar og samarbeidsavtalar legg rammer for utdanningsoppgåvene og tenester som skal ytast. Særleg merksemd bør rettast mot behov for nye tema i grunnutdanningane som oppfølging av nasjonale strategiar og satsingsområde.

Vedlegg 1 viser aktivitetskrava Kunnskapsdepartementet har sett til universitet og høgskular. Behovet for praksisplassar er noko høgare enn aktivitetskravet fordi opptaket reflekterer eit forventa fråfall i studietida. Samarbeidsorgana er viktige arenaer mellom anna for vurdering av talet på praksisplassar. Også som følge av auken i studieplassar i 2009 er det svært viktig at samarbeidsorgana blir brukte for å sikre tilstrekkelege og kvalitativt gode praksisplassar. Dei regionale helseføretaka har eit felles ansvar for tilrettelegging av praksisplassar for desentraliserte utdanningar og utdanningar som ikkje er etablerte i alle helseregionar.

Gjennom fordeling av legestillingar og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har dei regionale helseføretaka ansvar for at det blir utdanna nok legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane.

Stortinget vedtok i behandling av Ot.prop. nr. 83 (2008–2009), jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009) å endre helsepersonellova § 53. Helsedirektoratet får i oppdrag å utforme og etablere ny spesialistgodkjenningsordning med mål om at dei overtek saksbehandlinga i løpet av 2011. Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide vidare med organisering og vilkår for framtidig ordning med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialistar, og dei regionale helseføretaka vil bli involverte på eigna måte.

### **Oppgaver:**

- Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å bidra til auka utdanning i rekrutteringsutsette legespesialitetar, dvs. område med diskrepans mellom forventa behov og tilgang på spesialistar – eit eksempel er behov for onkologar. Det er formålstenleg at dei regionale helseføretaka samarbeider om denne oppgåva.
- Helse Vest RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunane, sørge for at det blir etablert nok læreplasser innanfor helsefagutdanninga og ambulansesarbeidarutdanningane. Talet skal rapporterast i årleg melding.
- Helse Vest RHF skal bidra i arbeidet med å etablere eit nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseføretaka.
- Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om eit pilotprosjekt om oppretting av kompetanseområde i palliativ medisin.

## **7. Forsking**

Forsking, forskarutdanning, formidling og oppfølging av forskingsresultat og innovative løysingar i tenesta er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tenestetilbodet som blir gitt, er trygt, kostnadseffektivt og gir ein helsegevinst.

### **7.1 Forsking**

Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forskning, mellom anna forskarinitierte kliniske intervensjonsstudiar av høg kvalitet og relevans i helseføretaka. Det er eit mål å sikre oppbygging av forskingskompetanse innanfor forskingssvake fagområde,

samtidig som det er viktig å stimulere forskingsmiljø av høg kvalitet slik at desse miljøa kjem i posisjon til å få eksterne midlar nasjonalt og internasjonalt, f.eks. gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studiar og for forskingsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Noreg. Mellom anna må ein etablere ei nasjonal oversikt over pågåande og slutførte kliniske studiar i helseføretaka.

Det er avgjort at ein skal øyremerkje til saman minst 15 mill. kroner av basisløyvinga som er tildelt over kap. 732, post 72–75 til forskning retta mot samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Med dette meiner ein forskning som bidreg til kunnskapsgrunnlaget for heilskapelege pasientforløp og meir koordinerte tenester for pasientane. Det bør vurderast om forskning på samhandling skal etablerast som ei felles satsing mellom dei regionale helseføretaka, forankra i Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning.

Det blir teke sikte på å etablere ein felles nasjonal database for registrering av vitenskaplege publikasjonar (Norsk vitkapsindeks) i helse-, universitets- og høgskole- og instituttsektoren frå 2011. Databasen skal brukast som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapleg publisering i helseføretaka. Det er ønskjeleg å innføre eit felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefagleg forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystem, og det kan vere aktuelt å knyte eit slikt klassifikasjonssystem opp til Norsk vitkapsindeks. Health Research Classification System (<http://www.hrcsonline.net/pages/front.>) blir vurdert til å kunne sikre dette.

#### **Oppgåver:**

- Helse Vest RHF skal bruke minst 3 mill. kroner til forskning retta mot samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene.
- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid med og i regi av Helse Sør-Øst RHF slutføre arbeidet med å etablere eit felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudiar (fase I–IV) i helseføretaka, jf. oppdrag i oppdragsdokumentet for 2009. Det bør sikrast koherens med dei systema som blir etablerte i dei regionale etiske komiteane for å registrere forskingsprosjekt (SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre system for registrering av kliniske studiar og forskning. Det skal gjennomførast eit arbeid for å vurdere om det er mogleg å klassifisere og rapportere alle forskingsprosjekt i helseføretaka etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.
- Helse Vest RHF skal bidra med nødvendig kompetanse og ressursar i utviklingsarbeid knytt til vidareutvikling av dei nasjonale systema for måling av forskingsresultat og ressursbruk til forskning og utvikling.
- Helse Vest RHF skal setje av nødvendige ressursar for etablering av Norsk vitkapsindeks i dei rapporteringseiningane som inngår i det nasjonale målesystemet for forskingsresultat.

### **Styringsparametrar:**

*Skal rapporterast i årleg melding*

- Årlege forskingspoeng berekna ut frå artikkelproduksjon og avlagde doktorgradar totalt for Helse Vest RHF (berekna av NIFU STEP).
- Årleg ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Vest RHF, mellom anna prosentdel til psykisk helse og rus (berekna av NIFU STEP).
- Prosentdel prosjekt og prosentdelen av tildelte midlar til forskingsprosjekt o.l. i Helse Vest RHF på utvalde prioriterte fagområde innanfor forskning, mellom anna rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandling. Rapporteringa skal omfatte alle helseføretak med forskingsaktivitet og skal baserast på elektronisk rapportering, jf. portalen <http://forskingsprosjekter.ihelse.net>.
- Talet på søknader, innvilga prosjekt og tildelte midlar frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram.
- Status og resultat under kvart fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom dei fire regionale helseføretaka (forankra i NSG), mellom anna etablert nettverk, koordineringsfunksjon og forskingsprosjekt med deltakarar frå fleire helseregionar.

### **7.2 Innovasjon**

Utvikling og implementering av nye produkt, diagnostikk- og behandlingsmetodar, tenester og organisatoriske løysingar i helsetenesta (innovasjon) er viktig for å auke offentleg verdiskaping gjennom auka kvalitet og kostnadseffektivitet i tenestene.

Under Stortinget si behandling av St.meld. nr. 7 (2008–2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* vart det bestemt at ein vil forlengje den pågåande satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, dersom det kjem ei positiv halvvegsevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskingsbasert innovasjon. Det er eit potensial for å utnytte den samla nasjonale kommersialiseringskompetansen betre, m.a. gjennom auka samarbeid med universitets- og høgskulesektoren.

### **Oppgåve:**

Helse Vest RHF skal bidra i arbeidet med å gjennomføre nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren.

### **Styringsparametrar:**

*Skal rapporterast i årleg melding*

- Talet på OFU- (ev. IFU-) kontraktar og tildelte midlar frå Innovasjon Norge.
- Talet på FORNY-prosjekt (kommersialisering av FoU-resultat), BIP-prosjekt (brukarstyrte innovasjonsprosjekt) og KBM-prosjekt (kompetanseprosjekt med brukarmedverknad) og dessutan tildelte midlar frå Noregs forskingsråd til innovasjonsprosjekt.
- Talet på registrerte oppfinningar (DOFI).
- Talet på patentsøknader og registrerte patent.

- Talet på lisensavtalar.
- Talet på bedriftsetableringar.
- Talet på forprosjekt finansierte av InnoMed.

## **8. Pasientopplæring**

For personar med kronisk sjukdom er god opplæring og meistring av sjukdommen like viktig som medisinsk behandling. Dei regionale helseføretaka skal sjå til at pasientar og pårørande som har behov for opplæring, får eit kvalitativt godt tilbod om dette. Slik opplæring kan gjennomførast i eit lærings- og meistringssenter eller i andre delar av spesialisthelsetenesta. Pasientopplæringa skal bidra til å gjere pasientane uavhengige, sjølvstendige og kunne meistre eige liv. Det er ein føresetnad at lærings- og meistringstiltak skal vere eit likeverdige samarbeid mellom brukarar og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.

### **Oppgåve:**

- Helse Vest RHF skal sjå til at helseføretaka sine tilbod om lærings- og meistringssenter er tilpassa pasientar med annan språkleg og kulturell bakgrunn og pasientar med ulike funksjonshemmingar, f.eks. pasientar med syns- og høyrselshemming.

## **9. Forholdet til Helsedirektoratet**

Departementet har i tildelingsbrev gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å handtere sentrale innsatsområde i spesialisthelsetenesta. Dette kan vere innspel som blir brukte som underlag for departementet si politikkkutforming eller tiltak som rettar seg mot dei regionale helseføretaka.

For at Helsedirektoratet skal kunne gjennomføre oppgåvene det er pålagt, er det svært viktig at direktoratet og dei regionale helseføretaka finn eigna samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2010 kva for oppgåver direktoratet vil søkje samarbeid med dei regionale helseføretaka om.

Departementet går ut frå at dei regionale helseføretaka bidreg til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskotet i 2010 blir på same nivå som i 2009.

## **10. Oppfølging og rapportering**

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåing av helsepolitiske mål.

Det går fram kva for styringsparametrar som skal rapporterast høvesvis tertialvis og i årleg melding. Dei styringsparametrane som skal rapporterast tertialvis saman med rekneskapstal i samsvar med rapporteringsmal, vil bli overleverte til det regionale helseføretaket i føretaksmøtet i januar 2010. Departementet legg til grunn at dei regionale helseføretaka bruker data frå Norsk pasientregister (NPR) når det er aktuelt. Dei regionale helseføretaka kan bruke NPR-data frå forrige tertial når det blir rapportert

om styringsparametrene. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterlegare informasjon dersom det er uklare punkt rundt somme styringsparametre.

Frist for å utarbeide rapport med status over adekvate tilbod om diagnostisering, behandling og rehabilitering av pasientar med CFS/ME er utgangen av 2. tertial 2010.

Dei regionale helseføretaka skal innan utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet ei oversikt over tilbodet til kroniske smertepasientar og planar for å styrkje dette.

Frist for å levere utgreiing på korleis dei regionale helseføretaka kan auke prosentdelen av polikliniske konsultasjonar for nytilviste pasientar og redusere talet på kontrollar, og utgreie kva for oppgåver og kompetanse det er behov for i primærhelsetenesta for å samarbeide om dette, er 1.6.2010.

I årleg melding skal det rapporterast om korleis det regionale helseføretaket har følgd opp oppgåver og styringsparametrar i oppdragsdokumentet for 2010. Rapporteringa skal følgje rapporteringsmalen som departementet har fastsett. Det skal gå fram av årleg melding at dei regionale brukarutvala har vore med i utforminga og har behandla rapporten. Frist for innsending av den årlege meldinga frå styret er 1.3.2011.

For nasjonale medisinske kompetansesenter og kompetansesenter for sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar skal dei regionale helseføretaka rapportere til Helsedirektoratet.

Det regionale helseføretaket har ansvar for at avvik frå gitte oppgåver og styringsparametrar blir melde til departementet når slik avvik blir kjende.

Helse Vest RHF skal kome med innspel til statsbudsjettet for 2012 innan 15.12.2010.

Rapporteringa 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 18. desember



Anne- Grete Strøm-Erichsen

## 11. Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**GRUNNUTDANNING** omfattar studium ved videregående skular, høgskular og universitet der elevane/lærlingane/studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei videregående skulane og for å sikre kvar enkelt sin rett til slik utdanning. I dei fleste fylke er det eit opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

**VIDAREUTDANNING** omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastset årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane (jf. Helsemod/ [www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Følgjande aktivitetskrav er fastsette for 2010/2011:

Helse region	Høgskule Universitet	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK-sjukepleie	Jordmor **
		Sjukepleie	Radio-grafi	Bio-ingeniør	Fysio-terapi	Ergo-terapi	Verne-pleie		
Helse Sør-Øst	Akershus	108					142	20	40
	Gjøvik	171	25					20	
	Hedmark	153						12	
	Lillehammer						23		
	Oslo	418	38	62	144	51		130	
	Østfold	136		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	160						37	
	Diakonhjemmet	114							
Helse Vest	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	126					25*		
	Vestfold	119						40	14
Helse Vest	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	194						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole Diakonhjemmet	70							
Helse Midt-Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	55	21
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord	Bodø	155						33	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25



Auka aktivitetskrav i Revidert nasjonalbudsjett 2009 i sjukepleie-, ABIOK- og jordmorutdanninga er vidareført i 2010.

Dei fleste ABIOK-utdanningane har ikkje årlege opptak, og aktivitetskrava for desse gjeld gjennomsnittleg studiepoengproduksjon. Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annakvart år til jordmorutdanninga. Det vil seie at det totale aktivitetskravet for jordmor ved dei statlege høgskolane er 80 i 2011/2012. For Diakonhjemmet Høgskole er det eit samla aktivitetskrav for ergoterapi og vernepleie på 106 60-studiepoengseiningar. I 1998 vart det inngått ein avtale mellom Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole, avdeling Rogaland om samarbeid for å dekkje behovet for vernepleiarutdanning i Nord-Rogaland. Avtalen vart fornya i 2002. Den inneber at dei to institusjonane alternerer (annakvart år) om å tilby 30 nye studieplassar til desentralisert vernepleieutdanning. Diakonhjemmet Høgskole Rogaland hadde første opptak i 1998, Høgskolen i Telemark i 1999 osv.

Behovet for praksisplassar er høgare enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonane som følgje av forventna fråfall må ta opp fleire personar enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganet må kome fram til kor mange praksisplassar det skal leggjast til rette for (jf. Instruks om dei regionale helseføretaka sitt forhold til universitet og høgskular, revidert 20. januar 2004). Regionale helseføretak har eit felles ansvar for tilrettelegging av praksisplassar for desentraliserte utdanningar og utdanningar som ikkje er etablerte i alle helseregionar, f.eks.

**audiografutdanninga** ved Høgskolen i Sør-Trøndelag med aktivitetskrav 31.

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

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	87	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	45	
Universitet i Tromsø	89	32	24

**TURNUSTENESTE** kompletterer grunnutdanninga og er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatane har helseføretaka som tenestestad. Helsedirektoratet (SAFH) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av dei regionale helseføretaka ([www.safh.no/lenker/turnus](http://www.safh.no/lenker/turnus)).

#### FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

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

For 2010 er fordelinga som følgjer:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillingar (overlege/avtalespesialist)					
Utdanningsstillingar (m.a. fordjupingsstillingar)					
" til disposisjon for RHF-et"	16	7	7	0	30
SUM	16	7	7	0	30

Tildelinga av ein ekstra kvote på tolv utdanningsstillingar for geriatrar i september 2009 skal vidareførast til same formål. Regionale helseføretak blir oppmoda om å prioritere bruk av ledige overlegestillingar til heimlar i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkeleg utdanningskapasitet.

Dei regionale helseføretaka skal vurdere fordelinga av overlegestillingar og LIS-stillingar. Det skal takast omsyn til nødvendig behandlingsskapasitet, rekruttering til utsette spesialitetar og ei optimalisering av spesialist-utdanningskapasiteten.

Dei regionale helseføretaka skal vurdere omdisponering av ubesette stillingar, før det blir tildelt nye stillingar til helseføretaka. For ikkje å svekkje utdanningskapasiteten i regionen gjeld dette også for utdanningsstillingar.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefordeling (NR) skal på basis av innrapporterte tal frå regionale helseføretak ha oversikt over stillingsstrukturen for legar i helseføretaka. Regionale helseføretak skal når det får

spørsmål, innrapportere korleis fordelte stillingar er brukte, og gi ei oversikt over ubesette og "ikkje fordelte" stillingar.