

# BESTILLERDOKUMENT 2005

0.	Innledning.....	1
1.	Tildeling av midler og ressursgrunnlag for Helse Midt-Norge .....	1
2.	Krav til ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret .....	6
2.1	Pasientbehandling .....	7
2.1.1	Kvalitet i tjenesten.....	9
2.1.2	Nærmere om særskilt prioriterte områder .....	11
2.1.3	Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling .....	16
2.2	Utdanning .....	18
2.3	Forskning .....	19
2.4	Brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende .....	19
3.	Sosial- og helsedirektoratets rolle .....	20
4.	Rapportering .....	20

## **0. INNLEDNING**

Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument er del av en helhetlig helsepolitikk. Bestillerdokumentet supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøte, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak.

Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud til alle. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon. De regionale helseforetak skal være med å realisere dette. Tjenesten skal preges av kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møtet med pasienten. I sitt arbeid for å oppnå dette skal de regionale helseforetakene ta utgangspunkt i:

- "Sørge for"-ansvaret (lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1a). Helseregionens befolkning skal tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder både private og offentlige institusjoner.
- Ansvaret for at sykehusene i helseregionen ivaretar de hovedoppgavene som er lagt til sykehusene; pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende (lov om spesialisthelsetjeneste § 3-8).

Helse- og omsorgsdepartementet ble opprettet 1. oktober 2004. Departementet har fått oppgaver knyttet til pleie- og omsorgstjenestene fra det tidligere Sosialdepartementet. Dette innebærer at departementet har ansvar for de utøvende helse- og omsorgstjenestene. Fra og med i år er styringslinjen overfor helseforetakene delt i to. Den skjer gjennom bestillerdokumentet og gjennom foretaksmøtet i januar. I dette dokumentet formuleres krav stilt til "sørge for"-ansvaret. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier.

Styret skal ha særskilt oppmerksomhet rettet mot den prioritet som skal gis de svakeste gruppene i samfunnet. Det vises særlig til behovet for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelmissbrukere. Dette skal reelt gjenspeiles i ressurs- og budsjett disponeringen for 2005, slik at den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.

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

Grunnlaget for Helse Midt-Norges inntekter er i all hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget og midler som overføres med grunnlag i disse vedtakene. Nedenfor redegjøres for hvilke ressurser Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Midt-Norge for 2005. Tildelte ressurser skal disponeres på grunnlag av de krav og vilkår som stilles i dette bestillerdokumentet.

Selv om bevilgningen på hvert enkelt kapittel og post utgjør et særskilt vedtak, skal Helse Midt-Norge bruke tildelte midler på en helhetlig måte. Premissene knyttet til det

enkelte vedtaket skal derfor oppfylles. Helse Midt-Norge skal derfor gjøre seg kjent med bakgrunnen for bestillerdokumentet gjennom budsjettokumentene for 2005.

#### *Formell tildeling av midler*

Helse Midt-Norge skal i 2005 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.1. Oversikt over første utbetaling i januar, og videre plan for departementets utbetalinger av tilskudd omtales i egen ekspedisjon til de regionale helseforetak.

#### *Riksrevisjonenes kontroll*

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

#### *Kap. 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene*

Det er særskilte forhold som gjør at det bevilges midler på en felles post til de regionale helseforetakene. Bevilgningen under post 70 dekker tilskudd til

- Lindrende behandling ved livets slutt. Midler til dette formålet fordeles til primærhelsetjenesten etter søknad
- Pasienttransport. Fra og med 2004 ble finansieringsansvaret for pasienttransport mv. overført til regionale helseforetak for å legge til rettet for desentralisert behandling. Midler til syketransport over denne budsjettposten skal dekke 75 pst. av totale utbetalinger på området. Den resterende andelen dekkes over kap. 732 post 80 som stilles til disposisjon til Rikstrygdeverket.
- Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. For 2005 dekkes 40 pst. av statens samlede bevilgning til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra m.m. gjennom dette basistilskuddet som utbetales via de regionale helseforetakene. Det vil bli gitt orientering om fordelingen av tilskuddet til den enkelte institusjon som er omfattet av ordningen.
- Omlegging av arbeidsgiveravgiften. Midlene er en kompensasjon for omlegging av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Dette er videreføring av en ordning som ble innført i 2004, hvor midlene da ble utbetalt gjennom foretakenes basisbevilgning.

Tabell 1.1

i 1 000 kroner

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge	Stortingets samlede bevilgning på posten
732	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71,72, 73, 74 og 75</i>	<sup>1</sup>	2 303 251
	70	Tilskudd til helseforetakene (pasienttransport og reiseutgifter)	224 091	(1 307 600)
	70	Tilskudd til helseforetakene (opptreningsinstitusjoner m.v.)	56 026	(366 918)
	70	Tilskudd til helseforetakene (omlegging av arbeidsgiveravgift)	51 481	(475 735)
	70	Tilskudd til helseforetakene (hospiceplasser)	Fordeles til primærhelsetjenesten etter søknad	(15 000)
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge, <i>kan overføres</i>	4 953 165	37 617 410 <sup>2</sup>
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	<sup>3</sup>	19 710 573
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	<sup>4</sup>	3 199 134
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra <i>kan overføres</i>	167 200	1 050 888
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	1 924 <sup>5</sup>	341 973
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	2 950 <sup>6</sup>	98 584
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	164 883 <sup>7</sup>	1 189 972

*Kap. 732, post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge*

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

Basisbevilgningen skal også sikre følgende:

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

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

<sup>3</sup> Samlet utbetaling skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet ikke på forhånd vet hvor stor utbetalinger over denne tilskuddsposten vil bli. For Helse Mid-Norge utgjør a kontoutbetalingene for 2005 2 841,8 mill. kroner. A kontobeløpet er basert på en anslått DRG-produksjon på 152 856 DRG-poeng og 27,4 mill. kroner i tilleggrefusjoner, inklusiv palliativ behandling og et uspesifisert tillegg på 33,1 mill. kroner. Det vises for øvrig til nærmere omtale i utbetalingsbrevet for januar. A konto utbetalingene baserer seg på en enhetspris på 30 325 kroner, jf omtale i St.prp. nr. 1 (2004-2005) og Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2004-2005).

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

<sup>5</sup> Av samlet bevilgning på posten tildeles de regionale helseforetakene 2,43 mill. kroner.

<sup>6</sup> Av samlet bevilgning på posten tildeles de regionale helseforetakene 16,25 mill. kroner.

<sup>7</sup> Av samlet bevilgning på posten tildeles de regionale helseforetakene 1 157,3 mill. kroner.

- Det skal settes av midler med tanke på søknader fra brukerorganisasjoner og andre relevante organisasjoner.
- For å styrke arbeidet med å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for beslutninger i spesialisthelsetjenesten bes hver av de regionale helseforetakene sette av 1,2 millioner kroner for bestilling av kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og annen støtte for å fremme kunnskapsbasert praksis fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Ammesenteret ved Rikshospitalet er en ressurs for hele landet. Helse Midt-Norge skal bidra med 0,2 millioner kroner som bidrag til tjenester senteret tilbyr til alle helseregioner.
- Tilskudd til incestsentrene videreføres i 2005 i påvente av Stortingets behandling av sak om ny organisering og finansiering av sentrene.
- Det forutsettes at samtlige godkjente donorsykehus har etablert ordning med en øremerket donoransvarlig lege og at sykehusene prioriterer tilstrekkelige ressurser til å ivareta potensielle donorer for organdonasjon.

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

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Det er en sentral målsetting at finansieringssystemet skal ha en slik kvalitet at det kan gi god styringsinformasjon når pengene skal fordeles fra de regionale helseforetakene til helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til Helse Midt-Norge avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Aktivitetsfinansieringen skal oppmuntre til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling. Det aktivitetsbaserte tilskuddet skal sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av departementets krav til aktivitet. ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn hvilke pasienter som skal tilbys behandling. Helse Midt-Norge må derfor bl.a. se til at de avtalene som inngås med helseforetak og private tjenesteleverandører er av en slik karakter at det ikke medfører uheldige prioriteringer. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Det forutsettes at det styres med dette som utgangspunkt. Refusjonene gjennom ISF-systemet skal baseres på reell aktivitet, og skal fastsettes i tråd med dette i forbindelse med endelig avregning 2006. Helse Midt-Norge bes ha et ledelsesmessig fokus på arbeidet med å høyne kvaliteten på den medisinske kodingen. Det vil bli gjennomført en grundig vurdering av omfanget av kodeforbedringer i 2004. Refusjonssatsen for ISF er økt fra 40 til 60 pst. i 2005. Basisbevilgningen reduseres tilsvarende. Det vises for øvrig til prisliste for ISF.

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

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive poliklinisk radiologi og laboratorievirksomhet. Det er en målsetting at refusjonssystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til bruk av poliklinisk behandling og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Fra 1. januar 2005 omlegges takststrukturen innen psykisk helsevern. Takstene vil også kunne anvendes både av offentlige og

private rusinstitusjoner, såfremt virksomheten har avtale med regionalt helseforetak. Det er en forutsetning at omleggingen til nye takster innen psykisk helsevern skal være budsjettneutrale, samt at inkluderingen av rusinstitusjonene skjer innenfor rammen av de midler som er overført til dette formålet. Departementet vil følge utgiftsutviklingen nøye og foreta korreksjoner i takstbeløpene dersom forutsetningen ikke oppfylles.

Stortinget har vedtatt endringer for dekning av utgifter til private laboratorie- og radiologitjenester slik at det kun ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom tjenesteyter og regionale helseforetak, jf. Ot.prp.nr.5 (2004-2005) og Inst.O.nr.35 (2004-2005). Lovendringen trer i kraft 1. september 2005, men de nye avtalene skal inngås innen 1. mai 2005. I budsjettet er det lagt opp til at takstene skal halveres og basisbevilgningen økes tilsvarende fra 1. mai 2005. Stortinget vedtok å utsette ikrafttredelse av lovendringen til 1. september. Den foreslåtte halveringen av takstene bør utsettes til samme dato. Dette vil innebære en flytting mellom budsjettkapitler. Et slikt forslag vil bli fremmet i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2005

*Kap 732, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, kan overføres*

Helse Midt-Norge skal gjennom basisbevilgningen og øremerket tilskudd ivareta sitt ansvar for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. I tilskuddet inngår også finansiering av kompetansesenter i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Formålet med tilskuddet er å bidra til å sikre

- Forskningsaktivitet i helseforetakene, samt å øke produktiviteten og kvaliteten på forskningen.
- Nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning i fagområder etablert som nasjonale medisinske kompetansesentra.
- Nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning i forhold til sjeldne funksjonshemninger og syndromer, og særskilte tilbud til brukere og deres familier.
- Klinisk undervisning av medisinerstudenter.
- Drift av kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger.

Fordelingen mellom tilskuddene fremgår av St. prp. nr. 1 (2004-2005).

*Kap. 743.70 Kompetans, e utredninger og utviklingsarbeid.*

Midlene tildelt Helse Midt-Norge over dette budsjettkapitlet skal brukes til drift av regionalt ADHD-team for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

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

Psykososialt team for flyktninger har ansvar for å bidra til kompetanse i psykisk helsevern. I samarbeid med andre relevante miljøer innen vold og traumefeltet skal teamet bidra til fagutvikling, veiledning og undervisning.

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

Tilskuddet skal sette Helse Midt-Norge i stand til å gjennomføre planlagt omstilling og styrking av psykisk helsevern. Midlene er øremerket tilskudd fra Opptrappingsplanen for psykisk helse og er fordelt mellom regionale helseforetak etter objektive fordelingsnøkler. I forhold til tilskuddet for 2004 er 66,8 mill. kr overført til kap 732.74. Midlene skal allikevel brukes til samme formål i 2005. Inkludert i tildelt beløp på 164,9 mill. kroner er det satt av 3,2 mill. kr. til subsidiering av sikkerhetsavdelingen ved Brøset.

## **2. KRAV TIL IVARETAKELSE AV "SØRGE FOR"-ANSVARET**

Lov om spesialisthelsetjenesten, lov om psykisk helse, lov om pasientrettigheter, lov om vern mot smittsomme sykdommer, lov om helseforetak og de regionale helseforetakenes vedtekter angir formål og oppgaver for foretakene. Dette innebærer blant annet at sykehusenes fire hovedoppgaver *pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende*, skal løses tilfredsstillende og i tråd med de resultatkrav bestillerdokumentet her setter opp, slik at det regionale helseforetaket ivaretar sitt samlede ansvar for å realisere de helsepolitiske målsettingene i helseregion Nord.

De regionale helseforetakene skal sikre ivaretagelse av plikten til å utarbeide individuell plan i samarbeid med kommunen for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det forutsettes likeverdig behandling av menn og kvinner for samme typer plager. Spesielle utfordringer knyttet til kvinners eller menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser. Det forutsettes nødvendig kunnskap om språk og kultur for å ivareta oppgavene på en god måte overfor den samiske befolkning og andre minoriteter. I dette inngår ansvaret for å tilrettelegge for tolketjenester når dette er nødvendig for å ivareta forsvarlig kommunikasjon. Rettskrav og plikter som følger av de fire oppgavene skal ivaretas. Videre skal frie ressurser disponeres på en skjønnsmessig god måte og i tråd med det ansvar det regionale helseforetaket har.

Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene foretar faglige prioriteringer som samsvarer med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter. De regionale helseforetak må derfor ha en klar analyse av eget tilbud og befolkningens behov innenfor de ulike tjenesteområdene. De regionale helseforetak må selv forestå den prioritering som er nødvendig innenfor de ressursene man har til rådighet. Helse Midt-Norge må redusere kapasitet på de områder der man i dag har overkapasitet. Frigjorte ressurser må kanaliseres til områder som i dag preges av mangelfullt utbygd tilbud. Det vises i denne sammenheng til prioriterte pasientgrupper.

## 2.1 Pasientbehandling

- *De regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. For psykisk helsevern medfører dette at ressursinnsatsen skal økes utover det som legges til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.*
- *Budsjettet legger til rette for at aktiviteten som omfattes av innsatsstyrt finansiering kan videreføre på samme nivå som i 2004.*

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

Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal gis tilbud om behandling innenfor rammen av de individuelle frister som settes. Rikstrygdeverket har utarbeidet rutiner for hvilke kontakter som tas mellom institusjoner som bryter fristen og Rikstrygdeverket. De regionale helseforetak skal inngå en avtale med Rikstrygdeverket om bruk av disse rutinene. Sosial- og helsedirektoratet vil følge utviklingen i ventetider, med særlig fokus på om fristbrudd rammer bestemte pasientgrupper. Tilbudet til psykisk helsevern og rusmiddelmisbrukere skal prioriteres. Helse Midt-Norge skal prioritere, og øke innsatsen på disse områdene. For psykisk helsevern medfører dette at ressursinnsatsen skal økes utover det som legges til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal være sterkere enn innen somatikken. Ventetiden for enkelte tverrfaglige spesialiserte behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere er fortsatt for lang, og det stilles krav til reduksjon i ventetid for disse. Det er i den sammenheng viktig å videreføre arbeidet med standardisering av rapporteringene som grunnlag for å følge utviklingen nærmere.

Helse Midt-Norge skal også prioritere pasienter med kroniske lidelse og pasienter med behov for habilitering og rehabilitering. Det skal være et godt tilbud om lindrende behandling og omsorg for mennesker i livets siste fase.

Økningen i ISF-andelen fra 40 til 60 prosent reduserer den økonomiske risikoen for regionale helseforetak ved økt aktivitet. Ved riktig prioritering av pasienter innenfor hver DRG-gruppe, skal ISF-satsen som gjennomsnitt likevel ikke dekke marginalkostnaden. Det betyr at basisbevilgningen vil være bestemmende for hvor stor ISF-aktiviteten kan være. Budsjettet for 2005 legger til rette for at aktiviteten i sykehusene kan videreføres på omtrent samme høye nivå som i 2004, jf. St.prp.nr.1 (2004-2005) og B.Innst.nr.S.nr.11 (2004-2005). Helse Midt-Norge må være oppmerksom på at ISF-aktivitet ut over dette nivået vil, av det som framkommer ovenfor, medføre bruk av basisbevilgningen som ikke er i tråd med ovennevnte krav til prioriteringer og regnskapsmessig balanse i 2005 på RHF-nivå.

Stortinget har fattet følgende vedtak, jfr. B.innst.S.nr.I (2004-2005): romertallsvedtak nr. XIII: "Stortinget ber Regjeringen komme tilbake i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2005 med en vurdering og forslag som sikrer kostnadskontroll, jf Hagen-utvalgets innstilling, og som sikrer at psykiatrisatsingen kan opprettholdes. I den forbindelse orienteres Stortinget om utviklingen i sykehusøkonomien."

#### *Omlægging av inntektssystemet for private laboratorier og røntgeninstitutt - overgangsordning*

Stortinget har vedtatt endringer for dekning av utgifter til private laboratorie- og radiologitjenester slik at det kun ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom tjenesteyter og regionale helseforetak, jf. Ot.prp.nr.5 (2004-2005) og Inst.O.nr.35 (2004-2005). Lovendringen trer i kraft 1.september 2005, men de nye avtalene skal inngås innen 1. mai 2005.

Det legges opp til en overgangsordning på to år som utformes slik:

1. Varighet: 1. september 2005 til 1. september 2007
2. Minimumsvolum kjøp fra private aktører blir målt som antall radiologiregninger og laborietakster pr regionalt helseforetak.
3. Dersom regionalt helseforetak overstiger minimumsvolumet, fastsetter foretaket forholdet mellom radiologi- og laborietakster selv.

Regionalt helseforetak kan allokere ressurser mellom laboratorie- og radiologivirksomhet. Et hensiktsmessig forhold kan være 1 radiologiregning = 15 laborietakster. For å kunne tallfeste minimumsvolumet før anbudsprosessene starter var det opprinnelig forutsatt at volumet for 2003 skal legges til grunn. Flertallet i sosialkomiteen har imidlertid lagt til grunn at de regionale helseforetak skal ta hensyn til veksten i 2004. Foreløpige aktivitetstall for 2004 er usikre og regionale helseforetak må derfor måtte anvende et visst skjønn i spørsmålet.

I det vedtatte budsjettet er det lagt opp til at takstene skal halveres fra 1. mai 2005. Stortinget vedtok å utsette ikrafttredelse av lovendringen til 1. september. Helse- og omsorgsdepartementet mener at den foreslåtte halveringen av takstene bør utsettes til samme dato. Dette vil innebære en flytting midler fra basisbevilgningen til kap. 732 post 76 og kap. 2711. post 76. Et slikt forslag vil bli fremmet i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2005. Helse- og omsorgsdepartementet ber om at de regionale helseforetakene legger de samme prinsippene om valgfrihet til grunn som innen fritt sykehusvalg.

#### *Avtalespesialister*

Helse Midt-Norge skal kartlegge innholdet og etablere et system for oppfølging av avtalene med private avtalespesialister. Det skal også foretas en vurdering av hvordan aktivitetsrapportering fra private avtalespesialister med driftsavtale brukes i planleggingen som ligger til grunn for oppfyllelsen av "sørge for"-ansvaret. Helse Midt-

Norge skal kommunisere denne vurderingen til departementet innen utgangen av februar 2005.

### 2.1.1 Kvalitet i tjenesten

#### *Prioritering*

*De regionale helseforetakene skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere mellom og innenfor ulike pasientgrupper.*

Pasientrettighetsloven fastslår at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal gis en individuell frist ut fra medisinsk forsvarlighet for når helsehjelpen etter senest skal gis. Forskrift om prioritering av helsetjenester (FOR 2000-12-02 nr. 1208) gir retningslinjer for hvordan det skal prioriteres. De som trenger det mest må følges spesielt opp. Mange forhold har gjort at grupper innen rus og psykisk helse tidligere ikke er gitt tilstrekkelig prioritet, og dermed at bestemmelser og retningslinjer fra Stortinget og øvrige myndighetsorganer ikke blir fulgt opp. Departementet vil også i denne sammenheng markere behovet for å gi disse gruppene spesiell prioritet.

Helse Midt-Norge skal fortsatt prioritere tjenestetilbud til mennesker med kreft, herunder behov for lindrende behandling, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere, tjenester til mennesker med psykiske lidelser og kroniske sykdommer, og tjenestetilbud innen habilitering og rehabilitering. Det skal etableres regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme. Det skal utvikles tilstrekkelig kompetanse i diagnostisering og behandling av barn, unge og voksne med ADHD, samt volds- og traumerammede. Helse Midt-Norge skal operasjonalisere disse styringskravene overfor sine helseforetak.

Data fra Norsk Pasientregister viser at det er store regionale forskjeller i andelen pasienter innen samme diagnosegrupper som gis rett til nødvendig helsehjelp. Forskjellene synes ikke å kunne forklares ut fra medisinsk forsvarlighet. Regionale helseforetak skal i 2005 sette i verk tiltak for mer likeartet prioritering av pasienter og rapportere disse til departementet.

Sosial- og helsedirektoratet vil bistå med å utvikle medisinsk faglige retningslinjer og annen veiledning om god prioritering til fagmiljøene. Direktoratet vil overvåke om variasjonene mellom regionene når det gjelder andelen rettighetspasienter endrer seg som følge av disse tiltakene.

Sosial- og helsedirektoratet vil i 2005 etablere et samarbeidsprosjekt med de regionale helseforetakene med siktemål å lage en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende praksis for prioritering. Arbeidet vil samspille med det felles prosjekt på prioriteringsområdet som allerede er etablert i de regionale helseforetakene. Innenfor rammen av strategien

for prioritering skal det identifiseres tiltak som kan bidra til riktigere prioriteringer. Helse Midt-Norge skal bidra i dette arbeidet.

#### *Kvalitet og metodevurdering*

*Helse Midt-Norge skal etablere og finansiere ytterligere et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005.*

Helse Midt-Norge skal arbeide kontinuerlig med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen, samt følge opp nasjonale tiltak som understøtter dette. Helse Midt-Norge skal delta i, og rapportere til, det nasjonale systemet for måling av kvalitetsindikatorer. Helse Midt-Norge skal øke innsatsen for å rapportere data av god kvalitet på de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Innrapporterte data skal være på institusjonsnivå.

Videre skal Helse Midt-Norge bidra til etablering og videreføring av nasjonale kvalitetsregistre og faglige retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av de medisinske tjenestene og bør således inngå som en del av det totale "sørge-for" ansvaret som er tillagt de regionale helseforetak. Hvert regionalt helseforetak skal sørge for etablering og finansiering av ett nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005, fortrinnsvis med utgangspunkt i eksisterende kvalitetsregistre som bør etableres nasjonalt. Det vil bli iverksatt en prosess for å forankre eierskap og databehandlingsansvar for nasjonale medisinske kvalitetsregistre i de regionale helseforetakene. For å sikre nasjonal koordinering av arbeidet, har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide en helhetlig plan med forslag til prioritering av eksisterende og planlagte nasjonale medisinske kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene og Nasjonalt Folkehelseinstitutt forutsettes å bidra i dette arbeidet. Tilskuddsmidler til drift av nasjonale kvalitetsregistre som tidligere ble fordelt av Sosial- og helsedirektoratet er fra 2005 overført de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge bes i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene om å ta et særskilt ansvar for å bidra til å sikre rammebetingelsene for etablerte kvalitetsregistre der eierskap til regionalt helseforetak ennå ikke er avklart.

De regionale helseforetakene skal planlegge, drive og utvikle sin virksomhet etter faglige retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringer og forskningsbaserte metoder for diagnostikk og behandling. Der det finnes klar dokumentasjon på sammenhengen mellom volum og kvalitet skal dette legges til grunn for organisering av tjenesten. De regionale helseforetakene skal koordinere sine bestillinger til Kunnskapssenteret og gå i dialog med senteret og Sosial- og helsedirektoratet tidlig i 2005 for å avklare de aktuelle prosjekter og forutsetninger for dette.

### *Faglig rammeverk*

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at minst 80 % av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskriving.*
- *Helse Midt-Norge skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter.*
- *Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling ved lårhalsbrudd.*
- *90 % av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner.*
- *Helse Midt-Norge skal sørge for at andel innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5 %.*
- *Helse Midt-Norge skal se til at tjenesten utøves innenfor helsefaglig lovgivning og rammeverk.*

Spesialisthelsetjenesten skal utøves innenfor faglig forsvarlighet og dokumentert god praksis. Det skal utvikles en tjeneste kjennetegnet av god kvalitet i alle ledd. For å styrke pasientsikkerheten har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Sosial- og helsedirektoratet utarbeide et nytt pasientsikkerhetsregister – et nasjonalt meldesystem hvor feil og uheldige hendelser i somatiske sykehus skal registreres. Det skal legges til rette for at fagmiljøene kan samarbeide med direktoratet, slik at det kan etableres et system som bidrar til læring og tryggere tjenester.

Det ble i 2004 stilt spesifikke resultatkrav til foretakene på de nasjonale kvalitetsindikatorerne som gjaldt antall korridorpasienter og liggetid før operasjon etter lårhalsbrudd. Departementet er tilfreds med at de fleste helseforetakene har gode resultater på disse kravene. Departementet ser det imidlertid som nødvendig å fastholde kravene. Det ble også stilt krav om at regionale helseforetak skal sørge for at minst 80 % av alle epikriser sendes pasientens fastlege innen 7 dager etter utskriving. Resultatkravet er langt fra oppfylt. Helse Midt-Norge skal i 2005 sørge for at dette resultatkravet oppfylles.

#### **2.1.2 Nærmere om særskilt prioriterte områder**

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

*Helse Midt-Norge skal realisere opptrappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Nord, og styre mot måloppnåelse i løpet av 2008.*

Den nasjonale styrkingen av tjenestetilbudet til mennesker med psykisk lidelser videreføres i 2005 i tråd med oppfølgingen av opptrappingsplanen for psykisk helse. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å ta et overordnet ansvar for å sikre iverksetting av opptrappingsplanen og følge opp helheten i gjennomføringen. For spesialisthelsetjenesten gjelder dette et ansvar for å overvåke, gi råd og ha gjennomføringsansvar på bestemte områder (jfr. Tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet). Oppfølgingen av planen skjer gjennom de tilskudd som årlig stilles til disposisjon med vilkår gjennom statsbudsjettet. St. prp. nr. 63 (1997-1998) og de

årlige stortings- og budsjettdokumenter ligger til grunn for de nasjonale målsetningene for satsningen. St.prp. nr. 63 (1997-1998) forutsetter godkjente planer for å motta øremerkede tilskudd. Utgangspunktet er de godkjente fylkeskommunale planene med departementets merknader. Departementet vil i 2005 ta initiativ til å tilpasse godkjeningsgrunnlag for nye regionale planer til erstatning for det gamle planverket. Departementet vil komme nærmere tilbake til hvordan dette skal gjøres tidlig i 2005.

De sentrale mål og føringer i forhold til omstrukturering og styrking ligger fast i forhold desentralisering av tjenesten og spesialisering av sykehusfunksjoner. Dette innebærer en forutsetning om at DPS-strukturen er på plass i løpet av 2006. Føringer i forhold til enkeltprosjekter, jamfør brev av 17.03.2003, legges til grunn for utbyggingen.

Formålet med desentralisering er først og fremst å legge til rette for å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Dette innebærer at pasienter og pårørende må betraktes som en viktig ressurs og samarbeidspartner i forholdet pasient-behandler. Departementet ser dette som en sentral utfordring å utvikle behandlingskulturer og holdninger i tjenesten med brukerperspektivet tydelig lagt til grunn. I løpet av 2005 tar departementet i samarbeid med de regionale helseforetakene sikte på å drøfte hvilke type resultatkrav som kan anvendes.

#### *Nærmere om bestilling for 2005*

Departementet vil presisere den betydelige politiske prioritet som er gitt til styrking av behandlingstilbudet denne pasientgruppen. Denne prioritet må også gjenspeiles i de øvrige budsjettprosesser i helseforetakene. Dette innebærer at ressursinnsatsen skal økes utover midlene til opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

Departementet har i brev av 15.09.2004 bedt de regionale helseforetakene om å påse at det ikke blir foretatt nedlegging av psykiatriske sykehjemssenger eller andre døgnplasser med begrunnelse at det er nødvendig å foreta en gjennomgang av boligbehovet i kommunene. Helse Midt-Norge må likevel vurdere ressurs- og kapasitetsfordeling mellom sykehusnivå og DPS-nivå. Dette innebærer å vurdere antall, og planlagt antall døgnplasser opp mot alternativ ressursbruk, hhv dagtilbud, poliklinikk og ambulante team. Det må sørges for at nedbygging av døgnplasser ikke skjer før et nytt og bedre tilbud er etablert i spesialisthelsetjenesten eller gjennom kommune avhengig av omsorgsnivå. Departementet vil følge dette videre opp etter at boliggjennomgangen i kommunene er foretatt.

Opptrappingsplanen forutsetter en styrking av kapasiteten ved poliklinikkene og reduserte ventetider for behandling. For 2005 legger departementet til grunn at Helse Midt-Norge må gjennomføre tiltak for å redusere ventetiden til poliklinisk behandling i forhold til 2004, med minst 10 pst. for voksne og 20 pst. for barn og unge. Det vises også til at det er et mål at ingen skal ha mer enn 10 dagers ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge.

Helse Midt-Norge må etablere ambulante team ved hvert helseforetak i 2005 og i løpet av 2006 ved hvert DPS. I løpet av 2005 må det legges til rette for utprøving av ambulerende akutt-team i utvalgte deler av regionen, og 24 timers akuttberedskap. Åpningstid og tilgjengelighet ved DPS må også vurderes generelt.

Det skal arbeides for å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Helse Midt-Norge må samarbeide med andre regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet om gjennomføringen av en handlingsplan, som legges fram i 2005, på dette området.

Helse Midt-Norge må i løpet av 2005 sørge for at det etableres samarbeidsavtaler mellom DPS og berørte kommuner med hensyn til oppfølging og utskrivning av enkeltpasienter og veiledning av 1. linjetjenesten.

Helse Midt-Norge må i løpet av 2005 sørge for at det etableres avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og fengsler i regionen om å styrke behandlingstilbudet for innsatte.

Departementet vil for øvrige vise til Sosial- og helsedirektoratets rolle og oppgaver i tilknytning til opptrappingsplanen for psykisk helse når det gjelder struktur og faglig innhold i tjenesten. I tillegg vil departementet presisere for Helse Midt-Norge behovet for å prioritere en oppgradering av behandlingstilbudet for enkelte pasientgrupper, og at direktoratet vil følge opp særskilte nasjonale tiltak i den forbindelse (herunder spiseforstyrrelser, dobbeltdiagnose, ADHD, selvmordsforebygging, vold og traumeutsatte etc).

Helse Midt-Norge skal sørge for at alle DPS etablerer kompetanse og tilbud for behandling av personer med dobbeltdiagnoser (samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet). Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 som oppdrag å initiere kompetansenettverk vedr. dobbeltdiagnoser på tvers av 1. og 2. linjetjenesten i samarbeid med kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at Helse Midt-Norge støtter opp om dette arbeidet.

#### *Tilbudet til rusmiddelmissbrukere*

*Helse Midt-Norge skal styrke kvaliteten på og øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere, herunder sørge for at alle rusmiddelmissbrukere som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling og som har behov for det også får vurdert sitt behov for somatisk og psykiatrisk behandling.*

De regionale helseforetakene skal videreføre og videreutvikle sitt ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere, herunder også legemiddelassistert rehabilitering, slik dette fremgår av de dokumenter som berører dette feltet og som er referert til i styringsdokumentet for 2004.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2005, på bakgrunn av resultatene av den helhetlige evalueringen av LAR, komme nærmere tilbake til den videre regulering av

LAR. Det forutsettes at LAR integreres i den øvrige tverrfaglige spesialiserte behandling for rusmiddelmissbruk, uavhengig av de eventuelle innholdsmessige endringene i reguleringen av LAR som nevnt ovenfor.

Helse Midt-Norge skal bistå Sosial- og helsedirektoratet og Universitetet i Oslo i arbeidet med å sikre og videreutvikle nødvendig grunnlagsdata innen rusfeltet. I dette ligger å tilpasse data fra rusmiddelinstusjonene til SAMDATA-systemet og sikre tertialsvis LAR-rapporteringer og årlig statusrapporter for LAR-pasienter.

Stortinget har bedt Regjeringen legge fram en evaluering av rusreformen etter tre års virketid, dvs. ved utgangen av 2006. Departementet har på denne bakgrunn gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sørge for gjennomføring av en evaluering, og har i oppdragsbrevet pekt på følgende overordnede tema som bør gjøres til gjenstand for nærmere undersøkelser: Samordning av tjenester, henvisning, "sørge for"-ansvaret og økonomi samt pasientrettigheter.

Helse Midt-Norge skal bidra til økt kvalitet i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, herunder beskrive og videreutvikle innholdet i det tverrfaglig spesialiserte behandlingstilbudet. Det er i denne sammenheng viktig med fokus på at rusmiddelmissbrukere gis et helhetlig tilbud fra de ulike deler av spesialisthelsetjenesten, samtidig som samhandling med den kommunale helse- og sosialtjenesten ivaretas. Krav til individuell plan og gode utskrivingsrutiner er sentrale elementer i denne sammenheng. Det vises til strateginotatet "Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier."

Mange rusmiddelmissbrukere har ved siden av sitt rusmiddelproblem til dels omfattende psykiske lidelser. Når det gjelder tilbudet til mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk, anses dette som et særskilt viktig satsingsområde. Det vises også til omtale under Opptappingsplanen for psykisk helse. Helse Midt-Norge må sørge for at alle pasienter som har behov for behandling både for rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse, gis tilbud om dette innenfor en helhetlig og samordnet ramme. Det skal utvikles konkrete tiltak for ivaretagelse av dette innsatsområdet.

En arbeidsgruppe ledet av Justisdepartementet har utredet muligheten for å etablere prøveprosjekter med Dommerledet narkotikaprogram ("Drug Court") i Norge. Med forbehold om endelig behandling av saken, bes de regionale helseforetakene om å legge forholdene til rette for at rusmiddelmissbrukere kan delta i prøveprosjekter fra oppstartstidspunkt.

*Helse Midt-Norge skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering.*

Helse Midt-Norge skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstjenester til de pasienter som trenger det, herunder nødvendig utredning, kartlegging, trening, opplæring og veiledning av pasienter/pårørende og personell. Tiltak beskrevet i strategiplan for habilitering av barn og tiltak i handlingsplan for rehabilitering av hørselhemmede skal følges opp. Tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade skal styrkes.

I 2005 skal 40 pst av statens samlede bevilgning til opptreningsinstitusjoner utbetales som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. Opptreningsinstitusjonene forutsettes å få hele sin finansiering gjennom de regionale helseforetakene fra 2006. De regionale helseforetakene skal forberede avtaler med institusjonene om hvilke oppgaver institusjonene skal yte og prisen på tjenestene. Avtalene forutsettes å gjelde fra 01.01.2006. Helse Midt-Norge skal inngå avtaler minst tilsvarende det beløp som blir overført.

Veiledning til kommuner ved utflytting av unge personer fra eldreinstitusjoner skal ivaretas av Helse Midt-Norge ved behov. Noen kommuner har gjennom prosjekt ved Valnesfjord helsesportsenter og MuritUNET – Senter for meistring og rehabilitering fått veiledning når det gjelder slik utflytting. Prosjektet ble avsluttet ved utgangen av 2003. Helse Midt-Norge må vurdere kjøp av tjenester for ivareta dette ansvaret.

Det skal settes av tilstrekkelige ressurser til å ivareta funksjonshemmedes og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester. Veiledningsansvaret overfor familier med funksjonshemmede barn understrekes. Kapasiteten forutsettes opprettholdt på minst samme nivå som i 2004. Det skal legges til rette for ambulante team i det omfang som er nødvendig.

Det regionale helseforetaket skal, i samarbeid med kommunen, vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede barn for å kunne muliggjøre valg av treningsmetoder, herunder Doman-metoden. De regionale helseforetakene skal samarbeide slik at det blir størst mulig likhet i vurderingene, slik at barn med forholdsvis like problemstillinger blir behandlet mest mulig likt, uavhengig av hvor i landet de bor.

Helse Midt-Norge skal sørge for nødvendig kunnskap om samisk språk og kultur for å kunne ivareta rehabiliteringsoppgaver for den samiske befolkning.

### 2.1.3 Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling

#### *Lokalsykehus*

*Det skal utarbeides helhetlige strategier som skal klargjøre planene for utviklingen framover for de enkelte lokalsykehus i helseregionen. Planene skal være basert på lokalsykehusenes nærhet til pasientene og primærhelsetjenesten, og innrettes mot behovene i de store sykdomsgruppene. Planene skal klargjøre lokalsykehusenes rolle i en helhetlig strategi, inkludert regionale funksjonsfordelinger, og helhetlige beredskapsopplegg.*

Det skal være likeverdig og tilstrekkelig tilgang på grunnleggende sykehustjenester av god kvalitet i hele landet, der dagens struktur for lokalsykehus i hovedsak forutsettes opprettholdt. Lokalsykehusene skal være trygghetsbase for befolkningen. Alle lokalsykehus skal kunne ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller. Behandlingskjeden for ulike pasientgrupper skal deretter klargjøres i et helhetlig regionalt opplegg.

Lokalsykehusenes rolle og oppgaver skal fortrinnsvis konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten, som f. eks. tjenester innen indremedisin, psykiatri, rehabilitering, tjenester til syke eldre. Lokalsykehusene skal utnytte sitt fortrinn i nærhet til pasienter, pårørende og primærhelsetjeneste, og utvikle desentraliserte tjenestetilbud og samhandlingstiltak til beste for pasientene, sammen med kommunene i nedslagsfeltet.

De store sykehusene skal utvikle lokalsykehusfunksjonen, herunder samordning av behandlingsforløpene innad i sykehuset, og kontakt og samarbeid med primær- og sosialtjenesten. Strategien skal utarbeides i samarbeid med brukerne, og lokale og regionale politiske aktører skal trekkes inn. De regionale helseforetakene skal ivareta en felles overordnet samordning av arbeidet.

#### *Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med primærhelsetjenesten*

*Det skal utarbeides en strategi for samhandling og desentralisering basert på anbefalingene i rapporten som ble lagt fram av Nasjonal gruppe for samhandling i oktober 2004. På dette grunnlag, og i samarbeid med brukere og primærhelsetjenesten skal det utarbeides konkrete tiltak.*

Pasientene skal oppleve helhetlige behandlingsskjeder. Pasienter med sammensatte behov skal ha tilbud om integrerte tjenester basert på individuelle behov. Pasienter med behov for tett oppfølging og behandling over lang tid bør ha tilgjengelige tjenester desentralt, der dette er faglig forsvarlig og kostnadmessig akseptabelt.

Samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i mange tilfeller ikke god nok. De regionale helseforetak skal derfor ha et fokus på dette, og de skal utforme overordnede strategier for samhandling. Det vises til rapporten fra de regionale helseforetakenes strategigruppe for samhandling og desentralisering av oktober 2004 og til rapporten *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og*

*spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill*, utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra KS. Arbeidet skal ta utgangspunkt i hva som er tjenlig for pasientene, og tilnæringsmåte og konkretisering av tiltak skal skje i et likeverdig samarbeid med brukerne og kommunehelsetjenesten. De regionale helseforetakene må sikre at pasienter som har størst behov for samordning av tjenester blir prioritert, og sørge for at helseforetakene bidrar aktivt til at pasienter i disse gruppene får tilbud om individuell plan. Dette gjelder f. eks. syke eldre, rusavhengige og psykisk syke, funksjonshemmede og kronisk syke.

#### *Smittevern og beredskap*

*Helse Midt-Norge skal følge opp handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006.*

Fokusområder i handlingsplanen er;

- overgang fra prevalens- til insidensregistrering
- bidra i gjennomføringen av en håndhygienekampanje
- definere behovet for smittevernpersonell og utvikle smittevernkompetanse
- vurdere behovet for isolater i henhold til isoleringsveilederen og følge opp denne
- oppdatere foretakenes infeksjonskontrollprogram og internrevidere disse, samt overvåke antibiotikaforbruket.

De regionale helseforetakene skal iverksette og vedlikeholde tuberkulosekontrollprogrammene og organisere tuberkulosekoordinatorer for å sikre en tilfredsstillende kontroll.

Det skal være fokus på smittevernberedskap, herunder beredskap mot pandemisk influensa, sars og lignende. Arbeidet skal utføres i en bred beredskapssammenheng. Det skal være klare ansvarslinjer og prosedyrer for beslutninger om disponering av egne ressurser i en beredskapssituasjon. Det skal etableres klare prosedyrer for samhandling med primærhelsetjenesten. Helseforetaksgruppen skal ha en tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.

Forsvarlighet og beredskap knyttet til Luftambulansetjenesten ANS er innenfor de regionale helseforetaks "sørge for"-ansvar. Det skal derfor være systemer for å sikre tilstrekkelig sikkerhet for at dette ivaretas.

#### *Høyspesialisert medisin – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra*

*Helse Midt-Norge skal samarbeide om lokalisering av funksjoner som det ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner, samt etablere nødvendige avtaler om kjøp av høyspesialiserte tjenester.*

Helse Midt-Norge skal rapportere til eier med kopi til Sosial- og helsedirektoratet på virksomheten til de ulike landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. Helse Midt-Norge er tillagt ansvar for, i tråd med rundskriv I-19/2003.

### *Kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger*

Det er iverksatt en prosess for tilknytning av kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger og syndromer til de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge skal sikre rapportering i tråd med de krav som stilles av Sosial- og helsedirektoratet, som er faglig rådgiver for helse- og omsorgsdepartementet på dette området.

## **2.2 Utdanning**

Helse Midt-Norge skal

- inngå rammeavtaler/avtaler mellom høyskoler og universitet i regionen
- i samarbeidsorganet og gjennom inngåtte rammeavtaler/avtaler, med utgangspunkt i aktivitetskravene (vedlegg 2), opprette det antall praksisplasser for helsefagstudenter det er behov for
- rapportere hvor mange medisinerstudenter som har deltatt i den kliniske undervisningen
- fortløpende melde endringer i stillingsstrukturen for leger til databasen i sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefordeling

Utdanning av helsepersonell er en hovedoppgave for helseforetakene. Helseregionens ivaretagelse av utdanning er en forutsetning for at fremtidens helsepersonell kan yte forsvarlig og best mulig pasientbehandling. Helse Midt-Norge skal sørge for et kvalitativt godt tilbud og tilstrekkelig kapasitet i utdanningen av helsepersonell som har spesialisthelsetjenesten som læringsarena. Dette gjelder for helsepersonell i grunnutdanning, turnus, videreutdanning og etterutdanning.

Helse Midt-Norge skal sørge for et kvalitativt godt tilbud og tilstrekkelig kapasitet for praksisundervisning av studenter i grunnutdanning i helseregionen. Helse Midt-Norge har tilsvarende forpliktelser ovenfor turnuskandidater, og det tilrettelegges for turnustjeneste også ved de mindre lokalsykehusene. I vedlegg 2 gis en oversikt over aktivitetskravene for helsefagstudenter fordelt på høyskoler i regionen, og Samarbeidsorganet skal med utgangspunkt i aktivitetskravene komme frem til det antall praksisplasser det må legges til rette for i regionen. Helse Midt-Norge skal gjennom Samarbeidsorganet og inngåtte rammeavtaler/avtaler sikre et godt, forpliktende samarbeid med høyskoler og universitet, f.eks i forbindelse med praksisundervisningen, jf. vedtektenes §§ 6 og 13 samt instruks til styret om forholdet til høyskoler og universiteter.

Helse Midt-Norge skal sørge for videreutdanning og etterutdanning av helsepersonell. Videreutdanning til legespesialist ivaretas gjennom videreføring og oppretting av nye assistentlegestillinger. Den samlede kapasitet for utdanning i de sykehusbaserte spesialiteter skal opprettholdes i regionen, og Helse Midt-Norge er tildelt 14 nye assistentlegestillinger for 2005. Det er en stigende etterspørsel etter intensivsykepleiere, og en stigende gjennomsnittsalder for anesthesi- og operasjonssykepleiere. Helse Midt-Norge skal planlegge videreutdanningen av

sykepleiere med tanke på å møte disse utfordringene. Etterutdanning kan bidra til bedre samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, og Helse Midt-Norge oppfordres til å øke bruken av hospitantordninger (f eks praksiskonsulenter). Fagområdet legemiddelterapi skal vektlegges i etterutdanningssammenheng.

### 2.3 Forskning

Det skal etableres tiltak for å sikre at krav til kvalitetssikring og habilitet ivaretas ved fordeling av tilskudd til forskning gjennom samarbeidsorganet.

De regionale helseforetakene skal prioritere forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. Det er behov for en økt satsing samt tiltak for å styrke forskning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere. Ressursbruk og tiltak for å styrke forskning innenfor disse områdene skal dokumenteres særskilt. Det skal legges til rette for økt rekruttering fra profesjonsutdanningene til forskning, herunder dobbeltkompetanseprosjektet med kombinert spesialist- og forskerutdanning i psykologi. Det forutsettes at de regionale helseforetakene følger opp nasjonalt system for måling av forskningsresultater. De regionale helseforetakene skal, gjennom felles strategisk satsing på forskning, prioritere etablering av felles mal for måling av innsatsfaktorer til forskning. For å sikre nasjonal samordning av forskning, vises det til etablering av nasjonalt samarbeidsorgan med representanter fra de regionale helseforetakene, universitetene, Folkehelseinstituttet, Norges forskningsråd, Sosial- og helsedirektoratet og kunnskapssenteret. De regionale helseforetakene forutsettes å ivareta kjønnsperspektivet og bevisstgjøring av kjønnsforskjeller i klinisk forskning, samt bistå Norges forskningsråd i utarbeidelse av en rapport om forskning på kvinners helse.

### 2.4 Brukermidvirkning og opplæring av pasienter og pårørende

*Helse Midt-Norge skal sørge for at det gis et helhetlig opplæringstilbud til pasienter og pårørende med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke systematisk gjennom sine erfaringer i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak.*

God opplæring er en forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom, og for å hindre forverring av helsetilstanden. Foretakene er gjennom lov pålagt opplæring av pasienter og pårørende, gjerne ved bruk av lærings- og mestringssentra. Opplæringen bør omfatte livsstilsveiledning der dette er relevant. Videre bør dette være en del av en felles kommunikasjonsstrategi for helseforetakene. Strategien skal bidra til at kommunikasjon skal brukes målrettet og effektivt som verktøy for å nå de helsepolitiske målsetningene.

Lærings- og mestringssentra ivaretar et opplæringstilbud for pasienter og pårørende. Disse bygger på en likeverdig kobling av kompetanse mellom erfarne brukere og tverrfaglig personell. I helseforetak som dekker et stort geografisk område, bør det være flere lærings- og mestringssentra, slik at dette tilbudet er lett tilgjengelig for

personer med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, og for deres familier. Etter etableringsfasen av sentrene skal det satses på å utvikle nye, og å kvalitetssikre eksisterende tilbud.

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

Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet i 2005 bidra til å håndtere sentrale innsatsområdet innen spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig:

- Utviklingen av behandlingsskapiteten innenfor spesialisthelsetjenesten. Sentrale spørsmål er knyttet til tilgjengelig, underkapasitet, overkapasitet i relasjon til ny pasientrettighetslov og prioriteringsforskriften.
- Vurderinger av dagens behandlingstilbud. Identifisere eventuelle tilbud med manglende dokumentert effekt.
- Overvåking av nye behandlingsmetoder og kostnadsimplikasjoner på kort og lengre sikt.
- Utarbeidelse av faglige retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer som bidrar til at spesialisthelsetjenesten benytter effektive behandlingsmetoder.
- Innsamling og bearbeiding av data.
- Bistå departementet i prioriteringss spørsmål. Fokuser på tiltak som fremmer god prioritering i spesialisthelsetjenesten, og som utvikler prioriteringsforskriften til et praktisk verktøy for utøverne av tjenesten.

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

Departementet har bedt direktoratet om å konkretisere gjennomføring av disse oppgavene i brev til de regionale foretakene.

### **4. RAPPORTERING**

Rapporteringen gjennom plan- og meldingssystemet skal:

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

Det gjøres oppmerksom på at departementet ved manglende rapportering og/eller avvik ift. målsettinger og prognose, kan iverksette kontroll med at midler nyttes etter

forutsetningene jf. Stortingets bevilgningsreglement § 17. Avvik fra resultatkrav og målsettinger skal meldes til departementet når slike avvik blir kjent.

I årlig melding (helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15) skal det rapporteres på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2005. Det vises til vedlegg for de rapporteringspunkter, frekvenser og skjemaer som gjelder for resultatkrav satt i dette dokumentet. Helse Midt-Norge skal rapportere månedlig på aktivitet. Tertialrapporter skal være forelagt styret i det regionale helseforetaket før innsendelse. Frist for innsending av styrets melding for 2005 settes til 15. februar 2006.

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

Helse Midt-Norge skal komme med innspill til budsjett for 2007 innen 15. desember 2005. Departementet vil komme tilbake med en nærmere konkretisering av dette.

Oslo, 11. januar 2005

Ansgar Gabrielsen