

Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2009 Helse Midt-Norge RHF

HELSE  **MIDT-NORGE**



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. TILDELING AV MIDLER TIL HELSE MIDT-NORGE RHF	4
3. PASIENTBEHANDLING	8
3.1 Aktivitet.....	8
3.2 Kvalitet.....	9
3.2.1 Behandlingskvalitet.....	9
3.2.2 Pasientsikkerhet.....	10
3.2.3 Prioritering.....	11
3.2.4 Tilgjengelighet.....	11
3.2.5 Brukermedvirkning.....	12
3.3 Områder med særskilt fokus.....	13
3.3.1 Samhandling	13
3.3.2 Akuttmottak	14
3.3.3 Lokalsykehusenes akuttfunksjoner.....	14
3.3.4 Avtalespesialister	14
3.3.5 Fødselsomsorg	15
3.3.6 Studenthelsetjeneste	15
3.3.7 Psykisk helsevern.....	16
3.3.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	17
3.3.9 Barn som pårørende.....	18
3.3.10 Rehabilitering og habilitering	19
3.3.11 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv.....	20
3.3.12 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten.....	21
3.3.13 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner.....	22
3.3.14 Helsepersonells reservasjonsrett vedrørende assistert befruktning til lesbiske.....	23
3.3.15 Beredskap og smittevern.....	24
4. UTDANNING AV HELSEPERSONELL.....	25
5. FORSKNING	26
5.1 Forskning	26
5.2 Innovasjon	28
6. Pasientopplæring.....	28

7. Forholdet til Helsedirektoratet	29
8. Oppfølging og rapportering.....	29
Vedlegg 1: Styringsvariable/indikatorer/måltall.....	31
Vedlegg 2: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	33

1. INNLEDNING

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Midt-Norge RHF for 2009 til disposisjon for det regionale helseforetaket. Helse Midt-Norge RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet. Det overordnede målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, mens de regionale helseforetakene er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Dette omtales som "sørge for" – ansvaret. Midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle "sørge for" – ansvaret. Det er lagt inn en betydelig budsjettmessig vekst i 2009 og det legges til grunn at denne veksten, økt effektivitet og bedre samhandling skal føre til en reduksjon i ventetidene for noen grupper. Det er en forutsetning at alle de regionale helseforetakene skal gå i balanse i 2009.

Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Kjønnsperspektivet skal ivaretas i forebygging, behandling, forskning og tjenesteutvikling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrerg grupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. De regionale helseforetakene skal sikre forutsigbarhet og langsiktighet i avtalene med de private sykehusene.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. De regionale helseforetalene skal påse at det er etablert systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Systemene skal være dokumenterte. Helsetilsynet følger med på hvordan tjenestene og helsepersonellet utøver sin virksomhet og griper inn når virksomheten utøves i strid med lovgivningen. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at de underliggende helseforetakene er organisasjoner som lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

I spesialisthelsetjenesten skjer det stadig endringer og omorganiseringer. Helsetilsynet har pekt på at en i slike sammenhenger har observert at det har forekommet nedskjæringer på samme tjenesteområdet i flere helseforetak i samme helseregion, uten at dette er sett i sammenheng. Det må foretas konsekvensutredninger i disse

endringsprosessene, slik at de regionale helseforetakenes "sørge-for" ansvar blir ivaretatt.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.

Oppdragsdokumentet har en oppbygning der de langsiktige og overordnede målene blir omtalt i en innledning under hver overskrift. Deretter følger styringskravet for 2009 som skal bidra til å oppfylle de langsiktige målene. Styringskravene er formulert som styringsvariabler og tiltak til oppfølging.

2. TILDELING AV MIDLER TIL HELSE MIDT-NORGE RHF

Grunnlaget for Helse Midt-Norge RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Helse Midt-Norge RHF skal i 2009 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1. Oversikt over første utbetaling i januar, og videre plan for departementets utbetalinger av tilskudd omtales i egne brev til de regionale helseforetak.

Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 10 der departementet og Riksrevisjonen kan iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene.

Tabell 1 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner).

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge
719	70	Hivforebygging, smittevern mv.	1 500
726	70	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige. Tilskudd	1 640
732	70	Tilskudd til helseforetakene (tilskudd til turnustjeneste), <i>kan overføres</i>	4 800
	70	Tilskudd til helseforetakene (omlegging av arbeidsgiveravgift), <i>kan overføres</i>	23 594
	70	Tilskudd til helseforetakene (pensjoner til private), <i>kan overføres</i>	1
	70	Tilskudd til helseforetakene (nasjonale medisinske kvalitetsregistre), <i>kan overføres</i>	5 000 ²
	70	Tilskudd til helseforetakene (akuttnettverket), <i>kan overføres</i>	3
	74	Tilskudd til Helse Midt RHF, <i>kan overføres</i>	10 043 940
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	4
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	5	
78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	92 700	
79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	98 600	
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	324 000	

¹ Bevilgningen på 320 mill. kroner vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene på et senere tidspunkt.

² Fordeling av midler på resterende 15 mill. kroner er ikke klar.

³ Fordeling av midler på 1,252 mill. kroner er ikke klar.

⁴ Posten er beskrevet under tabellen.

⁵ Posten er beskrevet under tabellen.

Kap. 719, post 70 Hivforebygging, smittevern mv.

Tilskuddet på 1,5 mill. kroner skal gå til videreføring av referansefunksjon for MRSA ved St. Olavs Hospital.

Kap. 726, post 70 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige.

Det skal avsettes 1,0 mill kroner til tiltak for barn som pårørende.

Det skal avsettes 0.633 mill. kroner til etablering av en rusmestringsenhet ved Leira fengsel.

Kap 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene (kvalitetsregistre)

Det skal avsettes 31 mill. kroner over denne tilskuddsordningen til bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helse Nord RHF tildeles 11 mill. kroner for etablering og drift av et felles nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for dokumentasjon og evaluering (SKDE). Helse Midt-Norge RHF tildeles 5 mill. kroner for å etablere tekniske fellesløsninger. De resterende 15 mill. kronene fordeles mellom de regionale helseforetakene for implementering av tekniske fellesløsninger, basert på antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre de vil få ansvar for. Oppdrag knyttet til hvilke registre som skal ansvars plasseres i det enkelte regionale helseforetak vil bli utdypet i eget brev.

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

Som følge av ny inntektsfordeling, er det samlet bevilget 600 mill. kroner mer til Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF i 2009. Det forutsettes at styrkingen som følge av ny inntektsfordeling brukes til å forbedre det økonomiske resultatet i 2009. Helse Midt-Norge RHF vil få økte kostnader i forbindelse med Nye St. Olavs Hospital. Styrkingen som følge av ny inntektsfordeling må sees i sammenheng med dette.

Obligatorisk tjeneste i pediatri for legespesialistløpet for barne- og ungdomspsykiatere og kompetansetiltaket kropp og selvfølelse skal fra 2009 dekkes av basisbevilgningen.

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for videreføring av utdanningen av jordmødre i ultralydundersøkelse av gravide ved Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital, med inntil 4 mill. kroner innenfor rammen av kap. 732, post 74.

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

Kap. 732, post 76 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over de aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet på forhånd ikke vet hvor stor utbetalingene over denne posten vil bli. I 2009 utgjør a kontoutbetalingene over kap. 732 post 76 til Helse Midt-Norge RHF 2 683,9 mill. kroner. A konto beløpet er basert på en prognose for aktivitet fra 1. tertial 2008, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1,5 pst. i 2009. A kontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon på 173 593 DRG-poeng, 242,2 mill. kroner i refusjoner

for poliklinisk ISF-virksomhet og 2,5 mill. kroner i tilleggsrefusjoner. Beløpet for poliklinisk ISF-virksomhet tilsier et aktivitetsnivå for 2009 på 429 714 refusjonspoeng og 59,0 mill. kroner i refusjoner for hjemmedialyse og poliklinisk stråleterapibehandling. Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 35 127 kroner, jf. St. prp. nr. 1 og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009). A kontoutbetalingene for poliklinisk aktivitet bygger på en enhetspris på 1066 kroner.

I ISF-regelverket for 2009 åpnes det for at helsehjelp utført av flere helsepersonellgrupper kan utløse refusjon. Flere konsultasjoner inkluderes, men gjennomsnittlig refusjon per ISF-godkjent konsultasjon reduseres tilsvarende. Det vil være noe usikkerhet knyttet til anslagene blant annet knyttet til hvor mange "nye" konsultasjoner endringen vil medføre, både fordi noen sykehus tidligere ikke har registret sykepleierkonsultasjoner eller fordi det nå opprettes nye tilbud. Omleggingen skal håndteres innenfor de fastsatte rammer. Omleggingen innebærer ikke at innsatsstyrt finansiering utvides til nye pasientgrupper. Myndighetene vil følge særskilt med på dette området i 2009.

Det vil fremdeles kun være legespesialister som har anledning til å kreve egenbetaling fra pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring et forslag om å tilpasse reglene for egenbetaling til regelverket for innsatsstyrt finansiering.

Behandling med visse biologiske legemidler som administreres av pasienten selv er i 2009 innlemmet i ISF-ordningen. Refusjon for de ulike behandlingsoalternativene skal ikke være styrende for behandlingsvalg. Valg av behandling forutsettes å finne sted ut fra en samlet vurdering av pasientenes behov og forutsetninger, i tråd med prioriteringsforskriften, foreliggende faglige retningslinjer, samt en konkret vurdering av faktiske kostnader knyttet til de ulike behandlingsoalternativene.

Faktiske kostnader for behandlingsoalternativene forutsettes vurdert på grunnlag av de beslutningsstøttesystemene som er etablert av de regionale helseforetakene gjennom legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS), og ellers faktiske innkjøpspriser og øvrige kostnader der legemiddelinnkjøpsamarbeid ennå ikke er etablert.

Finansiering av somatisk poliklinikkvirksomhet er fra 2008 inkludert i innsatsstyrt finansiering, men med takstbaserte vekter. Det tas sikte på en budsjettøytral overgang til kostnadsbaserte vekter i 2010. En slik endring kan ha relativt store omfordelingsvirkninger på helseforetaksnivå.

I nåværende norsk DRG-system grupperes dagkirurgisk aktivitet og lignende kirurgisk behandling ved innleggelse i samme DRGer. Finansieringssystem skal være mest mulig prioriteringsnøytralt, og Helsedirektoratet har foreslått en justering der det lages et skille mellom refusjon for dagkirurgi og refusjon for kirurgi ved innleggelse som i større grad gjenspeiler reell forskjell i ressursbruk. Direktoratet har utarbeidet egne DRGer for dagkirurgisk aktivitet. Det tas sikte på en omlegging til mer nøytral refusjon for både dag- og døgnkirurgi fra 2010. En slik endring vil gi bedre samsvar mellom

kostnader og finansiering men vil også ha noen omfordelingseffekter. Videre arbeides det mot en bedre løsning for dagbehandling i løpet av 2009, herunder kostbar infusjonsbehandling. Fra 2010 av planlegges budsjettneøytral overgang til en helhetlig DRG-struktur og ISF-ordning hvor dagens to separate ordninger slås sammen. Helsedirektoratet vil forberede omleggingen for 2010 og regionale helseforetak må bidra i dette arbeidet.

En helhetlig ISF-ordning for somatisk spesialisthelsetjeneste forutsetter at all aktivitetsdata rapporteres med format NPR-melding og det er derfor viktig at de regionale helseforetakene har stort fokus på å få dette på plass i 2009.

Det tas sikte på å innføre et nytt radiologisk kodeverk fra 2010. Dette vil omfatte både polikliniske og innlagte pasienter. Samtidig vil det bli vurdert innført ny finansieringsløsning for poliklinisk radiologi, basert på det nye kodeverket. En eventuell ny poliklinisk finansieringsløsning kan medføre omfordelingseffekter og behov for reforhandling av eksisterende avtaler. Helsedirektoratet vil i nært samarbeid med de regionale helseforetakene legge til rette for en slik innføring.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., overslagsbevilgning

Kap. 732, post 77 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over de aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet på forhånd ikke vet hvor stor utbetalingene over denne posten vil bli. En aktivitet i 2009 i tråd med St. prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-200) tilsier en utbetaling på 312,5 mill. kroner for Helse Midt-Norge RHF. Beløpet er basert på en prognose for utbetalinger i 2008 med utgangspunkt i regnskapst.all for første halvår 2008, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1,5 pst. i 2009.

Kap 732, post 79 Helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte

Helse Midt-Norge RHF kan totalt disponere inntil 98,6 mill. kroner, herav 3,6 mill. kroner til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 35 mill. kroner til drift av Hysnes helsefort. Den reelle aktiviteten innenfor ordningen vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Utbetalingen vil skje a konto. Departementet vil vurdere a konto beløpets størrelse i forhold til rapportert aktivitet innenfor ordningen. Dersom det er mindre behov enn bevilgningen, vil departementet holde tilbake penger.

I tillegg til rapportering i årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK i henhold til avtalt mal på de ordinære midlene innen "Raskere tilbake". For midlene til arbeidsmedisinsk avdeling skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på bruken av midlene og effekten av tiltakene i årlig melding.

Kap 732, post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Tilskuddet blir utbetalt med like deler i hhv. februar, april, juli og oktober. Det skal gis tilbakemelding om prosjektenes framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2009. Det vises til nærmere omtale i Foretaksprotokollen for 2009.

3. PASIENTBEHANDLING

3.1 Aktivitet

Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra 2008 til 2009, jf. omtale i St. prp. nr 1 (2008-2009). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering og NAV -refusjoner for poliklinisk behandling på vanlig måte måles i forhold til prognoser per 1. tertial 2008 og 1. halvår 2008. Dersom veksten i 2008 blir høyere enn dette, vil veksten i 2009 bli tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og NAV-refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet kommer i tillegg til dette.

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at regionale helseforetak er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Styringsvariabler:

- Antall produserte DRG-poeng
- Inntekter for somatisk poliklinisk virksomhet/antall refusjonspoeng
- Refunderte polikliniske inntekter

Tiltak for oppfølging:

- Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

3.2 Kvalitet

Helse Midt-Norge RHF skal tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet fra livets begynnelse til livets slutt. Helse Midt-Norge RHF skal i henhold til målsettingen i den nasjonale kvalitetsstrategien (2005-2015), tilby tjenester som er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. De skal også være tilgjengelig og rettferdig fordelt og utnytte ressursene på en god måte.

3.2.1 Behandlingskvalitet

God behandlingskvalitet krever at forebygging, behandling, og rehabilitering er basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Spesialisering, arbeidsdeling og samordning kan bidra til optimal pasientbehandling. De regionale helseforetakene skal sørge for en arbeidsdeling mellom sykehusenes som ivaretar behandlingskvaliteten.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingsprosess, til bruk i eget kvalitetsforbedringsarbeid og som grunnlag for forskning. Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor viktige fagområder. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter opprettelse av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og har ansvar for å fremme forskrifter og lovregulering på området. Helsedirektoratet er rådgivende for Helse- og omsorgsdepartementet med hensyn til hvilke nasjonale medisinske kvalitetsregistre vi bør ha. De regionale helseforetakene har ansvar for at registrene etableres, driftes og finansieres, og har ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helse Nord RHF ved senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og Helse Midt-Norge RHF skal bidra til felles infrastruktur ved henholdsvis å etablere et nasjonalt servicemiljø og videreutvikle tekniske fellesløsninger. Arbeidet må sees i sammenheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt. For å sikre nasjonal samordning skal Helsedirektoratet etablere et nasjonalt nettverk for nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre med deltakelse fra sentrale aktører på registerområdet.

Kliniske etikkomiteer skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk og bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger innenfor somatikk, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og psykisk helsevern. Det forutsettes at komiteene sikres nødvendige rammer og ressurser og er godt ledelsesforankret.

Tiltak for oppfølging:

- For å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen skal Helse Midt-Norge RHF gjennomgå hvilke enheter som utfører kirurgisk kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. Det skal i gjennomgangen legges vekt på faktorer som har

betydning for behandlingskvaliteten slik som pasientvolum, organisering og kompetanse, blant annet grad av spesialisering, tverrfaglige team, samt kompetanse til å håndtere uforutsette situasjoner og komplikasjoner. Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krever støttefunksjoner bør følgende organisatoriske endringer vurderes: 1) desentralisering av mindre behandlingskrevende kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene.
- Helse Midt-Norge RHF skal, i tråd med nye nasjonale retningslinjer (våren 2009), iverksette prosesser for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre adekvat spesialisthelsetjenestetilbud til alle pasienter som er rammet av CFS/ME. Det legges til grunn at Helse Midt-Norge RHF benytter det nasjonale behandlingstilbudet for de aller sykeste gjennom kjøp av behandlingsopphold.
- Helse Midt-Norge RHF skal utvikle tekniske fellesløsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. HOD forutsetter at Helse Midt-Norge RHF's arbeid er forankret i helseforetaksstrukturen, og at det etableres samarbeid med SKDE. Løsningene må samordnes og kunne kommunisere med tekniske løsninger og standarder for sentrale helseregistre. Arbeidet må ivareta langsiktig målsetting om å innhente data fra EPJ, og samordnes med utvikling av standarder og EPJ i regi Helsedirektoratet og Nasjonal IKT.
- Helse Midt-Norge RHF skal bistå og samarbeide med Helsedirektoratet i forhold til direktoratets oppgaver på kvalitetsregisterområdet.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at fagpersonell deltar i nasjonalt kvalitetsarbeid, herunder utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles, herunder bidra til at retningslinjer og prosedyrer utviklet i helseforetakene gjøres tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket. Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF bidrar til finansieringen av Helsebiblioteket slik at finansieringen i 2009 blir på samme nivå som i 2008. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Midt-Norge RHF og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten innen utgangen av første tertial har avtalt medfinansieringen for 2009.
- Helse Midt-Norge RHF skal påse at kliniske etikkomiteer er etablert i hvert enkelt helseforetak, og at komiteene skal kunne behandle etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Det bes om en rapportering på dette kravet i forbindelse med 1. tertial.

3.2.2 Pasientsikkerhet

Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er avgjørende med velfungerende meldesystemer for å redusere antall feil og uønskede hendelser.

Dette innebærer systematisk analyse av årsakene til hendelsene i systemet og læring slik at tilsvarende hendelser ikke skjer igjen. Det er et ledelsesansvar å sikre gode systemer for pasientsikkerhet på alle nivå og å skape en god pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet om og trygghet til å melde fra om feil og uønskede hendelser.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet får informasjon om uønskede hendelser i regionen som grunnlag for enheten til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. De lovpålagte meldeordningene skal følges opp på ordinær måte.
- Helse Midt-Norge RHF skal i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet samarbeide med og anvende læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.
- Prevalens av sykehusinfeksjoner skal rapporteres i årlig melding.

3.2.3 Prioritering

Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Den enkelte pasient skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften. Praktisering av prioriteringsforskriften må bli mer enhetlig, og det skal være minimal variasjon mellom de regionale helseforetakene med hensyn til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Ved innføring av nye, kostbare metoder og medisiner skal det gjøres en faglig og overordnet kost – nytte vurdering, samt at investeringer skal sees i sammenheng med lokale, regionale og nasjonale behov. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å nedsette en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten.

Styringsvariabler:

- Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet ”Riktigere prioritering” tas i bruk i helseforetakene i regionen.
- Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk.
- Aktiviteten innen rehabilitering/habilitering skal minst styrkes med 1,5 pst., jf. St.prp.nr 1 (2008-2009).

3.2.4 Tilgjengelighet

Helsetjenesten skal tilby helsehjelp på riktig nivå til riktig tid, uavhengig av pasientens økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

Styringsvariabler:

- Andel av ventetid som er oppdatert på nettsiden fritt sykehusvalg siste fire uker.
- Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.
- Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.
- Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov.
- Det vises til oppdragsdokument for 2008 vedrørende lysbehandling av psoriasispatienter. I tillegg til avsatte midler i 2008 skal Helse Midt-Norge RHF, sette av 0,5 mill. til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. I dette arbeidet skal innsparinger ved lavere transportkostnader tas med som en del av beslutningsgrunnlaget.

3.2.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning i utvikling av helsetjenestene skal bidra til å gjøre tjenestene mer treffsikre og skal skje både på systemnivå og på individnivå.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at brukermidvirkning på systemnivå gjenspeiler befolkningssammensetningen i opptaksområdet. Om nødvendig må det legges spesielt til rette for dette sett i lys av ulikheter i språk og kultur.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gis mulighet til deltagelse i mottakelse av helsehjelp.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å sikre brukermidvirkning i forskning.

3.3 Områder med særskilt fokus

3.3.1 Samhandling

Det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. Det vises til det pågående arbeidet med ny samhandlingsreform.

Det er gjort viktige og positive erfaringer med ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste. Et distriktsmedisinsk senter eller sykestue, kan i nært samarbeid med et større sykehus samlet sett gi et bredt og godt tilbud til befolkningen i sitt nærområde. Intermediærenheter drives i ofte i et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og gir gode tilbud til utskrivningsklare pasienter som trenger videre oppfølging og opptrening. Disse kan også ha observasjonstilbud, der pasientene får avklart behov for sykehusinnleggelse og får enklere behandling. Ambulante team er en modell der spesialisthelsetjenesten bistår i behandlingssopplegget til pasienter i eget hjem eller ved institusjon i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Korridorpasienter er et uttrykk utfordringer knyttet til organisering av tjenesten og at samhandling mellom sykehus og øvrig helsetjeneste ikke er tilfredsstillende. Det er en målsetting at det ikke skal være korridorpasienter. Innen akuttpsykiatri er det ikke forenlig med forsvarlig virksomhet å ha korridorpasienter.

Styringsvariabler

- Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter.
- Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan skal økes.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner.
- Helse Midt-Norge RHF skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og veiledning av lokalt behandlingssapparat.
- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov.

3.3.2 Akuttmottak

Statens helsetilsyn avdekket i et landsomfattende tilsyn i 2007 at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i akuttmottakene og at dette til tider ga uforsvarlig pasientbehandling i de fleste akuttmottak. Saken ble behandlet i foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF 14.3.2008, hvor det ble lagt til grunn at det regionale helseforetaket må sikre at ledelsen ved helseforetakene setter i verk systematiske tiltak for å få bedre styring og ledelse av kuttmottakene.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at arbeidet med å etablere systematiske tiltak for bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene gis nødvendig prioritet.

3.3.3 Lokalsykehusenes akutfunksjoner

Det skal opprettholdes et desentralisert sykehus tilbud, som blant annet sikrer nærhet til akutfunksjoner. Ingen lokalsykehus skal legges ned.

Regjeringen legger opp til at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må sees i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold gjennom likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet. Lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil bidra til å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud.
- De regionale helseforetakene bes om å vurdere tilpasning av lokalsykehusenes akutfunksjoner i tråd med følgende veiledende standard:
 - Felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, sykehusets akuttmottak og gjerne ambulansestasjon er samlokalisert
 - Tilpassede akutfunksjoner med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.
 - Lokalsykehus med akutfunksjoner (Akuttsykehus)

3.3.4 Avtalespesialister

Avtalespesialistene er en viktig brikke i spesialisthelsetjenesten. Departementet arbeider med å legge til rette for å videreføre og bygge ut ordningen. Det skal arbeides videre med en modell der forhandlingsansvaret for takstsystemet til avtalespesialistene flyttes fra staten til de regionale helseforetakene. Det innebærer at staten overfører midler til de regionale helseforetakene, tilsvarende aktiviteten som utføres av avtalespesialistene, slik som for aktivitet utført ved helseforetakenes poliklinikker. En slik ordning kan implementeres i løpet av 2010. Det er til dels store geografiske forskjeller i bruk av polikliniske tjenester, og enkelte tjenester kunne vært bedre utbygd for å dekke behovet i regionene og på nasjonalt nivå.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at avtalespesialistenes kapasitet utnyttes for å sikre tilgjengelige tjenester for pasientene og kortere ventetider.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med nye rammebetingelser for avtalespesialistene

3.3.5 Fødselsomsorg

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten. En stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg planlegges lagt fram for Stortinget tidlig i 2009. Departementet vil komme tilbake til eventuelle oppdrag til Helse Midt-Norge RHF etter at Stortinget har behandlet meldingen.

Tiltak for oppfølging:

- Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året. Sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner skal ikke skje pga økonomiske årsaker alene. Dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, kan det stenges, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunen.
- Helse Midt-Norge RHF skal implementere elektronisk innmelding av data til Medisinsk fødselsregister for alle fødeinstitusjoner i regionen.

3.3.6 Studenthelsetjeneste

Det er et mål å legge til rette for at studentene sikres et tilbud om psykisk helsetjeneste/psykososiale tjenester og knytte studenthelsetjenesten sterkere til den ordinære helsetjenesten. For å oppnå dette skal det regionale helseforetaket bidra til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak om hvordan tilbudet om psykiske helsetjenester for studenter skal innrettes dersom studentsamskipnaden ønsker en slik avtale. I Helse- og omsorgsdepartementets rapport om psykiske helsetjenester for studenter (2008) er det forslag til hvilke elementer en slik avtale bør inneholde. Det forutsettes at avtalene evalueres etter 2 års drift. Etablerte tilskudd til psykiske helsetjenester for studenter skal opprettholdes minimum på dagens nivå.

Dagens trygderefusjoner fra NAV til psykologer og psykiatere ansatt ved studentsamskipnadene overføres fra 2009 til basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Tilskuddet til det psykiske helsetilbudet til studenter blir dermed mer samlet.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, berørte kommuner og det regionale helseforetaket om psykiske helsetjenester til studenter dersom studentsamskipnadene ønsker dette.

- Helse Midt-Norge RHF skal opprettholde tilskuddet til psykiske helseformål for studenter minimum på dagens nivå.

3.3.7 Psykisk helsevern

De overordnede målene og verdigrunnlaget fra Opptappingsplanen skal legges til grunn i det videre arbeidet.

Det overordnede målet i alt psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på institusjonsbehandling og til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging. DPSene må oppgraderes faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å ivareta det generelle behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern. Sykehusavdelingenes rolle må klargjøres slik at de kan ivareta spissfunksjoner. Ressursfordelingen mellom DPS og sykehusavdelingene må dimensjoneres i tråd med føringene og tilpasses lokale forhold i befolkningens behov. Samhandling mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet, herunder barnevernet skal styrkes. Det er et ledelsesmessig ansvar å sørge for redusert bruk av tvang i psykisk helsevern.

Det er for 2009 avsatt 50 millioner kroner til forpliktende samhandlingstiltak mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet i 2009. Målgruppe for dette tiltaket vil i første rekke være personer med langvarige og sammensatte lidelser. Midlene vil bli kanalisert på et senere tidspunkt.

Styringsvariabel:

- Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre omstillingen av tjenestene, slik at sykehusfunksjonene blir spisset og DPSene blir satt i stand til å utføre de oppgaver som forventes, jf. Helsedirektoratets veileder for DPS.
- Helse Midt-Norge RHF skal i nært samarbeid Helsedirektoratet sørge for å videreutvikle og oppdatere profilen for de distriktpsikiatriske sentrene.
- Helse Midt-Norge RHF skal i årlig melding rapportere:
 - Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger
 - Pst.vis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.
 - Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelse, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.
 - Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.
 - Andel ikke planlagte reinnleggelse i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.

- Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal registreres, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud.
- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Stortingets vedtak, der regjeringen er bedt om å legge til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år.
- Helse Midt-Norge RHF skal implementere Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS – 1570).
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.
- Helse Midt-Norge RHF skal implementere Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511).
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at Helsedirektoratets veileder om samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512) følges opp.
- Helse Midt-Norge RHF skal finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet ”kropp og selvfølelse” som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum.
- Helse Midt-Norge RHF skal prøve ut en ordning med brukerstyrte plasser, dvs døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggelsesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Det vises til erfaringer fra Jæren DPS.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere rutiner/systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern bli koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Dette gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister. Konkrete driftsløsninger skal være iverksatt innen utgangen av april 2009.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.

3.3.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Regjeringen la i St.prp.nr.1 (2007-2008) fram en opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010. To sentrale mål i planen er i perioden å styrke kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre er det et mål at forpliktende samhandling i tjenestene til rusmiddelavhengige styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Det er derfor et mål å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB.

I Opptrappingsplanen legges det også vekt på at det skal etableres flere ambulante team og virksomheter. Innsatsen for å oppnå bedre rutiner for samhandling for å unngå behandlingsavbrudd skal styrkes. Økt brukermedvirkning står sentralt. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal også styrkes.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrke kapasiteten på legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
- Helse Midt-Norge RHF skal styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling og antall årsverk og andel av totale forskningsressurser til tverrfaglig spesialisert behandling skal rapporteres i årlig melding.
- Helse Midt-Norge RHF skal videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak. Antall barn som fødes av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister) og hva slags tilbud disse pasientene mottar skal rapporteres i årlig melding.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd slik at forholdene legges til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter §12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet. Helse Midt-Norge RHF bes om å ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med berørte kommuner for å sikre en slik oppfølging.
- Helse Midt-Norge RHF skal vurdere om kapasiteten på tvangsplasser innen rustjenesten etter § 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tjenester er tilstrekkelig og iverksette tiltak dersom det er behov for dette.

3.3.9 Barn som pårørende

Regjeringen vil våren 2009 legge fram lovforslag for å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom

eller skade. Departementet vil komme tilbake til Helse Midt-Norge RHF etter at lovforslaget er behandlet i Stortinget.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.

3.3.10 Rehabilitering og habilitering

Oppfølgingen av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal gjøre at rehabilitering og habilitering får den posisjon i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Dette krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet. Lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden og regionens egen plan for habilitering og rehabilitering er viktige elementer.

Ved utgangen av 2009 er halve strategiperioden tilbakelagt. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjøre en vurdering av hvor mye som gjenstår, og vil derfor be om en egen rapportering på dette.

Som følge av nytt system for fordeling av basisbevilgningen, avvikles ordningen med at pasienter kan benytte plasser i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner uten gjestepasientoppgjør. Det legges til grunn at regionale helseforetak inngår avtale om gjestepasientoppjøret for disse pasientene.

Hørselsomsorgen er preget av mange aktører med mangelfullt samarbeid og kompetanse, og lange ventetider til hørselssentralene. Som oppfølging av rapporten "Å høre og bli hørt" legger Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at de regionale helseforetakene innenfor sitt "sørge for"-ansvar har ansvar for helsehjelp til mennesker med hørselsproblemer, herunder tilpasning av høreapparater. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide felles informasjon om god høreapparatformidling.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere om hvilke tiltak som er gjennomført og hva som er planlagt gjennomført i løpet av 2009 for å oppnå målene i den nasjonale strategien. Det bes spesielt om en redegjørelse om forskning, kompetansehevende tiltak og habiliteringstilbud til barn og unge med omfattende behov, herunder de med alvorlige hodeskader. Frist for denne rapporteringen settes til 1. juli 2009.
- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere samarbeidsprosjekter som gjennomføres der både kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid.

- Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. Helse Midt-Norge RHF skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivaretatt.
- Helse Midt-Norge RHF skal styrke fokuset på habilitering av barn og unge. Viktigheten av tidlig intervensjon understrekes.
- I budsjettet for 2009 er det flyttet 156, 3 millioner kroner til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra kap 732, post 70 til kap 732, post 74. Helse Midt-Norge RHF skal i 2009 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringstjenester som minst tilsvarer dette beløpet.
- Helse Midt-Norge RHF skal benytte de spesielle helseinstitusjonene i minst samme omfang som i 2008.
- Helse Midt-Norge RHF er gitt i oppdrag å ta i bruk Hysnes helseforetak i Rissa kommune til behandlings-/rehabiliteringsformål med sikte på tilbakeføring til arbeid. Prosjektet skal etableres som et tilbud ved St.Olavs Hospital under ordningen Raskere tilbake. Opphold for pasienter fra andre regioner skal ikke være gjenstand for gjestepasientoppgjør.
- For å få en mer helhetlig høreapparatformidling skal det inngås avtaler om oppfølging og rehabilitering knyttet til høreapparatformidling mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og NAV slik det er foreslått i rapporten "Å høre og bli hørt". Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at dette skjer og skal rapportere antall helseforetak som har inngått slike samarbeidsavtaler.
- Helse Midt-Norge RHF skal inngå avtale om høreapparattilpasning med legespesialister med avtale for å sikre tilstrekkelig kapasitet og gi oppdatert oversikt over hvem det er inngått slik avtale med til Arbeids- og velferdsetaten.
- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at lærings- og mestringssentrene kan bli arena også for helhetlig høreapparatformidling i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, NAV og brukerne.

3.3.11 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv

I 2006 ble det utgitt nasjonale strategier for tre diagnosegrupper; kreft, diabetes og KOLS. De regionale helseforetakene har ansvar for implementeringen av strategiene og for at målene i strategiene på spesialisthelsetjenestens område nås. Helsedirektoratet har en koordinerende rolle på nasjonalt nivå i oppfølgingen av de nasjonale strategiene. Det er forutsatt at de regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i utarbeidelse av de nasjonale handlingsprogrammene for kreftsykdommer og faglige retningslinjer for KOLS-området. Det er utarbeidet nye faglige retningslinjer på diabetesområdet, og det er viktig at helseforetakene sikrer at disse blir implementert i tjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2008 utarbeidet en strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012. Det er en målsetting at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med de kommunale tjenestene, herunder fastlege og pleie- og omsorgstjenesten, bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder, innrettet mot eldre pasienters behov. Strategien legger til grunn

et systematisert arbeid for å forene de ressurser og den kunnskap som finnes om eldres behov for spesialisthelsetjenester. Strategien bygger på Helsedirektoratets rapport ”Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre – forslag til mål og strategier” (IS-1498). Helsedirektoratets rapport er i denne forbindelse et veiledende dokument. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre inneholder nasjonale fokusområder for mestring, forebygging, tilbud i sykehus og samhandling med kommunen, rekruttering av personell, forskning og finansiering. Det er tidligere stilt krav om at Helse Midt-Norge RHF utarbeider en regional handlingsplan for spesialisthelsetjenester for eldre, og at tiltakene i denne følges opp med ledelsesmessige tiltak og dokumentasjon slik at målene/fokusområdene i den nasjonale strategien nås.

Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013 og skal følges opp i helseforetakene.

Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de andre regionale helseforetakene ta i bruk elektronisk diabetesjournal i alle HF og videreføre arbeidet med veiledning rettet mot personer med eller som er i risikogruppen for å utvikle type 2- diabetes.
- Helse Midt-Norge RHF skal utvikle og prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder utvikle dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å sikre at de seks fokusområdene i den nasjonale strategien for spesialisthelsetjenesten for eldre ivaretas.
- Helse Midt-Norge RHF skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd.
- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak som bidrar til økt kunnskap om og reduserte kjønnsforskjeller i helse, sykdommer og helsetjenester.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt.

3.3.12 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

Det er et mål at nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten bidrar til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten skal sikre kvalitet i hele bredden av helsetjenesten, samtidig som spesialiserte oppgaver og nye trender ivaretas gjennom

forskning og kompetanseoppbygging. Kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud. Det er etablert felles system for rapportering på nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten og lands- og flerregionale funksjoner gjennom portalen <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene og skal ligge til grunn for Helsedirektoratets gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal med utgangspunkt i fastsatte kriterier i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene innen 1. oktober 2009 ferdigstille et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres, jf. brev av 17.03.08.

3.3.13 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og evt overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling. Målet med etablering av en landsfunksjon der pasientbehandlingen er sentralisert til ett sted i landet eller en flerregional funksjon der pasientbehandlingen er sentralisert til to steder i landet, er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.

Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner fra dagens 19,9 donasjoner per million innbyggere til 30 donasjoner. Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner, for at flest mulig tilgjengelige organer kan transplanteres nasjonalt. I arbeidet med å nå målet må Helse Midt-Norge RHF sørge for at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til funksjonen som donoransvarlig lege ved de sykehus som er godkjent for organdonasjon og at organdonasjon ivaretas på en god måte. Det må legges til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003. I 2008 ble de regionale helseforetakene bedt om å sikre at donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus fikk frigjort arbeidstid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon, samt å styrke faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i arbeidet med kommunikasjon med pårørende. Det er viktig at dette arbeidet videreføres. Departementet avga våren 2008 anbefalinger til videre tiltak for å nå nasjonale mål på området.

Ved donasjon av hornhinner skal det innhentes samtykke i tråd med rundskriv I-6/2008.

Innen 1. mars 2010 skal de regionale helseforetakene rapportere på lands- og flerregionale funksjoner gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på

<http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>. Rapportene skal behandles av de faglige referansegruppene og styrebehandles av de regionale helseforetakene.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal med utgangspunkt i fastsatte kriterier i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene innen 1. oktober 2009 ferdigstille et helhetlig forslag til hvilke lands- og flerregionale funksjoner i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres, jf. brev av 17.03.2008.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre en videreføring av volumet på cochleaimplantat operasjoner i tråd med nasjonale føringer. Helseforetakene skal samarbeide om operasjoner for å sikre god utnyttelse av samlet kapasitet slik at det samlede nasjonale målet om minimum 200 cochleaimplantat operasjoner nås. Antall cochleaimplantat operasjoner skal rapporteres i årlig melding.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med Nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.
- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at donoransvarlig lege kan utføre sine oppgaver i tråd med funksjonsbeskrivelsen. Det skal rapporteres i årlig melding hvordan donoransvarlige leger utfører sin funksjon, herunder hva helseforetakene vurderer er potensialet for organdonasjon.
- Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 pst. av det totale antall nyretransplantasjoner.
- Virksomhet knyttet til donasjon av hornhinner skal organiseres adskilt fra annen organdonasjon.

3.3.14 Helsepersonells reservasjonsrett vedrørende assistert befruktning til lesbiske.

Ved lov 27. juni 2008 nr. 53 om endringer i ekteskapsloven, barnelova, adopsjonsloven, bioteknologiloven mv. (felles ekteskapslov for heterofile og homofile par), gis lesbiske par rett til assistert befruktning på lik linje med heterofile par.

Stortinget vedtok 19. juni 2008 en anmodning til Regjeringen om å sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning. Anmodningen er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet for oppfølging.

Når lovendringene trer i kraft 1. januar 2009 har de regionale helseforetakene en plikt til å "sørge for" at så vel heterofile som lesbiske par tilbys assistert befruktning dersom bioteknologilovens vilkår er oppfylt, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1. Alle har rett til likeverdig behandling fra helsetjenesten og alle par som søker assistert befruktning skal vurderes og prioriteres etter de samme kriterier, uavhengig av kjønn, etnisitet, alder, bosted, sosial status etc. Imidlertid skal de regionale helseforetakene, så langt det er mulig innenfor disse rammer, ta hensyn til det enkelte helsepersonells overbevisning.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at helsepersonell i enkelttilfeller skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning av samvittighetsgrunner. Helse Midt-Norge RHF må sørge for at en slik tilrettelegging ikke på noen måte hindrer at par som oppfyller vilkårene, tilbys assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkelttilfeller skal fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning, må Helse Midt-Norge RHF sørge for at annet helsepersonell utfører eller assisterer ved behandlingen slik at pasienten får den helsehjelp vedkommende skal ha.

3.3.15 Beredskap og smittevern

Helse Midt-Norge RHF skal medvirke til helhet og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren, andre regionale helseforetak, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, fylkesmenn og andre samarbeidspartnere.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggingstiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.
- Helse Midt-Norge RHF skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som ble lansert våren 2008.
- Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide konkrete mål for sitt smittearbeid og klarlegge personellbehovet.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen oppdaterer, videreutvikler og øver sine beredskapsplaner, herunder planer for atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer/pandemisk influensa) og kjemiske hendelser. Beredskapsplanene skal være i overensstemmelse med overordnede planverk.
- Helse Midt-Norge RHF skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikksystemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet. Dette arbeidet skal utføres i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helse Midt-Norge RHF skal med basis i risiko og sårbarhetsanalyser, gjennomført ved det enkelte helseforetak knyttet til kritisk infrastruktur, ferdigstille tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet implementere rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet og bistå direktoratet med å utarbeide retningslinjer og

prosedyrer for etablering og utsending av helsepersonell til Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE).

4. UTDANNING AV HELSEPERSONELL

Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre et kompetent og tilstrekkelig antall helsepersonell i hele helsetjenesten. Dette er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenesten. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning (elever/lærlinger/studenter), turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning for å møte nåværende og framtidige krav til tjenesten. De regionale helseforetakene har ansvar for å bidra til at det gjennom effektive utdanningsløp utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister samt god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter. Turnustjenesten for leger skal også omfatte psykisk helsevern.

De regionale helseforetakene skal fra og med 2009 fordele tilskudd til mottak av turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus og private opptreningsinstitusjoner med avtale med de regionale helseforetakene, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008-2009) kap. 732 post 70. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har oversikt over antall turnusplasser for leger. Turnusordningen for fysioterapeuter administreres av Fylkesmannen i Troms, Hordaland og Oslo og Akershus. Helsedirektoratet skal bistå med informasjon mht fordeling av tilskuddet.

Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som attraktive læringsarenaer. Hensiktsmessig samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionen sikres gjennom god dialog i samarbeidsorganene for universiteter og høyskoler og utarbeidelse av samarbeidsavtaler som legger rammer for utdanningsoppgavene og de tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for å få inn nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av departementets strategier og satsningsområder.

Som et ledd i oppfølging av NOU2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussenutvalget) har departementet besluttet at det skal iverksettes et arbeid for å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene, jf. tilsvarende system for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Tiltak til oppfølging

- Helse Midt-Norge RHF skal fordele tilskudd til mottak av turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus og private opptreningsinstitusjoner med avtale med de regionale helseforetakene.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste. Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og

turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. der det er diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister.
- Helse Midt-Norge RHF, skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, sikre at det utdannes minst 10 geriater årlig. Det bes om en statusrapportering på området i forbindelse med 1. tertial.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at legenes stillingsstruktur til enhver tid er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database ved systematisk og fortløpende å melde inn avvik.
- Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.

5. FORSKNING

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og nye løsninger i tjenesten (innovasjon) er viktig for å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

5.1 Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning av høy kvalitet og relevans i helseforetakene, i tråd med de føringene som er gitt i Nasjonal helseplan (2007-2010). Kjønnspektivet i klinisk forskning skal ivaretas ved at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der dette er relevant. De regionale helseforetakene har tatt i bruk et felles system for søknad og rapportering på tildelte midler til forskning i helseforetakene gjennom etablering av portalen <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>. Det tas sikte på å etablere en felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publisering (norsk vitenskapsindeks) i helsesektoren, universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Databasen vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for forskningsinformasjon, og vil ligge til grunn for fremtidig nasjonal måling av forskningsresultater i helseforetakene.

De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre forskningssamarbeid innenfor utvalgte fagområder gjennom etablering av formaliserte, ansvars plasserte forskernettverk og forankring i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) jf. oppdrag gitt i foregående år. Det er et mål å sikre oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helsevern, rehabilitering/habilitering, eldre og kvinnehelse. Det er samtidig viktig å ivareta forskningsmiljøer av høy kvalitet, samt sikre økt internasjonalt forskningssamarbeid bl.a. gjennom EUs 7. rammeprogram.

Det er viktig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge.

Tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med øvrige regionale helseforetak og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, etablere et felles elektronisk rapporteringssystem som gir en oversikt over pågående og gjennomførte kliniske studier i helseforetakene, herunder informasjon om bl.a. type studie, hvor studiet er utført, finansieringskilde(r), samarbeidspartnere, pasientgrunnlag, kost-nytte vurdering, medisinsk fagområde og resultater av studien med sikte på implementering fra 2010. Arbeidet må sees i sammenheng med etablering av et felles nasjonalt forskningsdokumentasjonssystem samt i ny lov om medisinsk og helsefaglig forskning om at de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal føre og offentliggjøre systematiske oversikter over innmeldte og avsluttede forskningsprosjekter.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere systemer som sikrer kvalitetssikring (good clinical practice) ved gjennomføring av kliniske studier
- Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, innen 1. juni 2009 utarbeide en rapport som synliggjør infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og utprøving av ny teknologi i helseforetakene (utprøvingsenheter, "testbeds", kliniske forskernettverk, støttesystemer mv). Helse Midt-Norge RHF leder dette arbeidet.
- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere på både resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP og bruke e-rapport systemet utviklet av Helse Vest for rapportering på pågående forskningsprosjekter, jf. <http://forskningsprosjekter.ihelse.net> samt bidra med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og videreutvikling av nasjonale målesystemer.
- Det skal rapporteres på årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF (beregnet av NIFU STEP).
- Det skal rapporteres på årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).
- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes og eldre skal rapporteres i årlig melding. Rapporteringen skal baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>
- Det skal rapporteres på antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram.

5.2 Innovasjon

Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene. Det er behov for å benytte et bredere sett av indikatorer for å synliggjøre innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet, har sammen med Nærings- og handelsdepartementet iverksatt en 5-årig satsing (2007-2011) på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, med særskilt fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Sentrale aktører i satsingen er de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, InnoMed, Norges forskningsråd, universiteter, høyskoler og Innovasjon Norge. Det er i 2008 etablert en samarbeidsavtale mellom aktørene for gjennomføring av satsingen. Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen best mulig, bl.a gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren.

I St. meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* er det foreslått å forlenge satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsning på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antall forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse.
- Det skal rapporteres på følgende i årlig melding:
 - Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge
 - Antall FORNY (kommersialisering av FOU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter
 - Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)
 - Antall registrerte patenter
 - Antall lisensavtaler
 - Antall bedriftsetableringer
- Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide rutiner som gjør det mulig i større grad identifisere mulig innovasjonspotensial i forsknings- og utviklingsprosjekter for å utnytte den samlede forsknings- og utviklingsinnsatsen best mulig.

6. Pasientopplæring

Pasienter og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring, skal få et kvalitativt godt tilbud om dette. Det er et hovedmål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Slik opplæring kan ivaretas i lærings- og mestringssentre

eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er en målsetting at brukerne trekkes inn i arbeidet med opplæring av pasienter og pårørende.

Tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge RHF skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder kronikere og pasienter med funksjonsnedsettelse.

7. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrev gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innstatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene.

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2009 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

8. Oppfølging og rapportering

Rapportering gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse i forhold til helsepolitiske mål.

Det fremgår av vedlegg 1 hvilke styringsvariabler, indikatorer og måltall som skal rapporteres henholdsvis tertialvis og i årlig melding.

Styringsvariablene skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2009. Mål departementet setter for styringsvariablene fremkommer av vedlegg 1. Helse Midt-Norge RHF skal i tertialrapporteringen kommentere utviklingen særskilt dersom utviklingen er avvikende i forhold til styringskrav. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bruker data fra Norsk pasientregister (NPR). De regionale helseforetakene kan bruke NPR-data fra foregående tertial når det rapporteres på styringsvariabler fra avsnitt 3.2 og utover i dokumentet. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsvariabler, indikatorer og måltall.

For nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal Helse Midt-Norge RHF rapportere til Helsedirektoratet.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan det regionale helseforetaket har fulgt opp tiltak, styringsvariabler, måltall og indikatorer i oppdragsdokumentet for 2009. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt.

Det vises til vedlegg for rapporteringspunkter, frekvenser og skjemaer som gjelder for resultatkrav satt i dette dokumentet. Tertialrapporter skal forelegges styret i det regionale helseforetaket til behandling på samme måte som økonomirapporteringen til departementet. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 1. mars.

Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra styringskrav i oppdragsdokumentet meldes til departementet når slike avvik blir kjent.

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

Helse Midt-Norge RHF skal komme med innspill til statsbudsjett for 2011 innen 15. desember.

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

Oslo 5. Januar 2009



Bjarne Håkon Hanssen

Vedlegg 1: Styringsvariable/indikatorer/måltall

De styringsvariablene som står i tabellen under skal rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet sammen med rapporteringspunktene for økonomi og investeringer som er pålagt det regionale helseforetak. Styringsvariablene er definert ved at de er målsatt og følges tertialvis. Styringsvariabler som også er lovkrav defineres som nivåsett.

Styringsvariabler/måltall/indikatorer som rapporteres tertialvis	Nivåsett
Antall produserte DRG poeng.	x
Inntekter for somatisk poliklinisk virksomhet/antall refusjonspoeng.	x
Refunderte polikliniske inntekter.	x
Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.	x
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke.	x
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.	x
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.	x
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.	x
Andel ventetid på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.	x
Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.	x
Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.	x
Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.	x
Andel fristbrudd for rettighetspasienter.	x
Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.	x
Det skal normalt ikke være korridorpasienter.	x
Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.	x
Andel pasienter som har fått tildelt individuell plan skal økes.	x
Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.	x

Måltall og indikatorer som rapporteres i årlig melding	Referanse i oppdragsdokumentet
Prevalens av sykehusinfeksjoner.	3.2.2
Andel ikke planlagte reinnleggelses i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere.	3.3.7
Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	3.3.7
Antall barn og unge pers 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	3.3.7

Antall og andel pasienter over 18 år behandles i henholdsvis sykehus og i DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	3.3.7
Pst.vis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS innen psykisk helsevern.	3.3.7
Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.	3.3.8
Andel av totale forskningsressurser til rusforskning, jf. nasjonalt system for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene.	3.3.8
Antall barn som fødes av kvinner i LAR og hva slags tilbud disse pasientene mottar.	3.3.8
Antall samarbeidsprosjekter som gjennomføres der både kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid skal rapporteres.	3.3.10
Antall cochleaimplantat operasjoner.	3.3.13
Antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen.	4
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskninger, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kinnehelse, kreft, kols, diabetes og eldre. Rapporteringen skal baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen http://forskningsprosjekter.ihelse.net	5.1
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram.	5.1
Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge.	5.2
Antall FORNY, BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.	5.2
Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).	5.2
Antall lisensavtaler.	5.2
Antall bedriftsetableringer.	5.2
Årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF (beregnet av NIFU STEP).	5.2
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).	5.2

Vedlegg 2: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommune har ansvar for de videregående skolene. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene, f eks innen den nye helsefagarbeiderutdanningen.

VIDEREUTDANNING omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf. Helsemod/www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2009/2010:

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord mor ⁶
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
Helse Sør-Øst	Akershus	108					142	20	35
	Gjøvik	161	25					10	
	Hedmark	138						12	
	Lillehammer						23		
	Oslo	368	38	62	144	51		95	
	Østfold	95		28				64	17
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	160						37	
	Diakonhjemmet	99							
	Univ. i Agder	209					23	21	
	Buskerud	137	15						
	Telemark	111					55		
	Vestfold	119						40	—
Helse Vest	Bergen	169	31	22	51	22	58	37	35
	Sogn og Fjordane	128					29	7	
	Univ. i Stavanger	159						32	
	Stord/Haugesund	153						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole	60							
	Diakonhjemmet						76		
Helse Midt- Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	191					26		
	Sør-Trøndelag	197	34	39	57	48	59	55	—
	Ålesund	105		30				24	
Helse Nord	Bodø	125						23	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Tromsø	110	30	21	22	24		40	20
SUM		3.522	173	202	274	145+	535+	525	90

⁶ Fra 2009/2010 er det også fastsatt aktivitetskrav for jordmorutdanningen. Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Sør-Trøndelag har opptak av jordmorstudenter annet hvert år. For 2010/2011 er aktivitetskravet hhv 14 og 21 for Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf. Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20. januar 2004). RHFene har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner, f eks **audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør Trøndelag med aktivitetskrav 31.

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

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

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestested. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene (www.safh.no/lenker/turnus).

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn. For 2009 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)					
Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger)	10	10	10	5	35
"til RHFets disposisjon"	5				5
SUM	15	10	10	5	40

RHFet skal i tillegg til å etablere utdanningsstillinger, også bidra til effektive utdanningsløp. RHFene skal i samarbeid sørge for at det utdannes minst 10 geriater årlig i planperioden, jf. oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Verdighetsgarantien. RHFet skal i sin fordeling av nye stillinger for øvrig prioritere psykiatri fordi dette feltet fortsatt er i en oppbyggingsfase. Utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er styrket med til sammen 20 mill pr år til overlegestillinger og utdanningsstillinger. Disse stillingene kommer i tillegg til den årlige fordelingen av nye stillinger. Det skal rapporteres særskilt for bruk av midlene.

RHFet må vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger. Dette gjelder også for utdanningsstillinger, for ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen. RHFet skal bidra til en avvikling av legestillinger opprettet utenfor legefordelingssystemet i 2009, til den nye NR-databasen tas i bruk i fra 2010.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) skal ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFet skal systematisk og fortløpende melde inn endringer slik at NRs database (www.nr.dep.no) til enhver tid er oppdatert RHFet skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte stillinger.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Trykk:
Departementenes servicesenter - 01/2009 - 250