

## STYRINGSdokUMENT 2004

0.	Innledning .....	1
1.	Tildeling av midler og ressursgrunnlag for helseforetakene .....	3
1.1	Ressursgrunnlaget .....	3
1.2	Investeringer .....	3
1.3	Helse Nord RHF's eierkrav knyttet til økonomi .....	4
2.	Krav til pasientbehandlingen og andre hovedoppgaver .....	6
2.1	Pasientbehandling .....	6
2.1.1	Forventninger til aktivitet .....	6
2.1.2	Pasientrettigheter .....	6
2.1.3	Kvalitet, kvalitetsindikatorer og kvalitetssystem .....	7
2.1.4	Faglige nettverk og fagråd .....	7
2.1.5	Utvikling av "beste praksis" og kvalitetsregistre .....	8
2.1.6	Psykisk helsevern .....	9
2.1.7	Rehabilitering og habilitering .....	10
2.1.8	Geriatrici .....	10
2.1.9	Tilbudet til rusmiddelmissbrukere .....	10
2.1.10	Prehospital akuttmedisin .....	11
2.1.11	Utvikling av samisk helsetjeneste .....	12
2.1.12	Samhandling med primærhelsetjenesten .....	12
2.1.13	Beredskap .....	13
2.1.14	Forebygging .....	13
2.2	Utdanning .....	13
2.3	Forskning .....	14
2.4	Pasientopplæring og brukerperspektiv .....	15
3.	Helse Nord RHF's eierkrav knyttet til organisasjonsutvikling, stab / støtte og innkjøp ..	15
3.1	Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling .....	15
3.1.1	Organisasjon og personal .....	15
3.1.2	Vitale kliniske omstillingsprosesser .....	16
3.1.3	Ledelse .....	16
3.1.4	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi .....	17
3.2	Stab- / støttefunksjoner .....	18
3.3	Innkjøp .....	18
4.	Private aktører .....	18
4.1	Samarbeid med private aktører .....	18
4.2	Pasientrettigheter og private aktører .....	19
5.	Rapportering og styringsdialog .....	20
5.1	Økonomirapportering og resultatoppfølging .....	20
5.2	Rapportering av kliniske data og andre data .....	20
5.3	Plan og melding - generelt rapporteringssystem .....	20
6.	Helseforetaksspesifikk del .....	21

## 0. INNLEDNING

Helse Nords styringsdokument supplerer styringsdokumentet fra staten, og angir sammen med øvrige helsepolitiske dokumenter, budsjett, styrevedtak m.m. Helse Nords totale ansvar for spesialisthelsetjenesten. Dette dokumentet gir følgelig de overordnede rammer for oppgaveløsningen i Helse Nord og inneholder forpliktende styringsbudskap fra styret i Helse Nord RHF til de respektive HF-styrene.

I styringsdokumentet fastsetter Helse Nord de mål, rammer, premisser og resultatkrav som skal gjøre det mulig for helseforetaket å sikre befolkningen spesialisthelsetjenester. Helse Nord RHF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i Nord-Norge og på Svalbard tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Dette ”sørge for”-ansvaret ivaretas gjennom *eierrollen*, som eier av helseforetakene som leverer helsetjenestene, og *bestillerrollen*, som kjøper av helsetjenester hos private aktører. Helse Nord ønsker å tilby pasientene et godt tilbud gjennom å utøve begge disse rollene aktivt. Private aktører vurderes som et verdifullt supplement, og i en viss grad korrektiv, til den offentlige spesialisthelsetjenesten som drives i egne helseforetak. De private er gjennom sine avtaler en viktig del av den spesialisthelsetjenesten vi tilbyr befolkningen i nord.

Helse Nord RHF vil, som leder for den regionale foretaksgruppen, presisere følgende overordnede premisser for styring av virksomhetene i 2004:

- Oppgaveløsningen skal skje i overensstemmelse med nasjonale og regionale helsepolitiske prioriteringer, med god og riktig kvalitet, gjennom effektiv ressursbruk, og det verdigrunnlag som er redegjort for i det nasjonale styringsdokumentet.
- For å gjenvinne langsiktig handlefrihet, er det avgjørende at helseforetakene i løpet av 2004 initierer de tiltak og når de delmål som er nødvendige for å innfri kravet om økonomisk balanse i 2005
- Eiers forutsetning om å opprettholde aktiviteten på om lag samme nivå som i 2003, må søkes realisert gjennom et sterkere foretaksfokus på aktivitets- og innholdsstyring.
- Det skal legges større vekt på prioritering, både med hensyn til prioriterte grupper og i forhold til rettighetspasienter innenfor alle områder
- Faglige premisser forutsettes lagt til grunn for den prioritering og innholdsstyring som er nødvendig for å nå de økonomiske målene. Det innebærer at medisinsk- og annen helsefaglig kunnskap og dokumentasjon skal legges til grunn for prioritering, diagnostikk og behandling av pasienter.
- Samarbeid med førstelinjen er avgjørende for at pasientene skal få et godt tilbud, og Helse Nord vil legge til rette for desentraliserte spesialisthelsetjenester når dette kan forenes med kravene om faglighet og kostnadseffektivitet.
- Omstilling, i betydningen endring av behandlings-, drifts- og organisasjonsformer, er nødvendig både for å bedre ressursutnyttelsen og for å oppnå medisinske gevinster. Det forutsettes å inngå et bedre samarbeid og en klarere arbeidsdeling mellom foretakene.
- I omstillingsarbeidet, som i samtlige helseforetak også vil inkludere nedbemanning, er det viktig å etablere et godt samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, og at formelle krav til medvirkning og drøftelser ivaretas.

## **Samhandling Helse Nord og omgivelsene**

Som betydelig samfunnsaktør i landsdelen, er Helse Nord avhengig av god dialog og samhandling med en rekke aktører og interessenter i regionen. Dette gjelder saksområder både på strategisk og operativt nivå, og forutsetter følgelig at Helse Nord RHF og de enkelte helseforetak gjensidig understøtter samarbeidet med de relevante omgivelser. For at våre oppgaver innen pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring med mer, skal ivaretas best mulig, vil vi understreke behovet for å prioritere følgende samhandlingsparter:

- primærhelsetjenesten / fastlegene – for samhandling om pasientflyt og pasientinformasjon
- kommunene – bl.a. om fødestue-avtalene fra 2004
- fylkeskommunene – bl.a. om felles saker innenfor forebyggingsfeltet, og i viktige helsepolitiske spørsmål.
- Sametinget – i forhold til utvikling av samisk helsetjeneste
- Universitetet i Tromsø – for forsknings- og utdanningssaker, medisinerstudenter / turnuskandidater
- høgskolene – for utdannings- og forskningssaker, helsefagsstudenter
- videregående skoler – for utdanningssaker
- pasientorganisasjonene og frivillige organisasjoner – for opplæring av pasienter og pårørende, samt brukermedvirkning
- Helsetilsynet / fylkesmannens helseavdeling
- pasientombudene
- andre viktige samfunnsaktører, som politi, forsvar og sivilforsvar, særlig i beredskapssammenheng.

## 1. TILDELING AV MIDLER OG RESSURSGRUNNLAG FOR HELSEFORETAKENE

### 1.1 Ressursgrunnlaget

I styresak 04-2004 Budsjett 2004 er det redegjort for hvilke ressurser styret for Helse Nord RHF stiller til disposisjon for helseforetakene. Den samlede ressursrammen skal gi forutsetninger for videreføring av om lag samme aktivitetsnivå som i 2003, jf nærmere omtale i avsnitt 2.1.1.

Helse Nord's budsjetttramme innen innsatsstyrt finansiering er 1 334 mill. kroner. Samlet utbetaling skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Beløpet er basert på en anslått DRG-produksjon på 112 455 DRG-poeng og 10 mill. kroner i tilleggsrefusjoner. Utbetalingene baserer seg på en enhetspris på 29 454 kroner.

Øremerkede midler skal benyttes i henhold til forutsetninger. Innen psykisk helsevern skal opptrappingsmidler (kapittel 743, post 75) være en reell styrking av den samlede ressursrammen for området. Den viktigste forutsetning er likevel at tilbudet til denne pasientgruppen styrkes både mht kvalitet og kapasitet.

### 1.2 Investeringer

Helse Nord's totale investeringsprogram for 2004 fremkommer av tabellen under.

<b>Investeringsprogram 2004</b>							
Tall i 1000 kr	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>Hålogaland</b>	<b>Nordland</b>	<b>Helgeland</b>	<b>RHF</b>	<b>SUM</b>
Opptrapping psykisk helse		41.300		17.200	10.900		69.400
1. byggetrinn NLSH				41.200*			41.200
Mammografiscreening		11.600					11.600
Sentrale fellesprosjekter						45.000	45.000
Utstyr og småinvesteringer	30.000	80.000	35.000	33.000	30.000		208.000
Reserve – til styrets disp.						24.800	24.800
<b>SUM</b>	<b>30.000</b>	<b>132.900</b>	<b>35.000</b>	<b>91.400</b>	<b>40.900</b>	<b>69.800</b>	<b>400.000</b>

\* avhengig av styrevedtak om videre prosjektering

Tallene som fremkommer i tabellen er periodisert investeringsramme for 2004. I tillegg kommer helseforetakenes ubrukte investeringsmidler fra tidligere år.

Moderne utstyr, bygninger og infrastruktur er en stadig viktigere innsats- og konkurransefaktor i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at Helse Nord i samarbeid med eier og foretakene legger til rette for den nødvendige oppdatering og modernisering av

bygninger og utstyr i foretakene. I denne forbindelse må Helse Nord i 2004 prioritere arbeidet med å finne tilpassede og bærekraftige løsninger for de særlige bygningsmessige utfordringene ved Nordlandssykehuset og Hålogalandssykehuset, avd. Stokmarknes.

Helse Nord vil generelt ta et større ansvar for dimensjonering, prosjektering og styring av prosjekt knyttet til nybygg og større moderniseringer.

### 1.3 Helse Nord RHF's eierkrav knyttet til økonomi

#### Økonomiske prestasjonskrav

Budsjettforliket i Stortinget innebærer at kravene til de regionale helseforetakene om økonomisk balanse forskyves fra 2004 til 2005. Enhver utsettelse av balansekravet medfører kostnader i form av økte finanskostnader og reduserte muligheter for å gjennomføre nødvendige og økonomisk lønnsomme investeringer. Desto mer av tilpasningsproblemet Helse Nord klarer å løse i 2004, desto raskere vil det skapes muligheter for utvikling av tjenestetilbudet.

#### Vurdering og forslag til konkrete styringsmål

Realisering av økonomisk balanse i 2005 krever at tiltak i stor grad identifiseres og iverksettes tidlig i 2004. Økonomiske styringsmål tar utgangspunkt i vedtakene til de respektive helseforetak.

På bakgrunn av styrenes vedtak, fordeling av ekstrabevilgning og de vurderinger som er gjort i styresak 04-2004 Budsjett 2004, kan helseforetakene maksimalt styre mot underskudd som fremkommer av tabellen under.

	<b>Brutto Problem *</b>	<b>Tiltak 2004</b>	<b>Økt basis-bevilgning</b>	<b>Styringsmål 2004</b>
RHF	0	0	0	<b>0</b>
Helse Finnmark	- 125	58,6	6,4	<b>- 60</b>
UNN	- 226	133,5	22,5	<b>- 70</b>
Hålogaland	- 100	57,0	8,0	<b>- 35</b>
Nordlandssykehuset	- 146	53,6	12,4	<b>- 80</b>
Helgelandssykehuset	- 58	23,3	11,7	<b>- 23</b>
Apoteket	0	0	0	<b>0</b>
<b>SUM</b>	<b>- 655</b>	<b>326</b>	<b>61</b>	<b>- 268</b>

\* Brutto problem ved UNN er inkludert manglende fullfinansiering av Enhet for lindrende behandling, samt leie- og vedlikeholdsutgifter ved Svalbard

Konsernet kan samlet styre mot et underskudd på 268 mill kr i 2004. I tillegg fastsettes periodisert økonomisk styringsmål pr. kvartal slik:

	<b>1. kvartal</b>	<b>2. kvartal</b>	<b>3. kvartal</b>	<b>4. kvartal</b>	<b>Sum 2004</b>
Helse Finnmark	10,6	-28,8	-8	-33,8	<b>- 60</b>
UNN	0	-10	-30	-30	<b>- 70</b>
Hålogaland	-15	-10	-5	-5	<b>- 35</b>
Nordlandssykehuset	-30	-20	-20	-10	<b>- 80</b>
Helgelandssykehuset	-3	-7	-6	-7	<b>- 23</b>
Apoteket	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>SUM</b>	<b>-37,4</b>	<b>-75,8</b>	<b>-69</b>	<b>-85,8</b>	<b>-268</b>

## **2. KRAV TIL PASIENTBEHANDLINGEN OG ANDRE HOVEDOPPGAVER**

### **2.1 Pasientbehandling**

#### **2.1.1 Forventninger til aktivitet**

Eierkravet om å videreføre aktiviteten på om lag samme høye nivå som i 2003, forutsetter en betydelig økning av arbeidsproduktivitet og kostnadseffektivitet. Kravet om aktivitet på om lag samme nivå som fjoråret, innebærer en særlig forpliktelse mht å opprettholde tilbudet til prioriterte pasientgrupper. Det vil imidlertid medføre en omprioritering av ressurser og aktivitet som vil kunne resultere i svekket tilgjengelighet og tilbud for lavere prioriterte tjenester, herunder også noe lengre ventetid for ikke-prioriterte pasienter (jfr. statens styringsdokument punkt 2.1.1 og 2.1.2).

I utgangspunktet er imidlertid sykehusforbruket for befolkningen i landsdelen svært høyt; det gjelder særlig for befolkningen på Helgeland, i Hålogaland og i Finnmark. Det er derfor ønskelig at helseforetakene i disse geografiske områder utvikler systematiske strategier og tiltak som kan bidra til en mer rasjonell bruk av sykehusenes ressurser. Blant viktige tiltak nevnes reduksjon i antallet senger, etablering av observasjonssenger i mottaksfunksjon og bedre samarbeid med primærhelsetjenesten.

Målsettingen om å stabilisere og redusere sykehusforbruket gjelder imidlertid ikke psykisk helsevern der det legges opp til økt aktivitet.

#### **2.1.2 Pasientrettigheter**

Helsetilsynets tilsyn har vist at utøvende helsepersonell har for liten kunnskap om praktisk anvendelse av pasientrettighetsloven. Alle avvik og merknader fra Helsetilsynets tilsynsrapporter i 2003 etter dagens lovgivning vedrørende rutiner og informasjon om pasienters rett til nødvendig helsehjelp, fritt sykehusvalg m.v. skal lukkes i løpet av 1. kvartal. Helseforetakene må derfor sørge for den nødvendige opplæring av personell, spesielt i de kliniske avdelingene.

Helseforetakene skal videre jobbe systematisk med sin praksis for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Helse Nord RHF og helseforetakene skal arbeide mot en mest mulig enhetlig praktisering av prioriteringsforskriften med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og medisinsk riktige ventetider. Rapporteringen for 2003 viser at sykehusenes praksis varierer – mellom 10-99% av alle pasienter tildeles denne retten. Det forutsettes at denne andelen harmoniseres vesentlig i løpet av 2004.

Endringene i pasientrettighetsloven (Ot.prp. 63 (2002-2003), jf. Innst.O. nr. 23 (2003-2004)) pålegger helseforetakene å gi pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en individuell frist for behandling. En konsekvens av endringene i pasientrettighetsloven er at pasientene vil ha juridisk rett til behandling andre steder for helseforetakets regning ved garantibrudd for rettighetspasienter. Helse Nord skal i nært samarbeid med helseforetakene sørge for at det innen 1. juli etableres system og rutiner for å håndtere denne endringen. Gjennom slike rutiner

skal også pasientene gis adekvat informasjon om retten til å få fastsatt individuell frist for behandling. Helseforetakene pålegges å delta aktivt i dette arbeidet og ta i bruk de rutiner og system som vil bli utarbeidet.

Manglende oppfølging av retten til individuell plan er påpekt både av Helsetilsynet og av brukerorganisasjonene. Rettigheten omfatter pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, og er spesielt viktig for kronikergrupper innenfor rehabilitering / habilitering, herunder psykisk helsevern, rusvern samt geriatri. Pasienters rett til individuell plan må prioriteres av helseforetakene.

### 2.1.3 Kvalitet, kvalitetsindikatorer og kvalitetssystem

Det skal generelt legges vekt på kvalitets- og forbedringstiltak som samtidig bidrar til mer effektiv bruk av ressurser. Slike tiltak dreier seg både om kunnskapsbasert standardisering av medisinsk praksis, god logistikk i tiltaks- og behandlingsskjeden, og om mulige gevinster som kan høstes gjennom en bedre elektiv arbeidsdeling.

Helseforetakene skal anvende nasjonale kvalitetsindikatorer, og utføre pasienttilfredshetsundersøkelser. Man skal aktivt søke forbedringer ut fra disse målingene. For følgende kvalitetsindikatorer gjelder disse mål for 2004:

- Epikrisetid: innen 7 dager etter utskriving skal 80 % være sendt
- Rettighetspasientene skal gis medisinsk riktige ventetider
- Ingen bør vente på behandling mer enn ett år.

Helse Nord har i 2003 kjøpt inn nytt kvalitetssystem som forutsettes implementert i alle HF i regionen. Det er etablert en sentral prosjektgruppe. Det tas sikte på at helseforetakene innfører systemet i løpet av 2004, men med aksept for at tidspunktet for innfasing av systemet i Hålogalandssykehuset HF avtales nærmere med Helse Nord RHF.

### 2.1.4 Faglige nettverk og fagråd

Helse Nord RHF's hovedstrategi for å stimulere faglig samhandling og kompetanseutvikling mellom helseforetakene vil være å støtte faglige nettverk initiert og drevet av fagmiljøene selv. Det bevilges kr. 500.000 til dette formål i 2004

I tillegg til dagens 3 fagråd i foretaksgruppen i kardiologi, psykiatri og rehabilitering, vil det i samarbeid med fagmiljøene / helseforetakene opprettes tre nye fagråd, innen hhv.

- Prehospital akuttmedisin
- Laboratoriefag (unntatt radiologi og nukleærmedisin)
- Hjerneslagbehandling.



### 2.1.5 Utvikling av ”beste praksis” og kvalitetsregistre

Helseforetakene skal legge vekt på kunnskapsgrunnlaget for pasientbehandling, og tilpasse den helsefaglige aktivitet best mulig til beste praksis. Det forventes bl.a. at man forholder seg til den dokumentasjon som finnes i rapportene fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), nasjonale registre og vitenskapelig dokumentert kunnskap i forskningsresultater regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

For pasienter med akutt koronarsykdom skal helseforetakene følge retningslinjer utgitt av kardiologisk fagråd januar 2004 (se Helse Nords hjemmesider). Helse Nord velger som oppfølging av SMM rapport 5/2002 en ”både og” strategi (trombolyse og PCI) pga. av lange avstander. Helseforetakene må derfor følge opp prosjekt prehospital trombolyse i 2004. Målsettingen er at tilbud om prehospital trombolyse skal være tilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i løpet av 2004.

For kreftkirurgi vil det fra 2004 skje en samling til færre behandlingssenheter ut fra bl.a. økt kunnskap om volum / kvalitet. Følgende gjelder (det henvises til oppsummering 10.11.03 etter drøftingsmøte) for kreftformene:

- Bryst: Alle pasienter hvor det er indikasjon for undersøkelse av vaktpost-lymfeknute, skal opereres i Bodø eller Tromsø
- Endetarm: Alle pasienter skal opereres i Tromsø, Bodø eller Harstad
- Mavesekk: Proksimale lokalisasjoner (kardia) og store reseksjoner (gastrektomier), skal opereres i Tromsø eller Bodø.
- Skjoldbruskkjertel, prostata (kurativ intensjon) samt fjernelse av blære skal opereres i Tromsø eller Bodø
- Spiserør, bukspyttkjertel samt leverreseksjoner (operasjon av leverspredning) skal kun opereres i Tromsø.
- Spesielle, sjeldne krefttilfeller skal henvises Tromsø; retroperitonealt glandeltoilett ved testikkelkreft, binyrekreft, nevroendokrine svulster, samt bløtdelssarkomer.

Helse Nord vil gjennom aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) følge opp at denne omlegging skjer. ISF-refusjonen vil vurderes inndratt fra helseforetak som i sin medisinske praksis avviker fra ovennevnte forutsetninger.

I 2004 vil Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene utarbeide tilsvarende retningslinjer for kreftformer som ikke er ferdigdrøftet (for eksempel gynekologisk kreft).

Helseforetakene skal samarbeide med og avgi data til de registre som eksisterer, bl.a. kreftregisteret, leddproteseregisteret og rektumcancerregisteret. For de to sistnevnte vil Helse Nord sammen med helseforetakene reforhandle avtaler med registrene slik at Helse Nord kan få utlevert samlet statistikk for regionen (for eksempel antall / typer leddproteser pr. sykehus / helseforetak).

De fem regionale helseforetak har fått ansvar for å etablere hvert sitt nasjonale kvalitetsregister i 2004. Det er foreløpig ikke avklart hvilke sykdomsgrupper disse skal omfatte. Helseforetakene skal levere data til disse fra oppstart. Det forutsettes at

kvalitetsregistre integreres tettest mulig mot pasientsystem og elektronisk journal for å bedre sikkerhet, datakvalitet og løpende ajourhold.

### 2.1.6 Psykisk helsevern

I henhold til Opptrappingsplanens forutsetninger skal den samlede behandlingsskapiteten øke, både innenfor polikliniske, døgn- og dagtilbud. Dette innebærer også omstillingstiltak. Ressurser som gjennom effektivisering frigjøres innenfor psykisk helse skal anvendes til å forbedre tjenestetilbudet for denne pasientgruppen.

Det eksisterende desentraliserte tilbudet, med distriktpsikiatriske sentra (DPS) tilknyttet helseforetakene, skal videreutvikles. DPSene har imidlertid i altfor stor grad utviklet seg i ulike retninger, og det skal tilstrebes større likhet mellom slike enheter. Videre må behandlingsnettverk, og kommunikasjonen mellom DPS og sykehusavdelinger, bedres. Helse Nord RHF vil aktivt ta del i disse forbedringsprosessene for å sikre smidige og enkle overføringsrutiner mellom DPS og sykehus.

DPSene skal gi differensierte tilbud til barn, unge og voksne. Det vil kreve nyetablering i enkelte DPS, mens i andre vil dette måtte skje gjennom omstrukturering av eksisterende tilbud. I tillegg ligger sengekapasiteten innen psykisk helsevern i Helse Nord under landsgjennomsnittet og den totale sengekapasiteten i enkelte helseforetak er for liten.

Krav / delmål for 2004 er:

- Tiltak for redusert bruk av tvang og kvalitetssikring av tvangsbruk.
- DPS / BUP forutsettes å ivareta de allmennpsykiatriske funksjoner. Det skal legges til rette for ø-hjelp og krisetjenester, slik at pasienter unngår unødvendige innleggelses i sykehusavdelinger.
- For å sikre pasientenes interesser og hensiktsmessig bruk av ressurser, skal det DPS som ligger nærmest der pasienten bor, og som er godkjent for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ha ansvar for å ivareta dette så langt det lar seg gjennomføre.
- DPS / BUP har, ut fra sin organisasjonsmessige posisjon mellom kommuner og sykehusavdelinger, et ansvar for oppfølging etter utskrivning fra sykehusavdelinger.
- DPS / BUP har et ansvar for å inngå i et nært samarbeid med kommunene om planlegging og evaluering av tjenester, utvikling av kompetanse samt veiledning og rådgivning.
- Sykehusavdelinger forutsettes å ivareta de grupper pasienter som ikke får et tilstrekkelig tilbud ved DPS / BUP. Dette gjelder pasienter som krever høy bemanning, har lidelser som krever spisskompetanse eller er så sjelden at utredning og behandling må sentraliseres for å opprettholde nok erfaring for å gi forsvarlige tilbud.
- Bedre subakutte tilbud.

Regionalt senter for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser er vedtatt etablert ved UNN og NLSH. UNN skal gi tilbud til barn og unge under 18 år. Forslag til drift i 2004 er behandlet i budsjettsaken. Det foreslås en investeringsramme for nybygg / utstyr til 24 mill kroner inkl. skolebygg, som det tas sikte på å realisere i 2005-2006. Når det gjelder finansiering av tilbudet ved NLSH, vil Helse Nord komme tilbake til dette senere. Frem til slikt vedtak

foreligger, må samtlige helseforetak legge til rette for klinisk virksomhet overfor voksne, enten innen eget foretak eller ved kjøp av plasser utenfor regionen / utlandet etter gjeldende ordninger. Etter at prosjektet for kjøp av slike tjenester i utlandet (BUAS) ble avsluttet pr. 31.12.03, vil det være særlig viktig å sørge for at disse pasientene sikres kontinuitet i behandlingen.

### **2.1.7 Rehabilitering og habilitering**

Tjenestetilbudene i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten skal skjermes. Eventuelle forslag om nedskjæringer på disse områdene skal særskilt begrunnes og legges fram for Helse Nord RHF til nærmere vurdering i forhold til helhetlig regional planlegging og prioritering.

Det stilles krav til helseforetakene om fortsatt oppfølging og videreutvikling av eksisterende fagnettverk innen habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Det vises til Sosial- og Helsedirektoratets plan for hørselsrehabilitering (2002). Helse Nord forutsetter at helseforetakene følger opp planen ved å gjennomgå egne tjenestetilbud etter samme mal som den nasjonale planen, og foreslå tiltak for å sikre kvalitet og hensiktsmessig organisering av tjenestetilbudene.

Det antas å være et stort potensial for et bedre tilbud til pasientene ved å styrke samarbeidet mellom opptreningsinstitusjonene og helsesportsenter og helseforetakene. Se kap. 4 om private aktører.

### **2.1.8 Geriatri**

Det er generelt behov for en styrking av tilbudet til geriatriske pasienter i regionen. Antallet eldre pasienter vil øke og legge beslag på stadig flere sykehussenger. En handlingsplan for geriatri i regionen vil bli lagt fram i begynnelsen av 2004. Geriatriplanen påpeker at det er nødvendig både å styrke det eksisterende geriatriske tilbudet og å etablere nye tilbud. Det forutsettes at helseforetakene følger opp den videre prosess og aktivt vurderer mulighetene for å styrke tilbudene.

### **2.1.9 Tilbudet til rusmiddelmissbrukere**

De helseforetak som har fått overført nye institusjoner og tiltak i forbindelse med rusreformen skal stille institusjonsplassene til disposisjon for hele befolkningen i Helse Nord. Inntak av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten skal skje etter de felles utarbeidede retningslinjer. Helseforetakene må organisere samarbeid som sikrer et funksjonelt tverrfaglig tilbud som bidrar til å oppfylle faglige krav til de ulike funksjoner. RHF vil utarbeide en utfyllende oversikt over behandlingsfunksjoner i spesialisthelsetjenesten; herunder hvor utredning kan skje.

Organiseringen av Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) videreføres inntil videre som i 2003. Det vil i 2004 bli utredet og besluttet endring som innebærer at det i Helse Nord etableres alternativt senter til senteret i Trondheim.

Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken videreføres i 2004 av Hålogalandssykehuset HF etter særskilt midlertidig avtale mellom Helse Nord RHF og Sosial- og helsedirektoratet. Det forutsettes at kompetansesenteret bistår aktivt i utviklingsarbeidet. Nordlandsklinikken skal som regionalt kompetansesenter initiere og koordinere samarbeidet mellom helseforetak, og skal bistå helseforetak og den primære helse- og sosialtjenesten i tilrettelegging av tilbud for enkeltklienter.

Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene gjennomgå og vurdere hvilke styringsdata som skal benyttes i tjenesten fremover. Det skal gjøres en behovskartlegging og utarbeides en handlingsplan for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere i 2004, og helseforetakene forutsettes å delta aktivt i dette arbeidet.

Det forventes også at helseforetakene samarbeider med de private rusinstitusjonene der det er nødvendig og hensiktsmessig for rusmiddelmissbrukere. Det vises til kap. 4 om private aktører.

Helseforetakene forutsettes å medvirke til den gjennomgang og vurdering som Helse Nord RHF vil foreta i 2004 i forhold til framtidig organisering av tilbudet innen rusomsorgen.

#### **2.1.10 Prehospital akuttmedisin**

##### **Samhandling i hele kjeden**

Ambulansetjenesten må dimensjoneres og tilpasses ny struktur ved endringer i sykehusenes akuttfunksjoner og funksjonsfordeling.

Kvaliteten i tilbudet til alvorlig skadde pasienter skal sikres i hele den akuttmedisinske kjede, både prehospitalt, mellom og innen helseforetakene. Helseforetakene pålegges deltakelse i BEST samarbeidet for å styrke behandlingstilbudet til alvorlig skadde gjennom systematisk organisering av traumemottak, trening av helsepersonell og evaluering av resultater.

Tilstrekkelig intensivmedisinsk kvalitet og kapasitet i hvert enkelt helseforetak må ivaretas. Helseforetakene bør som et minimum tilby dagens volum når det gjelder antall intensivsenger og senger med respiratorkapasitet, og eventuelle reduksjoner må klareres med HN.

##### **Nødmeldetjenesten**

AMK-sentralene med 113 funksjon samordner sine systemer slik at sikkerhet for publikum ivaretas. Ambulansekoordinering ivaretas av AMK-sentral med 113-funksjon. AMK-sentraler uten 113-funksjon kan fortsatt bestå som sentral i sykehus og ivareta funksjonen som kommunikasjonsknutepunkt for innkommende ambulanse.

Helse Nord forutsetter at helseforetakene i 2004 foretar en faglig og økonomisk gjennomgang av den samlede nødmeldetjenesten, herunder samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Helseforetakene bes planlegge for en samlet anskaffelse av flåtestyringsverktøy i 2005.

## **Ambulansetjenesten**

Båtambulansetjenesten må i samarbeid med kommunene gjennomgå i 2004 med fokus på plan for finansiering, organisering og avtaleforhold i samarbeid med kommunene, og det må utarbeides plan for samordning mellom syketransport og ambulanse.

Helseforetakene skal i samarbeid med Helse Nord RHF samordne sine ambulanseplaner, slik at tjenesten framstår som en standardisert regional tjeneste. Dette gjelder krav til kompetanse, utvikling av systembøker og medisinske prosedyrer, legemidler i ambulanse, krav til utstyr og merking av personell, krav til tekniske løsninger og samordning av innkjøp.

For de helseforetakene der nåværende kontrakt for ambulansetjenesten utløper i 2004, skal videre organisering og ressursbruk (konkurransetsetting eller egen drift) vurderes.

Helseregionene har pr. 01.01.04 etablert og eier et ansvarlig selskap for å ivareta luftambulansetjenesten som et nasjonalt tilbud. Dette selskapet, "Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS", har fokus på flyoperative og sikkerhetsmessige forhold og grensesnittet mot den medisinske virksomhet. Helseforetak med ansvar for luftambulansebaser må samordne den medisinske drift av luftambulansetjenesten mot selskapet.

### **2.1.11 Utvikling av samisk helsetjeneste**

Den samiske befolkning skal ha et likeverdig helsetilbud som den øvrige befolkning, og tjenestene skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten i regionen. Det er viktig å sikre språkkompetanse, tolketjenester, kulturkunnskap og kulturforståelse i helseforetakene i deres møter med samiske pasienter. Ved å tilrettelegge spesielt i forhold til samisk språk og kultur vil ressursene kunne brukes riktigere og mer målrettet. Dette vil også kunne gi en helsemessig gevinst for den enkelte bruker. Helseforetak som har opptaksområder i de kommunene som omfattes av samelovens språkregler har et særlig ansvar for å tilrettelegge tilbud, men brukere med samisk språk- og kulturbakgrunn finnes i alle helseforetakene i Helse Nord.

Helse Nord RHF vil i 2004 gjennomføre et utviklingsprosjekt for å kartlegge behovet for særskilte tiltak for den samiske befolkningen i regionen i bruken av spesialisthelsetjenester og kartlegge behov og merkostnader ved tospråklighet og –kultur. Helseforetakene skal delta i prosjektet i tråd med det mandatet som blir fastsatt. .

### **2.1.12 Samhandling med primærhelsetjenesten**

Helse Nord RHF vil i 2004 utvikle vår samhandling med primærhelsetjenesten, og vil stille følgende konkrete krav til helseforetakene for denne samhandlingen:

- Hvert helseforetak skal inngå avtaler med kommunene. Det vises her til mal for slike kontrakter som er under utarbeidelse av en nasjonal arbeidsgruppe.
- Hvert helseforetak skal avholde 1-2 samarbeidsmøter med primærhelsetjenesten i sitt nedslagsområde
- Hvert av helseforetakene anbefales å inngå avtale om etablering av praksiskonsulenter, etter modell av ordningen ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

- Helseforetakene skal forhandle med fastlegene om å overføre kontroller av minst 3 pasientgrupper som i dag foregår ved sykehus. Det vises til plan om overføring av brystkreftkontroller fra UNN.
- DPS / BUP har et ansvar for å inngå i et nært samarbeid med kommunene om planlegging og evaluering av tjenester innen psykisk helse, utvikling av kompetanse samt veiledning og rådgivning.
- Alle helseforetak skal bistå i Helse Nords prosjekt om sykestuefunksjonen.
- Helseforetak som i dag ikke har samarbeid med kommunene om legevaksorganisering, bør vurdere alternative løsninger for dette.
- Ansvar for fødestuene i regionen skal overtas av det enkelte HF. Avtaler med kommunene om svangerskapsomsorg og eventuelt kjøp av tjenester skal gjennomføres 1. kvartal 2004.

### **2.1.13 Beredskap**

Innen fastsatte rammer og forutsetninger i den regionale beredskapsplanen for Helse Nord, skal helseforetakene innen 1.7.2004 ha oppgradert og samordnet beredskapsplanene innen helseforetaket. Planene skal bygge på risiko- og sårbarhetsanalyser. Disse skal også beskrive samarbeid med kommuner og andre sektorer. Beredskapsplanene må øves regelmessig. Helseforetak som vil bli berørt under øvelse Barents Rescue (2005) vil i løpet av 2004 måtte delta i planleggingen slik dette blir bestemt.

### **2.1.14 Forebygging**

Helse Nord skal i 2004 inngå en samarbeidsavtale med fylkeskommunene som bl.a. vil inneholde felles innsats innen forebyggende helsearbeid. Helseforetakene forutsettes å følge opp det ansvar som følger av en slik avtale.

Spesialisthelsetjenesten har en klar rolle i sekundærforebyggelse, jfr. statens styringsdokument. På sentrale områder må man også bistå primærhelsetjenesten i primærforebyggelse.

Helse Nord vil ta initiativ overfor kommunene og primærlegene for å bedre dekningsgraden av influensavaksine hos eldre i Nord-Norge.

Helseforetakene må også bistå kommunene i arbeidet med forebygging av psykiske helseproblemer, spesielt viktig er tidlig intervensjon overfor barn, unge og rusmiddelmisbrukere.

## **2.2 Utdanning**

Helseforetakene skal ivareta sine utdanningsoppgaver i forhold til praksisstudenter i medisin, psykologi og øvrige helsefag. Helseforetakene må sørge for at antallet plasser og kvaliteten på dem er i samsvar med årskullstørrelsen på grunnutdanningene. Tilstrekkelig kapasitet og godt tilbud gjelder også for turnustjeneste og etter- og videreutdanning.

Helseforetakene skal videre sikre tilstrekkelig kompetanse gjennom rekruttering, herunder legerekutteringsprosjektene. Dette gjelder mange områder, og det pekes spesielt på feltet psykisk helse. Legerekutteringsprosjektene innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri videreføres for å sikre ettervekst. Helseforetakene forventes å sikre at utdanningsløpene kan gjennomføres på en smidig og god måte.

Helse Nord RHF vil sammen med helseforetakene vurdere tiltak for økt rekruttering og utdanning av spesialister i geriatri og fysikalsk medisin og rehabilitering.

Utdanning og videreutdanning av helsepersonell er helt nødvendig for å sikre rekruttering til helseforetakene. Det skal derfor fortsatt legges til rette for utdanning av turnusleger, assistentleger og spesialsykepleiere innenfor både kirurgiske og medisinske fag.

Helse Nord RHF vil ta initiativ til å utrede det framtidige behovet for nyrekruttering av legespesialister innen ulike fagområder. Tidshorizonten for en slik utredning bør være 5-10 år.

Rekruttering av personell i ambulansetjenesten skal prioriteres. Det skal utarbeides langtidsplaner for rekruttering, bemanning, kompetanseutvikling for hele ambulansetjenesten innen 1/6-2004. Helseforetakene skal videre utarbeide plan for opplæring av lærlinger som sikrer kvalitet og rekruttering, og samhandling med videregående skole. Det oppfordres til at helseforetakene går inn som arbeidsgivere for lærlingene. Helseforetakene skal også sammen med Høgskolesamarbeidet utarbeide planer for etablering av etterutdanning på høgskolenivå for ambulanspersonell fra 2005.

### **2.3 Forskning**

Alle helseforetak har ansvar for å tilrettelegge for forskning, og UNN som universitetssykehus har et særlig ansvar. Dette innebærer blant annet at det legges til rette for forskningsnettverk innad i det enkelte HF, slik at miljøer kan få fram nye ideer og søknader. Det skal også legges opp til rimelige og praktiske løsninger for de ansatte som allerede har fått finansiering og skal utføre sin forskning i helseforetaket.

Helse Nord's mål med å finansiere forskning er knyttet til å levere bedre helsetjenester. Forskningsområdene må ses i sammenheng med sørge-for-ansvaret: prioriterte områder i pasientbehandlingen. Det vises til vedtak i samarbeidsorganet med Universitetet og styresak 100-2003 i RHF-styret.

Helse Nord RHF vil understreke betydningen av at fordelingskriteriene for forskning innrettes slik at den mer kliniske og praksisrettede forskningen blir mer målrettet og bedre ivarettatt.

Helse Nord og Universitetssamarbeidet skal høsten 2004 arrangere en regional forskningskonferanse, og det forventes at helseforetakene bidrar til deltakelse, både fra ledernivå og klinikere / forskere.

Det vil fra 2004 bli stilt større krav til Helse Nord vedrørende dokumentasjon av ressurser til forskning, fortsatt fokus på forskningsregistrering og resultater. Det forventes at helseforetakene følger opp de rutiner og systemer som innføres.

## **2.4 Pasientopplæring og brukerperspektiv**

For å ivareta lovens bestemmelser om opplæring av pasienter og pårørende, bør alle helseforetakene etablere lærings- og mestringssenter. Det forutsettes at sentrene får ressurser i eget helseforetak til å kunne være pådriver og kompetansesenter for å styrke lærings- og mestringstilbud innen hele helseforetaket. Helse Nord ser det som sterkt ønskelig at denne funksjonen utvikles i nær forståelse og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Helse Nord forutsetter at helseforetakenes styrer og administrasjon bidrar aktivt til at brukerutvalgene blir reelle medvirkningsorganer for brukere / pasienter i helsetjenesten. Det forutsettes at brukerutvalgene trekkes inn tidlig i beslutningsprosessen ved planlagte endringer som har vesentlig betydning for pasienttilbudene.

## **3. HELSE NORD RHFS EIERKRAV KNYTTET TIL ORGANISASJONSUTVIKLING, STAB / STØTTE OG INNKJØP**

### **3.1 Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling**

Det er fortsatt betydelige utfordringer innen ledelse og organisasjon på alle nivå i Helse Nord. Arbeidet med å etablere gjennomgående kliniske ansvarslinjer, kombinert med behovet for stedlig koordinering og nærvær, bør videreføres på måter som er tilpasset geografiske og andre forhold i det enkelte foretak.

Utvikling av strategier og tiltak vil skje i et samspill mellom helseforetakene og Helse Nord RHF. Helse Nord vil organisere og drive faglige nettverk med ressurser og kompetanse i helseforetakene. I enkelttilfeller vil direkte deltakelse fra Helse Nord RHF i helseforetakene kunne være aktuelt.

#### **3.1.1 Organisasjon og personal**

I den videre utvikling av foretaksgruppen vil Helse Nord RHF i samarbeid med konserntillitsvalgt i 2004 ta initiativ til:

- Utvikling av felles overordnede premisser for personalpolitikken i samarbeid med helseforetakene
- Koordinering av helseforetakenes operasjonalisering av de personalpolitiske retningslinjer
- Videreutvikling av det faglige nettverk innen personalpolitiske spørsmål med sikte på kompetanseutvikling
- Koordinering av helseforetakenes operasjonalisering av "Hovedprinsipper for omstilling og nedbemanning i Helse Nord", herunder å bygge kompetansenettverk mellom helseforetakene på området.



- Forbedre evnen til å ta i bruk nye lønnspolitiske virkemidler og håndtere omstillinger i helseforetakene

Det forventes derfor at helseforetakene:

- Operasjonaliserer og implementerer Hovedprinsipper for omstilling og nedbemanning i Helse Nord gjennom innbyrdes konsultasjoner og i samråd med RHF.
- Operasjonaliserer og implementerer overordnet personalpolitikk i Helse Nord så snart denne foreligger

Helse Nord RHF vil følge opp området arbeidsmiljø, jf. forslag til overordnet personalpolitikk, særlig med fokus på sykefravær. Det forventes at alle helseforetak som har inngått avtaler om inkluderende arbeidsliv, følger opp denne avtalens intensjoner.

### 3.1.2 Vitale kliniske omstillingsprosesser

Det viktigste fokus for nødvendige endringsprosesser i sykehus knytter seg til organisering av kliniske kjernefunksjoner; selve utførelsen av det pasientnære arbeidet. Helse Nord RHF forutsetter derfor at helseforetakene legger større vekt på gjennomgang og oppdatering av behandlingsprosedyrer samt logistikk knyttet til pasient- og arbeidsflyt. Det forutsettes en nærmere kopling mellom faglig og organisatorisk dynamikk, og at innføring av nye behandlingsregimer ledsages av den nødvendige avlæring av gamle rutiner. Videre er det viktig at foretakene legger til rette for en rasjonell differensiering av arbeidsprosesser, tilpasset de ulike pasientgruppers behov.

### 3.1.3 Ledelse

Styrking av lederskap på alle nivå i sykehusorganisasjonen er av stor betydning. Det vil i 2004 være et særlig fokus på ledernivåene nedover i sykehusorganisasjonen. Følgende områder vil være prioritert og skal følges opp av helseforetakene:

- Fortsatt deltagelse i det Nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet
- For å skape større samforståelse for felles ledelsesmessige utfordringer og oppgaver, vil Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene vurdere å gjennomføre faste regionale samlinger for toppledelse og andre sentrale ledere i helseforetakene
- Videreføre et forpliktende nettverksarbeid innen ledelse for å utvikle programmer og tiltak som både utvikler en felles regional ledelseskultur samtidig som ledelsesperspektivene styrkes lokalt. Nettverket skal også bidra til å utvikle og spre kompetanse innen ledelse og organisasjonsutvikling i og mellom helseforetakene.
- Arbeidet med å videreføre og implementere coaching som ledelsesverktøy i foretaksgruppen vil bli særlig vektlagt.
- Helse Nord RHF vil videreføre kartleggingen fra 2003 i forhold til kritiske ledelsesutfordringer på klinisk ledernivå. Oppfølgende tiltak skal være foretaksspesifikke og ta utgangspunkt i foretakenes særlige utfordringer og utarbeides i samarbeid med Helse Nord RHF.
- Dersom det i 2004 startes opp en regional mastergrad i sykehusledelse, skal helseforetakene følge opp dette sammen med Helse Nord

### 3.1.4 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Helseforetakene skal fortsatt aktivt bidra til videreføring av vedtatt strategi- og handlingsplan for IT i Helse Nord.

Arbeidet for å utvikle administrative fellesløsninger som ble igangsatt i 2003, skal videreføres i 2004, i første rekke gjennom implementering av system for arbeidsplan, kvalitetskontroll og innkjøpssystem ved helseforetakene.

I 2004 skal det skje en markant tyngdeforskyvning i retning av økt satsing på kliniske system. Dette gjelder i hovedsak standardisering av Elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientsystemer (PAS) i regionen, samt utskifting av blodbanksystem. Videre vil Helse Nord RHF, i samarbeid med helseforetakene, intensivere arbeidet med å samordne røntgeninformasjonssystemene (RIS). Likeledes har Helse Nord RHF gjennomført en kostnuttnevurdering knyttet til elektronisk pasientpåminnelse. Helse Nord RHF vil oppfordre foretakene til å ta i bruk denne løsningen som nå er til utprøving ved UNN.

Bookingprosjektet knyttet til Universitetssykehuset Nord-Norge vil i 2004 bli videreført som pilot, som ledd i det nasjonale arbeidet med å utvikle og standardisere slik funksjonalitet.

Helseforetakene skal i 2004 etablere samt sende / motta elektroniske epikriser og henvisninger. For å kunne ta ut gevinstene ved disse tiltakene, må den videre tilpasning av programvaren suppleres med et betydelig fokus på endringer av interne arbeidsrutiner tilpasset ny teknologi. Helse Nord vil i løpet av 2004 måle det antall meldinger som reelt avsendes / mottas fra de ulike aktører i helsenettet knyttet til disse to meldingstyper. Dette for å sikre at tjenestene benyttes. Helse Nord RHF vil føre en aktiv dialog med foretakene knyttet til resultatene. Negative avvik vil kreves korrigeret av foretakene.

Helse Nord RHF vil gi de gjenstående legekontorer i regionen som ikke har mulighet for slikt mottak / avsendelse tilbud om tjenestene forutsatt at disse er oppkoblet det regionale helsenettet. Når den elektroniske samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehusene nå etableres i stor skala, forventes det at sykehusene aktivt reduserer den papirbaserte informasjonen som i dag sendes parallelt. Helseforetakene skal ved utløpet av 2004 skissere de tiltak som er gjennomført for å redusere papirdokumentasjon samt skissere de gevinster dette har medført.

Helse Nord vil i løpet av 2004 presentere forslag for fremtidig organisering av IT funksjonene i regionen. Helseforetakene pålegges å slutte opp om arbeidet slik beskrevet i styresak 131-2003.

Likeledes vil Helse Nord gjennomføre strategiske prosjekt for definering av overgripende teknologiske standarder for IT-området. En slik strategisk standardisering representerer en forutsetning for å hente ut synergier og stordriftsfordeler ved en felles IT-organisering. Helseforetakene skal som vedtatt i styresak 70-2003 slutte opp om dette arbeidet.

Helse Nord RHF vil etablere et faglig nettverk for de informasjonssikkerhetsansvarlige i foretakene. Det forutsettes at foretakene lokalt aktivt understøtter det arbeidet som skal gjennomføres her.

### **3.2 Stab- / støttefunksjoner**

I første halvår gjennomgås organisering av stab og støttefunksjoner. Formålet er effektivisering og bedre organisering. Dette gjelder områdene IT, innkjøp, lønn og behandling av reiseregninger samt regnskap. Helseforetakene skal delta i styringsgruppe og prosjektgrupper for dette som er under etablering.

Effektivisering av stab / støtte skal samordnes med pågående tiltak i helseforetakene. Helseforetakene kan selv sette i verk planlagte effektiviseringsprosjekter, herunder kjøp av tjenester. Slike tiltak ønskes rapportert inn til den regionale styringsgruppa.

I tillegg til de spesifiserte områdene skal det gjøres en kartlegging av potensialet innenfor øvrige ikke-medisinske støtteområder. Anbefalingene fra prosjektgruppene skal gi grunnlag for styrebehandling i RHF første halvår 2004. Vedtatte tiltak skal implementeres i helseforetakene fra 2004.

### **3.3 Innkjøp**

Organiseringen av innkjøp vil etter etableringen av Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS), gradvis bli endret med hensyn til inngåelse av rammeavtaler. Den nasjonale enheten HINAS vil ta hovedansvar for flere avtaleområder i løpet av 2004.

Telefoni kjøpes gjennom en nasjonal avtale der alle RHFene har inngått felles avtale. Det vil være et regionalt ansvar for forsikringsavtaler inntil det blir nytt nasjonalt tilbud gjennom HINAS. Elkraft koordineres også regionalt gjennom at Helse Nord RHF i fellesskap handler elkraft. De øvrige avtaler koordineres i felles Innkjøpsforum i Helse Nord. Helseforetakene skal i 2004 begynne implementering av nytt innkjøpssystem.

## **4. PRIVATE AKTØRER**

Helse Nord RHF inngår og forvalter avtaler med private aktører innenfor spesialisthelsetjenesten (med unntak av for prehospitale tjenester / ambulanse). Dette gjelder avtaler med private lege- og psykologspesialister, ideelle organisasjoner, private sykehus, røntgeninstitutt, opptreningssentre og helsesportsenter og private rusinstitusjoner og andre.

Helse Nord RHF vil i 2004 tydeliggjøre og videreutvikle bestillerrollen overfor private aktører.

### **4.1 Samarbeid med private aktører**

Helseforetakene forutsettes å samarbeide med de private aktørene i og utenfor regionen, som Helse Nord til enhver tid har avtale med. De private aktørene utgjør et viktig supplement til tilbudet i egne helseforetak for at vi skal oppfylle vårt sørge for-ansvar.

Spesielt privatpraktiserende spesialister ønskes mer integrert i helseforetakene både hva angår pasientbehandling og utdanning. Disse må inngå i et forpliktende samarbeid med den øvrige

spesialisthelsetjenesten, både i forhold til somatikken og psykisk helse, der samarbeid med DPSene er særlig relevant.

Det forventes fra helseforetakene at følgende tiltak følges opp sammen med Helse Nord RHF i løpet av 2004 for private spesialister:

- deltakelse i faglig utvikling og samspill / samarbeid med det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet
- tilrettelegge for opplæring og veiledning av helsepersonell og at dette kan foregå i egen praksis
- økt fokus på behandling av pasienter på helsepolitisk prioriterte områder på samme måte som for egne helseforetak

Helseforetakene forutsettes også å samarbeide med opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord helsesportsenter. Spesialisthelsetjenestetilbudet her skal ses mer i sammenheng med tilbudet i egne helseforetak. Overordnet avtale med de aktuelle institusjonene i regionen er under inngåelse, og avtalene skal justeres årlig. Det vises her også til det pågående arbeidet med handlingsplan for habilitering / rehabilitering som skal være ferdigstilt 1.mars 2004 og som vil gi noen føringer på dette feltet. Helse Nord oppfordrer helseforetakene til et samarbeid med opptreningsinstitusjonene i deres respektive helseforetaksområder som bidrar til å integrere opptreningsinstitusjonene i spesialisthelsetjenestens samlede tilbud.

Det er avtaler med tre private rusinstitusjoner i regionen. Disse skal benyttes / viderehenvises til dersom helseforetaket ikke selv kan gi noe tilbud pga. mangel på kapasitet eller ikke har adekvat tilbud. Det forutsettes også at det samarbeides med de private rusinstitusjonene når det er nødvendig og hensiktsmessig for pasienten.

#### **4.2 Pasientrettigheter og private aktører**

Når pasientrettighetsloven utvides i 2004 gjelder dette også retten til fritt valg av sykehus. Denne utvides til at pasientene har rett til valg av privat sykehus som har avtale med Helse Nord RHF eller annet RHF (se også pkt. 2.1.2). Pasientens valgrett gjelder videre innenfor de diagnoser og prosedyrer som er omfattet av avtalene.

Inntil lovendringen trer i kraft kan pasientene kun benytte seg av de avtaler Helse Nord RHF selv har inngått, etter henvisning fra lege.

Innenfor rusfeltet vil rusmiddelmissbrukere fra 1.januar 2004 ha rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten i henhold til pasientrettighetsloven. Pasienter som etter vurdering skal henvises til videre behandling, skal ha rett til valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetslovens bestemmelse om fritt valg av sykehus. Dette innebærer også rett til å velge eller bli henvist til private institusjoner i andre regioner som har avtale med annet RHF, og der det helseforetaket pasienten tilhører er ansvarlig for kostnadene knyttet til tilbudet. Pasientene anses å ha denne retten fra 1.januar 2004, fordi de private rusinstitusjonene har driftsavtaler med RHFene. Disse regnes i kategori med institusjoner som har vært del av de fylkeskommunale helse- / rusplanene og anses på dette grunnlaget som en integrert del av

tjenestetilbudet. Helseforetakene bes være spesielt oppmerksom på dette. Det vises til henvisningsregler utarbeidet av Helse Nord RHF.

## **5. RAPPORTERING OG STYRINGSDIALOG**

### **5.1 Økonomirapportering og resultatoppfølging**

Rapporteringskravene stilles med hjemmel i Helseforetaksloven og etter de bestemmelser som følger av vedtekter, stiftelsesprotokoll, og styringsdokument fra staten til RHF og fra RHF til helseforetakene. Helse Nord RHF legger opp til et rapporterings- og oppfølgingsystem basert på at **aktivitet rapporteres kvartalsvis og økonomisk status månedlig**.

#### **Månedlig økonomirapportering**

Helse Nord har store økonomiske utfordringer i 2004 og årene fremover. Opplegget for 2004 og 2005 forutsetter en tett og kvalifisert oppfølging på foretaksnivå og nært samarbeid mellom RHF og HF. Månedlig økonomirapportering om status og utsikter for økonomiutviklingen i foretaket skal skje fra direktørene i helseforetakene til administrerende direktør for RHF. Kravene til innhold i denne rapporteringen, som skal skje **innen den 18. i påfølgende måned**, vil bli presisert i eget brev.

#### **Kvartalsvis økonomi- og aktivitetsrapportering**

Aktivitetstall skal rapporteres kvartalsvis i henhold til rapporteringsmal. Slik mal sendes ut i forkant av rapportering. Kvartalsrapporten skal være en samlet tilbakemelding på oppfølging av styringsdokumentet. Den samlede tilbakemeldingen skal bl.a. inneholde oversikt over antall fristbrudd for rettighetspasienter, oppfølging av rutiner rundt rettighetspasienter m.m.. Rapporteringskravene vil presiseres i eget brev. Rapporten skal behandles av styrene i helseforetakene i forkant av oversendelse til Helse Nord RHF. Frist for oversendelse til Helse Nord RHF er innen 28. mai for 1. kvartal, innen 18. august for 2. kvartal og innen 29. oktober for 3. kvartal. Ved fristen 18.august aksepteres administrativt behandlet rapport, men med krav om ettersendt styrebehandlet rapport innen 25.august.

### **5.2 Rapportering av kliniske data og andre data**

Helseforetakene skal som tidligere rapportere inn grunnlag for nasjonal helsestatistikk til Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk pasientregister (NPR) og i henhold til andre etablerte statistikk- og tilskuddsordninger.

### **5.3 Plan og melding - generelt rapporteringssystem**

Helse Nord RHF skal innen 15. februar 2005 rapportere plan og melding til departementet. Som ett ledd i en helhetlig styringsdialog og et helhetlig plan- og meldingssystem skal helseforetakene i forkant av dette rapportere til RHF på oppfølgingen av kravene i styringsdokument. Nærmere krav vil følge i eget brev.

## 6. HELSEFORETAKSSPESIFIKK DEL

### **Styringsdokument Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2004**

For et universitetssykehus som over lang tid har hatt en kontinuerlig og sterk aktivitetsvekst, innebærer endringene i ISF-ordningen at det i 2004 blir viktig å forskyve fokus for økonomistyringen fra inntektsgenererende til utgiftsreduserende tiltak. Tilpasningene forutsettes likevel å gjennomføres på måter som ivaretar UNNs rolle som universitets- og regionsykehus og viderefører dette helseforetakets spesielle funksjoner innen høyspesialisert medisin, forskning og utdanning.

Aktivitetsprofilen for Universitetssykehuset Nord-Norge må i noen grad også innrettes slik at risikoen for (unødvendige) pasientlekkasjer ut av regionen reduseres.

Helse Nord RHF forutsetter at samarbeidet med Helse Finnmark intensiveres, med sikte på å oppnå et faglig godt tilbud til befolkningen i Finnmark og samtidig oppnå en mer optimal bruk av samlede ressurser. Det bør legges til rette for en mer optimal pasientutveksling og arbeidsdeling med Helse Finnmark, der kostnader ved syketransport og hensynet til faglig gode løsninger tillegges vekt.

Det er ellers generelt ønskelig at UNN øker sin ambulante virksomhet i forhold til øvrige helseforetak.

### **Tjenestetilbudet**

#### **Somatikk**

- UNN skal overta det faglige og finansielle ansvaret for fødestuene i Finnsnes og Sonjatun.
- Faglige og økonomiske forhold vedrørende sykestuefunksjonene på Skjervøy skal gjennomgås i samarbeid med kommunen.
- Det skal videre etableres lavrisikotilbud til fødende, jfr. nasjonale krav om differensiert fødselsomsorg.
- Det skal etableres regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme. Helse Nord vil utrede fedmetilbud blant annet sammen med UNN.
- Organiseringen av laboratoriefunksjonene skal vurderes og tilpasses i samarbeid med Nordlandssykehuset.
- UNN må innen 1.7 ha etablert et kvalitetsregister for sin PCI-behandling. Dette bør inkludere demografiske data inkl. transportmåte til UNN, indikasjoner, behandling og resultater / senere forløp (bl.a. restenosering, infarkt, død). Dette skal innen 31.12 være ajourført tilbake til og år 2000.

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

Helse Nord skal i samarbeid med øvrige RHF oppnevne referansegrupper til de tre kompetansesentraene og en landsfunksjon, som er lokalisert til UNN, i løpet av først kvartal 2004:

- Nasjonalt Senter for Telemedisin
- Nevromuskulært kompetansesenter
- Kompetansesenter for påvisning av antibiotikaresistens
- Landsfunksjon for avansert trombocytimmunologi

UNN bes om å støtte opp om de nye ordningene med referansegrupper og ivaretagelsen av området høyspesialisert medisin slik dette vil bli utformet i 2004, og jfr. rundskriv I-19-2003.

### **Nasjonalt Senter for Telemedisin (NST)**

Virksomheten ved NST ble i 2003 gjennomgått av en nasjonal arbeidsgruppe. Definisjonene og inndelingene fra arbeidsgruppens rapport, om henholdsvis kompetansesentervirksomheten og forskningsvirksomheten, skal ligge til grunn for NSTs virksomhet. Det forventes at NST i samarbeid med Helse Nord følger opp de anbefalingene som er gitt i rapporten. For forskningsvirksomheten ved NST vises det også til det nyopprettede forskningsutvalget for telemedisin, og at virksomheten vil bli tatt inn i Helse Nord's forskningsstrategi.

### **Prehospitaltjenester**

- Pålegges deltakelse i BEST samarbeidet for å styrke kvaliteten i tilbudet til alvorlig skadde pasienter.
- Utvikle den regionale AMK-funksjon og ha et spesielt ansvar for at utvikling av krav til utstyr samordnes regionalt. Initiere utviklingen av regionale systemløsninger som ivaretar sikkerhet for befolkningen ved tekniske feil, større hendelser og katastrofer.
- I samarbeid med øvrige helseforetak sørge for regional tilpasning av medisinske prosedyrer i ambulansetjeneste.
- Samordne medisinsk drift av luftambulanserbaser mot Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste og være ressursbase for kompetanseutvikling, kvalitet og samordning av de medisinske tjenester i regionens luftambulansetjeneste.
- Overvåke flykoordineringssentralens i Tromsø sin virksomhet og sørge for utvikling som samsvarer med helseregionens behov.

### **Psykisk helse**

*Opptrappingsplan for psykisk helsevern:*

Prosjekt UNNOP1- Rehabilitering av Kløvertun, Storsteinnes er etter avtale med foretaket prioritert oppstartet i 2004. Helse Nord RHF ber helseforetaket om å legge frem følgende prosjekt for godkjenning i 2004:

- Prosjekt UNNOP2: Nybygg på Storslett
- Prosjekt UNNOP3: Samlokalisering på Silsand

Det forutsettes at prosjekt UNNOP2 vil kunne starte byggeprosessen mot slutten av 2004.

UNN har en sentral rolle i forbindelse med fagutvikling, forskning og kompetanseheving overfor DPSene både i eget foretak og i de øvrige foretakene. Dette arbeidet forutsettes videreført slik at nye oppgaver innenfor feltet ivaretas på en optimal måte og at faglige nettverk videreutvikles.

UNN skal også ivareta den regionale funksjonen for *Psykososialt tema for flyktninger, Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge* og sammen med NLSH ivareta oppgaven som *Regionalt senter for behandling av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser*.

Sosial- og helsedirektoratet utreder på oppdrag fra Helsedepartementet en mulig fremtidig organisering av regionale ressurser på vold- og traumefeltet. Foreløpig omfatter dette Psykososialt team for flyktninger og Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge. Under forutsetning av Helsedepartementets godkjenning, vil Helse Nord RHF anbefale at UNN i den videre prosessen legger til rette for en ressursmodell som medfører mer forpliktende og systematisk samarbeid, større bredde i kompetanse, bedre tilgjengelighet og mer effektiv utnyttelse av både faglige og økonomiske ressurser innenfor dette feltet.

Utdanningsprosjektene innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri skal faglig koordineres i samarbeid med Nordlandssykehuset, for å gi tilbud om tjeneste i sykehusbasert døgnavdeling. Dette er viktig for at kandidatene kan følge progresjonen i utdanningen fram til ferdig spesialist.

### **Øvrige krav**

UNN gis et særlig ansvar for å koordinere oppfølgingen av nasjonal handlingsplan for hørselsrehabilitering.

UNN oppfordres til fortsatt samarbeid med Rehabiliteringssentret Nord-Norges Kurbad og Skibotn Rehabiliteringssenter for å videreutvikle det totale opptrenings- og rehabiliteringstilbudet i området.

### **Brukermedvirkning**

Helse Nord forutsetter at *Universitetssykehuset Nord-Norge* oppretter brukerutvalg i henhold til Helsedepartementets retningslinjer. Dette innebærer at oppnevning og drift skal skje i nært samarbeid med funksjonshemmedes organisasjoner, kreftforeningen og andre frivillige organisasjoner som arbeider for et bedre helsetilbud.

### **Forskning**

UNN skal legge spesielt godt til rette for forskning i helseforetaket slik at UNN fortsatt kan være i front i Helse Nord når det gjelder klinisk relevant forskning. Gjennom samarbeidsorganet med Universitetet, og de underliggende forskningsutvalg / styrer, er UNN godt representert i Helse Nord's forskningsorganer, og UNNs posisjon som universitetsklinikk ivaretas også her. Det forventes at UNN følger opp de retningslinjer som vedtas, og at UNN fortsatt legger til rette for sine klinikere som ønsker å forske, og spesielt legger arbeidsforholdene til rette for dem som har finansierte forskningsprosjekter.

Klinisk forskningssenter ved UNN har ansvar for forskningsstøtte i universitetsklinikken. De har i tillegg et regionalt ansvar for forskningsstøtte for andre helseforetak, og det forutsettes at dette videreutvikles i 2004.



Det forutsettes likeledes at Nord-norsk Psykiatrisk Forskningscenter, avd. Troms og Finnmark, fortsatt ivaretar sine oppgaver innenfor forskningsstøtte.

### **Samisk**

UNN har mange samiske pasienter i sitt opptaksområde og har et selvstendig ansvar for å ivareta ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning. Dette arbeidet må fortsatt prioriteres. Samisk avdeling ved UNN har også en støttefunksjon for andre helseforetak i spørsmål om samisk helsetjenester og tolking.

### **Spesialistutdanning**

UNN har en avgjørende rolle i organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen. UNN bes i samarbeid med Helse Nord ta et medansvar for gjennomføringen av spesialistutdanningen i regionen. Arbeidet bør bl.a. ta utgangspunkt i ideene fra prosjektet ”Stol på egne krefter” og regionale utdanningsprosjekter innen psykiatri.

### **Veiledningsfunksjon**

UNN forventes å ivareta veiledningsfunksjoner overfor øvrige helseforetak i regionen. Dette vil også kunne innebære å midlertidig bidra med klinisk kompetanse for å opprettholde nødvendige funksjoner.

### **Forholdet til Sykehusapotek Nord**

Det forutsettes at UNN i løpet av første halvår 2004 fullfører arbeidet med å inngå samarbeidsavtale med Sykehusapotek Nord.

## **Økonomi**

Basisramme og øremerkede tilskudd for Universitetssykehuset Nord-Norge HF fremkommer slik (se også detaljert vedlegg):

Ordinært basistilskudd	1 944 346 000
Opptappingsplan psykisk helse	33 954 000
Psykososialt arbeid for flyktninger	2 846 000
Nasjonale medisinske kompetansesentra (inkl. NST)	30 000 000
Utdanning / undervisning	59 400 000
Forskning *	35 156 000
Utdanning av stråleterapeuter	712 500
Syke transport	35 303 000
<b>Samlet tilskudd</b>	<b>2 141 717 500</b>

\* I tillegg kommer om lag 2 mill kr i forskningsmidler i 2004 til UNN for noen prosjekter jfr. vedtak i Universitetssamarbeidet 18.12.2003. Midlene ligger i RHF's ramme til det er klarlagt at prosjektene kan realiseres i 2004.

Tilskudd til drift av nye prosjekter over opptappingsplan psykiatri overføres til helseforetakets inntektsramme ved driftsstart. Enhet for idømt behandling vil i 2004 ha en ramme på 9 mill kr disponibelt ut over ovennevnte ramme.

## Investeringer

Følgende investeringsramme stilles til rådighet for helseforetaket:

<b>Opptrappingsplan psykisk helse</b>	
Kløvertun	12 090 000
Storslett	18 130 000
Silsand	11 080 000
Mammografiscreening	11 600 000
Ustyr og småinvesteringer	80 000 000
<b>SUM</b>	<b>132 900 000</b>

Det forutsettes at helseforetaket viderefører arbeidet med å realisere prosjektene innenfor opptrappingsplan psykisk helse.

For omtale av investeringer til enhet for spiseforstyrrelser ved UNN fra 2005-06 vises det til dokumentets fellesdel, kap.2.1.6.

## Avskrivninger

Avskrivninger av investeringer foretatt i 2002, 2003 og 2004 kostnadsføres. Dagens verdifastsetting av åpningsbalanse er ikke endelig. Helse Nord RHF vil komme tilbake til endelig fastsettelse av åpningsbalanse og eventuell justering av styringsmål.

## Tilpasningsproblem og styringsmål

UNN har meldt inn et tilpasningsproblem for 2004 på 226 millioner kr. Styret for Helse Nord har vedtatt at tilpasningsproblemet skal løses i to faser i løpet av 2004 og 2005. UNN har beregnet at planlagte og igangsatte tiltak vil ha en økonomisk effekt på 133,5 millioner kroner i 2004.

Styret har fastsatt nye økonomiske resultatmål for de enkelte helseforetakene i 2004. For UNN er styringsmålet fastsatt slik:

Tilpasningsproblem og styringsmål

	<b>Brutto Problem</b>	<b>Tiltak 2004</b>	<b>Økt basis-bevilgning</b>	<b>Styringsmål 2004</b>
UNN	- 226	133,5	22,5	- 70

\* Bruttoproblem er inkludert manglende fullfinansiering av Enhet for lindrende behandling, samt leie- og vedlikeholdsutgifter ved Svalbard

UNN kan styre mot et underskudd på maksimalt 70 millioner kroner i 2004. Periodisert styringsmål per kvartal fremkommer i tabellen under:

	<b>1. kvartal</b>	<b>2. kvartal</b>	<b>3. kvartal</b>	<b>4. kvartal</b>	<b>Sum 2004</b>
UNN	0	-10	-30	-30	<b>- 70</b>