

BESTILLERDOKUMENT 2005

Helse Finnmark HF

0.	Innledning	1
1.	Faglige betraktninger og prioriteringer	1
2.	Krav til ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret for helseforetakenes hovedoppgaver	2
2.1	Pasientbehandling	2
2.1.1	Kvalitet	2
2.1.2	Satsingsområder 2005	3
2.1.3	Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling	5
2.2	Utdanning	6
2.3	Forskning	7
2.4	Pasientopplæring og brukervedvirkning	7
3.	Rapportering	8
4.	Helseforetaksspesifikk del - Helse Finnmark HF 2005	9

0. INNLEDNING

Helse Nord RHF bygger sitt bestillerdokument på Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument, nasjonal helsepolitikk og egne regionale prioriteringer. De nasjonale og regionale prioriteringer ligger i bunnen av dette dokumentet, og bestillerdokumentet for 2005 tydeliggjør hva som spesifikt skal prioriteres kommende år innenfor helseforetakenes oppgaver for å oppfylle Helse Nord RHF's sørge for-ansvar.

1. FAGLIGE BETRAKTNINGER OG PRIORITERINGER

Prioriteringsforskriften skal aktivt brukes for vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp. Helse Nord vil i 2005 sørge for at de nødvendige prosesser innen de ulike fagområder, og innen og mellom helseforetak, gjennomføres for å sikre en mer enhetlig praktisering av prioriteringsforskriften og vurdering og fastsetting av individuelle behandlingsfrister.

Innenfor kirurgiske fagfelt er dekningsgraden nær tilfredsstillende, men det foreligger overkapasitet på enkelte områder. Den medisinske og epidemiologiske utviklingen viser en økning av pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. Helsepolitiske målsettinger om likeverdige helsetjenester er særlig dårlig oppfylt innenfor psykisk helsevern og rusomsorgen. Stadig flere har behov for omfattende pleie og omsorg i tillegg til medisinsk oppfølging. I tillegg til at befolkningen vil bestå av flere eldre, er dette tendenser som forsterkes i årene framover. For disse pasientgrupper må tilbudet styrkes.

Eldre står for nesten halvparten av de somatiske sykehuskostnadene i Norge. Gamle lider ofte av flere sykdommer, og får ikke den nødvendige helhetlige tilnærming og fullstendige diagnostikk. 90 % av pasientene over 75 år i medisinske avdelinger innlegges som øyeblikkelig hjelp. 87 % har vært innlagt før. Gamle blir ofte "svingdørspasienter". I dag utgjør de nesten halvparten av alle pasientene i de indremedisinske avdelingene og vel en femtedel av pasientene på kirurgiske avdelinger. Den dramatiske økningen i antall ø-hjelpsinnleggelser av eldre de siste år, gjør at vi også vil ha behov for å øke kapasiteten.

Styrking av tilbudet til kronikergruppene kan ikke ensidig løses ved kostnadsvekst. Ressurser må omprioriteres fra andre fagområder. Endringene i pasientrettighetsloven, som trådte i kraft 01.09.04, stiller helseforetakene overfor store utfordringer ved dimensjonering av tjenestetilbudet slik at det bedre ivaretar befolkningens behov. En fortsatt overkapasitet på noen områder og underdekning av andre tjenester, vil raskt gi mange fristbrudd med store økonomiske utgifter til dyr subsidiær behandling. Det er derfor nødvendig med rask omstilling av tjenestetilbudet til de nevnte satsningsområder. For å sikre at sykehusene er i stand til å behandle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, innen de medisinsk ansvarlige behandlingsfrister, må vi påregne økt ventetid for pasienter som ikke er rettighetspasienter, men som likevel vil motta helsehjelp.

2. KRAV TIL IVARETAKELSE AV "SØRGE FOR"-ANSVARET FOR HELSEFORETAKENES HOVEDOPPGAVER

Helseforetakene skal disponere sine tildelte ressurser for 2005 slik at oppgavene innenfor *pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende* ivaretas etter de prioriteringer som følger.

2.1 Pasientbehandling

2.1.1 Kvalitet

Kontinuerlig oppfølging og forbedring av kvaliteten på tjenestene er en sentral forutsetning for å ivareta lov- og øvrige myndighetskrav som RHF og HF er ansvarlige for. Dette vil også bidra til at ressursene benyttes mer effektivt og målrettet og i samsvar med overordnede målsettinger.

- Felles, elektronisk basert kvalitetssystem (DocMap) forutsettes tatt i bruk i alle helseforetakene og i RHF innen utgangen av 2005, evt. fra 2006 for noen.
- Helseforetakene skal følge opp og melde inn de nødvendige data til nasjonale kvalitetsregistre i tråd med de retningslinjene som etableres for disse. Foreløpig er dette ved diabetes hos barn (Helse Øst), perinatal (Helse Sør), hjerteinfarkt (Helse Midt), intensiv (Helse Vest), ryggoperasjoner (Helse Nord), postoperative sårinfeksjoner (Folkehelseinstituttet) og skader (SHdir). I tillegg etablerer Helse Nord et regionalt kvalitetsregister for oppfølging av alle som får trombolysbehandling. Kvalitetsregistre som innføres i 2005, skal ha felles løsninger. Helse Nord RHF avgjør for de ulike kvalitetsregistre om det velges integrasjon i det pasientadministrative system eller tredjepartssystemer.
- All intensiv behandling skal dokumenteres i henhold til nasjonal standard gjennom SAPS og NEMS registrering.
- Helseforetakene skal ivareta en systematisk oppfølging og korrigerende avvik som fremkommer av tilsyn som Helsetilsynet, Riksrevisjonen og øvrige tilsyns- og kontrollorganer gjennomfører. Avvik og merknader skal lukkes så snart som mulig innenfor realistiske tidsfrister. Rapportering av tilsyn og håndtering av avvik skal gjøres tertialvis.
- Helseforetakene skal følge opp registreringen av nasjonale kvalitetsindikatorer i tråd med retningslinjene fra Sosial- og helsedirektoratet. Resultatene for de nasjonale kvalitetsindikatorene bør vise en positiv utvikling i løpet av 2005, slik at helseforetakene ved utgangen av året ligger opp mot/oppnår målsettingene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette inkluderer det generelle kravet til epikrisetid, der minst 80% skal sendes innen 7 dager etter utskriving.
- Nasjonal strategigruppe innen psykisk helsevern har valgt tre satsingsområder for 2004-05, som det ønskes særskilt innsamling av data på gjennom to registreringer i 2004 og 2005. Dette gjelder:
 - Epikrisetid: 80% innen 7 dager
 - ventetid 1.konsultasjon barne- og ungdomspsykiatri: ikke over 20 dager
 - individuell plan: økning med 10 prosentpoeng
- Alle HF i Helse Nord deltar i de nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelsene som skal gjennomføres i 2005.

- Pasienters rett til individuell plan må prioriteres av helseforetakene jfr. ny forskrift 23.12.2004. Individuell plan skal utarbeides av de ansvarlige parter jfr. forskriften og følges opp for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

2.1.2 Satsingsområder 2005

Handlingsplaner for eldre og personer med kroniske lidelser

I 2004 presenterte Helse Nord tre store handlingsplaner for rusbehandling, geriatri og rehabilitering/habilitering, som omfatter en rekke nødvendige tiltak for å styrke tilbudet til disse pasientgruppene. I tillegg er det gjort kartlegginger av mulige tiltak for diabetes og revmatiske sykdommer. Disse planene ble lagt fram for Helse Nord styre 17.11.04, sammen med en felles RHF-rapport om ”Samhandling og desentralisering”. En ny handlingsplan for psykisk helse skal fremlegges i 2005. Det er nødvendig med en vridning av ressursbruken mot disse gruppene, samt bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

Det anslås grovt en satsing tilsvarende økte kostnader på 30 – 40 mill kr årlig i handlingsplanperioden til kompetanseheving, økt bemanning/tilbud og forskning i geriatri, habilitering og rehabilitering, diabetes og revmatologi. Nord-Norge har svært få legespesialister innen fagområdene som behandler disse pasientgruppene. En sterk satsing på utdanning av egne spesialister, etter modell av utdanningsprogrammene i psykiatri, vil derfor bli prioritert.

Tiltakene for 2005 ble vedtatt av RHF-styret i møte 15.12.04. Samlet oversikt over tiltak som foreslås iverksatt i 2005 følger i tabell som vedlegg til dokumentet.

Psykisk helsevern

Fra 1.1.2005 iversettes nytt takstsystem for poliklinikker i psykisk helsevern. Omleggingen forventes å motivere til å øke den polikliniske kapasiteten med fokus på aktivitet og pasientbehandling, og gi økt vekt på samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene. Omstilling og videreutvikling av tjenesten skal skje i henhold til Opptrappingsplanens intensjoner, og skje på de vilkår som stilles til tilskuddsordninger gitt over statsbudsjettet.

Resultatkrav for 2005 er:

- Utviklingen innen *barne- og ungdomspsykiatri* viser at flere søker hjelp, flere får hjelp, men etterspørselen er større enn tilbudet. Den polikliniske kapasiteten må derfor økes. Det nye takstsystemet skal ivareta både ambulant virksomhet, hjemmebesøk og poliklinisk virksomhet. Målet for 2005 for poliklinikker i Helse Nord RHF settes med utgangspunkt i dette til 2 konsultasjoner pr behandler pr dag. 90 % av pasientene i barne- og ungdomspsykiatri skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner.
- Utviklingen i tilbudet til *voksne med psykiske lidelser* viser at det har vært en produktivitetsøkning, men måltall for antall konsultasjoner er ikke nådd. Måltall for 2005 for poliklinikker i Helse Nord RHF settes til 3 konsultasjoner pr behandler pr dag i voksenpsykiatrisk poliklinisk virksomhet.
- Tjenestetilbud ved de ulike DPS må differensieres/tilpasses faktisk bemanning. For områder med rekrutteringsproblem skal det igangsettes arbeid for å rekruttere både psykiatere, ass.leger, og psykologspesialister. Samarbeid med regionale legeutdanningsprosjekter er et krav.

- Det er en nasjonal målsetting at det innen 2006 skal etableres ambulante team ved hvert DPS. De helseforetakene i Helse Nord som ikke allerede har etablert ambulante team, skal i 2005 legge til rette for utprøving av slike team, og 24 timers akuttberedskap.
- Tilgjengeligheten til behandlingstilbud i form av lengre åpningstider ved poliklinikkene skal utredes og alternative modeller prøves ut i minst ett DPS i hvert av helseforetakene i løpet av 2005.
- Som ledd i å bedre kapasitet og effektivitet i akuttjenesten skal påbegynt gjennomgang av arbeidsmåter innenfor akutttilbud, herunder samarbeid mellom akuttavdelinger ved sykehus og DPS sluttføres. Alle DPS og sykehusavdelinger skal ha etablert rutiner for utskrivning av pasienter som sikrer at disse følges opp på en god måte, enten poliklinisk eller i døgnavdelinger i DPS. Innen 1. juni 2005 skal det, mellom helseforetakene, foreligge omforente beskrivelser av prosedyrer for overføring av pasienter mellom akuttavdelingene og DPS slik at akutttilbudet bedres og kapasiteten ved DPS brukes slik at de alvorligst syke får behandling først. NLSH og UNN, i samarbeid med de øvrige helseforetakene, har ansvar for at slike beskrivelser blir utviklet.
- Det skal gis tilbakemelding i forhold til behovet for rekruttering av legespesialister, både innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Det skal redegjøres for tiltak som er gjennomført innen rekruttering av nødvendig fagpersonell for å igangsette planlagte tilbud i henhold til Opptrappingsplanen, samt tiltak for å opprettholde eksisterende tilbud av faglig god kvalitet.
- Helseforetakene skal igangsette samarbeid med de private spesialistene omkring fordeling av pasientgrupper, veiledning og kompetansebygging.

Rusomsorg

For å ivareta kravene i spesialisthelsetjenesteloven om tverrfaglig spesialisert behandling skal det i 2005:

- Være etablert interne rutiner for samordning og samarbeid mellom rus, psykisk helsevern og somatisk helsetjeneste for å ivareta kravet til tverrfaglig spesialisert behandling.
- Helseforetakene må etablere rutiner for systematisk samarbeid med de private avtalepartene i rusomsorgen: Finnmarkskollektivet, Klinikk Nord og Sigma Nord.
- Nytt senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal være i full drift fra 2005
- Nordlandsklinikken skal være i full drift fra 01.01.05.
- Koordinering av behandlingsplasser for rettighetspasienter skal være etablert som en funksjon fra 01.01.05 ved kompetansesenteret rus ved Nordlandsklinikken.
- Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken sin rolle som regionalt kompetansesenter og faglig koordinerende instans i Helse Nord vil bli tydeliggjort i 2005.

Kreftbehandling

Antall nye kreftpasienter øker betydelig i årene framover og det vil fortsatt være behov for å ha høy prioritet til diagnostisering og behandling av kreft. Det er fortsatt for lav kapasitet på lindrende kreftbehandling og følgende resultatkrav skal oppnås i 2005:

- Helseforetakene skal inngå et forpliktende samarbeid med kommuner som etablerer tilbud om lindrende behandling/livshjelp for alvorlig syke og døende pasienter.
- Økt fokus på rehabilitering av kreftpasienter er nødvendig i alle helseforetakene.

Andre prioriterte tiltak somatikk

- Pasienter med sykkelig overvekt med BMI>40 eller BMI>35 med comorbiditet skal gis veiledning og behandling jfr nasjonale retningslinjer for et helhetlig behandlingsopplegg.
- Rehabiliteringstjenesten må settes i stand til å bidra i et helhetlig behandlingstilbud som inkluderer et pre- og postoperativt oppfølgingsarbeid over en tidshorisont på 5 år for pasienter med sykkelig overvekt.
- Gjennomføre vedtatte endringer innen ortopedisk kirurgi, herunder valg av færre proteser

Akuttmedisinske tjenester

I høringsuttalelse om forslag til forskrift om prehospital akuttmedisin fra Helse Nord RHF, som helseforetakene har sluttet seg til, skal kun akuttmottak med 113 ha betegnelsen AMK. Øvrige sentraler benevnes LV-sentral (legevaksentral) og omfatter:

- LV-sentral i sykehus (spesialisthelsetjenesten leverer tjenesten for kommune(r))
- LV-sentral (kommunal/interkommunal (egen) ivaretakelse)
- Alle akuttsykehus uten AMK- eller LV-sentral forutsettes å ha et sentralt plassert kommunikasjonspunkt for landsdekkende helseradio (for eksempel i akuttmottaket) som sikrer nødvendig kommunikasjon med ambulanse / primærlege i vakt og 113-sentralen. Disse kommunikasjonsknutepunktene skal ikke ha benevnelsen ”sentral”.

2.1.3 Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling

Arbeids- og oppgavefordeling

Helse Nord legger vekt på at lokalsykehusenes rolle og oppgaver skal konsentreres om tilbudene til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten. Eksempler er indremedisinske tjenester, psykiatri, rehabilitering og tjenester for syke eldre. Kirurgisk akuttberedskap ivaretas ut fra vedtatte planer. Utover de grunnleggende sykehus-tjenestene som bør være tilgjengelige desentralisert, og en nødvendig beredskap for øyeblikkelig hjelp, bør ressursinnsatsen fremme en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling innad i det enkelte helseforetak og mellom helseforetak.

Følgende resultatkrav skal oppnås i 2005:

- Samling av lavvolumoperasjoner innen elektiv ortopedi i henhold til styrevedtak
- Ansvar for organisering av ortopedisk virksomhet i det enkelte helseforetak lokaliseres til en sykehusenhet
- Helse Nord vil i løpet av 2005 vurdere ressurs- og kapasitetsfordeling mellom sykehusnivå og DPS-nivå. Innen 1. april 2005 skal helseforetakene gi tilbakemelding vedrørende DPS-enes funksjoner, herunder ambulante team og ø-hjelpstilbud, og hvilke tjenester det kan leveres ut fra de ressurser som er tilgjengelig. Ved mangler ved tilbudene, bes det om forslag til bedring i tjenestetilbudet.
- DPS skal overta allmennpsykiatriske funksjoner, og sykehusfunksjonene avklares og videreutvikles.
- Helseforetakene skal tilpasse seg system- og områdemessige endringer som evt. kommer som en konsekvens av justeringer av foretaksgrensener.
- HFene må samarbeide med – og henviser til - de private aktører som RHF har inngått avtale med. Dette gjelder både private sykehus, røntgeninstitutt, rusinstitusjoner, rehabiliteringsinstitusjoner, RIBO, Kløveråsen og private lege- og psykologspesialister – når det er nødvendig for pasienten.

Smittevern og beredskap

- Nytt regionalt kompetansesenter for smittevern etableres på UNN
- Alle HF skal ha gjennomgått regional smittevernplan og behandlet sak vedrørende konsekvenser og tiltak for gjennomføring av planen.
- Alle HF skal ha utarbeide intern pandemiplan og implementert denne i organisasjonen.
- Helseforetakene skal ferdigstille og implementere planer for sosial- og helsemessig beredskap etter forutsetningene i regionale planer.
- Barents Rescue skal gjennomføres i 2005 og berørte helseforetak skal medvirke slik det legges opp til gjennom det prosjektarbeid som er i gang.

Samhandling med primærhelsetjenesten og desentraliserte spesialisthelsetjenester

Samarbeid med primærhelsetjenesten er viktig for å oppnå god og riktig behandling av pasientene. Det er særlig viktig å høyne kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen, å redusere antall ”svingdørsbesøk”, og få ned total liggetid i spesialisthelsetjenesten der sykehusforbruket fortsatt er for høyt i enkelte områder av foretaksgruppen.

Resultatkrav for 2005 vedrørende samarbeid med primærhelsetjenesten:

- Alle helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler med kommunene
- Alle helseforetak bør få flere praksiskonsulenter innenfor sine økonomiske rammer
- Det skal etableres hospiteringsordninger for primærleger i sykehus
- Omfanget av kontroller i spesialisthelsetjenesten bør reduseres til fordel for prioritering av nyhenvisninger og pasientbehandling. Endringer i praksis avklares i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Helseforetakene forutsettes å følge opp praksiskonsulentordningen etter de retningslinjer som gis og økonomiske rammer som er disponible.

Helseforetakene skal inngå *samarbeidsavtaler med kommunene*. I avtalene må følgende vektlegges:

- Samarbeid med kommunene for å få etablert den kommunale psykiatritjenesten.
- Forholdet mellom DPS og berørte kommuner med hensyn til oppfølging og utskrivning av enkeltpasienter og veiledning av kommunene.
- Synliggjøring av samarbeidsflater og samarbeidsbehov for å styrke det videre samarbeidet.
- Pasientens rett til individuell plan.

Medisinsk og teknologisk utvikling gir forutsetninger for at oppgaver kan løses desentralt. Økt bruk av telemedisin og ambulant virksomhet vil være virkemidler som må settes i system og utnyttes bedre. Et eksempel er å overføre hudkonsultasjoner til primærhelsetjenesten (henvisning/konsultasjon med digitale bilder).

2.2 Utdanning

Helseforetakene er forpliktet til å ivareta praksisandelen i grunnutdanningene innenfor medisin og helsefag i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med økt bruk av dagbehandling, poliklinisk behandling og bruk av

hotellposter medfører en stadig reduksjon i sengeantall. Dette får konsekvenser for organiseringen og gjennomføringen av praksisstudiene.

- Helse Nord skal ta initiativet til at dagens organisering gjennomgås sammen med utdanningsinstitusjonene for å utvikle praksisstudiene i tråd med de omstillingene som gjennomføres.
- Helseforetakene forutsettes å følge opp dette både gjennom samarbeidsorganene ned høyskolene og universitetet, samt delta i en gjennomgang av praksisstudiene.

Etter – og videreutdanningsområdet er et svært viktig felt for å opprettholde faglig standard og kvalitet innen kjernevirksomheten. I tillegg er etter- og videreutdanning en viktig forutsetning for å gjennomføre den planlagte satsningen innen rehabilitering, geriatri, psykisk helse, rus, kronisk syke, smertelindrende behandling. Helse Nord RHF vil i 2005 i samarbeid med HFene igangsette en gjennomgang av strategi for framtidig anskaffelse av etter- og videreutdanning. Dagens ordning favoriserer enkelte fagområder basert på tidligere behov og gir foretakene begrenset mulighet til å anskaffe den kompetansen de til enhver tid trenger.

En sterk satsing på utdanning av egne legespesialister etter modell av utdanningsprogrammene i psykiatri vil bli prioritert innenfor geriatri, fysikalsk medisin og rehabilitering samt revmatologi.

I samarbeid med Helse Nord skal helseforetakene delta i utredning for etablering av en paramedicsutdanning (på høyskolenivå) i Nord-Norge for faglært ambulansespersonell.

Helseforetakene skal sikre nødvendig *rekruttering og lærlinger* i ambulansefaget slik at Stortingets (og ny forskrifts) krav til kompetanse innfris, jfr. også styringsdokumentet for 2004. Det skal opprettes 12 lærlingeplasser pr. år pr. helseforetak (sum 1. og 2. års lærlinger)

2.3 Forskning

Helseforetakene må legge forholdene bedre til rette for forskning. Følgende resultatkrav settes for alle helseforetakene 2005:

- Foretaksledelse og avdelingsledelse har et særskilt ansvar for at forskningsaktiviteten i foretakene prioriteres
- Det skal legges til rette for gode og praktiske løsninger, også tidsmessig, for ansatte som har fått finansiering til forskningsprosjekter.
- Det skal avholdes minst ett årlig møte om forskning i eget helseforetak
- Helseforetakene skal avholde et møte med Klinisk forskningssenter ved UNN – som ledd i å tilrettelegge for forskning i helseforetaket.
- HFene bør premiere forskere/avdelinger som får publikasjoner i tidsskrifter som gir publikasjonspoeng.
- HFene skal følge opp satsingen på elektroniske tidsskrifter som gjøres tilgjengelig for alle helseforetak i 2005 gjennom Helsebiblioteket.no i regi av SHdir og alle RHFene.

2.4 Pasientopplæring og brukermedvirkning

Helseforetakene skal påse at det innhentes erfaringer fra brukerorganisasjonene i planlegging og drift av virksomheten. Brukerutvalget skal gis rammebetingelser til å ivareta rollen som strategisk organ for brukermedvirkning. Helseforetakene skal også påse at samiske

organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner blir hørt i saker som gjelder deres medlemmer.

Alle helseforetak skal bistå i å etablere et fagnettverk for lærings- og mestringssentrene i landsdelen. Nettverket skal ha som mandat å sikre erfaringsutveksling og kvalitetsutvikling av tilbudene, samt registrere udekte behov og muligheter for samarbeid og funksjonsdeling.

3. RAPPORTERING

Det skal rapporteres samlet på kravene i *bestillerdokumentet* og de *økonomiske og organisatoriske kravene* ("eierkravene"). All rapportering til RHF skal skje på helseforetaksnivå.

Års- og tertialrapport fra helseforetakene skal behandles i eget styre og brukerutvalg før oversending til Helse Nord RHF. Årsrapporteringen skal være helhetlig på alle krav, mens det rapporteres tertialvis og månedlig på utvalgte krav, jfr. rapporteringsmal. Allerede definerte rapporteringskrav framkommer av vedlegg til bestillerdokumentet. *Utfyllende mal for års- og tertialrapportering vil sendes helseforetakene innen 01.03.2005.*

Frist for oversendelse av styrebehandlede tertialrapporter til Helse Nord RHF er 3. juni 2005 for første tertial og 28. september 2005 for andre tertial. Frist for 3.tertial vil bli gitt senere. Frist for innsending av årsrapport er 15. januar 2006.

Månedlig rapportering om status, utvikling og prognose for helseforetakets økonomi og aktivitet skal skje fra foretaksdirektør til administrerende direktør RHF. Månedrapporten skal være oversendt RHF innen den 15. i påfølgende måned.

Rapportering av månedlige ventelistedata innen rusomsorgen håndteres av koordineringsenheten ved kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken.

Rapportkravene vil i starten av 2005 samordnes med prosjekt for ledelsesinformasjon – LIS. Endringer i rapporteringen vil fremkomme av brev til foretakene når LIS-kriteriene foreligger våren 2005.

4. HELSEFORETAKSSPESIFIKK DEL - HELSE FINNMARK HF 2005

Helse Finnmark HF vil i 2005 ha sin største utfordring i forhold til konsolidere den faglig driften og oppnå økonomisk balanse i forhold til styringsmål. Det må være fokus på å levere kvalitetsmessige gode tjenester i 2005. Igangsetting av eget rekrutteringsprosjekt for å styrke spesialisttilgangen er et strategisk satsingsområde. Helse Finnmark skal samarbeide tett med UNN på områder der det ikke er egen spesialistdekning. Følgende spesifikke krav stilles til Helse Finnmark HF:

Psykisk helsevern

Følgende prosjekt er under revidering med sikte på å få redusert investeringskostnadene, og forventes klargjort for å starte bygging / ombygging i 2005:

- Ungdomspsykiatrisk behandlingstilstand, BUP Karasjok.
- DPS Øst-Finnmark, Tana.
- DPS Midt-Finnmark, Lakselv.
- DPS Vest-Finnmark, Alta.

Helse Finnmark bes om å gi tilbakemelding på erfaringene med ambulerende akutt-team ved Samisk nasjonalt kompetansesenter innen psykisk helsevern (SANKS). Det bes redegjort for ressursbruk og kapasitet.

Plan for omstrukturering av tilbudet ved Seidajok barnepsykiatriske behandlingshjem forutsettes gjennomført i henhold til styrets vedtak, og på en slik måte at oppbygging av alternativt tilbud skal være igangsatt før døgntilbudet nedlegges.

Helse Finnmark skal sørge for at det etableres avtale mellom spesialisthelsetjenesten og fengslet i Vadsø om å styrke behandlingstilbudet for innsatte.

Somatikk

Helse Finnmark skal vurdere om flere kirurgiske senger kan omdisponeres til generell indremedisin/geriatri/ rehabsenger

Prehospitalt

Helse Finnmark skal utrede løsninger for forsvarlig ivaretagelse av den samiske befolknings tilgang til 113-telefon/ medisinsk nødmeldetjeneste.

Samisk

Helse Finnmark har et viktig ansvar når det gjelder etableringen av SANKS. Det forutsettes at planene følges opp med ansettelse av nødvendig personell og etablering av sentrale funksjoner ved det nasjonale kompetansesenteret, slik at det etableres fullverdig drift.

Helse Finnmark må påse at samisk tolketjeneste er tilgjengelig og brukes aktivt overfor samiske pasienter, slik at samisktalende pasienter får et likeverdig helsetilbud, og helseforetaket vil bli bedt om å rapportere særskilt på tiltak vedrørende tolketjeneste i 2005.

Rekruttering

Helse Finnmark HF har sammen med Helse Nord startet et program for rekruttering og stabilisering av spesialister i Helse Finnmark. Programmet har et langsiktig perspektiv på 5-10 år, og det skal rapporteres på arbeidet med programmet.

Forskning

Helse Finnmark bør utvikle minst ett samlende, felles forskningstema ("flaggsak") som flere forskere/fagområder kan delta i jfr. vedtak i RHF-styresak 71-2004.

Beredskap

Helse Finnmark skal som vertsforetak delta i forberedelse og gjennomføring av helsedelen av den nasjonale redningsøvelsen Barents Rescue 2005.