

Helsefaglege styringskrav 2011

Helse Fonna HF

3 Helsefaglege styringskrav

Område som skal følgjast særskilt opp i 2011, vil vere ventetider og fristbrot, kvalitet og pasienttryggleik, tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon.

Eit viktig grunnlag for det arbeidet som spesialisthelsetenesta utfører, er mellom anna dei utgreiingane som blir gjorde på ulike nivå, med viktige og nødvendige bidrag frå dei ulike helseføretaka. Helseføretaka er forplikta til å delta med fagfolk i arbeidet med både nasjonale og regionale utgreiingar og prosjekt. Helse Vest RHF har eit ansvar for at deltakinga og avgivinga av ressursar i slike tilfelle blir jamt fordelt på dei ulike helseføretaka ut frå storleik og fagleg kompetanse.

3.1 Aktivitet

Den ressursramma som samla sett blir stilt til rådvelde for føretaksgruppa, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlninga med om lag 1,4 % frå 2010 til 2011, jf. omtale i Prop. 1 S (2010-2011). Veksten kan elles fordele seg ulikt innanfor ulike behandlingsområde. Når det gjeld veksten for Helse Fonna HF, viser vi til kapittel 4 Ressursgrunnlaget. Vi vil understreke at veksten i aktivitet omfatta av innsatsstyrt finansiering på 1,1 % (post 76) blir målt i forhold til prognosar per 1. tertial 2010, og at veksten i refusjonar for poliklinisk behandling på om lag 4,5 % (post 77) på vanleg måte blir målt høvesvis i forhold til prognosar per 1. tertial 2010 og 1. halvår 2010. Dersom veksten i 2010 blir høgare enn dette, vil veksten i 2011 bli tilsvarende lågare. Veksten gjeld behandling som er omfatta av dei aktivitetsbaserte tilskotsordningane (innsatsstyrt finansiering og refusjonar for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovudsak blir finansiert av basisløyvinga (f.eks. rehabiliteringsopphald utanfor sjukehus, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Auka tilskot gjennom ”Opptappingsplan for rusfeltet” kjem i tillegg til dette.

Prognosen som Helse Vest har lagt til grunn er i tråd med dei føresetnader som ligg i statsbudsjettet. Som grunnlag for fastsetjing av overslagsløyving for 2011 blir derfor den siste prognosen for DRG-poeng for 2010 lagt til grunn, med tillegg for 1,4 % aktivitetsauke og 0,3 % kodevekst. Vi viser her til kapittel 4 Ressursgrunnlaget for nærare omtale av bestillinga for 2011.

Gjennom dei aktivitetsbaserte finansieringssystema blir delar av budsjettet gjort avhengige av kor mange pasientar som er behandla, og kompleksiteten i behandlinga. Prioriteringane som blir gjort ut frå kva for pasientar som skal behandlast, og ut frå kva slags behandling kvar enkelt pasient skal få, skal vere uavhengige av dei aktivitetsbaserte tilskota. Det er ikkje meint at finansieringa gjennom dei aktivitetsbaserte finansieringssystema skal dekkje heile kostnaden ved undersøking eller behandling. Derimot skal dei aktivitetsbaserte tilskota saman med basisløyvinga leggje grunnlaget for kravet til gjennomføring av aktivitet. Det er avgjerande at helseføretaka er medvitne om dette, slik at ein kan oppnå tilfredsstillande kostnadskontroll.

Midlane til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal bli nytta i samsvar med dei spesielle krava som blir stulte i samband med gjennomføringa av ”Opptappingsplan for rusfeltet”.

Helseføretaka skal vidareføre eit utval av tenestene under sjukefråversprosjektet ”Raskare tilbake”. Frå og med 2010 skal tilboda bli avgrensa til dei største gruppene av sjukemelde, nærare bestemt dei psykisk sjuke og dei som har muskel- og skjelettlidingar og som treng ortopedisk

vurdering og eventuelt kirurgi. Kirurgi som krev lang rekonvalesens blir ikkje tilrådd, f.eks. innsetjing av hofteprotesar og overvektskirurgi. Omfanget av mindre operasjonar, f.eks. for brokk, åreknutar og karpaltunnelsyndrom, blir vidareført.

Helseføretaka skal

- sørge for at det øyremerkta tilskotet til tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstenester for sjukemelde innanfor prosjektet ”Raskare tilbake” skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for, dei behandlingstilboda som blir finansierte gjennom basisløyvinga
- leggje til rette for evaluering av effekten av ordninga ”Raskare tilbake”
- ha avklaringsseiningar med tverrfagleg medisinsk kompetanse
- delta i kartlegging av behov i samarbeid med kommunehelsetenesta og NAV

Styringsparametrar (skal rapporterast til Helse Vest RHF månadleg):

- Talet på produserte DRG-poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

3.2 Nye forskrifter

Endra forskrift 18. desember 2001 nr 1539 om godkjenning av sjukehus, bruk av nemninga universitetssjukehus og nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta trer i kraft 1. januar 2011. For nasjonale tenester viser departementet til kap. 7.1.

Iht. forskrift skal Helse Vest søkje Helse- og omsorgsdepartementet om godkjenning av bruk av nemninga universitetssjukehus innan 1. mai 2011.

Helse Bergen og Helse Stavanger skal:

- ta initiativ til søknad ved å leggje frem naudsynt dokumentasjon som grunnlag for søknad om godkjenning av bruk av nemninga universitetssjukehus innan 1. mars 2011.

Forskrift om stønad til helsetenester motteken i eit anna EØS-land

Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utanfor sjukehus i andre EU/EØS-land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordninga vil gi pasientane større valfridom. HELFO skal administrere ordninga. Helseføretaka skal dekkje refusjonsutgiftene for dei tenestetypane dei har ansvaret for, etter nærmare bestemte regler, jf. brev frå Helse Vest RHF til helseføretaka datert 05.01.2011.

3.3 Nasjonale strategiar og handlingsplanar

For 2011 gjeld desse strategiane for spesialisthelsetenesta:

Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008–2012)

Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2011)

Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2011)

Nasjonal strategi for KOLS-området (2006–2011)

Strategi for kvinners helse (2003–2013)

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011)

Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008–2012)

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012)

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011)
Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014)
Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009–2014)
Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2012)

Helseføretaka skal

- gjere seg kjende med innhaldet i strategiane og handlingsplanane, og leggje dei til grunn for utvikling av tenestetilbodet på dei ulike områda

3.4 Særskilde satsingsområde i 2011

3.4.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrot

Ventetidene i spesialisthelsetenesta skal reduserast. Tiltak for å nå målet skal setjast i verk innanfor dei vedtekne økonomiske rammene. Aktuelle tiltak kan vere auka utgreingskapasitet og bruk av private aktørar der dette er med på å redusere ventetidene på ein kostnadseffektiv måte. Det er på sikt ei målsetjing at ventetidene skal reduserast ytterlegare. Det skal ikkje vere fristbrot.

Det er eit mål å få betre oversikt over korleis pasientar beveger seg mellom institusjonar og nivå i helsetenesta. Det bør gå fram av pasientadministrative system og Norsk pasientregister kva for ein instans, institusjon eller enkeltlege som har vist pasienten vidare til sjukehus, og kva for ein instans eller institusjon pasienten blir skriven ut/overført til.

Helse Vest RHF har i 2009 og 2010 gjennomført to prosjekt retta mot ventetider og handtering av ventelister. Siktemålet har vore å identifisere forbedringsområde for å unngå fristbrot og lange ventetider, og å få redusert ventetidene i føretaksgruppa. Det er sett i verk ei rad strakstiltak i føretaksgruppa. Oppfølging av prosjekta blei behandla i styret i Helse Vest RHF i sak 053/10B og sak 102/10B.

Sjølv om desse tiltaka blir gjennomførte, står det att eit stort arbeid med opplæring i korrekt vurdering av pasientrettar, bruk av pasientadministrative system og metodikk for å betre organiseringa og logistikken i dei einingane som har store utfordringar knytte til fristbrot. Sjå brev frå Helse Vest RHF til føretaka daterte 29.9.2010 (om ventelister og ventelistehandtering – strakstiltak), 20.10.2010 (om fristbrot og dei regionale helseføretaka og helseføretaka sitt ansvar, og om informasjon til pasienten ved fristbrot) og 23.11.2010 (om ekstratiltak for pasientar som er blitt ramma av fristbrot).

Helseføretaka skal

- gjennomføre og følgje opp strakstiltak og langsiktige tiltak for å få slutt på fristbrot, og for å redusere ventelistene, jf. styresak 053/10B, styresak 102/10B og brev av 29.9.2010 og 23.11.2010
- registrere, kvalitetssikre og rapportere data om tilvisingar til Norsk pasientregister.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR og Fritt sjukehusval som datakjelde):

- Prosentdel av ventetider på nettsida for fritt sjukehusval som er oppdaterte dei siste fire vekene
- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor somatikk
- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP)

- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor det psykiske helsevernet for vaksne (VOP)
- Gjennomsnittleg ventetid og median ventetid for ordinært avvikla pasientar innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)
- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta (styringsmål: ned mot 65 løpedagar ved utgangen av 2011).
- Prosentdel av pasientar innanfor BUP som er vurderte innan 10 dagar (mål: 100 %)
- Prosentdel av rettighetspasientar under 23 år som får behandling innan 65 dagar i det psykiske helsevernet og/eller TSB (mål: 100 %)
- Prosentdel av fristbrot for rettighetspasientar (mål: 0)
- Pasientar som har venta i meir enn 12 månader (mål: 0)

3.4.2 Kvalitet og pasienttryggleik

Tenestene som blir tilbydde, skal vere av god kvalitet, trygge og sikre. Det er eit leiingsansvar å ha oversikt over tilstanden når det gjeld kvaliteten på tenestene og pasienttryggleiken. Mangelfull kommunikasjon og språkforståing er ein risikofaktor og ei viktig kjelde til feilbehandling.

Kvalitetssatsinga i Helse Vest

Kvalitetssatsinga i Helse Vest er eit langsiktig arbeid som er forankra i ”Helse 2020” og byggjer på ”Nasjonale helseplan” og måla i den nasjonale kvalitetsstrategien. Hovudlinjene i satsinga går fram av styresak 124/08 ”Vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009–2013”.

Kvalitetssatsinga har fokus på kvalitet i kjerneverksemda. Hovudprinsippet er at kvalitetsarbeidet skal vere lokalt forankra, med helseføretaka som ansvarlege, og sentralt koordinert på ein del område der det er behov for felles regionalt arbeid. Hovudområda er kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik og måling av resultat.

I 2011 er det sett av 10 mill. kr som skal brukast i helseføretaka og i dei private ideelle institusjonane til å gjennomføre felles regionale prosjekt. Det blir inngått avtalar mellom Helse Vest og helseføretaka om gjennomføring av desse prosjekta i 2011.

Når prosjektperioden er over, vil arbeidet i hovudsak gå over i drift, og kunnskap frå prosjekta kan implementerast i pasientbehandlinga.

For oversikt over prosjekt og aktivitetar i kvalitetssatsinga viser vi til styresak 126/10 ”Status for kvalitetssatsinga i Helse Vest”.

I samband med kvalitetssatsinga er helseføretaka ansvarlege for

- å delta i kvalitetssatsinga, inkludert styringsgruppe, kvalitetsforum og kvalitetskonferanse
- å bidra til at det kjem fram gode søknader om ”søkornmidlar” til lokale kvalitetsutviklingsprosjekt, prioritere mellom dei og følgje dei opp i etterkant
- å gjennomføre regionale prosjekt og samarbeide med dei andre helseføretaka i regionen, jf. avtalar om det einskilde prosjekt
- å bidra til at kunnskap frå prosjekta blir overført til ulike einingar i helseføretaket, og at kunnskap frå prosjekta blir implementert i drifta av helseføretaket

Innanfor temaområdet ”Kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd” er helseføretaka ansvarlege for

- å bidra i regionalt og nasjonalt arbeid for å leggje til rette for bruk av mini-HTA¹ (m.a. utvikling av mini-HTA-skjema og nødvendige støttefunksjonar)
- å gi minst to eksempel på kvalitetsforbeting som konsekvens av kliniske forskingsprosjekt

Innanfor temaområdet ”Pasientfokus” er helseføretaka ansvarlege for

- å ta i bruk verktøyet for undersøking av pasienterfaringar på lokalt nivå og ha ein funksjon i kvart helseføretak for gjennomføring og koordinering av lokale undersøkingar

Innanfor temaområdet ”Pasienttryggleik” er helseføretaka ansvarlege for

- å rapportere uønska hendingar og nestenuhell i ”Synergi” og gjennomføre tilstrekkeleg opplæring i bruk av og registrering i systemet
- å sørje for at tilsynsrapportar blir brukt til læringsformål, og bidra til erfaringsutveksling mellom helseføretaka
- å ha faste, tverrfaglege møte i alle einingar som driv pasientbehandling, for å evaluere uønska hendingar (skadar, komplikasjonar, legemiddelskadar, unaturlege dødsfall og andre utilsikta hendingar) og for å kunne bruke evalueringa til læring for å unngå liknande hendingar
- å bidra med fagkompetanse og personellressursar i det regionale prosjektet om legemiddel og pasienttryggleik (LOP)
- å ta i bruk sjekklista ”Trygg kirurgi vernar liv” rutinemessig i alle kirurgiske einingar, og rapportere om bruken

Sjå også om tiltak under avsnittet om pasienttryggleik.

Måling og forbetring av kvalitet

Det er eit mål at helseføretaka har mest mogleg lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som støttar opp om gode pasientprosessar. Dette målet kan blant anna bli nådd ved å implementere nasjonale faglege retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregister er viktige verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbetningsarbeid og forskning. Det er eit mål å etablere slike register innanfor viktige fagområde. Vidareutviklinga på området kvalitetsregister skal vere i tråd med handlingsplanen for ”Nasjonalt helseregisterprosjekt”. I alt 19 medisinske kvalitetsregister har status som nasjonale register. Åtte av dei nasjonale registra ligg i Helse Vest. Det er eit mål å gjere desse registra landsdekkjande og operative i kontinuerleg kvalitetsforbetningsarbeid i 2011. Helse Vest samarbeider med dei andre regionale helseføretaka i dette arbeidet. Regionalt er arbeidet ein del av Kvalitetssatsinga, temaområdet ”Måling av resultat”.

I tillegg blir det arbeidd for å synleggjere målingar/kvalitetsindikatorar som kan vise behandlingresultat frå klinisk verksemd.

Det vil bli starta eit arbeid i Helse Vest knytt til at epikrisane skal vere klare ved utskriving / ferdig behandling, og knytt til utforminga av og innhaldet i epikrisane.

Korridorpatientar er eit uttrykk for utfordringar knytte til organisering av tenesta og at samhandling mellom sjukehus og helsetenesta elles ikkje er tilfredsstillande. Det skal normalt ikkje vere korridorpatientar.

¹ HTA står for ”Health Technology Assessment”. Det er eit støtteverktøy når ein skal ta avgjerder som gjeld innføring av nye metodar i sjukehus.

I samband med arbeidet med kvalitetsregister har Helse Bergen ansvar for

- å utvikle, drifte og nytte dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra som er lagt til Helse Bergen. Det gjeld Norsk intensivregister, Norsk diabetesregister for vaksne, Nasjonalt KOLS-register, Nasjonalt register for leppe-/kjeve-/ganespalte, Nasjonalt register for leddprotesar, Nasjonalt hoftebrotregister, Nasjonalt korsbandregister og Norsk MS-register og -biobank. Frå 2011 kan nye register baserte i Helse Bergen bli godkjende som nasjonale medisinske kvalitetsregister, og Helse Bergen vil då få ansvar for å utvikle, drifte og nytte også desse.
- å bidra i nasjonalt arbeid med å etablere ein felles teknisk infrastruktur og ein nettverksstruktur for alle nasjonale register
- å arbeide for og sikre at dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra i regionen har implementert felles elektroniske innregistreringsløyningar, som er tilgjengelege for alle som skal levere og bruke data i samsvar med formålet til registra.
- å vidareutvikle rolla til Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forskning. Dette må sjåast i samanheng med nasjonalt samarbeid og samarbeid med Helse Vest IKT.

Helseføretaka skal

- rapportere data til, og bruke data frå, alle nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i eige og i andre helseføretak. Helseføretaka skal m.a. delta i etableringa av løyningar som gjer det mogleg med elektronisk kommunikasjon mellom eigne avdelingar og dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra.
- sikre at data i medisinske kvalitetsregister blir brukte i tråd med formålet og nytta til å forbetre kvaliteten
- sikre ein mest mogleg likeverdig behandlingspraksis, i tråd med nasjonale faglege retningslinjer

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR og MFR som datakjelde):

- Prosentdel av epikrisar som er sende ut innan sju dagar (mål: 100 %)
- Prosentdel av korridorpasientar
- Prosentdel av pasientar med hjerneinfarkt som får trombolyse
- Prosentdel av pasientar med sfinkterruptur (fødselsrifter) av grad 3 og 4
- Talet på bein-/fotamputasjonar per 100 000 innbyggjarar på grunn av diabetes

Pasienttryggleik

Det er eit leiaransvar på alle nivå å motivere tilsette til å bruke system for melding av uønska hendingar. Tilsette skal oppleve det som trygt å melde frå, og meldingane skal følgjast opp ut frå eit system- og læringsperspektiv.

Talet på uønska hendingar skal reduserast. I januar 2011 startar den nasjonale kampanjen for pasienttryggleik - i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal leggje grunnlaget for varige system og strukturar for – og kompetanse innanfor – pasienttryggleik, og skal bidra til å skape ein betre kultur for pasienttryggleik. Nasjonale innsatsområde i kampanjen er postoperative sårinfeksjonar, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen startar med ei basismåling av omfang av pasientskadar ved hjelp av Global Trigger Tool². Innsatsområda blir innførte gradvis.

² Global Trigger Tool er ein metode for systematisk måling av omfanget av pasientskadar over tid.

Fleire av prosjekta i kvalitetssatsinga ligg tett opp til tema i kampanjen for pasienttryggleik, og arbeida vil bli sett i samanheng.

Helseføretaka skal

- delta i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen på dei nasjonale innsatsområda som styringsgruppa har vedteke. I tillegg til rapportering i årleg melding blir det bede om ei statusrapportering for helseføretaka sin medverknad i, og resultat frå, pasienttryggleikskampanjen innan 1. september 2011.

Brukarmedverknad og tilgjengelege og brukarvennlege tenester

Det er eit mål at reell brukarmedverknad skal liggje til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning, jf. erfaringane frå Nasjonalt pilotsjukehusprosjekt. Tenestene skal vere tilgjengelege og innretta etter behovet til brukarane. Dette inneber både fysisk tilgjenge og tilgjenge i tydinga kulturell og språkleg forståing. I lokale brukarundersøkingar bør sjukehusa leggje vekt på kor viktig kommunikasjon og språkforståing er for behandlingsskvalitet.

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar Kunnskapssenteret som datakjelde):

- Brukarerfaringar blant kreftpasientar, justert for pasientsamansetning
- Brukarerfaringar ved svangerskap/fødsel/barsel
- Erfaringar fastlegar har med distriktpspsykiatriske senter

3.4.3 Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB)

Tenestene innanfor TSB skal vere samordna, vere tilpassa pasientar med samansette lidingar og sikre eit samanhengande forløp i behandlinga, også ved akutthjelp og der behandling blir starta av ambulansetenesta ved overdosar. Samordning med tenestene innanfor det psykiske helsevernet er særleg viktig. Tenestene bør helst gjevast nær der pasientane bur og i samarbeid med kommunale tenester.

Det er eit mål å ha gode rutinar for samarbeid med kommunen under behandling i spesialisthelsetenesta, ved avslutning av behandling og ved brot i behandlinga. Ved brot i behandlinga skal det etablerast rutinar for rask innlegging i TSB dersom pasienten treng det.

Helseføretaka må også sikre og koordinere tilbodet til speleavhengige. Tilbodet kan vere etablert både ved poliklinikkar og døgneiningar for rusmiddelavhengige og ved poliklinikkar og døgneiningar innanfor det psykiske helsevernet.

Helseføretaka skal

- auke kapasiteten innanfor TSB
- i samarbeid med kommunane og private ideelle institusjonar etablere behandlingførebunde tiltak for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp i påvente av oppstart av behandling
- setje i verk tiltak for å få fleire pasientar til å fullføre TSB
- utvikle gode rutinar for samarbeid som sikrar ei heilskapleg akuttkjede på tvers av dei einingane som tek imot pasientar for akutt behandling av rusmiddelbrukarar, både internt og eksternt

Helseføretaka skal i tillegg registrere og rapportere om

- data til regionalt medisinsk kvalitetsregister innanfor TSB når dette blir etablert
- pasientar i dei pasientadministrative systema med fagområda 360 RUS, 365 LAR eller 370 Speleavhengige. Det skal registrerast relevant fagområde, uavhengig av kva fagområde

- aktivitetsdata, situasjonsdata og prosedyrekodar frå TSB gjennom NPR-melding versjon 47

3.4.4 Psykisk helsevern

Målet er å fremme god helse, sjølvstende og evne til å meistre eige liv. Tidleg hjelp med godt tilgjenge til spesialisthelsetenesta er viktig for å hindre uheldig sjukdomsutvikling. Hjelpa må givast på det mest effektive omsorgsnivået.

Tilbodet til barn og unge i det psykiske helsevernet, og arbeidet med å innfri barne- og ungdomsgarantien, må prioriterast høgt av helseføretaka. Ein må sikre at nødvendige tiltak blir sette i verk. Fokus må vere på tilføring av nødvendig behandlarkapasitet og kompetanse, og på å sikre ei effektiv utnytting av ressursane i barne- og ungdomspsykiatrien. Vedtak i sak 093/10 B, gjort av styret i Helse Vest 1. september .2010, må følgjast opp.

Tilbodet til pasientar/brukarar innanfor det psykiske helsevernet skal gjevast på kommune- eller DPS-nivå der dette er forsvarleg. Det er eit mål at DPS-a skal ha nødvendige akuttfunksjonar, slik at alle førespurnader kan rettast til dei uavhengig av kva tid det er på døgnet. DPS-a skal i hovudsak vere vegen inn og ut av spesialisthelsetenesta. Vidare er det eit mål at DPS-a skal ha tilstrekkeleg kompetanse om psykiske lidningar hjå eldre. Sjukehusa skal ta seg av oppgåver som berre kan utførast på sjukehusnivå. Det er ein føresetnad at akuttnettverket blir vidareført med sikte på ei vidare utvikling av akuttfunksjonane.

Talet på tvangsinnleggingar og omfanget av tvangsbruk i det psykiske helsevernet skal reduserast og kvalitetssikrast.

Datakvaliteten innanfor det psykiske helsevernet skal betrast.

Helseføretaka skal

- innfri ventetidsgarantien for barn og unge. Det inkluderer å sikre nødvendig behandlarkapasitet, kompetanse og sørge for effektiv utnytting av ressursane. Det inkluderer også samhandling med andre samarbeidspartnarar, som kommunane og Bufetat.
- sørge for at nødvendige akuttfunksjonar, som akutt- og krisetenester og ambulante akutteam, blir etablerte ved DPS-a
- gjennomgå funksjons- og arbeidsfordelinga innanfor det psykiske helsevernet, jf. tilråding frå Nasjonal strategigruppe II. Ressursfordelinga må avspegle god arbeidsfordeling. Ressursane bør fordelast med minst 50 % på DPS-nivå. Psykisk helsevern for barn og unge bør sikrast minst 20 % av dei samla ressursane til psykisk helsevern.
- sørge for at lokale planar for redusert og rett bruk av tvang blir utarbeidde, implementerte og gjennomførte i samsvar med departementet sitt brev av 19. mars 2010 og i samsvar med den regionale planen som er under utarbeiding. Ein må ha fokus på konkrete tiltaksresultat. Planane skal forplikte leiarar og tilsette på alle nivå i spesialisthelsetenesta. Kompetanseheving på alle nivå må vere ei viktig oppgåve.
- utvikle og prøve ut brukarstyrte plassar i alle DPS-a for pasientgrupper med langvarig og/eller tilbakevendande alvorlege psykiske lidningar
- gjennomgå PWC sin rapport "Gjennomgang av virksamheten ved Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF" og gjennomføre dei tilrådde forbetringstiltaka som er nødvendige for å sikre god fagleg standard

- sørge for eit godt tilbod til barn og unge med spiseforstyrningar
- i samarbeid med private ideelle institusjonar sikre kompetanse til å behandle pasientar med kombinasjonar av moderat til alvorleg psykisk lidning og alle typar ruslidningar
- leggje til rette for at rettane til fengselsinnsette med psykiske og rusrelaterte lidningar blir ivaretekne
- setje i verk tiltak for at rapporteringskjeda i forhold til NPR fungerer på alle nivå. Alle einingar/klinikkar /avdelingar skal gjennomføre opplæring i registreringsrettleiaren. Kvaliteten på pasientdata som dreier seg om bruk av tvang, skal ha særskild merksemd
- rapportere utskrivingsklare pasientar, som skal til DPS og kommunar, til Norsk pasientregister.

I tillegg skal helseføretaka ved behov bidra i

- Helsedirektoratet sin gjennomgang av ressursbruk, prioriteringar og arbeidsmåtar innanfor det psykiske helsevernet for barn og unge
- Helsedirektoratet sitt arbeid knytt til oppdrag om utarbeiding av statusrapport og vurdering av status for ambulant verksemd innanfor psykisk helsevern og TSB.
- eit samarbeid med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjekt, i påvente av at det blir etablert ei ny særreaksjonsordning i 2011, for utilreknelege som gjer grove, gjentekne lovbrøt

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde):

- Talet på tvangsinnleggingar, relatert til befolkninga i opptaksområdet
- Datakvalitet hovudtilstand psykisk helsevern barn og unge
- Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne
- Datakvalitet hovudtilstand psykisk helsevern vaksne

3.4.5 Diagnostisering og behandling av kreft

Helseføretaka skal leggje til rette for høg kvalitet og kompetanse, tilstrekkeleg kapasitet, likeverdig tilgjenge, tenleg organisering og betre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet. Det skal utviklast pasientforløp som sørger for god behandlingkvalitet, og som sikrar at kreftpasientane unngår unødig venting på utgreiing og behandling. Det er viktig at det finst gode tilbod når det gjeld palliativ pleie og hospice. Tilboda skal inngå som ein integrert og naturleg del av spesialisthelsetenesta og det samla helse- og omsorgstilbodet i kommunane.

Arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta skal ta utgangspunkt i Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010), med særleg vekt på dei tre viktigaste risikoområda i rapporten: utgreiingslogistikk (sein diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervaking.

Helse Vest vil fullføre ein ny gjennomgang av funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i 2011.

Helseføretaka skal

- følge opp den vedtekne funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i regionen og bidra i arbeidet med ein fornya gjennomgang av denne funksjonsfordelinga
- nytte Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010) i forbetningsarbeidet

- arbeide vidare med planar for utvikling av tilbodet som set helseføretaka i stand til å dekkje behovet for patologitenester i regionen frå 1. august 2012, jf. styringsdokument for 2010 og den regionale planen for patologi (styresak 74/04)

Styringsparametrar (Helse Vest RHF nyttar NPR som datakjelde):

- Tid frå tilvising til første behandling av tjukktarmskreft
- Tid frå tilvising til første behandling av brystkreft
- Tid frå tilvising til første behandling av lungekreft

3.4.6 Innovasjon

Innovasjon dreier seg om å utvikle og innføre nye og betre produkt og tenester, men også om forbetringar i verksemda i form av betre og meir kostnadseffektive prosessar, organisatoriske løysingar og pasientforløp. I samsvar med St.meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* blei det bestemt å forlengje den pågåande satsinga på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, så framt halvvegsevalueringa var positiv. Det blei også bestemt å utvide satsinga til også å omfatte forskingsbasert innovasjon. Halvvegsevalueringa blir slutført våren 2011.

Det finst eit potensial for å utnytte den samla nasjonale kommersialiseringskompetansen betre, m.a. gjennom meir omfattande samarbeid med universitets- og høgskulesektoren. Det finst vidare eit potensial for å auke innovasjonsaktiviteten gjennom bruk av offentlege innkjøp, førkommersielle avtalar og prosjekt med leverandørindustrien.

Dei regionale helseføretaka har saman med Helsedirektoratet, Innovasjon Noreg og Forskringsrådet utarbeidd ein felles nasjonal tiltaksplan for innovasjon i helsesektoren.

Helseføretaka skal

- bidra i arbeidet med å implementere planen om nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren
- bidra til å gjennomføre den felles nasjonale tiltaksplanen i føretaksgruppa
- peike ut ein ansvarleg person for innovasjon i føretaket og delta i nettverk i føretaksgruppa for å fremme innovasjon
- i samarbeid med dei andre helseføretaka setje i verk tiltak for å utnytte innovasjonspotensialet knytt til offentlege innkjøp blant anna gjennom førkommersielle avtalar.

3.5 Andre område

3.5.1 Nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta

Nemninga nasjonale tenester omfattar nasjonale kompetansetenester (tidlegare nasjonale kompetansesenter) og nasjonale og fleirregionale behandlingstenester (tidlegare lands- og fleirregionale funksjonar). Den føreliggjande gjennomgangen av nasjonale tenester frå dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet samt dei vedtekne forskriftsendringane ligg til grunn for endringar i nasjonale tenester i 2011.

Helse Bergen og Helse Stavanger skal

- implementere nytt styringssystem for nasjonale tenester frå den tida departementet bestemmer.

3.5.2 Habilitering og rehabilitering

Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal vere ein integrert del av pasientbehandlinga hos barn og vaksne med ulike sjukdommar og skadar. Måla i samhandlingsreforma om meir heilskapelege og samanhengande tenester utan unødige brot og forseinkingar gjeld i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreforma skal det vurderast om kommunane skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

Det er eit mål å systematisere barne- og vaksnehabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet.

Helseføretaka skal

- sørge for at pasientar får nødvendige behandlingshjelpemiddel som del av medisinsk behandling, og at tildeling av behandlingshjelpemiddel skjer ut frå ei individuell vurdering i kvart enkelt tilfelle
- samarbeide med Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, inkludert Regional vurderingseining, om m.a. samarbeid med dei private rehabiliteringsinstitusjonane
- inngå samarbeidsavtalar med private rehabiliteringsinstitusjonar i eige opptaksområde og bidra til utvikling av kompetansen og tenestene ved institusjonane
- sørge for at det i samband med tilvising frå sjukehusa til rehabiliteringsinstitusjonane blir gitt gode medisinske opplysningar og ei grunngjeving og eit mål for rehabiliteringsopphaldet (jf. brev frå Helse Vest datert 1.10.2010)
- sørge for at tenester som blir tilbydde frå dei koordinerande einingane i helseføretaka er synlege og lett tilgjengelege
- leggje til rette for at tenesta fungerer som praksisarena for å sikre gode læringsvilkår innanfor fagfeltet

3.5.3 Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

Helseføretaka skal sørge for god kompetanse og rask respons i naudmelde- og ambulansetenesta. Det skal vere likeverdige tilgang til naudmeldetenesta for funksjonshemma, minoritetsspråklege og den samiske befolkninga. Det er eit mål å betre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, anna kommunal helse- og omsorgsteneste og dei frivillige organisasjonane.

Det er eit krav at ambulansetenesta skal oppfylle kompetansekrava i forskrifta om akuttmedisinske tenester. I Helse Vest er enkelte ambulansestasjonar framleis sårbare. Ein må rette merksemda mot samarbeid mellom føretaka i regionen for å hjelpe dei mindre ambulansestasjonane til å takle dei utfordringane dei står overfor.

Helseføretaka skal

- setje i verk tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralane
- bidra, i samarbeid med Helsedirektoratet, i arbeidet for å utvikle nasjonale krav til ambulansetjenester og for å etablere eit nasjonalt system for rapportering og behandling av data frå akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

Helse Bergen skal ha

- ansvaret for Radio Medico frå 1. januar 2011. Ansvaret er overført frå Helsedirektoratet/Helfo til Helse Vest RHF og blir vidareført til Helse Bergen. Radio Medico

Helse Fonna skal

- oppfylle kompetansekrava i ambulansetenesta, jf. forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

3.5.4 Behandling av hjarteflimmer

Pasientar med hjarteflimmer skal tilbydast behandling i tråd med nasjonale faglege tilrådingar. På bakgrunn av dei nye tilrådingane frå Helsedirektoratet for behandling av pasientar med atrieflimmer, og av omsyn til likebehandling av pasientane, finn departementet det riktig at alle pasientar med behov for ablasjon blir vurderte i forhold til prioriteringsforskrifta eller forsvarlegheitskravet. Det blir vist til brev frå Helse Vest RHF til helseføretaka datert 7.11.2010.

Helseføretaka skal

- rapportere om statusen for dette arbeidet innan 15. april 2011
- leggje Helsedirektoratet sine tilrådingar til grunn for prioritering av denne pasientgruppa, jf. brev frå Helse Vest RHF datert 7.11.2010

Fleire med hjarteflimmer kan ha nytte av ablasjonsbehandling. Det er derfor behov for å auke kapasiteten for ablasjonsbehandling i Helse Vest til 280 AF-prosedyrar per år.

Helse Bergen skal

- byggje opp kapasitet til 280 AF-prosedyrar per år, jf. brev frå Helse Vest RHF daterte 13.7.2010 og 7.11.2010. Dersom kapasiteten i helseføretaket i ein oppbyggingsperiode ikkje er tilstrekkeleg, lyt ein sørgje for at pasienten kan få tilbod ein annan stad i landet eller i utlandet.

3.5.5 Behandling av sjukleg overvekt

Ein gjennomgang viser at ventetida for utgreiing og behandling av sjukleg overvekt er ulik i landet og somme stader for lang, jf. Helsedirektoratet sin prioriteringsrettileiar for sjukleg overvekt, IS-1702. Pasientar med sjukleg overvekt skal sikrast eit heilskapleg og samanhengande tilbod.

Helseføretaka skal

- vidareføre og styrkje eit regionalt samarbeid der ein m.a. skal gjere ein tverrfagleg gjennomgang av korleis behandlingsforløpet ved sjukleg overvekt skal vere, kva for indikasjonsgrenser som skal praktiserast for kirurgisk behandling og for for- og etterbehandling, kapasiteten i tenestene og korleis ein kan sikre god oppfølging i samarbeid med primærhelsetenesta
- leggje til rette for tilbod til pasientane på tvers av føretaksgrensene
- styrkje poliklinikktilbodet for å sikre avklaring av operasjonsindikasjon og kunne starte nødvendig forbehandling som gir ein tenleg og aktiv bruk av ventetida der det er operasjonsindikasjon

3.5.6 Kronisk utmattingsyndrom / myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Tilbudet om diagnostikk, behandling og rehabilitering, mellom anna lærings- og meistringstilbod til pasientar med CFS/ME, skal vere adekvat og i tråd med oppdatert kunnskap.

Helsedirektoratet skal innan utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført ei oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasientar med CFS/ME. På oppdrag frå Helsedirektoratet går SINTEF Teknologi og samfunn gjennom tilbudet til pasientar med CFS/ME i Noreg.

Departementet vil, på bakgrunn av råd frå Helsedirektoratet, kome tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppa eit best mogleg tilbod om diagnostisering og oppfølging.

3.5.7 Tilbodet til pasientar med astma og allergiske lidningar

Det er eit mål å styrkje den nasjonale kompetansen innanfor astma, allergi og overfølsemdssjukdommar. Det er vidare eit mål å utvikle gode rutinar for utgreiing, diagnostisering og behandling av astma og allergisk sjukdom/overfølsemd hos barn og vaksne.

Helse Bergen skal

- etablere eit regionalt tverrfagleg kompetansemiljø for astma- og allergisjukdommar med hovudfokus på rådgiving og kompetanseoverføring for å få etablert eit best mogleg tilbod lokalt, som ei oppfølging av ”Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisjukdommer 2008–2012”.

3.5.8 Ernæring og mattryggleik

Gode rutinar og kompetanse skal sikre at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet. Rettleiingsoppgåva overfor kommunane skal ivaretaast på ernæringsområdet. Det skal særleg leggjast vekt på ernærings situasjonen til dei eldre.

Helseføretaka skal

- sikre at god og riktig ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet
- setje i verk tiltak for å sikre god kompetanse og gode rutinar på områda hygiene og mattryggleik, og følgje opp Mattilsynet sin rapport ”Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009). Institusjonskjøkken”

3.5.9 Spesialisthelsetenestetilbodet for eldre

I arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta skal helseføretaka følgje opp Helsetilsynet sin rapport om identifisering av risikoområda i spesialisthelsetenestetilbodet til eldre (15/2010).

Dei viktigaste risikoområda omfattar sein og utilstrekkeleg hjelp til (skrøpelege) eldre med akutt sjukdom eller skade, mangelfulle rutinar og manglande kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelingar og legemiddelrelaterte problem. Risikoområda som blei identifiserte, er i stor grad relaterte til organiseringa og styringa av spesialisthelsetenesta. Risikostyring og oppfølging av leiarar er viktige element for å redusere risikonivået innanfor spesialisthelsetenestetilbodet til eldre.

Helseføretaka må utvikle spesialisthelsetenestene til eldre i tråd med dei prioriterte tiltaka i den regionale planen for styrking av spesialisthelsetenestene til eldre, jf. styresak 015/10B.

Tilrådingane må følgjast opp i helseføretaka i samarbeid med m.a. kommunane og brukarane.

Som eit ledd i Helse Vest si styrking av spesialisthelsetenesta til eldre vil det i 2011 bli oppretta eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. Kompetansesenteret blir lagt til Helse Stavanger, jf. styresak 125/10 B.

Helseføretaka skal

- følgje opp Helsetilsynet sin rapport om identifisering av risikoområda i spesialisthelsetenestetilbodet til eldre (15/2010) i arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta
- følgje opp den regionale planen

Helse Stavanger skal

- etablere eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. Kompetansesenteret skal bidra til kompetanseheving i regionen, jf. styresak 125/10 B og brev av 14.12.2010.

3.5.10 Radiologi

Lang ventetid og fristbrot kan i mange tilfelle ha si årsak i mangel på utgreiingskapasitet, for eksempel kapasitet på MR og CT. I aktivitetsveksten i statsbudsjettet for 2011 er det stilt krav om høgare vekst på området poliklinisk radiologi, tilsvarande 4,5 %. Basisrammene for Helseføretaka er styrkte i tråd med dette. Vi viser til styresak 122/2010 og brev av 8.12.2010.

Tiltak på kort sikt:

Helse Vest RHF vil vurdere å gjennomføre anbodskonkurransar for kjøp av radiologitenester hos private aktørar i dei delane av regionen der ventetidene innanfor poliklinisk radiologi er lengst.

Helseføretaka skal

- sørje for å setje i verk snarlege tiltak for å auke aktiviteten og redusere ventetider innanfor poliklinisk radiologi, særleg for MR og CT. Det skal rapporterast kvar månad om effekten av tiltaka.

Tiltak på lang sikt:

For ytterlegare å redusere ventetider, auke kvaliteten og redusere kostnader vil det i 2011 bli sett i verk eit regionalt arbeid for å sikre felles rutinar innanfor radiologi på tvers av helseføretaka.

3.5.11 Positronemisjonstomografi (PET)

PET er ei nukleærmedisinsk undersøking der radioaktive stoff blir sprøytt inn i pasienten, og der opphoping av radioaktiviteten vil kunne gi informasjon om kvar sjukelege tilstandar, f.eks. vondarta svulstar, er lokaliserte. For å gi auka klinisk utbyte blir metoden kombinert med samtidig computertomografi (CT), og denne kombinasjonen blir omtalt som PET/CT.

Helse Bergen skal

- drive eit regionalt PET-senter som skal gi pasientar frå heile regionen likeverdige tilgjenge til denne typen undersøkingar, ved at prioritering av tilgjenge skal vere basert på medisinsk indikasjon og ikkje på kvar pasienten bur
- med utgangspunkt i tilgjengeleg kapasitet ved PET-senteret utarbeide, vedlikehalde og gjere elektronisk lett tilgjengeleg dei viktigaste indikasjonane for PET-undersøkingar som vil bli praktiserte i regionen

3.5.12 Regionale kompetansesentra

Det vil bli gjennomført ei evaluering av dei regionale kompetansesentra i 2011. Evalueringa vil ikkje omfatte det nye kompetansesenteret for eldremedisin og samhandling og den nye regionale vurderingseininga ved kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering.

Helseføretaka skal

- bidra i arbeidet med å evaluere regionale kompetansesentra

3.6 Beredskap og smittevern

Det er eit mål at det finst oppdaterte og øvde beredskapsplanar med rutinar for å oppdage og varsle hendingar, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid krev samarbeid mellom regionale helseføretak, kommunar, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktørar. Kommunale og private institusjonar og andre samarbeidspartnarar skal få nødvendig smittevernbiand. Det skal arbeidast målretta for å førebyggje sjukehusinfeksjonar og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvakast, og det må sikrast at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale kampanjen for pasienttryggleik skal bidra til større vekt på infeksjonskontroll i helseføretaka og til betre kvalitet på rapportering til Norsk overvakingssystem for infeksjonar i sjukehusenesta (NOIS).

Helse- og omsorgsdepartementet har nyleg godkjent oppretting av eit Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetenesta i Helse Vest RHF, lokalisert ved Helse Bergen HF, som eit nasjonalt medisinsk kompetansesenter. Kompetansesenteret har fått eit særleg ansvar for å sikre nasjonal oppbygging og spreiding av kompetanse innanfor sitt spesifiserte fagområde.

I samband med den pågåande rulleringa av den regionale beredskapsplanen, som skal gjelde frå 2011 til 2013, må helseføretaka rullere planverka sine slik at dei heile tida er i samsvar med gjeldande forskrift.

Helseføretaka skal

- følge opp erfaringane frå handteringa av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidinga av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa
- oppdatere og gjennomføre nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane sine, med utgangspunkt i erfaringane frå handteringa av ny influensa A (H1N1), vulkanutbrotet på Island og den pågåande rulleringa av den regionale beredskapsplanen

Helse Bergen har ansvar for

- å byggje opp og utvikle eit nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetenesta, jf. brev frå Helse- og omsorgsdepartementet datert 9.11.2010 og brev frå Helse Vest RHF datert 10.12.2010

3.7 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er eit viktig verkemiddel for å sikre rett kompetanse og tilstrekkeleg med helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkast med samhandlingsreforma.

Forankring i leiinga og god organisering og rettleiing av praksis- og turnusordningane bidrar til at helseføretaka står fram som gode og attraktive læringsarenaer. Når samhandlingsreforma blir førebudd i 2011, blir det svært viktig å utnytte etablert samarbeid med utdanningsinstitusjonar på ein god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunane om utdanningsbehov og praksis bør vurderast. Helseføretaka har eit felles ansvar for å leggje til rette praksisplassar for desentraliserte utdanningar og utdanningar som ikkje er etablerte i alle helseregionar. Vedlegg 1 viser mellom anna dei aktivitetskrava Kunnskapsdepartementet har sett til universitet og høgskular.

Gjennom fordeling av legestillingar og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har helseføretaka ansvar for at det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane. Det må leggjast til rette for å sikre breiddekompetanse, særleg på mindre sjukehus. Helseføretaka skal ha særskild merksemd på legestillingar som kan styrkje utvikling av lokalsjukehus og samhandling med kommunane.

På spesialistområdet skjer det i 2011 fleire omleggingar. Helsedirektoratet overtek frå hausten 2011 den offentlege spesialistgodkjenninga. Helsedirektoratet har fleire sentrale oppgåver på spesialistområdet og skal m.a. vurdere strukturen og innhaldet i spesialistutdanninga, og om andre personellgrupper skal få offentlig spesialistgodkjenning.

Helseføretaka skal

- setje i verk tiltak for å bidra til auka utdanning i legespesialitetar der rekrutteringa er vanskeleg
- etterleve krava i det lovbaserte legefordingssystemet og bidra til implementering og drifting av det nye systemet for forvaltning av legeheimlar.
- styrkje utdanningskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien
- sørge for at det blir etablert tilstrekkeleg mange eigne læreplassar innanfor helsefagutdanninga og ambulansesarbeidarutdanninga
- i samarbeid med utdanningsinstitusjonane (Universiteta i Bergen og Oslo) sørge for tilstrekkeleg mange stillingar for tannlegar under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin
- i samarbeid med utdanningsinstitusjonane sørge for tilstrekkeleg mange turnusplassar og ha særskild merksemd retta mot plassar for fysioterapistudentar, og sørge for tilstrekkeleg mange praksisplassar av god kvalitet
- innan utgongen av 2. tertial 2011, gjere greie for korleis det blir arbeidd for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for leiande stillingar i føretaksgruppa og korleis arbeidet med leiarutvikling og suksesjonsplanlegging³ blir ivaretatt
- bidra i Helsedirektoratet sitt arbeid med å skaffe betre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetenesta framover. Det skal særleg leggjast vekt på tilleggskompetanse utover grunnutdanningane. Helseføretaka må sikre at alle fast tilsette fortløypande oppdaterar CV og kompetansehevingstiltak i kompetanseportalen.
- sikre tilstrekkeleg kompetanse i samisk språk og kultur
- heve kompetansen innanfor sterilforsyning. Det regionale kompetansesenteret for smittevern kan vere aktuell samarbeidspartnar ved utvikling og vedlikehald av opplæringsprogram.
- sikre god kompetanse i bruk av strålekjelder i diagnostikk og behandling, både når det gjeld strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasientar og helsepersonell. Helseføretaka skal sørge for gode rutinar for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkeleg kompetanse i medisinsk fysikk

³ Etterfølgjarhandtering eller planlegging av korleis ein skal sikre ei god avløyning i m.a. leiande stillingar.

3.8 Forsking

Forsking, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat og innovative løysingar i tenesta bidreg til å sikre at det tenestetilbodet som blir gitt, er trygt, kostnadseffektivt og gir ein helsegevinst. Både helseføretak med universitetssjukehusfunksjon og mindre helseføretak skal ta del i forskning.

Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forskning, inkludert forskarinitierte, kliniske intervensjonsstudiar av høg kvalitet, og forskning med høg relevans i helseføretaka. Den retten pasientane har til å få nødvendig informasjon, må sikrast i utprøvande behandling. Det er eit mål å sikre oppbygging av forskingskompetanse på fagområde der forskinga står svakt, samtidig som det er viktig å stimulere forskingsmiljø med høg kvalitet slik at dei kjem i posisjon til å få eksterne midlar nasjonalt og internasjonalt, f.eks. gjennom EU sitt 7. rammeprogram. Det er framleis eit potensial for auka regionalt og nasjonalt forskingssamarbeid. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studiar og for forskingsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Noreg, inkludert det arbeidet som no går føre seg med å etablere ei nasjonal oversikt over pågåande og slutførte kliniske studiar i helseføretaka. Det er ønskeleg med norsk deltaking i det europeiske nettverket for forskingsinfrastruktur for kliniske studiar, European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN), <http://www.ecrin.org/>.

Øyremerkinga av midlar i basisløyvinga til samhandlingsforskning blir vidareført. Med samhandlingsforskning er det meint forskning der ein skal etablere ny kunnskap om korleis faglege, organisatoriske, kulturelle, økonomiske og teknologiske forhold i tenesta bidrar til å identifisere barrierar eller støtte opp under målsetjingane i samhandlingsreforma.

Ein felles nasjonal database for registrering av vitenskaplege publikasjonar (Norsk vitenskapsindeks) i helsevesenet, institutt og i universitets- og høgskulesektoren blir etablert frå 1. januar 2011. Databasen skal nyttast som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapleg publisering i helseføretaka. Dette inneber ei vesentleg omlegging av dagens rutinar for rapportering av vitenskaplege publikasjonar. Det blir vist til revidert styringsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporterast til NIFU STEP etter dagens system innan 15.mai 2011, samtidig som helseføretaka skal sikre eigenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks seinast innan 1. september 2011.

Det skal innførast eit felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefagleg forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystem for forskning ved bruk av Health Research Classification System (<http://www.hrcsonline.net>).

Det er ønskeleg at det blir lagt til rette for størst mogleg tilgjenge til og størst mogleg innsyn i forskingsresultat. Det blir vist til at forskingsarkivet HeRa er ope tilgjengeleg for alle helseføretak, <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/pages/>.

Helseføretaka skal

- rapportere til NIFU STEP etter dagens system innan 15. mai 2011
- setje i verk nødvendige prosessar og setje av ressursar og kompetanse slik at Norsk vitenskapsindeks kan nyttast som rapporteringsverktøy for vitenskaplege publikasjonar i helseføretaka seinast innan 1. september 2011