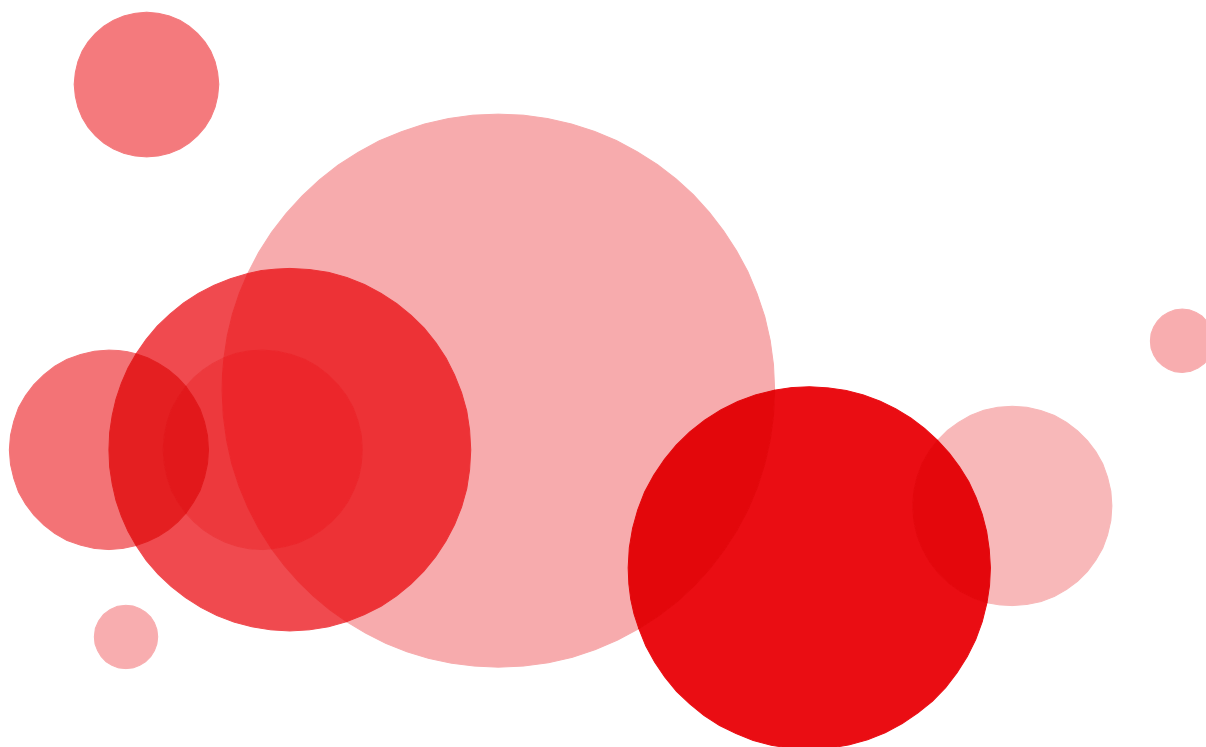


Oppdragsdokument 2012

Helse Vest RHF



Innhold

1.	Overordna føringar	3
2.	Nye lover og forskrifter	4
3.	Nasjonale strategiar og handlingsplanar	4
4.	Tildeling av midlar	5
5.	Aktivitet	8
6.	Særskilde satsingsområde 2012	8
6.1	Ventetider	8
6.2	Kvalitetsforbetring	8
6.3	Pasientsikkerheit	10
6.4	Tilgjenge, brukarvennlegheit og brukarmedverknad	10
6.5	Samhandlingsreforma	11
6.6	Kreftbehandling	12
6.7	Behandling av hjerneslag	13
6.8	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling	13
7.	Andre område	14
7.1	Psykisk helsevern	14
7.2	Habilitering og rehabilitering	15
7.3	Behandling av kronisk utmattingssyndrom/myalgisk encefalopati	15
7.4	Barn og nyfødde som treng intensivbehandling	15
7.5	Kjeveleddsdisfunksjon	15
7.6	Beredskap og smittevern	16
7.7	Førebygging	16
8.	Utdanning av helsepersonell	17
9.	Forsking og innovasjon	17
9.1	Forsking	17
9.2	Innovasjon	19
10.	Forholdet til Helsedirektoratet	19
11.	Oppfølging og rapportering	20

1. Overordna føringar

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til disposisjon dei midlane som Stortinget har løyvd til Helse Vest RHF for 2012. Helse Vest RHF skal utføre pålagde oppgåver og gjennomføre styringskrava innanfor dei rammene og måla som er gitt, og dei ressursane som blir stilte til rådvelde i dokumentet.

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendige spesialisthelsetenester. Det regionale helseføretaket har ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter.

Det regionale helseføretaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir gjennomført på ein god måte, og at desse oppgåvene gir grunnlag for ei god og forsvarleg pasientbehandling. Vidare skal det regionale helseføretaket sikre tilstrekkeleg kompetanse i alle delar av spesialisthelsetenesta. Det skal leggjast vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjellar i aktuelle befolkningsgrupper, mellom anna innvandrargrupper. Pasientar og brukarar må kunne vere trygge på at tenestene er tilgjengelege, og at dei blir møtte med omsorg og respekt.

Samiske pasientars rett og behov for tilrettelagde tenester må etterspørjast og synleggjerast frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen, og når avgjerder blir tekne. Spesiell merksemd bør rettast mot habiliterings- og rehabiliteringstilbod med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

Lover, forskrifter og andre myndigheitsvedtak utgjer rammene for helsetenesta. Det regionale helseføretaket skal ha dokumenterte system som sikrar at aktiviteten blir planlagd, organisert og utført i samsvar med fastsette krav i lovgivinga.

Helse- og omsorgsdepartementet vil jamleg informere det regionale helseføretaket om lov- og forskriftsarbeid som vedkjem spesialisthelsetenesta.

For å sikre at uønskte hendingar og funn frå tilsyn blir fanga opp i heile organisasjonen, må det regionale helseføretaket leggje til rette for at underliggjande helseføretak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Helse- og omsorgsdepartementet føreset at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2011–2012) og tilhøyrande budsjettvedtak i Stortinget.

Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortinget si behandling av planen (Innst. 422 S, 2010–2011) og samhandlingsreforma (Prop. 90 L 2010–2011, *Lov om folkehelsearbeid*, og Prop. 91 L 2010–2011, *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*) utgjer eit overordna rammeverk og gir føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta.

Ein desentralisert sjukehusstruktur skal framleis liggje til grunn, og lokalsjukehusa skal vidareutviklast for å ha ein viktig funksjon i den heilskaplege helsetenesta også i framtida. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned. Lokalsjukehus med akuttfunksjonar skal vidareførast med anestesiberedskap der dette er etablert i dag. Samtidig må ein framtidig sjukehusstruktur byggje på betre samarbeid og arbeidsdeling mellom

sjukehus. Samarbeidet mellom helseføretak og kommunar skal ivareta gode og heilskapelege pasientforløp.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal sikre at det blir gode og breitt involverande prosessar. Samarbeid mellom helseføretak og kommunar, og mellom leiing, tillitsvalde, tilsette og brukarar, skal leggjast til grunn i slike prosessar. Omstillingar av tenestetilbodet som vedkjem kommunane, skal ikkje gjennomførast før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Ved omstillingar skal ein særleg leggje vekt på kvaliteten i det samla helsetilbodet til eldre.

Tiltak for å avgrense bruk av deltid og mellombels tilsetjingar i helseføretaka skal vidareførast i 2012 i samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerheit må ikkje stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. Ei likeverdig vektlegging av desse områda er ein føresetnad for riktige faglege prioriteringar og høg kvalitet på pasientbehandlinga.

Private røntgen- og laboratorieverksemder skal brukast på ein måte som bidreg til god geografisk fordeling av tenester, og som frigjer kapasitet for pasientar som treng rask utgreiing og behandling, for eksempel kreftpasientar.

Dei regionale helseføretaka skal tilpasse verksemda til dei økonomiske rammevilkåra som Stortinget har lagt for sektoren. Alle regionale helseføretak skal gå i økonomisk balanse i 2012.

Mål og styringskrav for 2012 er valde ut frå ei risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområde. Relevante mål og krav som er gitt i tidlegare oppdragsdokument, skal framleis vere gjeldande.

2. Nye lover og forskrifter

Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstenester). I samband med det vedtok Stortinget også ei rekkje viktige endringar i spesialisthelsetenestelovgivinga, mellom anna ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta. I tillegg inneheld helse- og omsorgstenestelova i seg sjølv fleire forslag som indirekte har innverknad for dei regionale helseføretaka og helseføretaka. Lovendringane gjeld frå i kraft frå 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstenestelova vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid).

Departementet ventar at dei regionale helseføretaka er kjende med innhaldet i lovene og forskriftene. Dei regionale helseføretaka skal sørge for nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon og tilsette om nye helselover og -forskrifter.

3. Nasjonale strategiar og handlingsplanar

For 2012 gjeld følgjande strategiar og handlingsplanar for spesialisthelsetenesta:

- Aksept og meistring – nasjonal hivstrategi (2009 –2014)

- Demensplan 2015 – *Den gode dagen* (2012–2015)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresjukdom (2011–2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementet sin forskingsstrategi (2006–)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjonar i helsetenesta og antibiotikaresistens (2008–2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisjukdommar (2008–2012)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta ... *Og bedre skal det bli!* (2005–2015)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011–2015)
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetenester for eldre (2008–2012)
- Nasjonal strategi for tobakksforebyggjande arbeid (2012–2016)
- Nevroplan 2015 (2012–2015)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007–2012)
- Strategi for kvinners helse (2003–2013)

Det er venta at dei regionale helseføretaka er kjende med innhaldet i strategiane og handlingsplanane, og at dei blir lagde til grunn for utvikling av tenestetilbodet på dei ulike områda.

4. Tildeling av midlar

Grunnlaget for Helse Vest RHF's inntekter er i hovudsak løyvingsvedtak i Stortinget. Det regionale helseføretaket skal bidra til at dei ressursane som blir stilte til rådvelde, blir brukte på ein effektiv måte og kjem pasientane til gode. Helse Vest RHF skal i 2012 basere verksemda si på tildelte midlar som følgjer av tabell 1. Plan for utbetalingar av tilskot blir omtala i eigne brev til dei regionale helseføretaka.

Vi viser til helseføretakslova § 45 og til Bevilgningsreglementet § 10, som seier at departementet og Riksrevisjonen kan setje i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene.

Tabell 1 Tilskot til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
732	21	Helseundersøkinga i Gulen og Masfjorden	2 500 000
732	70	Særskilde tilskot (Omlegging av arbeidsgivaravgift)	25 400 000
	70	Særskilde tilskot (Tilskot til turnusteneste)	5 600 000
	70	Særskilde tilskot (Nasjonalt pilotprosjekt ved Nordfjord sjukehus)	25 800 000
	73	Basisløyving Helse Vest RHF	15 522 238 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsløyving</i>	1
	77	Poliklinisk verksemd o.l., <i>overslagsløyving</i>	2
	78	Forsking og nasjonale kompetansenester	156 108 000
	79	Raskare tilbake	92 100 000
734	72	Utviklingsområde innanfor psykisk helsevern og rus	3 600 000
781	21	Andre tilskot (Klinisk multisenterstudie ME)	2 000 000

Kap. 732, post 70 Særskilde tilskot (turnusteneste i sjukehus for legar og fysioterapeutar)
Helse Vest RHF blir tildelt 5,6 mill. kroner. Tilskotet skal kompensere turnusstader for turnuskandidatar i klinisk teneste, rettleiarprogram og kurs for turnuskandidatane. Talet på turnuskandidatar til fordeling i Helse Vest RHF går fram av vedlegg 1. Årleg tilskot per plass er 26 600 kroner. Helse Vest RHF skal fordele tilskot til private opptreningsinstitusjonar med avtale. Hovuddelen av kostnadene for turnuskandidatar i sjukehus blir dekt av basisløyvinga.

Kap.732, post 73 Basisløyvinga Helse Vest RHF

Basisløyvinga skal leggje grunnlaget for å realisere dei helsepolitiske målsetningane i spesialisthelsetenesta. Midlar til vedlikehald av og investeringar i bygg og utstyr inngår i basisløyvinga.

Helse Vest RHF skal setje av minst 3 mill. kroner av basisløyvinga til forsking om samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Helse Vest RHF skal setje av minst 26,4 mill. kroner av basisløyvinga til etablering av døgntilbod øyeblikkelig hjelp i kommunane.

Det kan krevjast eigendel for opphald i opptreningsinstitusjonar og andre private rehabiliteringsinstitusjonar som har driftsavtale med regionalt helseføretak. Eigendelen er fastsett til 123 kroner per opphaldsdøgn. Eigendelen inngår i eigendelstak 2.

Regionale helseføretak skal avklare korleis kvalifisert følgje (legar og jordmødrer) skal finansierast frå 1. juli 2012. Sjå Prop. 1 S (2011–2012).

Helse Vest RHF får eit ansvar for at føretaka gir pasientane eit bibliotektilbod.

Ressursramma som blir stilt til rådvelde, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga med om lag 1,4 pst. frå 2011 til 2012. Aktivitetsveksten på 1,1 pst.

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

(inkl. døgntilbod strakshjelp i kommunane) innanfor innsatsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innanfor refusjonar for poliklinisk behandling (post 77) blir målt i forhold til prognosar per 1. tertial 2011 og mai 2011. Dersom veksten i 2011 blir høgare enn dette, vil veksten i 2012 bli tilsvarende lågare. Den generelle veksten omfattar også behandling som i all hovudsak blir finansiert av basisløyvinga (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling).

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, overslagsløyving

Kap. 732, post 76 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over dei aktivitetsbaserte ordningane skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette inneber at departementet på førehand ikkje veit kor store utbetalingane over denne posten vil bli. I 2012 utgjær akontoutbetalingane over kap. 732, post 76 til Helse Vest RHF 3 082,5 mill. kroner. I tillegg er det i akontoutbetalingane lagt til grunn at Helse Vest RHF mottok 975,9 mill. kroner i kommunal medfinansiering. Summen av innsatsstyrt finansiering og kommunal medfinansiering tilsvarer 40 pst. av einingsprisen i 2012.

Akontobeløpet er basert på ein prognose for aktivitet per 1. tertial 2011, og det er dette nivået det er lagt til rette for å vidareføre og auke med 1,1 pst. i 2012. Akontobeløpet er basert på ein anslått samla DRG-produksjon på 265 263 DRG-poeng og 4,2 mill. kroner i tilleggsrefusjonar (posedialyse). I aktivitetsbestillinga (målt i DRG-poeng) er det gjort fråtrekk for nytt døgntilbod for øyeblikkelig hjelp i kommunane. Dette er anslått til å utgjere om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikkje blir etablert tilbod som føresett i kommunane, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskot (kap. 762, post 60) til Helse Vest RHF (kap. 732, post 70 og kap. 732, post 76). Akontoutbetalingane baserer seg på ein einingspris på 38 209 kroner.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehus o.l., overslagsløyving

Kap. 732, post 77 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Ein aktivitet i tråd med Prop. 1 S (2011–2012) og Innst. 11 S (2011–2012) tilseier ei utbetaling på 580,7 mill. kroner til Helse Vest RHF. Beløpet er basert på ein prognose frå rekneskapstal per mai 2011, og det er dette nivået som kan vidareførast og aukast i 2012. Samla sett tek løyvinga høgde for ein vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 6,5 pst. Dette omfattar også polikliniske radiologi- og laboratorietenester. Helse Vest RHF skal tilpasse kapasiteten til behova slik at ventetida blir redusert også på dette området og sikrar at det er etablert eit tilbod om øyeblikkelig hjelp ved mistanke om alvorleg sjukdom. Det blir innført ei ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi frå 1. januar 2012.

Kap 732, post 79 Raskare tilbake

Helse Vest RHF får tildelt inntil 92,1 mill. kroner til tiltak under ordninga "Raskare tilbake", mellom anna 6,2 mill. kroner til vidareføring av utdanningskapasiteten ved dei arbeidsmedisinske avdelingane. Den reelle aktiviteten innanfor ordninga avgjer dei endelege inntektene innanfor ramma. Utbetalinga skjer a konto. Departementet vil vurdere akontobeløpet med rapportert aktivitet, og vil eventuelt halde tilbake midlar

dersom aktiviteten tilseier det. I tillegg til årleg melding skal det rapporterast i ØBAK etter avtalt mal på dei ordinære midlane innanfor "Raskare tilbake". For midlane til arbeidsmedisinske avdelingar skal Helse Vest RHF rapportere på bruk og effekt i årleg melding.

Kap. 734, post 72 Utviklingsområde innanfor psykisk helsevern og rus

Helse Vest RHF blir tildelt 1,4 mill. kroner til vidareføring av rusmeistringseiningane ved fengsla i Stavanger og Bergen. Vidare blir føretaket tildelt 1,2 mill. kroner til vidareføring av forsøk med narkotikaprogram med domstolkontroll i Bergen og 1,0 mill. kroner til soningseining for dei under 18 år.

Kap. 781, post 21 Andre tilskot (klinisk multisenterstudie ME)

Helse Vest RHF blir tildelt 2 mill. kroner for gjennomføring av klinisk multisenterstudie på ME. Sjå omtale under kap. 9.

5. Aktivitet

Mål 2012:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillinga.
- Det øyremerkte tilskotet til "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for dei kostnadene som blir finansierte gjennom basisløyvinga.

Styringsparametrar:

- Talet på produserte DRG-poeng.
- Refunderte polikliniske inntekter.

6. Særskilde satsingsområde 2012

6.1 Ventetider

Overordna mål:

- Reduserte ventetider.

Mål 2012:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta skal vere ned mot 65 dagar.

Styringsparameter:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta.

6.2 Kvalitetsforbetring

Overordna mål:

- Tenestene som blir tilbydde, er av god kvalitet, trygge og sikre.
- Betre behandlingresultat, auka overleving og mindre variasjon mellom sjukehus.

- Tenestene er prega av god lærings- og forbetningskultur.
- Leiinga på alle nivå legg til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeid.
- Leiinga på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerheit i tenesta.
- Nasjonale faglege retningslinjer er tekne i bruk.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregister er etablerte og tekne i bruk innanfor viktige fagområde.
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorar er tilfredsstillande.

Mål 2012:

- Godkjende nasjonale medisinske kvalitetsregister har felles infrastruktur og nasjonal dekning.
- Årleg rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregister skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringa synleggjer i kva grad registra oppfyller formålet sitt.
- Tiltaka i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksette innanfor eige ansvarsområde. Tiltaka blir lagde ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandla i styringsgruppa for prosjektet i byrjinga av februar 2012.
- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevjande metodar er teke i bruk lokalt og regionalt.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomitear er lagt til grunn for verksemda i komiteane (jf. brev av 18. november 2011 frå Helse- og omsorgsdepartementet).
- Det er god kvalitet i rapporteringa frå psykisk helsevern til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikrisar er sende ut innan sju dagar.
- Ingen korridorpatientar.

Styringsparametrar:

- 30 dagars overleving etter innlegging for lårhalsbrot.
- 30 dagars overleving etter innlegging for hjarteinfarkt.
- 30 dagars overleving etter innlegging for hjerneslag.
- 30 dagars risikojustert totaloverleving.
- Prosentdel epikrisar sende ut innan sju dagar.
- Prosentdel korridorpatientar ved somatiske sjukehus.
- Registrering hovudtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne.
- Registrering hovudtilstand psykisk helsevern vaksne.

6.3 Pasientsikkerheit

Overordna mål:

- Færre uønskete hendingar.
- Færre infeksjonar påførte i samband med sjukehusopphald.
- Tryggare lækjemiddelbruk.
- Auke i talet på uønskete hendingar som vert melde
- Uønskete hendingar blir brukte aktivt til læring og forbetring.
- Leiinga på alle nivå sikrar velfungerande system for melding av og handtering av uønskete hendingar.
- Tilsette opplever det trygt å melde, og meldingane blir følgde opp frå eit system- og læringsperspektiv.

Mål 2012:

- Alle sjukehus og helseføretak deltek i den nasjonale pasientsikkerheitskampanjen i tråd med vedtaka i styringsgruppa, og rapporterer data til kampanjesekretariatet i samsvar med fastsette tidsfristar.
- Leiinga i helseføretaka følgjer aktivt opp egne resultat i kampanjen.
- Helse Vest RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta, utarbeidd informasjonspakke om handtering av endringar i meldeordninga og sikra at denne informasjonen når ut til alle tilsette.
- Det er sikra nødvendig kompetanse og rutinar ved bruk av pasientadministrative system.

Styringsparametrar:

- Prosentdel helseføretak som har gjennomført journalundersøking etter GTT-metoden, i tråd med føringane i pasientsikkerheitskampanjen.
- Prosentdel helseføretak som har undersøkt pasientsikkerheitskultur i tråd med føringane i pasientsikkerheitskampanjen.
- Prosentdel pasientar med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.

6.4 Tilgjenge, brukarvennlegheit og brukarmedverknad

Overordna mål er:

- Pasientar, brukarar og pårørande blitt møtt med respekt og omsorg.
- Pasientar, brukarar og pårørande har innverknad på utforminga av eige behandlingstilbod og tenestetilbodet i verksemdene.
- Tenestene er innretta etter behova til brukarane, både når det gjeld fysisk, kulturelt og språkleg tilgjenge.
- Erfaringar og klager frå pasientar og pårørande skal brukast systematisk i kvalitetsforbetningsarbeid, forskning og innovasjon.

- Ingen fristbrot.
- Betre informasjon om fritt sjukehusval.

Mål 2012:

- Det er sett i verk tiltak for å betre informasjonen til pasientar og pårørande om fritt sjukehusval.
- Det er levert oppdaterte ventetider til nettsida fritt sjukehusval.
- Alle helseføretak har styrebehandla mål og strategiar for brukarmedverknad.
- Resultat frå pasienterfaringsundersøkingar, registrering og rapportering av uønskte hendingar og andre kvalitetsmålingar er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka.

Styringsparametrar:

- Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel.
- Brukarerfaringar for inneliggjande pasientar som får behandling i somatiske sjukehus.
- Fastlegars erfaringar med DPS.
- Prosentdel ventetider som er oppdaterte siste fire veker på nettsida fritt sjukehusval.
- Prosentdel fristbrot for rettigheitspasientar.

6.5 Samhandlingsreforma

Overordna mål:

- Det er etablert og vidareutvikla effektive og lokale behandlingstilbod i samarbeid med kommunane, inkludert lokalmedisinske senter.
- Med bakgrunn i dei lovpålagde avtalane mellom kommunar og helseføretak er det etablert heilskaplege pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseføretak og kommunar.

Mål 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtalar om dei lovpålagde elementa med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.
- Det er lagt inn eit eige punkt i avtalane som beskriv øyeblikkeleg hjelp-tilboda i kommunane i tråd med rammene for tilskotsordninga, slik at partane ser øyeblikkeleg hjelp-tilboda sine i samanheng og kan bli einige om løysingar som er formålstenlege for pasientar, kommunar og helseføretak. Det hindrar etablering av dobbeltpasientkapasitet eller nedtrapping av tilbodet i helseføretaka utan at tilbod er etablerte i kommunane.
- Avtalar om jordmortenester, mellom anna følgjetenesta for gravide, er inngått innan 1.7.2012.

6.6 Kreftbehandling

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdommar.
- Formålstenleg organisering av tilbodet til kreftpasientar med vekt på samling av funksjonar som på grunn av kvalitet bør skje på færre einingar (f.eks. spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbod som kan givast nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasientar.

Mål 2012:

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsar i forløpa for kreftpasientar.
- 80 % av kreftpasientar har forløp innan anbefalte forløpstider:
 - 5 arbeidsdagar frå motteken tilvising til tilvisinga er vurdert.
 - 10 arbeidsdagar frå motteken tilvising til utgreiing er påbegynt.
 - 20 arbeidsdagar frå motteken tilvising til start av behandling
- Pasientar som blir tilvist med mistanke om kreft, har fått utnemnt ein eigen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om kva som skjer når, om rettar og ventetider. Det er ofte formålstenleg at denne kontaktpersonen også har ei aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.
- Utdanningskapasiteten for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert. (Sjå også Kap. 8 - Utdanning av helsepersonell).
- Tiltak for å redusere ventetida for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksette.
- Det er lagt til rette for gjennomføring av vidareutdanning i samsvar med kriteria for den nasjonale piloten i kompetanseområdet palliativ medisin.

Styringsparametrar:

- Prosentdel pasientar med tjukktarmskreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.
- Prosentdel pasientar med brystkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.
- Prosentdel pasientar med lungekreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.
- Prosentdel pasientar med kreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar (indikatoren blir utvikla i 2012).

Departementet ber om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar innan utgangen av 2. tertial 2012.

6.7 Behandling av hjerneslag

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag i tråd med nasjonale faglege retningslinjer.
- Godt og effektivt forløp for slagpasientar.
- Alle pasientar med akutt hjerneslag skal behandlast i slageining.
- Fleire pasientar med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Auka kunnskap blant helsepersonell, pasientar og pårørende om symptoma ved akutt hjerneslag.

Mål 2012:

- 20 % av pasientar med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.
- Alle helseføretak som behandlar pasientar med hjerneslag, rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.
- Det er sett i verk tiltak for å gjere helse- og omsorgstenesta og befolkninga merksam på symptoma ved akutt hjerneslag.

Styringsparametrar:

- Prosentdel pasientar under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling.
- Prosentdel sjukehus og helseføretak som har slageining (av sjukehus og helseføretak som behandlar slagpasientar).

6.8 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling

Overordna mål:

- Det er høg kompetanse og kvalitet i tilbodet til pasientar/brukarar med rusmiddelavhengigheit og anna avhengigheit.
- Tenestene innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er samordna med tenester innanfor psykisk helsevern og andre spesialisthelsetenester slik at tilbodet er tilpassa pasientar med samansette lidingar.
- Tenestene innanfor TSB blir i størst mogleg grad tilbydde nær bustaden til pasientane og i samarbeid med kommunale tenester.
- Pasientane opplever gode og samanhengande behandlingsforløp, også ved øyeblikkeleg hjelp og der behandling blir starta av ambulansetenesta ved overdosar.
- Det er gode rutinar for samarbeid med kommunen under behandling, ved avslutta behandling og ved behandlingsavbrot, og rutinar for raskt reinntak i TSB ved behandlingsavbrot, dersom pasienten ønskjer det.

Mål 2012:

- Det samla tilbodet innanfor TSB er styrkt.
- Det er etablert behandlingførebunde tiltak for rettighetspasientar i samarbeid med kommunane mens dei ventar på behandling.
- Prosentdel pasientar som fullfører TSB, er auka.
- Det er auka merksemd på og kompetanse i behandling av pasientar som er avhengige av anabole androgene steroid og har skadar som følgje av det.

7. Andre område

7.1 Psykisk helsevern

Overordna mål:

- Omstillinga innanfor psykisk helsevern skal vidareførast, slik at DPS blir prioriterte og sette i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjonar, mellom anna akuttfunksjonar gjennom døgnet.
- Pasientar/brukarar får eit heilskapleg tilbod på eit nivå som best mogleg kan leggje til rette for meistring og eit normalt liv, dvs. at tilbodet som hovudregel skal givast på kommune- og DPS-nivå.
- Sjukehusa utfører oppgåver som berre kan utførast på sjukehusnivå, dvs. sikkerheitsavdelingar, lukka akuttavdelingar og enkelte avgrensa spesialfunksjonar.
- Psykisk helsevern er i størst mogleg grad basert på frivillighet.

Mål 2012:

- Regionale og lokale planar for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomførte som ledd i den nasjonale strategien på området.
- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjonar med fastlege, i skulehelsetenesta, på helsestasjon, med barnevernet osv., også for pasientar som ikkje er viste vidare til spesialisthelsetenesta.
- Det blir gitt opplæring i og tilbod om eksponeringsterapi ved tvangslidingar.
- Kompetansen i ambulansetenesta dekkjer både psykiske og somatiske lidningar.

Styringsparameter:

- Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på høvesvis DPS og sjukehus.
- Prosentdel tvangsinnleggingar (tal per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet).

7.2 Habilitering og rehabilitering

Overordna mål:

- Tilboda innanfor habilitering og rehabilitering er relevante og tilstrekkelege, dette gjeld også institusjonsbaserte tilbod.
- Tilboda innanfor habilitering og rehabilitering er heilskaplege og koordinerte.

Mål 2012:

- Den medisinskfaglege kompetansen i habiliteringstenestene er styrkt.
- Det er sikra tilstrekkeleg kapasitet innanfor spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstenester til ulike grupper, og etablert tilbod til pasientar med sansetap.
- Det er auka merksemd på pasientar med narkolepsi, spesielt ved dei regionale fagmiljøa for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

7.3 Behandling av kronisk utmattingssyndrom/myalgisk encefalopati

Overordna mål:

- Tilbodet til pasientar med kronisk utmattingssyndrom / myalgisk encefalopati (CFS/ME) er adekvat med tanke på diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Mål 2012:

- Tilbodet til pasientar med CFS/ME er gjennomgått med tanke på om det bør givast ved eitt eller fleire sjukehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og formålstenleg ressursbruk.
- Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.
- Det blir tilbydd lærings- og meistringskurs til pasientar med CFS/ME.
- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetenesta.

7.4 Barn og nyfødde som treng intensivbehandling

Overordna mål:

- Barn og nyfødde som treng intensivbehandling, skal få eit tilbod av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.

Mål 2012:

- Tilbodet til barn og nyfødde som treng intensivbehandling, er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og formålstenleg ressursbruk.

7.5 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordna mål:

- Det skal givast eit tilstrekkeleg tilbod av god kvalitet til pasientar med invalidiserande kjeveleddsdysfunksjon (TMD).

Mål 2012:

- Det er sett i verk tiltak for å styrkje tilbodet om utgreiing og behandling av personar med invalidiserande kjeveleddsdisfunksjon.

7.6 Beredskap og smittevern

Overordna mål:

- Tilstrekkeleg beredskap for å kunne handtere ulykker og katastrofar.
- Redusert risiko for helsetenesteassosierte infeksjonar.
- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.
- Innsamla infeksjonsdata skal brukast aktivt i forbetningsarbeid, og dette arbeidet er forankra i leiinga ved kvart enkelt sjukehus/helseføretak.

Mål 2012:

- Beredskapsplanane i regionen og i helseføretaka er oppdaterte og tilpassa med utgangspunkt i erfaringane frå handteringane av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidlegare hendingar.
- Det er frå og med 1. september 2012 sett i verk kontinuerleg registrering av alle dei kirurgiske prosedyrane som inngår i NOIS, og som blir utførte på kvart enkelt sjukehus.

7.7 Førebygging

Overordna mål:

- Betre ernæringsstatus hos pasientar i ernæringsmessig risiko.
- Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskadar.
- Redusert bruk av tobakk hos pasientar.

Mål 2012:

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følgjer med pasienten når han/ho flytter til eit anna tenestnivå eller mellom behandlingseiningar.
- Helseføretaka rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR.
- Sjukehusa har etablert tilbod om tobakksavvenjing i tråd med faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet.

Styringsparametrar:

- Prosentdel helseføretak som rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR.
- Talet på sjukehus som har etablert tilbod om tobakksavvenjing.

8. Utdanning av helsepersonell

Overordna mål:

- Det er riktig kompetanse, tilstrekkeleg helsepersonell, god utvikling og utnytting av personellressursane.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring støttar opp under samhandlingsreforma.
- Nødvendig etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka sikrar kvalitet og pasientsikkerheit i tenestene.
- Praksis- og turnusordningar bidreg til at helseføretaka framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplassar.
- Etablerte samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjonar er utnytta på ein god og kraftfull måte og i samsvar med utviklinga av tenestetilbodet.
- Best mogleg kvalitet i tilbodet og berekraftig utvikling med tanke på personell og arbeidskraftbehov i sektoren.

Mål 2012:

- Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommunar er ivareteken og utvikla.
- Det er utvikla planar for etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka som bidreg til å løyse utfordringane i sektoren.
- Helse Vest RHF har medverka i arbeid med mogleg omlegging av turnusteneste for legar, inkludert iverksetjing av tiltak hausten 2012 som kan hjelpe på kapasitetsutfordringar i dagens ordning.
- Det er analysert og lagt fram planar for framtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggskdokument til oppdragsdokument 2011.
- Utdanningskapasiteten for onkologar og patologar er gjennomgått og vurdert. (Sjå også kap. 6.6 Kreftbehandling).
- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er vidareført ved at kliniske stillingar er tilgjengelege i helseføretaka i samarbeid med universiteta.

9. Forsking og innovasjon

9.1 Forsking

Overordna mål:

- Auka omfang av klinisk pasientretta forskning og helsetenesteforskning av høg relevans og kvalitet.
- Alle helseføretak og private institusjonar som har avtale med og tek i mot hovudtyngda av finansieringa frå det regionale helseføretaket, har eigen forskingsaktivitet.

- Auka synleggjering og bruk av resultat oppnådde gjennom forskning og innovasjon.
- God forskingsinfrastruktur for kliniske multisenterstudium, translasjonsforskning og biobankar.
- Auka nasjonalt og internasjonalt forskings- og innovasjonssamarbeid.
- Auka norsk deltaking i det europeiske forskingsområdet, mellom anna EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskingsprogram og europeiske forskingsinfrastrukturtiltak.

Mål 2012:

- Det øyremerkte tilskotet til forskning i helseføretaka over kap. 732, post 78 som blir tildelt etter vurdering i det regionale samarbeidsorganet mellom det regionale helseføretaket og universitetet/-a, er tildelt og handtert av helseføretak, ikkje gjennom forskningsselskap.
- Det er sikra transparens og god dokumentasjon i handteringa av det øyremerkte tilskotet til forskning i helseføretaka.
- Det er etablert ein felles database for kliniske intervensjonsstudium i dei regionale helseføretaka innan 1. oktober 2012, jf. tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011.
- Det er utvikla eit forslag til felles forskingsadministrativt system for alle typar forskingsprosjekt, jf. tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011.
- Helseføretaka har styrkt og vidareutvikla eigen infrastruktur for kliniske multisenterstudium gjennom NorCRIN.
- Helseføretaka har styrkt eigen infrastruktur og forskning på biobankar gjennom deltaking i Biobank Norge.
- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Sør-Øst RHF, og med deltaking frå NIFU, innan 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorar for forskingsaktivitet i helseføretaka og foreslått eventuelle endringar.
- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Vest RHF utvikla eit forslag til revidert instruks for samarbeid med universitet og høgskular. Departementet vil spesifisere oppdraget i eige brev. Arbeidet skal ha vore forankra i samarbeidsorgana mellom dei regionale helseføretaka og universitet og høgskular.
- Helseføretaka har etablert meir effektive system for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseføretaka og rapportert i tråd med nye tidsfristar, jf. vedlegg 3.
- Helseføretaka har utarbeidd rutinar som sikrar at pasientar får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfelle kan brukast til forskning, og informasjon om retten til å reservere seg.

- Minst 40 % av publikasjonane frå 2012 i Helse Vest RHF har internasjonalt forskingssamarbeid (ein eller fleire utanlandske medforfattarar).
- Minst 20 % av artiklane frå 2012 i Helse Vest RHF er på nivå 2/2a (publiserte i tidsskrift som er vurderte til å ha høg kvalitet og relevans).
- Helse Vest RHF skal ha sett i gang ein nasjonal klinisk multisenterstudie på CFS/ME. Føresetnaden er at det ligg føre tilstrekkeleg vitskapleg grunnlag for å gjennomføre studien. Krav til vitskapleg kvalitet og pasientsikkerheit skal ha vore ivaretekne gjennom etablerte system for utlysing og godkjenning av forskingsprosjekt.

9.2 Innovasjon

Overordna mål:

- Auka forskingsbasert og behovsdriven innovasjon i helseføretaka.
- Auka implementering av nye produkt, tenester, diagnostikk- og behandlingsmetodar, organisatoriske prosessar og løysingar som bidreg til auka kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og meir heilskapelege pasientforløp.
- Auka innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlege innkjøp, før-kommersielle avtalar og prosjekt med leverandørindustrien.

Mål for 2012:

- Dei regionale helseføretaka skal ha vidareført satsinga på innovasjon i helseføretaka i tråd med nye føringar som blir formidla i eige brev.
- Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Cristin, ha etablert ein ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorar i helseføretaka.

10. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å handtere sentrale innsatsområde i spesialisthelsetenesta. Dette kan vere innspel som blir brukte som underlag for politikkkutforminga i departementet, eller tiltak som rettar seg mot dei regionale helseføretaka.

For at Helsedirektoratet skal få gjennomført dei pålagde oppgåvene, er det svært viktig at direktoratet og dei regionale helseføretaka finn eigna samarbeidsformer. I fellesrundskriv IS-1/2012 omtalar Helsedirektoratet ein del sentrale oppgåver direktoratet vil søkje samarbeid med dei regionale helseføretaka om.

Helse- og omsorgsdepartementet ventar at dei regionale helseføretaka bidreg til finansiering av Helsebiblioteket, slik at tilskotet i 2012 blir på same nivå som i 2011.

11. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåing på helsepolitiske mål.

Rapportering på aktivitet

Dei regionale helseføretaka skal rapportere om talet på DRG-poeng i årleg melding, og ikkje vekst i talet på DRG-poeng frå 2011. Veksten i ISF-finansiert aktivitet i 2012 kan avvike frå det som er lagt til grunn i styringsparameteren, avhengig av aktivitetsutviklinga i 2. og 3. tertial 2011.

Rapportering på styringsparametrar

Det går fram av vedlegg 2 kva for styringsparametrar det skal rapporterast på i 2012, og rapporteringsfrekvens og -tidspunkt. Alle styringsparametrar skal rapporterast i samsvar med rapporteringsmalen (ØBAK) som blir overlevert til det regionale helseføretaket i føretaksmøtet i januar 2012 i tillegg til årleg melding. Departementet legg til grunn at dei regionale helseføretaka bruker dei datakjeldene som er oppgitt i vedlegg 2, som grunnlag for rapporteringa. For brukarerfaringar skal det brukast data frå dei nasjonale brukarerfaringsundersøkinga som blir publiserte i 2012. Regionale helseføretak skal rapportere dei publiserte indikatorane til departementet ved første moglege rapporteringstidspunkt etter at tala er publiserte. Publiseringstidspunkt vil bli gjort kjent for dei regionale helseføretaka. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterlegare informasjon dersom noko er uklart ved enkelte styringsparametrar.

Særskild rapportering

Departementet ber om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologar og patologar ved utgangen av **2. tertial 2012**.

Rapportering i årleg melding

I årleg melding skal det rapporterast på korleis dei regionale helseføretaka har følgd opp mål for 2012 og styringsparametrar i oppdragsdokumentet for 2012. Vidare er det i vedlegg 3 ein tabell som skal brukast som grunnlag for rapportering på spesifiserte område, mellom anna forskning og innovasjon. Frist for innsending av den årlege meldinga frå styret er 15.3.2013.

Det regionale helseføretaket har ansvar for at avvik frå gitte oppgåver og styringsparametrar blir melde til departementet når slike avvik blir kjende.

Helse Vest RHF skal kome med innspel til statsbudsjettet for 2014 innan 10.12.2012.

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

Oslo, 23. desember 2011

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style. The signature appears to read "Anne-Grete Strøm-Erichsen".

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg 1

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfattar studium ved videregående skular, høgskular og universitet der elevane/lærlingane/studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei videregående skulane og for å sikre retten kvar enkelt har til slik utdanning. I dei fleste fylke er det eit opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane. **VIDAREUTDANNING** omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastset årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane (jf. Helsemod/ www.ssb.no). Følgjande aktivitetskrav er fastsette for 2012/2013:

Helse-region	Høgskule Universitet	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK- sjukepleie	Jord- mor **
		Sjuke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
	Gjøvik	181	25					20	
	Hedmark	153						17	
	Lillehammer						23		
	Oslo/Akershus	551	38	62	144	51	142	150	40
	Østfold	136		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	170						37	
	Diakonhjemmet	114					106*		
	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	136					25*		
	Vestfold	129						50	14
Helse Vest	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	204						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole	70							
Helse Midt- Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	21
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	155						33	
	Finmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25
		4 013	173	202	274	145	611	675	140

Dei fleste ABIOK-utdanningane har ikkje årlege opptak, og aktivitetskrava for desse gjeld gjennomsnittleg studiepoengproduksjon. Audiografutdanninga ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annakvart år på jordmorutdanninga. For desse institusjonane var aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanninga 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold.

Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole samarbeider om vernepleiarutdanning. Dei to institusjonane alternerer (annakvart år) om å tilby 30 nye studieplassar til desentralisert vernepleieutdanning. For 2011/2012 hadde Høgskolen i Telemark desse plassane. For 2012/2013 skal Diakonhjemmet Høgskole ha plassane.

Behovet for praksisplassar er høgare enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonane som følgje av forventna fråfall må ta opp fleire personar enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorgana må kome fram til kor mange praksisplassar det skal leggjast til rette for (jf. Instruks om forholdet mellom dei regionale helseføretaka og universitet og høgskular, revidert 20. januar 2004).

Følgjande aktivitetskrav er fastsette for høvesvis medisin, psykologi og farmasi ved universiteta:

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	97	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	55	
Universitetet i Tromsø	89	32	24

TURNUSTENESTE kompletterer grunnutdanninga og er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAFH) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av RHF-a. Talet på turnusplassar hausten 2011 blir vidareført i 2012.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

I samsvar med spesialisthelsetenestelova § 4-2 kan departementet årleg fastsetje talet på nye legestillingar og fordele desse på dei ulike spesialitetane. Innanfor denne rammetildelinga har dei regionale helseføretaka eit ansvar for å bidra til at det blir utdanna tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane. Gode lokale, regionale og nasjonale analysar av kompetansebehov framover skal leggjast til grunn for RHF-a si fordeling av legar til HF-a og mellom spesialitetar. RHF-a skal særleg vurdere behovet for legestillingar til spesialitetar der utdanningskapasiteten i dag blir rekna for å vere for låg, og til spesialitetar der behovet for legespesialistar vil endre seg i åra framover som ei følgje av befolkningsutvikling, sjukdomsutvikling og organisatoriske endringar i helseføretaka.

For 2012 er fordelinga slik:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillingar (overlege/avtalespesialist)	25	40		26	91
Utdanningsstillingar	25	40		16	81
Øyremerkte LiS-stillingar (til sideutdanning)	5	5	5	5	20
Til disposisjon for RHF-et	10		25	5	40
Mellombels overlegestillingar	20		20		40
SUM	85	85	50	52	272

Det blir avsett 20 øyremerkte LiS-stillingar til sideutdanning. Dei regionale helseføretaka skal setje av desse stillingane til legar i spesialisering innanfor allmenntillegmedisin, slik at legane får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sjukehusavdeling eller poliklinikk. Stillingane kan også brukast i andre spesialitetar der det kan vere vanskeleg å få gjennomført teneste i annan spesialitet.

Helse Vest RHF har i eige brev fått høve til å bruke 15 legestillingar av kvoten for 2012 alt hausten 2011.

Helse Midt-Norge RHF blir tildelt 20 mellombels overlegestillingar i perioden 2012–2016 for å gjennomføre omstillingsprogrammet sitt. Helse Midt-Norge RHF skal i forkant av tildelinga av legestillingar for 2016 gjere greie for korleis stillingane skal tilbakeførast.

Helse Sør-Øst RHF blir tildelt 20 mellombels overlegestillingar i 2012 i tillegg til dei 30 mellombels overlegestillingane som vart tildelte i 2011 til omstillingsprogrammet for hovudstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF skal gjere greie for korleis stillingane skal tilbakeførast, etter at omstillingsprogrammet er ferdig.

Helse Nord RHF vart medio 2011 tildelt ein ekstra kvote på 7 overlegestillingar i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesjukdommar, av dei kunne 5 stillingar takast av stillingskvoten til Helse Nord RHF for 2012.

Dei 12 utdanningsstillingane i geriatri som vart tildelte som ekstra kvote i 2009, skal framleis øyremerkjast til same formål. RHF-a blir oppmoda om å prioritere bruk av ledige overlegestillingar til heimlar i geriatri der det er nødvendig for å oppnå tilstrekkeleg utdanningskapasitet.

RHF-et skal vurdere omdisponering av ubesette stillingar, før det blir tildelt nye stillingar til HF-a. For ikkje å svekkje utdanningskapasiteten i regionen gjeld dette også for utdanningsstillingar.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefördeling (NR) skal på basis av innrapporterte tal frå RHF-a ha oversikt over stillingsstrukturen for legar i helseføretaka. RHF-a skal på spørsmål innrapportere korleis fordelte stillingar er brukte, og gi ei oversikt over ubesette og ”ikkje fordelte” stillingar.

Vedlegg 2 – Styringsparametrar 2012

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
Talet på produserte DRG-poeng ⁴		Regionale helseføretak		Månadleg
Refundererte polikliniske inntekter ⁵		Regionale helseføretak		Månadleg
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Ned mot 65 dagar	Norsk pasientregister		Månadleg
Prosentdel ventetider som er oppdaterte siste 4 veker på nettsida fritt sjukehusval	100 %	Helsedirektoratet		Tertialvis
NY – 30 dagars overleving etter innlegging for lårhalsbrot		Helsedirektoratet		Årleg
NY – 30 dagars overleving etter innlegging for hjarteinfarkt		Helsedirektoratet		Årleg
NY - 30 dagars overleving etter innlegging for hjerneslag		Helsedirektoratet		Årleg
NY – 30 dagars risikojustert totaloverleving		Helsedirektoratet		Årleg
Prosentdel fristbrot for rettigheitspasientar	0 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Prosentdel epikrisar sende ut innan ei veke	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Prosentdel korridorpasientar i somatiske sjukehus	0 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Prosentdel pasientar under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Prosentdel sjukehus og helseføretak som har slageining ⁶	100 %	Eigne tal		Årleg

³ Vedlegg 2 – Styringsparametrar med publiseringstidspunkt sendes de regionale helseføretaka når datoene er klare.

⁴ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering frå regionale helseføretak til NPR.

⁵ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering frå regionale helseføretak til NPR.

Vedlegg 2 – Styringsparametrar 2012

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk fødselsregister		Årleg
NY – Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetenesta (Nasjonale brukarerfaringsundersøkingar)		Årleg
NY – Brukarerfaringar for inneliggjande pasientar som får behandling i somatiske sjukehus		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetenesta (Nasjonale brukarerfaringsundersøkingar)		Årleg
Fastlegars erfaringar med DPS		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetenesta (Nasjonale brukarerfaringsundersøkingar)		Årleg
NY – Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på høvesvis DPS og sjukehus.		Helsedirektoratet (SSB)		Årleg
Prosentdel tvangsinnleggingar (tal per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet)		Norsk pasientregister (Nasjonal kvalitetsindikator)		Årleg
NY – Prosentdel pasientar med tjukktarmkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY – Prosentdel pasientar med lungekreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY – Prosentdel pasientar med brystkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis

⁶ Av sjukehus og helseforetak som behandlar slagpasientar

Vedlegg 2 – Styringsparametrar 2012

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
NY - Prosentdel pasientar med kreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar ⁷	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovudtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovudtilstand psykisk helsevern vaksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY – Prosentdel helseføretak som har gjennomført journalundersøking etter GTT-metoden, i tråd med føringane i pasientsikkerheitskampanjen.	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta		Tertialvis
NY – Prosentdel helseføretak som har undersøkt pasientsikkerheitskultur i tråd med føringane i pasientsikkerheitskampanjen	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta		Årleg
NY – Prosentdel helseføretak som rapporterer komplette og kvalitetssikra data om skadar og ulykker til NPR	100 %	Norsk pasientregister		Årleg
NY – Talet på sjukehus som har etablert tilbod om tobakksavvenjing ⁸	100 %	Eigne tal		Årleg Rapporteres etter 3.tertial

⁷ Indikatoren blir utvikla i 2012.

⁸ Data skal også rapporteres til Helsedirektoratet,; Avdeling nasjonalt folkehelsearbeid.

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilde område

Forskning og innovasjon	Datakilde	Kommentar
<p>Årleg forskingspoeng berekna frå artikkelproduksjon og avlagte doktorgradar totalt for det regionale helseføretaket. Helseføretaka skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til Cristin (alle vitenskaplege publikasjonar) og NIFU (avlagde doktorgradar) innan 30. mars 2012. Det er ønskjeleg at også vitenskaplege monografiar og vitenskaplege artiklar i antologiar blir registrerte, og at HRCS blir brukt.</p>	Cristin Ekstern tilbydar	Blir berekna av ekstern tilbydar med frist 1. juni 2012.
<p>Årleg ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseføretaket, mellom anna andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Frå 2013 er endeleg frist 15. mars.</p>	NIFU	Blir berekna og kvalitetssikra av NIFU, med frist 30. mars 2012.
<p>Prosentdel prosjekt og prosentdel tildelte midlar til forskingsprosjekt o.l. i det regionale helseføretaket på medisinske fagområde og etter forskingsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som ei følgje av terrorhandlingane i Noreg den 22.07.2011 skal synleggjerast.</p>	http://forskin gsprosjekter.i helse.net	Skriftleg tilbakemelding
<p>Talet på søknader, innvilga prosjekt og tildelte midlar (per år) frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2012.</p>	Noregs forskingsråd	Skriftleg tilbakemelding
<p>Resultat (koordineringsfunksjon, nettverk, fleirregionale forskingsprosjekt) for fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom dei fire regionale helseføretaka (forankra i NSG).</p>	RHF	Skriftleg tilbakemelding
<p>Talet på nye oppfinningar (DOFI), utlisensieringar og bedriftsetableringar rapporterte frå teknologioverførings- og kommersialiseringseiningane i 2012</p>	RHF	Skriftleg tilbakemelding
<p>Talet på og prosentdel innkomne elektroniske forskingssøknader med innovasjonspotensial i 2012</p>	http://forskin gsprosjekter.i helse.net	Skriftleg tilbakemelding
<p>Talet på og verdi av innrapporterte forskings- og innovasjonsprosjekt finansierte av Noregs forskingsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012</p>	Noregs forskingsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftleg tilbakemelding
<p>Innovasjonsindikatorane frå helseføretaka i 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Talet på aktive innovasjonsprosjekt med prosjektfase, samarbeidsrelasjonar og ressursbruk ○ Talet på nye patentsøknader ○ Innovasjonskultur-tiltak (tekstleg omtale) 	HF	Skriftleg tilbakemelding

Infeksjonar	Datakilde	Kommentar
Prosentdel inngrep melde til NOIS av alle gjennomførte inngrep for kvar av dei fem kirurgiske prosedyrane som inngår i NOIS	NOIS/NPR	Skriftleg tilbakemelding



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Regionale helseforetak

Deres ref

Vår ref
201103327-/TOH

Dato
28.06.2012

Oppdragsdokument 2012 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012)

Det vises til oppdragsdokument 2012 til regionale helseforetak av 23. desember 2011. Som følge av Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012), jf. Innst. 375 S (2011-2012), sender Helse- og omsorgsdepartementet ut et tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2012. Departementet viser også til utbetalingsbrev av 25. juni 2012 for juli måned.

I oppdragsdokument 2012 er det stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid har gått ned fra 76 dager i 1. tertial 2011 til 74 dager i 1. tertial 2012. De regionale helseforetakene må, innenfor de rammer som er stilt til rådighet, innrette seg slik at målet nås.

Jf. 4 Tildeling av midler

Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd

Fra 2011 er det igangsatt pilot screeningprogram for å avdekke tykk- og endetarmskreft. Innenfor programmet er det behov for flere patologitjenester, økt opplæring av skopører og en følgeevaluering av pilotprosjektet. Helse Sør-Øst RHF tildeles 3,1 mill. kroner, herunder 1 mill. kroner til evaluering.

Kap. 732, postene 72-75 Økte pensjonskostnader

Pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsetting av basisbevilgningene til regionale helseforetak, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009). Ettersom pensjonspremien kan avvike fra pensjonskostnaden det enkelte år, vil regionale helseforetak kunne ha tilstrekkelig, mer

eller mindre likviditet til å betale de årlige pensjonspremiene. Etablert opplegg for håndtering av pensjoner for helseforetakene innebærer at eventuell overskuddslikviditet som følge av at pensjonspremiene er lavere enn pensjonskostnaden skal brukes til å redusere driftskredittrammen, mens driftskredittrammen økes hvis pensjonspremiene er høyere enn pensjonskostnaden.

Pensjonskostnaden for det enkelte år blir først kjent i januar i budsjettåret. Nye beregninger for 2012 tilsier en pensjonskostnad på 12,95 mrd. kroner for de regionale helseforetakene samlet. Dette er 2,1 mrd. kroner mer enn lagt til grunn i saldert budsjett 2012. I tråd med etablert opplegg for håndtering av pensjonskostnader økes basisbevilgningene med 2,1 mrd. kroner. Økningen motsvares av tilsvarende nedsettelse av driftskredittrammen. Dette håndteres ved at økningen i driftskredittrammen i saldert budsjett reverseres, jf. omtale under kap. 732, post 86, og at det settes ytterligere krav til nedbetaling av driftskredit, jf. omtale under kap. 3732, post 86. Endelig pensjonspremie blir først kjent i september eller oktober i budsjettåret. Dersom ny informasjon tilsier større endringer av de anslagene som nå er lagt til grunn, vil departementet komme tilbake til saken.

Tildeling over basisbevilgningene økes med 2,1 mrd. kroner med følgende fordeling:

- Kap. 732, post 72, økes med 1 134,4 mill. kroner
- Kap. 732, post 73, økes med 397,5 mill. kroner
- Kap. 732, post 74, økes med 301,3 mill. kroner
- Kap. 732, post 75, økes med 266,8 mill. kroner

Det vises for øvrig til foretaksmøter hvor endring i driftskredittramme er meddelt:

- 5. juni 2012 Helse Nord RHF
- 6. juni 2012 Helse Midt-Norge RHF
- 7. juni 2012 Helse Sør-Øst RHF
- 7. juni 2012 Helse Vest RHF

Pensjonskostnadene for de private helseinstitusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene øker også. Basisbevilgningene til regionale helseforetak økes med ytterligere 200 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å håndtere pensjonskostnadene til private institusjoner med avtale. Tildeling over basisbevilgningene økes med følgende fordeling:

- Kap. 732, post 72, økes med 108,0 mill. kroner
- Kap. 732, post 73, økes med 37,9 mill. kroner
- Kap. 732, post 74, økes med 28,7 mill. kroner
- Kap. 732, post 75, økes med 25,4 mill. kroner

Kap. 732, postene 72-75 Brystrekonstruksjon

Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 50 mill. kroner til styrking av tilbudet for pasienter som venter på brystrekonstruksjon med eget vev og med protese. Dette innebærer at ventetiden kan reduseres betydelig.

Økningen fordeles med 15 mill. kroner til kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering og 35 mill. kroner til basisbevilgningene til de regionale helseforetak:

- Kap. 732, post 72, økes med 18,9 mill. kroner
- Kap. 732, post 73, økes med 6,6 mill. kroner
- Kap. 732, post 74, økes med 5,0 mill. kroner
- Kap. 732, post 75, økes med 4,5 mill. kroner

Det vises til omtale av aktivitet i DRG-poeng 2012 nedenfor.

Departementet ber de regionale helseforetakene om følgende rapportering per 1. oktober 2012:

1. Hvor mange pasienter venter på operasjon for henholdsvis rekonstruksjon med eget vev og med protese.
2. Hvor lang er ventetiden for operasjon fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.
3. Forventet antall operasjoner i 2012 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).
4. Forventet antall operasjoner i 2013 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).
5. Forventet antall operasjoner hos private aktører i 2012 og 2013 fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.

Departementet ber de regionale helseforetakene om å sørge for en felles kvalitetssikringsprosess og samle inn tallene på en enhetlig måte, slik at rapporteringen per regionale helseforetak er sammenlignbar.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering

Bevilgningen over posten økes med 15 mill. kroner i 2012 som følge av styrking av tilbud om brystrekonstruksjon. Dette innebærer at akontobeløpet og antall DRG-poeng i 2012, jf. oppdragsdokument 2012 av 23. desember, med følgende:

	Økning i akontoutbetaling	Økning i DRG-poeng
Helse Sør-Øst RHF	8,4 mill. kroner	547
Helse Vest RHF	2,9 mill. kroner	193
Helse Midt-Norge RHF	2,2 mill. kroner	142
Helse Nord RHF	1,5 mill. kroner	99
Totalt	15,0 mill. kroner	981

Helsedirektoratet har avdekket feil i avregningsgrunnlaget for aktivitet i 2010. Tildelingen til Helse Sør-Øst RHF økes med 7,7 mill. kroner. Tildelingen til Helse Vest RHF økes med 2,5 mill. kroner.

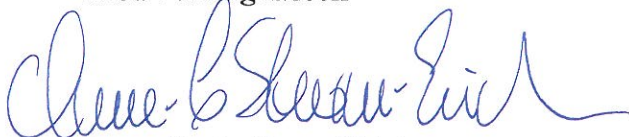
Jf. 6.5 Samhandlingsreformen

Kommunene skal etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene fra 2012. De regionale helseforetakene skal bidra til at det etableres slike tilbud. Eventuelle ubrukte midler til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i 2012 vil bli tilbakeført regionale helseforetak høsten 2012 etter samme nøkkel som midlene ble trukket ut, jf. foretaksmøtene i juni 2012. Det er viktig at plassene som opprettes holder en kvalitet som innebærer at det er tilrettelagt for forsvarlig oppfølging, behandling og observasjon av pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet, som pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå. Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege. Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i et øyeblikkelig hjelp døgntilbud forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet. I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand, i mange tilfeller, stiller krav til kort responstid. Det vises også til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold¹.

Jf. 11 Oppfølging og rapportering

Departementet ber regionale helseforetak ta høyde for tillegg i dette brev i rapportering for 2012. Det vises til krav til rapportering i oppdragsdokument 2012.

Med vennlig hilsen



Anne-Grete Strøm-Erichsen

Kopi: Riksrevisjonen

¹ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieill/Publikasjoner/veiledningsmaterieill-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf>