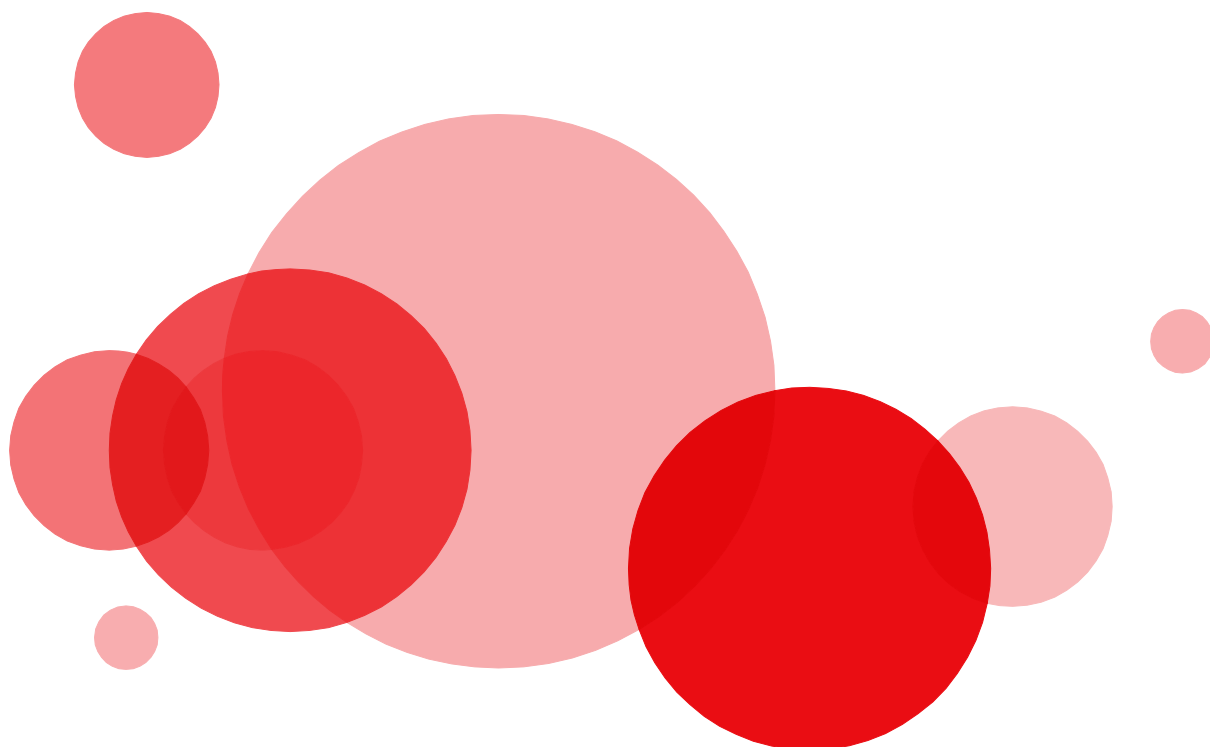


Oppdragsdokument 2012

Helse Midt-Norge RHF



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Innhold

1. Overordnede føringer	3
2. Nye lover og forskrifter	4
3. Nasjonale strategier og handlingsplaner	4
4. Tildeling av midler	5
5. Aktivitet	8
6. Særskilte satsingsområder 2012	9
6.1 Ventetider	9
6.2 Kvalitetsforbedring	9
6.3 Pasientsikkerhet	10
6.4 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	11
6.5 Samhandlingsreformen	12
6.6 Kreftbehandling	12
6.7 Behandling av hjerneslag	13
6.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	14
7. Andre områder	14
7.1 Psykisk helsevern	14
7.2 Habilitering og rehabilitering	15
7.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	15
7.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	16
7.5 Kjeveleddsdisfunksjon	16
7.6 Beredskap og smittevern	16
7.7 Forbygging	17
8. Utdanning av helsepersonell	17
9. Forskning og innovasjon	18
9.1 Forskning	18
9.2 Innovasjon	19
10. Forholdet til Helsedirektoratet	20
11. Oppfølging og rapportering	20

1. Overordnede føringer

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Midt-Norge RHF for 2012 til disposisjon. Helse Midt-Norge RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det regionale helseforetaket har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Videre skal det regionale helseforetaket sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt.

Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstilbud med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Det regionale helseforetaket skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Helse- og omsorgsdepartementet vil fortløpende informere det regionale helseforetaket om lov- og forskriftsarbeid som berører spesialisthelsetjenesten.

For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2011-2012) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.

Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling av denne (Innst. 422 S, 2010-2011) og Samhandlingsreformen (Prop. 90 L 2010-2011, *Lov om folkehelsearbeid* og Prop. 91 L 2010-2011, *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester*) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten.

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten også i fremtiden. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehus med akuttfunksjoner skal videreføres med anestesiberedskap der dette er etablert i dag. Samtidig må en fremtidig sykehusstruktur bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom

sykehus. Samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Ved omstillinger skal det rettes spesiell oppmerksomhet mot kvaliteten i det samlede helsetilbudet til eldre.

Tiltak for å begrense bruk av deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene skal videreføres i 2012 i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Private røntgen- og laboratorievirksomheter skal brukes på en måte som bidrar til god geografisk fordeling av tjenester, og som frigjør kapasitet for pasienter som trenger rask utredning og behandling, for eksempel kreftpasienter.

De regionale helseforetakene skal tilpasse virksomheten til de økonomiske rammebetingelsene som Stortinget har lagt for sektoren. Alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse i 2012.

Mål og styringskrav for 2012 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.

2. Nye lover og forskrifter

Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstjenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester). I den forbindelse vedtok Stortinget også en rekke viktige endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen, blant annet ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg inneholder helse- og omsorgstjenesteloven i seg selv flere forslag som indirekte har betydning for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstjenesteloven vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid).

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med innholdet i lovene og forskriftene. De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon og ansatte om nye helselover og – forskrifter.

3. Nasjonale strategier og handlingsplaner

For 2012 gjelder følgende strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten:

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

- Demensplan 2015 – ”Den gode dagen” (2012-2015)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006 -)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011-2015)
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid (2012-2016)
- Nevroplan 2015 (2012-2015)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

4. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Midt-Norge RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Det regionale helseforetaket skal bidra til at de ressurser som stilles til rådighet benyttes på en effektiv måte og kommer pasientene til gode. Helse Midt-Norge RHF skal i 2012 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1. Plan for utbetalinger av tilskudd omtales i egne brev til de regionale helseforetakene.

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

Tabell 1 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
732	70	Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift)	25 856 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	5 300 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	11 766 085 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	1
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	106 833 000
	79	Raskere tilbake	107 413 000
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	1 400 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	2 500 000
781	79	Andre tilskudd (Barn som pårørende)	2 500 000
782	70	Helseregistre	5 000 000

Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter)
Helse Midt-Norge RHF tildeles 5,3 mill. kroner. Tilskuddet skal kompensere turnussteder for turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Antall turnuskandidater til fordeling i Helse Midt-Norge RHF framgår av vedlegg 1. Årlig tilskudd per plass er 26 600 kroner. Helse Midt-Norge RHF skal fordele tilskudd til private opptreningsinstitusjoner med avtale. Hoveddelen av kostnadene for turnuskandidater i sykehus dekkes av basisbevilgningen.

Kap.732, post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Midler til vedlikehold av og investeringer i bygg og utstyr inngår i basisbevilgningen.

Helse Midt-Norge RHF skal sette av minst 2 mill. kroner av basisbevilgningen til forskning om samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helse Midt-Norge RHF skal sette av minst 18,6 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Det kan kreves egenandel for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak. Egenandelen er fastsatt til 123 kroner per oppholdsdøgn. Egenandelen inngår i egenandelstak 2.

Regionale helseforetak skal avklare hvordan kvalifisert ledsagelse (leger og jordmødre) skal finansieres fra 1. juli 2012. Det vises til Prop. 1 S (2011-2012).

Helse Midt-Norge RHF får et ansvar for at foretakene gir pasientene et bibliotektilbud.

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

Ressursrammen som blir stilt til rådighet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,4 pst. fra 2011 til 2012. Aktivitetsveksten på 1,1 pst. (inkl. døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene) innen innsatsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innen refusjoner for poliklinisk behandling (post 77) måles i forhold til prognoser per 1. tertial 2011 og mai 2011. Dersom veksten i 2011 blir høyere enn dette, vil veksten i 2012 bli tilsvarende lavere. Den generelle veksten omfatter også behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

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

Kap. 732, post 76 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over de aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet på forhånd ikke vet hvor store utbetalingene over denne posten vil bli. I 2012 utgjør akontoutbetalingene over kap. 732, post 76 til Helse Midt-Norge RHF 2 260,4 mill. kroner. I tillegg er det i akontoutbetalingene lagt til grunn at Helse Midt-Norge RHF vil motta 715,6 mill. kroner i kommunal medfinansiering. Summen av innsatsstyrt finansiering og kommunal medfinansiering tilsvarer 40 pst. av enhetsprisen i 2012.

A kontobeløpet er basert på en prognose for aktivitet per 1. tertial 2011, og det er dette nivået det er lagt til rette for å videreføre og øke med 1,1 pst. i 2012. Akontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon på 194 261 DRG-poeng og 7 mill. kroner i tilleggsrefusjoner (posedialyse). I aktivitetsbestillingen (målt i DRG-poeng) er det gjort fratrukk for nytt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikke blir etablert tilbud som forutsatt i kommunene, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskudd (kap. 762, post 60) til Helse Midt-Norge RHF (kap. 732, post 70 og kap. 732, post 76). Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 38 209 kroner.

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

Kap. 732, post 77 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. En aktivitet i tråd med Prop. 1 S (2011-2012) og Innst. 11 S (2011-2012) tilsier en utbetaling på 409,6 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Beløpet er basert på en prognose fra regnskapstall per mai 2011, og det er dette nivået som kan videreføres og økes i 2012. Samlet sett tar bevilgningen høyde for en vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 6,5 pst. Dette omfatter også polikliniske radiologi- og laboratorietjenester. Helse Midt-Norge RHF skal tilpasse kapasitet til behov slik at ventetiden reduseres også på dette området og sikrer at det er etablert et tilbud om øyeblikkelig hjelp ved mistanke om alvorlig sykdom. Det innføres ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF tildeles inntil 107,4 mill. kroner til tiltak under ordningen "Raskere tilbake", herunder 3,9 mill. kroner til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Den reelle aktiviteten innenfor ordningen vil

avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Utbetalingen skjer a konto. Departementet vil vurdere a konto-beløpet med rapportert aktivitet, og vil evt. holde tilbake midler dersom aktiviteten tilsier dette. I tillegg til årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK etter avtalt mal på de ordinære midlene innen "Raskere tilbake". For midlene til arbeidsmedisinske avdelinger skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på bruk og effekt i årlig melding.

Kap. 734, post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Helse Midt-Norge RHF tildeles 1,4 mill. kroner til videreføring av rusmestringsenhet ved fengselet i Leira og Hustad fengsel Molde.

Kap. 770, post 21 Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø)

Helse Midt-Norge RHF tildeles 2,5 mill. kroner til Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø ved St. Olavs Hospital HF. Forsøket skal etableres i tråd med Helsedirektoratets brev av 15. oktober 2011. Formålet er først og fremst å få kunnskap om behovet for relevante odontologiske tjenester hos sykehuspasienter og for hvilke pasientgrupper. Helsedirektoratet vil gi faglig bistand. Forsøket finansieres av tilskudd fra kap. 770, post 21 og folketrygdens stønad til behandling hos tannlege (kap. 2711, post 72). Enkelte behandlinger kan finansieres etter takster i poliklinikkforskriften som gjelder behandling utført av tannlege. For behandling finansiert over kap. 770 eller kap. 2711, post 72 er det ikke et vilkår at pasient er henvist fra lege. Tjenester som finansieres over disse kapitler gis vederlagsfritt. Plan for etablering av forsøket sendes Helsedirektoratet for godkjenning innen 15. juni 2012.

Kap. 781, post 79 Andre tilskudd (Barn som pårørende)

Helse Midt-Norge RHF tildeles 2,5 mill. kroner som tilskudd til forsøk med familieambulatoriet i Nord-Trøndelag HF.

Kap. 782, post 70 Helseregistre. Tilskudd

Helse Midt-Norge RHF tildeles 5 mill. kroner til HEMIT for videreutvikling av tekniske fellesløsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. For ytterligere føringer og rapporteringskrav på området vises det til oppdragsdokumentets kapittel 6.2.

5. Aktivitet

Mål 2012:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.
- Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Styringsparametre:

- Antall produserte DRG-poeng.
- Refunderte polikliniske inntekter.

6. Særskilte satsingsområder 2012

6.1 Ventetider

Overordnet mål:

- Reduserte ventetider.

Mål 2012:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager.

Styringsparameter:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten.

6.2 Kvalitetsforbedring

Overordnede mål:

- Tjenestene som tilbys er av god kvalitet, trygge og sikre.
- Bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.
- Tjenestene preges av god lærings- og forbedringskultur.
- Ledelsen på alle nivå legger til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.
- Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.
- Nasjonale faglige retningslinjer er tatt i bruk.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorer er tilfredsstillende.

Mål 2012:

- Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre har felles infrastruktur og nasjonal dekning.
- Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringen synliggjør i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.
- Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksatt innenfor eget ansvarsområde. Tiltakene legges ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.
- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevede metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).
- God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.

- 100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.
- Ingen korridorpasienter.

Styringsparametre:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- 30-dagers risikojustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

6.3 Pasientsikkerhet

Overordnede mål:

- Færre uønskede hendelser
- Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.
- Tryggere legemiddelbruk.
- Økt antall uønskede hendelser som meldes.
- Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.
- Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.

Mål 2012:

- Alle sykehus og helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.
- Ledelsen i helseforetakene følger aktivt opp egne resultater i kampanjen.
- Helse Midt-Norge RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen og sikret at denne informasjonen når ut til alle ansatte.
- Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

Styringsparametre:

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer .
- Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.

6.4 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Overordnede mål:

- Pasienter, brukere og pårørende møtes med respekt og omsorg.
- Pasienter, brukere og pårørende har innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.
- Tjenestene er innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.
- Pasienter og pårørendes erfaringer og klager brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Ingen fristbrudd.
- Bedre informasjon om fritt sykehusvalg.

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg.
- Det er levert oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg.
- Alle helseforetak har styrebehandlet mål og strategier for brukervedvirkning.
- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

Styringsparametre:

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.
- Fastlegers erfaringer med DPS.
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.

6.5 Samhandlingsreformen

Overordnede mål:

- Det er etablert og videreutviklet effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak er det etablert helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.

Mål 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.
- Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltpasientkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.
- Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012.

6.6 Kreftbehandling

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.
- Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.

Mål 2012:

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.
- 80% av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:
 - 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
 - 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
 - 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.
- Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig

informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.

- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert. (Se også Kap 8 - Utdanning av helsepersonell).
- Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.
- Det er lagt til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.

Styringsparametre:

- Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager (indikatoren vil bli utviklet i 2012).

Det bes om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologer og patologer innen utgangen av 2. tertial 2012.

6.7 Behandling av hjerneslag

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.
- Godt og effektivt forløp for slagpasienter.
- Alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i slagenhet.
- Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.

Mål 2012:

- 20% av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.
- Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.
- Det er iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.

Styringsparametre:

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.

- Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet (av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter).

6.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Overordnede mål:

- Høy kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter/brukere med rusmiddel- og annen avhengighet.
- Tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.
- Tjenestene innen TSB tilbys i størst mulig grad nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.
- Pasientene opplever gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.
- Det er gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Mål 2012:

- Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.
- Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.
- Andel pasienter som fullfører TSB er økt.
- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.

7. Andre områder

7.1 Psykisk helsevern

Overordnede mål:

- Omstillingen innen psykisk helsevern videreføres, slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet.
- Pasienter/brukere får et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.

- Sykehusene ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.
- Psykisk helsevern er i størst mulig grad basert på frivillighet.

Mål 2012:

- Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomført som ledd i den nasjonale strategien på området.
- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.
- Det gis opplæring i og tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser.
- Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser.

Styringsparameter:

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.
- Andel tvangsinnleggelse (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet).

7.2 Habilitering og rehabilitering

Overordnede mål:

- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering er relevante og tilstrekkelige, dette gjelder også institusjonsbaserte tilbud.
- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering er helhetlige og koordinerte.

Mål 2012:

- Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket.
- Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.
- Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

7.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Overordnede mål:

- Tilbudet til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) er adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Mål 2012:

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME er gjennomgått med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.

- Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.
- Det tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.
- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

7.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Overordnede mål:

- Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal få et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.

Mål 2012:

- Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.

7.5 Kjeveleddsdisfunksjon

Overordnede mål:

- Det skal gis et tilstrekkelig tilbud av god kvalitet til pasienter med invalidiserende kjeveleddsdisfunksjon (TMD).

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdisfunksjon.

7.6 Beredskap og smittevern

Overordnede mål:

- Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.
- Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.
- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.
- Innsamlede infeksjonsdata brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.

Mål 2012:

- Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.
- Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.

7.7 Forbygging

Overordnede mål:

- Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader.
- Redusert bruk av tobakk hos pasienter.

Mål 2012:

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter.
- Helseforetakene rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Sykehusene har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Styringsparametre:

- Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning.

8. Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål:

- Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.
- Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner er utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.
- Best mulig kvalitet i tilbudet og bærekraftig utvikling mht personell og arbeidskraftbehov i sektoren.

Mål 2012:

- Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner er ivare tatt og utviklet.
- Det er utviklet planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.

- Helse Midt-Norge RHF har medvirket i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning.
- Det er analysert og fremlagt planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.
- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert. (Se også kap. 6.6 Kreftbehandling).
- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.

9. Forskning og innovasjon

9.1 Forskning

Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet.
- Alle helseforetak og private institusjoner som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket har egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt norsk deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.

Mål 2012:

- Det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78 som tildeles etter vurdering i det regionale samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet/-ene, er tildelt og håndtert av helseforetak, ikke gjennom forskningsselskaper.
- Det er sikret transparens og god dokumentasjon i håndteringen av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.
- Det er etablert en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene innen 1. oktober 2012, jf tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.
- Det er utviklet et forslag til felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter, jf tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.

- Helseforetakene har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.
- Helseforetakene har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med deltakelse fra NIFU, innen 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorer for forskningsaktivitet i helseforetakene og foreslått eventuelle endringer.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF utviklet et forslag til revidert instruks for samarbeid med universiteter og høyskoler. Departementet vil spesifisere oppdraget i eget brev. Arbeidet skal ha vært forankret i samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler.
- Helseforetakene har etablert mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf vedlegg 3.
- Helseforetakene har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.
- Minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Midt-Norge RHF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).
- Minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Midt-Norge RHF er på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).

9.2 Innovasjon

Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene.
- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.
- Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Mål for 2012:

- De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som formidles i eget brev.
- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med Cristin, ha etablert en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.

10. Forholdet til Helsedirektoratet

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

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. I fellesrundskriv IS-1/2012 omtaler Helsedirektoratet en del sentrale oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2012 blir på samme nivå som i 2011.

11. Oppfølging og rapportering

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

Rapportering på aktivitet

De regionale helseforetakene skal rapportere omfang av antall DRG- poeng i årlig melding og ikke vekst i antall DRG- poeng fra 2011. Veksten i ISF- finansiert aktivitet i 2012 vil kunne avvike fra det som er lagt til grunn i styringsparameteren avhengig av aktivitetsutviklingen i 2. og 3. tertial 2011.

Rapportering på styringsparametre

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2012 samt rapporteringsfrekvens. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal (ØBAK) som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2012 i tillegg til årlig melding. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 2 som grunnlag for rapporteringen. For brukererfaringer skal det brukes data fra de nasjonale brukererfaringundersøkelsene som publiseres i 2012. Regionale helseforetak skal rapportere de publiserte indikatorene til departementet ved første mulige rapporteringstidspunkt etter at tallene er publisert. Publiseringstidspunktet vil bli gjort kjent for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter om enkelte styringsparametre.

Særskilt rapportering

Det bes om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologer og patologer ved utgangen av **2. tertial 2012**.

Rapportering i årlig melding

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp mål for 2012 og styringsparametre i oppdragsdokumentet for 2012. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte

områder, herunder forskning og innovasjon. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 15.3.2013.

Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes departementet når slike avvik blir kjent.

Helse Midt-Norge RHF skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2014 innen 10.12.2012.

Rapporteringen 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, appearing to read 'Anne-Grete Strøm-Erichsen'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg 1

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

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

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf Helsemod/www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2012/2013:

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord- mor **
		Syke 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

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. **Audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. For disse institusjonene var aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanningen 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 vernepleierutdanning. De to institusjonene alternerer (annet hvert år) om å tilby 30 nye studieplasser til desentralisert vernepleieutdanning. For 2011/2012 hadde Høgskolen i Telemark disse plassene. For 2012/2013 skal Diakonhjemmet Høgskole ha plassene.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganene må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20. januar 2004).

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

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

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helseledningsorganet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Antallet turnusplasser høsten 2011 videreføres i 2012.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar for å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHFenes fordeling av leger til HFene og mellom spesialiteter. RHFene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene.

For 2012 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)	25	40		26	91
Utdanningsstillinger	25	40		16	81
Øremerkede LiS-stillinger (til sideutdanning)	5	5	5	5	20
Til RHFets disposisjon	10		25	5	40
Midlertidige overlegestillinger	20		20		40
SUM	85	85	50	52	272

Det avsettes 20 øremerkede LiS-stillinger til sideutdanning. De regionale helseforetakene skal avsette disse stillingene til leger i spesialisering innen allmennmedisin, slik at legene får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. Stillingene kan også benyttes i andre spesialiteter der gjennomføring av tjeneste i annen spesialitet kan være vanskelig.

Helse Vest RHF har i eget brev fått anledning til å benytte 15 legestillinger av kvoten for 2012 allerede høsten 2011.

Helse Midt Norge RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i perioden 2012-2016 for å gjennomføre sitt omstillingsprogram. Helse Midt Norge RHF skal i forkant av tildelingen av legestillinger for 2016 redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres.

Helse Sør-Øst RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i 2012 i tillegg til de 30 midlertidige overlegestillingene som ble tildelt i 2011 til omstillingsprogrammet for hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF skal redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres etter at omstillingsprogrammet er ferdig.

Helse Nord RHF ble medio 2011 tildelt en ekstra kvote på 7 overlegestillinger i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, hvorav 5 stillinger kunne tas av stillingskvoten til Helse Nord RHF for 2012.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHFene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHFet skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HFene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) skal på basis av innrapporterte tall fra RHFene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og "ikke fordelte" stillinger.

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
Antall produserte DRG-poeng ⁴		Regionale helseforetak		Månedlig
Refunderte polikliniske inntekter ⁵		Regionale helseforetak		Månedlig
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Ned mot 65 dager	Norsk pasientregister		Månedlig
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Helsedirektoratet		Tertialvis
NY -30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedirektoratet		Årlig
NY -30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedirektoratet		Årlig
NY- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedirektoratet		Årlig
NY- 30-dagers risikojustert totaloverlevelse		Helsedirektoratet		Årlig
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel korridorpasienter i somatiske sykehus	0%	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet ⁶	100%	Egne tall		Årlig

³ Vedlegg 2 – Styringsparametre med publiseringsplan sendes de regionale helseforetakene når datoene er klare.

⁴ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁵ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁶ Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter.

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk fødselsregister		Årlig
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
Fastlegers erfaringer med DPS		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
NY – Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.		Helsedirektoratet (SSB)		Årlig
Andel tvangsinnleggelse (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet)		Norsk pasientregister (Nasjonal kvalitetsindikator)		Årlig
NY – Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
NY - Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager ⁷	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.	100%	Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer	100%	Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten		Årlig
NY - Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100%	Norsk pasientregister		Årlig
NY - Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning ⁸	100%	Egne tall		Årlig Rapporteres etter 3. tertial

⁷ Indikatoren vil bli utviklet i 2012.

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

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilte områder

Forskning og innovasjon	Datakilde	Kommentar
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til Cristin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	Cristin Ekstern tilbyder	Beregnes av ekstern tilbyder med frist 1. juni 2012.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15. mars.	NIFU	Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 30. mars 2012.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskningssprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Skriftlig tilbakemelding
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	http://forskningssprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
Innovasjonsindikatorne fra helseforetakene i 2012 <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk ○ Antall nye patentsøknader ○ Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale) 	HF	Skriftlig tilbakemelding
Infeksjoner		
Andel inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS	NOIS/NPR	Skriftlig 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.

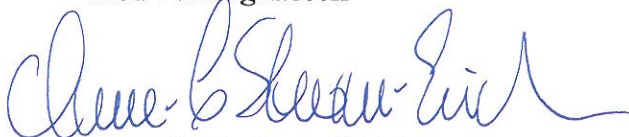
Jf. 6.5 Samhandlingsreformen

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-veiledningsmaterieell/Publikasjoner/veiledningsmaterieell-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf>