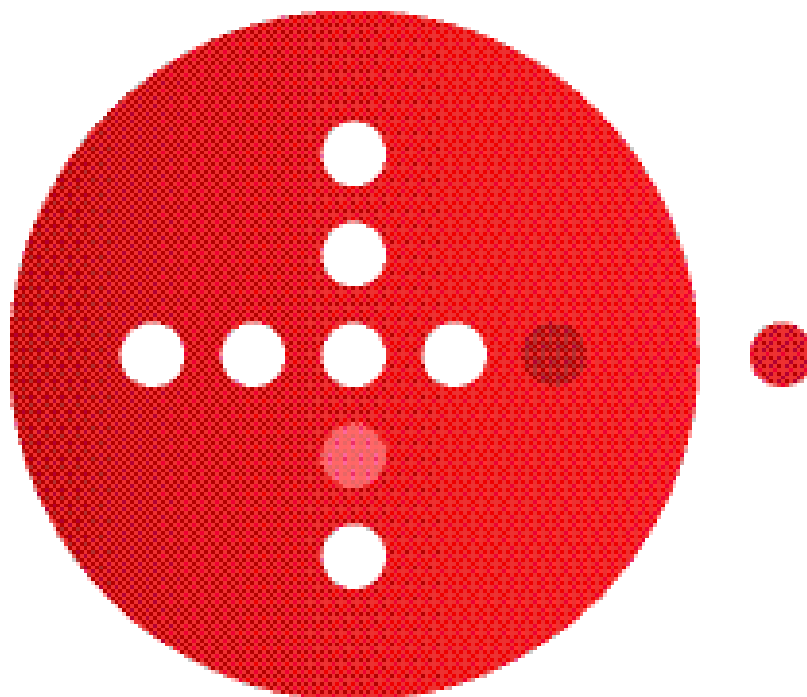




Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2013 Helse Midt-Norge RHF



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2013 Helse Midt-Norge RHF



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Innhold

1.	Overordnede føringer	3
2.	Tildeling av midler	4
3.	Aktivitet	7
4.	Satsingsområder 2013	8
4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering	8
4.2	Kvalitetsforbedring	9
4.3	Pasientsikkerhet	10
4.4	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	10
4.5	Samhandlingsreformen	11
4.6	Kreftbehandling	12
4.7	Behandling av hjerneslag	12
4.8	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	13
4.9	Psykisk helsevern	14
4.10	Habilitering og rehabilitering	15
4.11	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	15
4.12	Fødselsomsorg	16
4.13	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	16
4.14	Kjeveleddsdisfunksjon	16
4.15	Livsstilsrelaterte tilstander	16
4.16	Helseberedskap	17
5.	Utdanning av helsepersonell	17
6.	Forskning og innovasjon	18
6.1	Forskning	18
6.2	Innovasjon	19
7.	Forholdet til Helsedirektoratet	20
8.	Oppfølging og rapportering	20

1. Overordnede føringer

Helse- og omsorgsdepartementet stiller gjennom oppdragsdokumentet midlene Stortinget har bevilget til Helse Midt-Norge RHF for 2013 til disposisjon. Helse Midt-Norge RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Midt-Norge RHF 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. Helse Midt-Norge RHF skal 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 innvandregrupper. 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.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Helse Midt-Norge RHF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Departementet vil fortløpende informere Helse Midt-Norge RHF om lov- og forskriftsarbeid som berører spesialisthelsetjenesten.

Stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet samt e-helse legger føringer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Meldingene behandles av Stortinget våren 2013.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. 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 2013.

For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må Helse Midt-Norge RHF legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Samtidig må en fremtidig sykehusstruktur bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus. Samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

De regionale helseforetakene og helseforetakenes beredskapsplaner skal øves regelmessig, og oppdateres i henhold til erfaringer. Beredskapsplanene skal omfatte samhandling med blant annet fylkesmenn, kommuner, andre nødetater, frivillige organisasjoner og andre land.

Det vises til samarbeidsavtale inngått mellom regjeringen og ideelle organisasjoner 3. oktober 2012.

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. Omstilling av tjenestetilbud som berører kommuner skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Dette er særlig viktig innenfor psykisk helsevern og rus der økonomiske virkemidler ikke er etablert. Ved omstillinger skal det rettes spesiell oppmerksomhet mot kvaliteten i det samlede helsetilbudet til eldre.

Ventetidene skal reduseres. Aktuelle tiltak kan være mer effektiv utredning og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte.

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.

Hjemlene for avtalespesialister skal bidra til god geografisk fordeling av tjenester.

Departementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2012-2013) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.

Samhandlingsreformen, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling (Innst. 422 S (2010-2011)) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Mål og styringskrav for 2013 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante mål gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.
--

2. 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 2013 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)	26 709 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	5 800 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	12 663 461 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	1
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	107 059 000
	79	Raskere tilbake	110 875 000
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	1 450 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	4 100 000
781	79	Andre tilskudd (Barn som pårørende)	4 000 000
782	70	Helseregistre	5 000 000

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 38,3 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene. Tidspunkt for utbetaling av bidrag avtales lokalt eller utbetales når tilbudet starter opp. Nye øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene er et viktig virkemiddel for kommunen til å kunne påvirke sykehusforbruket. Det vil fra 2013 legges opp til en sjekkliste knyttet til søknadene fra kommunene. Det skal blant annet foreligge dokumentasjon på at alle viktige elementer i planleggingsprosessen, jf. veilederen, er drøftet og avklart, og at det ikke er gjenstående uenighet om tilbudet man søker midler til.

Nye øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene inngår ikke i kommunal medfinansiering. Mange pasienter som venter på utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, venter på kirurgisk behandling (operasjon). Vedtatt modell for kommunal medfinansiering bygger på at staten tar hele regningen for operasjoner.

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter prisjusteres til 4125 kroner i 2013.

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 forutsettes å inngå avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i samsvar med behovet for denne typen tjenester i regionen. Det må i denne sammenheng også vurderes behov for kjøp av tjenester utenfor egen

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

region. Egenandelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner økes til 126 kroner pr. kurdøgn fra 1. juli 2013.

Ressursrammen som blir stilt til rådighet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på vel 2 pst. fra 2012 til 2013. Aktivitetsveksten på om lag 1,7 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 2012 og mai 2012. Dersom veksten i 2012 blir høyere enn dette, vil veksten i 2013 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 2013 utgjør akontoutbetalingene over kap. 732, post 76 til Helse Midt-Norge RHF 2 389,4 mill. kroner. I tillegg er det i akontoutbetalingene lagt til grunn at Helse Midt-Norge RHF vil motta 773,5 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 2012, og det er dette nivået det er lagt til rette for å videreføre og øke med 1,7 pst. i 2013. Akontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon på 200 452 DRG-poeng. I aktivitetsbestillingen (målt i DRG-poeng) er det gjort fratrekk 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 39 447 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 (2012-2013) og Innst. 11 S (2012-2013) tilsier en utbetaling på 439 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Beløpet er basert på en prognose fra regnskapstall per mai 2012, og det er dette nivået som kan videreføres og økes i 2013. 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.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF tildeles inntil 110,875 mill. kroner under ordningen "Raskere tilbake". Av disse skal 4 mill. kroner benyttes til de arbeidsmedisinske avdelingene, og

39,675 mill. kroner benyttes til prosjektet Hysnes Helsefort. Reell aktivitet innenfor ordningen vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Departementet vil vurdere a konto-beløpets størrelse i forhold til rapportert aktivitet innenfor ordningen. I tillegg til rapportering i årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK. For midlene til arbeidsmedisinske avdelinger skal det rapporteres i årlig melding.

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

Helse Midt-Norge RHF tildeles 1,45 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 4,1 mill. kroner til Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø ved St. Olavs Hospital HF, som i høsten 2012 etableres i samarbeid med Helsedirektoratet. Formålet er å få kunnskap om behovet for relevante odontologiske tjenester hos sykehuspasienter og for hvilke pasientgrupper, og gi nødvendig undersøkelse og behandling av disse. 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.

Kap 781, post 79 Barn som pårørende

Følgende formål dekkes av bevilgningen på 4 mill kr:

- Lavterskeltiltak/familieambulatorium ved Helse Nord-Trøndelag HF gjøres permanent.
- Styrke kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn.
- Forankre arbeidet med barn som pårørende. Samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om mandat og referansegruppe for kompetansenettverket BarnsBeste ved Sørlandet sykehus HF.

Kap. 782, post 70 Helseregistre. Tilskudd

Helse Midt-Norge RHF tildeles 5 mill. kroner til HEMIT for å sikre at de nasjonale medisinske kvalitetsregistre får tatt i bruk tekniske fellesløsninger.

3. Aktivitet

Mål 2013:

- Budsjettet 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.

4. Satsingsområder 2013

4.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

Overordnede mål:

- Pasienter, brukere og pårørende opplever seg ivaretatt, sett og hørt.
- Pasienter og brukere opplever god kvalitet og service.
- Pasienter, brukere og pårørende kan delta aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.
- Tjenestene er innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.
- Større oppmerksomhet på pasient- og brukeropplæring, blant annet ved likemannsarbeid og bruk av elektroniske verktøy.
- Pasienter og pårørendes erfaringer brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Helsepersonell har god kompetanse på kommunikasjon.
- Reduserte ventetider.
- Ingen fristbrudd.
- God og forståelig informasjon om fritt sykehusvalg.

Mål 2013:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp.
- Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.

Styringsparametre:

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.
- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel

4.2 Kvalitetsforbedring

Overordnede mål:

- Bedre behandlingsresultat og økt overlevelse.
- Mindre variasjon i praksis mellom sykehus.
- Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten innen sitt ansvarsområde.
- Ledelsen på alle nivå følger opp egne resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer og arbeider aktivt for å forbedre disse.
- Sterke anbefalinger³ i nasjonale faglige retningslinjer er implementert.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid, inkludert utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer og oppfølging av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer har tilfredsstillende datakvalitet.

Mål 2013:

- Helseforetakene har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal.
- Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 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.

³ Anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer er gradert etter styrken på kunnskapsgrunnet. Når anbefalingene er svake vil pasientpreferanser i større grad være bestemmende for valg av tiltak.

- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.

4.3 Pasientsikkerhet

Overordnede mål:

- Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.
- Tryggere legemiddelbruk.
- Færre fall og trykksår.
- Åpenhet om uønskede hendelser.
- Økt andel 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 med årsaksanalyser og tiltak ut fra et system- og læringsperspektiv.
- Pasienter og pårørende involveres i pasientsikkerhetsarbeid, og det er etablert gode rutiner for oppfølging av pasienter og pårørende som opplever skade.

Mål 2013:

- Alle sykehus og helseforetak implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og rapporterer egne resultater.
- Ledelsen i helseforetakene iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.
- Helseforetakene har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.
- Helseforetakene legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.

Styringsparametre:

- Andel sykehus som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Prevalens av sykehusinfeksjoner.

4.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

Overordnet mål:

- Etablere en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder og ny teknologi, i tråd med nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Mål 2013:

- Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av mini-metodevurderinger.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert de regionale helseforetakenes bestillerforum for metodevurderinger som skal løftes til nasjonalt nivå innen 15. januar.
- De regionale helseforetakene har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppen for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.

Styringsparameter:

- Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database.

4.5 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.
- Det er etablert funksjoner og tjenester som understøtter kommunenes behov for støtte og veiledning slik at de kan yte primærhelsetjenester i henhold til lov, forskrifter og inngåtte avtaler.

Mål 2013:

- Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.
- Helseforetakene samarbeider med kommunene om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. De regionale helseforetakene har bidratt til at nye øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Det vises til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.
- Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.
- Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.

4.6 Kreftbehandling

Overordnede mål:

- Nasjonal krefstrategi (2013 -2017) er lagt til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter.
- 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 2013:

- Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og 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.
- Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer.
- Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF har iverksatt en pilot med tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom.
- Det er bygget opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.
- Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesentre.

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.

4.7 Behandling av hjerneslag

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.

- 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 2013:

- 20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.

Styringsparametre:

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.

4.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering til pasienter/brukere med rus og andre avhengighetslidelser. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å sammenligne kvalitet og kostnader for offentlig og private rusinstitusjoner.
- Distriktpsykiatriske sentre er lagt til grunn som nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus og avhengighetslidelser der lokale forhold tilsier det.
- Flere pasienter fullfører tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- De private institusjonene som har avtale med regionale helseforetak er inkludert i fagutviklingsarbeid og planprosesser.
- Det er etablert gode rutiner for samarbeid med kommunen for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ved behandlingsavbrudd og etter utskrivning, samt rutiner for hurtig reinnlegg i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.
- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.
- Det sosialfaglige aspektet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ivaretatt.
- Det er sikret godt tilbud på institusjoner til rusavhengige som har rusfrihet som mål.

Mål 2013:

- Det er behov for en gjennomgang av den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det bør vurderes om det er behov for en

ytterligere kapasitetsøkning på feltet, særlig når det gjelder langtidsplasser drevet av ideelle organisasjoner.

- Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det er etablert tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer i samarbeid med kommunen.
- Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.

4.9 Psykisk helsevern

Overordnede mål:

- Omstillingen innen psykisk helsevern fullføres, slik at DPS blir satt i stand til å ivareta alle allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akutfunksjoner gjennom døgnet.
- Akuttavdelinger og spesialfunksjoner som for eksempel alderspsykiatri og spiseforstyrrelser er vurdert samlokalisert med somatiske sykehus.
- 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. Det legges til rette for frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det.

Mål 2013:

- Det er utarbeidet en regional plan for omstillingen av psykisk helsevern i tråd med de gitte signalene. Planen skal vise fremdrift for utviklingen av DPS, utviklingen og spissing av sykehusfunksjonene og overføring av ressurser fra sykehus til DPS.
- Helse Nord RHF har i samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) og øvrige regionale helseforetak vurdert hvordan kliniske tjenester til samiske pasienter skal videreføres og organiseres. Dette bør ses i sammenheng med en eventuell søknad om SANKS status som en nasjonal kompetansetjeneste.

- Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.
- Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.
- Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 % i samarbeid med de kommunale tjenestene.
- Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.

Styringsparametre:

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.
- Andel DPS som dekker akuttberedskap utover normal arbeidstid.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Andel tvangsinnleggelse (antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet.)
- Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100.000 innbygger > 18 år).
- Andel reinnleggelse innen 30 dager for pasienter med schizofreni.

4.10 Habilitering og rehabilitering

Overordnede mål:

- Tilbudene til barn, unge og voksne som har behov for habiliterings-/rehabiliteringsrettede tiltak er tilstrekkelige og relevante.
- Det er sikret nødvendig kompetanse i tjenestene, inkludert legetjenester
- Habiliterings/rehabiliteringstilbudene til den enkelte bruker/pasient er helhetlige og koordinerte.
- Det er etablert godt samarbeid og veiledning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på habiliterings/rehabiliteringsområdet.

Mål 2013:

- De regionale helseforetakene har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.

4.1.1 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Overordnet mål:

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

Mål 2013:

- Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

4.12 Fødselsomsorg

Overordnet mål:

- Fødselsomsorg av høy kvalitet.

Mål 2013:

- Redusert andel fødselsrifter.

Styringsparametre:

- Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.
- Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt).

4.13 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

Mål 2013:

- Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetakene og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.

4.14 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordnet mål:

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

Mål 2013:

- Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.

4.15 Livsstilsrelaterte tilstander

Overordnede mål:

- Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Tilstrekkelig kapasitet for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt.
- Mer kunnskap om skader og ulykker som kan forebygges.

Mål 2013:

- Helseforetakene rapporterer data om skader og ulykker til NPR.
- Helseforetakene har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken" – *veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet 2012)
- Økt kapasitet for kirurgi mot sykkelig overvekt.

Styringsparametre:

- Andel helseforetak som rapporterer data om skader og ulykker til NPR.
- Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi

4.16 Helseberedskap

Overordnet mål:

- Helseforetakene har oppdaterte og øvede beredskapsplaner med system for å forebygge hendelser, oppdage og varsle hendelser, og system for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Systemene skal være koordinert mellom berørte parter.

Mål 2013:

- Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetakene oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.
- Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.

5. Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål:

- Riktig kompetanse på rett plass, tilstrekkelig helsepersonell og god utnyttelse av personellressursene.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring støtter opp under samhandlingsreformen.
- 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.

Mål 2013:

- Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.
- Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).
- Helseforetakene har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.

6. Forskning og innovasjon

6.1 Forskning

Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, herunder kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake områder.
- Alle helseforetak og private institusjoner som inngår i det nasjonale systemet for måling av forskningsresultater i helseforetakene har egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker, herunder IKT-løsninger.
- Økt bruk av kvalitetsregistre i forskning.
- Utprøvende behandling er som hovedregel gitt gjennom kliniske forskningsstudier og i henhold til nasjonale prinsipper for dette, jf. kap. 8 i St. meld. om kvalitet og pasientsikkerhet.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.
- Tilrettelegge for gode karriereveier i helseforskning.

Mål 2013:

- De regionale helseforetakene har i samarbeid, og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeidet retningslinjer og iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser. Retningslinjene er forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning.
- De regionale helseforetakene har samarbeidet med Norges forskningsråd og CRISStin om videreutvikling av klassifiseringssystemet for helseforskning (HRCS), herunder vurdert behov for inklusjon av nye kategorier.
- De regionale helseforetakene har, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, utarbeidet retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering i forbindelse med gjennomføring av flerregionale kliniske multisenterstudier. Retningslinjene er forankret i NorCRIN.
- De regionale helseforetakene har støttet opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studier, Nordic Trial Alliance.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet en felles årlig rapport som gir en beskrivelse av forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten.
Rapporteringssystemet e-rapport er trukket inn i arbeidet på en hensiktsmessig måte.
- Det er iverksatt tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet.
- Minst 40 prosent av publikasjonene fra 2013 i Helse Midt-Norge RHF har internasjonalt samarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).
- Minst 20 prosent av artiklene fra 2013 i Helse Midt-Norge RHF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).
- Helse Midt-Norge RHF har etablert støtte-/ insentivsystemer for å øke omfanget av søknader fra helseforetakene til EUs 7. rammeprogram for forskning.

6.2 Innovasjon

Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene.
- Økt omfang av innovasjoner som understøtter helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- 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 innovasjonseffekt gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Mål 2013:

- De regionale helseforetakene har videreført Nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i tråd med nasjonale føringer.
- Den nasjonale databasen for innovasjonsindikatorer i helseforetakene er utvidet til å inkludere innovasjonsprosjekter som understøtter samhandling.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.

7. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet bedt Helsedirektoratet om å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkkutforming 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-1/2013 omtaler Helsedirektoratet en del sentrale oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

8. 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 2012. Veksten i ISF- finansiert aktivitet i 2013 vil kunne avvike fra det som er lagt til grunn i styringsparameteren avhengig av aktivitetsutviklingen i 2. og 3. tertial 2012.

Rapportering på styringsparametre

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2013 samt rapporteringsfrekvens. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal (ØBAK) og mal for 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 brukererfaringsundersøkelsene som publiseres i 2013. Regionale helseforetak skal rapportere de publiserte indikatorene til departementet ved første mulige rapporteringstidspunkt etter at tallene er publisert. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter om enkelte styringsparametre.

Særskilt rapportering

De regionale helseforetakene har etter Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012-2013) fått bevilget 100 mill. kroner til en ekstra innsats for pasienter som venter på brystkonstruksjon med eget vev og protese. Det bes om særskilt rapportering per 1. mai 2013 etter rapporteringsmal i Oppdragsdokument 2012 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012) innen 1. juni 2013.

Rapportering i årlig melding

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp mål for 2013 og styringsparametre i oppdragsdokumentet for 2013. 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. mars 2014.

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 2015 innen 10. desember 2013.

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

Oslo, 20. desember 2012

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jonas Gahr Støre', written in a cursive style.

Jonas Gahr Støre

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	Jordmor **
		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					76*		
	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	136					55*		
	Vestfold	129						50	0
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	187	34	39	57	48	59	75	0
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	155						33	
	Finnmark	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 21 for jordmorutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold 2012/2013. For 2013/2014 blir aktivitetskravet lik 0 for begge høgskolene.

Merk at fra og med 2012/2013 er aktivitetskravet for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag redusert til 187. Fra og med 2015/2016 vil aktivitetskravet igjen være 217.

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 2012/2013 skal Diakonhjemmet Høgskole ha plassene. For 2013/2014 har Høgskolen i Telemark disse plassene. For Diakonhjemmet Høgskole er det for 2013/2014 et samlet aktivitetskrav på 76 for ergoterapi og vernepleie.

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.

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

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	219	107	57
Universitetet i Bergen	137	70	
NTNU	116	55	
Universitet i Tromsø	89	42	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Turnustjenesten for leger legges om fra 2013. Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2013. Antall turnusplasser for fysioterapeuter økes fra og med våren 2013, jf økning i kap 732 post 70 Særskilte tilskudd, Tilskudd til turnustjeneste.

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. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

For 2013 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)					
Utdanningsstillinger					
SUM	90	100	100	50	340

Av denne kvoten skal de regionale helseforetakene avsette LiS-stillinger til sideutdanning til leger i spesialisering innen allmenntjenestemedisin, slik at de får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. Stillingene kan også benyttes som sideutdanning i andre spesialiteter der gjennomføring av tjeneste i annen spesialitet kan være vanskelig.

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 er tildelt 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. 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 2013

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Antall produserte DRG-poeng ⁴		Regionale helseforetak	Månedlig	Nei
Refunderte polikliniske inntekter ⁵		Regionale helseforetak	Månedlig	Nei
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Norsk pasientregister	Månedlig	Nei
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker – Somatikk	100 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	Norsk pasientregister	Månedlig	Nei
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, jf. PasOpp-rapport nr 3 – 2012.	Publiseres: november 2013	Ja
Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres: 15.mai 2013	Ja
30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedirektoratet	Årlig	Ja
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedirektoratet	Årlig	Ja
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedirektoratet	Årlig	Ja
30-dagers risikostjustert totaloverlevelse		Helsedirektoratet	Årlig	Ja
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister	Årlig	Ja

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.

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Nei
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk fødselsregister	Årlig	Ja
Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt)		Helsedirektoratet	Årlig	Ja
Prevalens av sykehusinfeksjoner		Folkehelseinstituttet	Halvårlig	Ja
Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Nei
Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling	20 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.		Helsedirektoratet (SSB)	Årlig	Ja

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet)		Norsk pasientregister	Årlig	Ja
Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100 000 innbyggere > 18 år)		Hesledirektoratet; SAMDATA rapport	Årlig	Nei
Andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeidstid	Alle	Regionale helseforetak	Årlig	Nei
Andel reinnleggelser innen 30 dager for pasienter med schizofreni.		Norsk pasientregister	Årlig	Nei
Andel helseforetak som rapporterer data om ulykker og skader til NPR	100 %	Norsk pasientregister	Årlig	Nei
Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi	100 %	Regionale helseforetak	Årlig	Nei

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 2013 til CRISStin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 1. april 2013. Det er ønskelig at vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at Health Research Classification System (HRCS) benyttes.	CRISStin NIFU	Beregnes av NIFU med frist 1. juni 2013.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU er 15. mars 2013.	NIFU	Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 15.3.2013.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter i det regionale helseforetaket på medisinske fagområdet og etter forskningsart i 2013 ved bruk av HRCS. Samhandlingsforskning og forskning som følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2012 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 2013.	Norges forskningsråd (NFR)	Skriftlig tilbakemelding
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten (rapport).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2013.	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2013.	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 2013.	NFR Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2013: Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk Antall nye patentsøknader Innovasjonskulturtiltak (tekstlig omtale)	HF	Skriftlig tilbakemelding

Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten	Datakilde	Kommentar
Andel nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som har etablert faglig referansegruppe med brukerrepresentasjon	RHF	Skriftlig tilbakemelding
System for innføring av nye metoder og ny teknologi	Datakilde	Kommentar
Antall søknader om metodevurderinger for alle metodeområder som er ferdigbehandlet	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall bestillinger for hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering som er sendt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall bestillinger for hurtig metodevurderinger for legemidler som er sendt til Statens Legemiddelverk	RHF	Skriftlig tilbakemelding

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Trykk: Departementenes servicesenter
01/2013 - opplag 100





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Regionale helseforetak

Deres ref

Vår ref
12/3463

Dato
28 .06.2013

Oppdragsdokument 2013 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012-2013)

Det vises til Oppdragsdokument 2013 av 20. desember 2012. Blant annet som følge av Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012-2013), jf. Innst. 470 S (2012-2013), sender Helse- og omsorgsdepartementet ut et tilleggsdokument for 2013. Det vises også til utbetalingsbrev for juli måned.

Jf. 2 Tildeling av midler

Kap 732, post 21 Pilotprosjekt felles nødnummer Drammen

Gjennomføring av pilotprosjektet har vist seg å bli mer ressurskrevende enn forventet. Spesielt gjelder dette kostnadene for helsetjenestens ressurser i prosjektet. Det totale ressursbehovet for helse i 2013 er anslått til 4,8 mill. kroner. Helse Sør-Øst RHF tildeles 1 mill. kroner til pilotprosjektet.

Kap. 732, post 70 Forskningsstudie av ipilimumab

Det gis et tilskudd på 110 mill. kroner til gjennomføring av forskningsstudie av kreftlegemiddelet ipilimumab for å bedre kunnskapsgrunnlaget om hvilke pasienter med føflekkreft medisinen er særlig virksom på.

Ipilimumab er et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning. Basert på godkjent indikasjon er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling med ipilimumab. Det skal gjennomføres en prospektiv følgeforskningsstudie over anslagsvis fem år. Studien vil omfatte pasienter med føflekkreft som tidligere er behandlet med annen form for behandling, samt pasienter som har respondert positivt på andrelinjebehandling og som får tilbakefall. Dette er dagens godkjente bruksområde (godkjent indikasjon fra legemiddelmyndighetene).

Formålet med studien er å dokumentere hva slags effekt behandlingen med ipilimumab har på kort og lang sikt, i form av overlevelse, symptomlindring og livskvalitet, og utvikle gode kliniske, genetiske og/eller biologiske markører som kan indikere hvilke pasienter som kan ha best effekt av medikamentet. Intensjonen er at disse pasientene, ikke hele pasientgruppen, i fremtiden skal tilbys medikamentet.

Departementet ba i brev av 22. mars 2013 de regionale helseforetakene, i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med forankring i NorCRIN-nettverket, å sette i gang planlegging og gjennomføring av en samtykkebasert, prospektiv forskningsstudie knyttet til bruk av legemiddelet ipilimumab. Inntil studien starter, har departementet bedt om at pasienter som kan ha nytte av legemiddelet innenfor godkjent bruksområde, tilbys dette.

Tilskuddet tildeles Helse Sør-Øst RHF. Studien skal omfatte alle pasienter som kan ha nytte av behandlingen innenfor godkjent bruksområde i de fire regionene. Midlene skal dekke alle merkostnader knyttet til studien, herunder medikamentkostnader og andre kostnader knyttet til gjennomføring av studien i de fire regionene. Pasienter bør også få kompensasjon for merutgifter de har i forbindelse med deltakelse i studien samt informasjon om kompensasjon og dekning av utgifter, i henhold til vanlige prosedyrer. I tillegg skal midlene dekke kostnader knyttet til bruk av ipilimumab for pasienter som er behandlet med ipilimumab innenfor godkjent bruksområde i de fire regionene etter at oppdraget ble gitt de regionale helseforetakene og inntil studien igangsettes, jf brev av 22. mars 2012. Departementet er kjent med at det allerede føres separate regnskap for disse utgiftene. Midlene for dekning av studiekostnader fordeles i henhold til ordinær praksis for finansiering av flerregionale multisenterstudier, jf oppdragsdokument 2013. Organisering og gjennomføring av studien, herunder fordeling av kostnader bør forankres i ledelsen i de regionale helseforetakene.

Kap. 732, post 70 Investeringer i IKT

Det gis et tilskudd på 70 mill. kroner for å få raskere innføring av elektroniske meldinger mellom sykehus og andre aktører, automatisk oppdatering av adresseregistre og økte investeringer til IKT og pasientjournalssystemer. Det er et mål at alle sykehus skal kunne sende og motta elektroniske meldinger i løpet av 2014.

Elektronisk samhandling mellom sykehus og andre aktører preges av manuelle rutiner, gammel teknologi og tungvinte løsninger. Målet er økt elektronisk samhandling slik at midlertidige løsninger basert på bruk av diskett, faks, papir mv. avvikles.

Tilskuddet skal benyttes til:

- Ta i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren.
- Ta i bruk automatisk oppdatering av adresseregisteret i Norsk Helsenett SF (prosjekt OSEAN i Norsk Helsenett SF).

- Bidra i arbeidet med å utvikle standarder for elektronisk henvisning med vedlegg og elektronisk henvisning mellom sykehus. Utvikling av standarder skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet.
- Starte planlegging av dialogmeldinger mellom sykehus og andre, herunder løsning for å sende elektronisk post til innbygger (sikker digital postkasse).

Ved å gjennomføre disse tiltakene vil sektoren få mer ut av IT-systemene som allerede er innført og sektoren blir mer moden i bruk av teknologi. På den måten støtter tiltakene opp om overgangen til én nasjonal journal, som er den langsiktige visjonen i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Helse Sør-Øst RHF tildeles 37,8 mill. kroner, Helse Vest RHF tildeles 13,3 mill. kroner, Helse Midt-Norge RHF tildeles 10 mill. kroner og Helse Nord tildeles 8,9 mill. kroner.

Kap. 732, post 70 Prostatasentra

Prostatakreft skiller seg fra mange andre kreftformer ved at ikke alle pasienter har behov for umiddelbar behandling og er på flere måter en særlig utfordring innen diagnostikk og valg av behandling. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakreft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling. Helse Sør-Øst RHF tildeles 4 mill. kroner, Helse Vest RHF tildeles 2 mill. kroner, Helse Midt-Norge RHF tildeles 2 mill. kroner og Helse Nord tildeles 2 mill. kroner.

Kap. 732, post 70 Helsetjenestens og kommunenes innføringskostnader ved nødnett

Tilskuddet på 58 mill. kroner er forutsatt å dekke de kostnadene som Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) i 2013 har i sitt arbeid med innføring av nødnett i kommunene. HDO HF vil stå for den praktiske innføringen i kommunehelsetjenesten, i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF og HDO HF har dialog med Helsedirektoratet, prosjektleder for innføring av nødnett i helsetjenesten, om bruken av de tildelte midler. Departementet ber om at bruk av tilskuddet rapporteres til møtene i departementets styringsgruppe for nødnett. Helse Sør-Øst RHF tildeles 58 mill. kroner som forutsettes videreført til HDO HF.

Kap. 732, postene 72-75 Behandlingshjelpemidler

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012-2013) ble finansieringsansvaret for enkelte behandlingshjelpemidler tilsvarende 3,4 mill. kroner overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Ved en feil omfattet ikke flyttingen taleventiler/taleproteser. Tildeling over basisbevilgningene økes med 0,9 mill. kroner med følgende fordeling:

- Kap. 732, post 72 økes med 0,5 mill. kroner
- Kap. 732, post 73 økes med 0,2 mill. kroner
- Kap. 732, post 74 økes med 0,1 mill. kroner
- Kap. 732, post 75 økes med 0,1 mill. kroner

Assistert befruktning til personer med seksuelt overførbare sykdommer

En endring i bioteknologiloven som åpner for at det kan gis assistert befruktning av smittevern hensyn til personer med alvorlig og kronisk seksuelt overførbare sykdommer trer i kraft 1. juli 2013. Dette gjelder blant annet personer med hivinfeksjon.

De regionale helseforetakene skal sørge for tilbud til hivsmittede i samsvar med lovendringen og de føringene som er gitt i Prop. 95 L (2012-2013) og Innst. 313 L (2012-2013). Videre skal tilbudet om assistert befruktning til infertile gjøres tilgjengelig for infertile hiv- og hepatittsmittede. Tilbudet dekkes innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Jf. 4.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

I oppdragsdokument 2013 står det: "De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert de regionale helseforetakenes bestillerforum for metodevurderinger som skal løftes til nasjonalt nivå innen 15. januar." Departementet er tilfreds med at de regionale helseforetakenes bestillerforum er etablert og viser til at første sak vil bli behandlet i bestillerforum 23. september d.å.

Beslutninger om ev. innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten etter gjennomførte nasjonale metodevurderinger skal fattes innenfor eksisterende beslutningsstrukturer i de regionale helseforetakene. Det legges til grunn at disse beslutninger må koordineres med nasjonale myndigheters ansvar for nasjonale faglige retningslinjer. Det vises til planlagt møte mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene 26. august om samme sak. Helse- og omsorgsdepartementet ber om at innholdet i beslutningsprosessen etter at nasjonale metodevurderinger foreligger blir konkretisert, i tråd med forutsetningen om transparens i beslutningsprosessen.

Jf. 4.16 Helseberedskap

Det vises til kartleggingen av sykehusenes kapasitet på intensivbehandling og bruk av respiratorer ved økt belastning, for eksempel som følge av en influensaepidemi eller pandemi, gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetak våren 2013. På grunnlag av sykehusenes og regionenes rapportering i undersøkelsen synes det å være variasjon i hvor godt forberedt sykehusene er på å møte en situasjon med betydelig økt pasienttilstrømming. Sykehusene og regionene må gå gjennom sine planer og gjennomføre øvelser slik at en sikrer en god beredskap ved eventuelle krisesituasjoner i sykehusene, i regionene og mellom regionene.

Jf. 8 Oppfølging og rapportering

Regionale helseforetak må ta høyde for punktene over i rapporteringen for oppdragsdokument 2013.

Samtidig vil departementet minne om at vi nå starter arbeidet med å gjennomgå styringsdokumentene for 2014 med sikte på forenkling og færre krav, jf. foretaksprotokollen fra mai i år. Detaljstyringen skal reduseres. Det tas sikte på å samle kravene i oppdragsdokumentet og foretaksprotokollen i større grad slik at de faglige, organisatoriske og økonomiske kravene stilles i samme møte.

Med vennlig hilsen



Jonas Gahr Støre

Kopi: Riksrevisjonen

