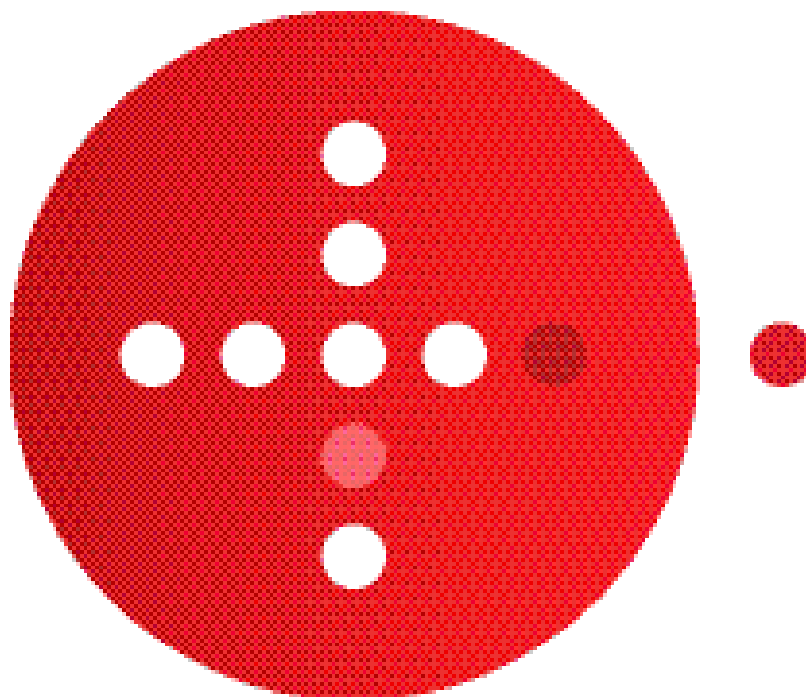




Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2013 Helse Vest RHF



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2013

Helse Vest RHF



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Innhald

1.	Overordna føringar	3
2.	Tildeling av midlar	4
3.	Aktivitet	7
4.	Satsingsområde 2013	7
4.1	Tilgjenge og brukarorientering	7
4.2	Kvalitetsforbetring	8
4.3	Pasientsikkerheit	9
4.4	System for innføring av nye metodar og ny teknologi	10
4.5	Samhandlingsreforma	11
4.6	Kreftbehandling	11
4.7	Behandling av hjerneslag	12
4.8	Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling	13
4.9	Psykisk helsevern	14
4.10	Habilitering og rehabilitering	15
4.11	Behandling av kronisk utmattingssyndrom/ myalgisk encefalopati	15
4.12	Fødselsomsorg	15
4.13	Barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling	16
4.14	Kjeveleddsdisfunksjon	16
4.15	Livsstilsrelaterte tilstandar	16
4.16	Helseberedskap	16
5.	Utdanning av helsepersonell	17
6.	Forsking og innovasjon	17
6.1	Forsking	17
6.2	Innovasjon	19
7.	Forholdet til Helsedirektoratet	19
8.	Oppfølging og rapportering	20

1. Overordna føringar

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet til disposisjon dei midlane Stortinget har løyvd til Helse Vest RHF for 2013. Helse Vest RHF skal utføre pålagde oppgåver og gjennomføre styringskrava innanfor dei rammene og ressursane som blir stilte til disposisjon i dokumentet.

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendig spesialisthelseteneste. Helse Vest RHF har ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Helse Vest RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir gjennomført på ein god måte, og at desse oppgåvene gir grunnlag for ei god og forsvarleg pasientbehandling. Helse Vest RHF skal sikre tilstrekkeleg kompetanse i alle delar av spesialisthelsetenesta. Det skal leggjast vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjellar i aktuelle befolkningsgrupper, mellom anna innvandrargrupper. Pasientar og brukarar må kunne kjenne seg trygge på at tenestene er tilgjengelege, og at dei blir møtte med omsorg og respekt.

Helsestellet må undersøkje og synleggjere kva for rett og behov samiske pasientar har når det gjeld tilrettelagde tenester, frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen, og når det blir teke avgjerder.

Lover, forskrifter og andre myndigheitsvedtak utgjer rammene for helsetenesta. Helse Vest RHF skal ha dokumenterte system som sikrar at aktiviteten blir planlagd, organisert og utført i samsvar med fastsette krav i lovgivinga. Departementet vil jamleg informere Helse Vest RHF om lov- og forskriftsarbeid som gjeld spesialisthelsetenesta.

Stortingsmeldingane om kvalitet og pasientsikkerheit og e-helse legg føringar for utviklinga av spesialisthelsetenesta. Stortinget behandlar meldingane våren 2013.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerheit må ikkje stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. Dei regionale helseføretaka skal tilpasse verksemda til dei økonomiske rammevilkåra som Stortinget har lagt for sektoren. Alle regionale helseføretak skal gå i økonomisk balanse i 2013.

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

Ein desentralisert sjukehusstruktur skal framleis liggje til grunn, og lokalsjukehusa skal vidareutviklast for å ha ein viktig funksjon i den heilskaplege helsetenesta. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned. Samtidig må ein framtidig sjukehusstruktur byggje på betre samarbeid og arbeidsdeling mellom sjukehus. Samarbeidet mellom helseføretak og kommunar skal sikre gode og heilskaplege pasientforløp.

Dei regionale helseføretaka og helseføretaka skal øve på tiltaka i beredskapsplanane jamleg, og oppdatere planane i samsvar med erfaringar. Beredskapsplanane skal omfatte samhandling med blant andre fylkesmenn, kommunar, andre nødetatar, frivillige organisasjonar og andre land.

Sjå samarbeidsavtalen som er inngått mellom regjeringa og ideelle organisasjonar 3. oktober 2012.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal sikre kravet om gode og breitt involverande prosessar. Samarbeid mellom helseføretak og kommunar, og mellom leiing, tillitsvalde, tilsette og brukarar, skal leggjast til grunn i slike prosessar. Omstilling av tenestetilbod som vedkjem kommunar, skal ikkje gjennomførast før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Dette er særleg viktig innanfor psykisk helsevern og rus der økonomiske verkemiddel ikkje er etablert. Ved omstillingar skal ein særleg leggje vekt på kvaliteten i det samla helsetilbodet til eldre.

Ventetidene skal reduserast. Aktuelle tiltak kan vere meir effektiv utgreiing og bruk av private aktørar der det er med på å redusere ventetidene på ein kostnadseffektiv måte.

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

Heimlane for avtalespesialistar skal bidra til god geografisk fordeling av tenester.

Departementet føreset at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2012–2013) og budsjettvedtak i Stortinget som heng saman med proposisjonen.

Samhandlingsreforma, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortinget si behandling (Innst. 422 S (2010–2011)) utgjer eit overordna rammeverk og gir føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta.

Mål og styringskrav for 2013 er valde ut frå ei risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområde. Relevante mål som er gitt i tidlegare oppdragsdokument, gjeld framleis.
--

2. Tildeling av midlar

Grunnlaget for Helse Vest RHF sine inntekter er i hovudsak løyvingsvedtak i Stortinget. Det regionale helseføretaket skal sørge for at dei ressursane som blir stilte til disposisjon, blir nytta på ein effektiv måte og kjem pasientane til gode. Helse Vest RHF skal basere verksemda si i 2013 på tildelte midlar som følgjer av tabell 1. Plan for utbetalingar av tilskott blir omtala i eigne brev til dei regionale helseføretaka.

Sjå helseføretakslova § 45 og løyvingsreglementet § 10, der det står at departementet og Riksrevisjonen kan setje i verk kontroll med at midlane blir brukte etter føresetnadene.

Tabell 1. Tilskodd til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post.

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
732	21	Helseundersøkinga i Gulen og Masfjorden	2 500 000
732	70	Særskilde tilskott (Omlegging av arbeidsgivaravgift)	26 238 000
	70	Særskilde tilskott (Tilskott til turnusteneste)	5 900 000
	70	Særskilde tilskott (Nasjonalt pilotprosjekt ved Nordfjord sjukehus)	26 651 000
	70	Særskilde tilskott (Partikkelterapi)	15 000 000
	73	Basisløyving Helse Vest RHF	16 738 286 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsløyving</i>	1
	77	Poliklinisk verksemd o.l., <i>overslagsløyving</i>	2
	78	Forskning og nasjonale kompetansetenester	153 977 000
	79	Raskare tilbake	95 300 000
734	72	Utviklingsområde innanfor psykisk helsevern og rus	3 700 000
781	79	Andre tilskott (Klinisk multisenterstudie ME)	2 000 000
781	79	Andre tilskott (Barn som pårørande)	4 000 000

Kap. 732, post 73 Basisløyving Helse Vest RHF

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

Helse Vest RHF skal setje av minst 54,5 mill. kroner av basisløyvinga til å etablere døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane. Tidspunkt for utbetaling av bidrag skal avtalast lokalt eller utbetalast når tilbodet startar opp. Frå 2013 legges det opp til ei sjekkliste knytte til søknadane frå kommunane. Det skal mellom anna ligge føre dokumentasjon på at alle viktige element i planleggingsprosessen, jf veilederen, er drøfta og avklart, og at det ikkje står att usemje om tilbodet ein søker om midlar til.

Nye døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane er eit viktig verkemiddel for kommunen til å kunne påverke sjukehusforbruket. Slike tilbod i kommunane inngår ikkje i kommunal medfinansiering. Mange pasientar som ventar på utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta, ventar på kirurgisk behandling (operasjon). Vedteken modell for kommunal medfinansiering byggjer på at staten tek heile rekninga for operasjonar.

Betalingssatsen for kommunane for utskrivningsklare pasientar blir prisjustert til 4125 kroner i 2013.

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

¹ Posten er forklart under tabellen.

² Posten er forklart under tabellen.

Departementet føreset at Helse Vest RHF inngår avtalar med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i samsvar med behovet for denne typen tenester i regionen. Det må òg vurderast om det er behov for å kjøpe tenester utanfor eigen region. Eigendelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar blir auka til 126 kroner pr. kurdøgn frå 1. juli 2013.

Ressursramma som blir stilt til disposisjon, legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga på vel 2 pst. frå 2012 til 2013. Aktivitetsveksten på om lag 1,7 pst. (inkl. døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane) innanfor innsatsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innanfor refusjonar for poliklinisk behandling (post 77) blir målt i forhold til prognosar per 1. tertial 2012 og mai 2012. Dersom veksten i 2012 blir høgare enn dette, blir veksten i 2013 tilsvarande lågare. Den generelle veksten omfattar også behandling som i all hovudsak blir finansiert av basisløyvinga (f.eks. rehabilitering, psykiisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling).

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

Kap. 732, post 76 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over dei aktivitetsbaserte ordningane skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Det inneber at departementet ikkje veit på førehand kor store utbetalingane over denne posten kjem til å bli. I 2013 utgjer akontoutbetalingane over kap. 732, post 76 til Helse Vest RHF 3 320,3 mill. kroner. I tillegg er det i akontoutbetalingane lagt til grunn at Helse Vest RHF kjem til å motta 1 073,1 mill. kroner i kommunal medfinansiering. Summen av innsatsstyrt finansiering og kommunal medfinansiering tilsvarer 40 pst. av einingsprisen i 2013.

Akontobeløpet er basert på ein prognose for aktivitet per 1. tertial 2012, og det er dette nivået det er lagt til rette for å vidareføre og auke med 1,7 pst. i 2013. Akontobeløpet er basert på ein anslått samla DRG-produksjon på 278 436 DRG-poeng. I aktivitetsbestillinga (målt i DRG-poeng) er det gjort fråtrekk for nytt døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane. Dette er anslått til å utgjere om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikkje blir etablert tilbod etter føresetnaden i kommunane, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskott (kap. 762, post 60) til Helse Vest RHF (kap. 732, post 70 og kap. 732, post 76). Akontoutbetalingane baserer seg på ein einingspris på 39 447 kroner.

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

Kap. 732, post 77 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Ein aktivitet i tråd med Prop. 1 S (2012–2013) og Innst. 11 S (2012–2013) tilseier ei utbetaling på 627 mill. kroner til Helse Vest RHF. Beløpet er basert på ein prognose frå rekneskapstal per mai 2012, og det er dette nivået som kan vidareførast og aukast i 2013. Samla sett tek løyvinga høgde for ein vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 6,5 pst. Dette omfattar også polikliniske radiologi- og laboratorietenester. Helse Vest RHF skal tilpasse kapasiteten til behova slik at ventetida blir redusert også på dette området og sikrar at det er etablert eit tilbod om øyeblikkelig hjelp ved mistanke om alvorleg sjukdom.

Kap. 732, post 79 Raskare tilbake

Helse Vest RHF blir tildelt inntil 95,3 mill. kroner under ordninga "Raskare tilbake". Av desse skal 6,4 mill. kroner nyttast til dei arbeidsmedisinske avdelingane. Reell aktivitet innanfor ordninga avgjer dei endelege inntektene innanfor ramma. Departementet vil vurdere akontobeløpet i forhold til rapportert aktivitet innanfor ordninga. I tillegg til rapportering i årleg melding skal det rapporterast i ØBAK. For midlane til arbeidsmedisinsk avdeling skal det rapporterast i årleg melding.

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

Helse Vest RHF blir tildelt 1,5 mill. kroner til vidareføring av rusmeistringseiningane ved fengsla i Stavanger og Bergen. Vidare blir føretaket tildelt 1,2 mill. kroner til vidareføring av forsøk med narkotikaprogram med domstolkontroll i Bergen og 1,0 mill. kroner til soningseining for dei under 18 år.

Kap 781, post 79 Barn som pårørande

Følgjande formål blir dekte av løyvinga på 4 mill. kr:

- Oppretting av lågterskeltiltak / familieambulatorium. Det skal leggjast særleg vekt på langsiktig oppfølging av familiar med barn med alkoholsyndrom og barn av mødrer i LAR-behandling.
- Styrking av kunnskapen om førebygging av rusmiddelskadar hos barn.
- Forankring av arbeidet med barn som pårørande. Helse Vest RHF skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om mandat og referansegruppe for kompetansenettverket BarnsBeste ved Sørlandet sykehus HF.

3. Aktivitet

Mål 2013:

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

Styringsparametrar:

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

4. Satsingsområde 2013

4.1 Tilgjenge og brukarorientering

Overordna mål:

- Pasientar, brukarar og pårørande opplever at dei blir ivaretekne, sett og høyrde.
- Pasientar og brukarar opplever god kvalitet og service.
- Pasientar, brukarar og pårørande kan delta aktivt i utforminga av eige behandlingstilbod og tenestetilbodet i verksemdene.

- Tenestene er innretta etter brukarane sine behov, både når det gjeld fysisk, kulturelt og språkleg tilgjenge.
- Større merksemd på pasient- og brukaropplæring, blant anna ved likemannsarbeid og bruk av elektroniske verktøy.
- Pasientar og pårørande sine erfaringar blir brukte systematisk i kvalitetsforbetringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Helsepersonell har god kompetanse på kommunikasjon.
- Reduserte ventetider.
- Ingen fristbrot.
- God og forståeleg informasjon om fritt sjukehusval.

Mål 2013:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.
- Resultat frå pasienterfaringsundersøkingar er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka og aktivt følgde opp.
- Pasientar som skal gjennom omfattande utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta, har fått utarbeidd ein behandlingsplan som blir dokumentert i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkt for dei ulike delane av forløpet. Planen skal vere eit arbeidsdokument for pasient og behandlar som blir revidert ved behov.

Styringsparametrar:

- Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta.
- Prosentdel ventetider på nettsida fritt sjukehusval som er oppdaterte siste fire veker.
- Prosentdel fristbrot for rettigheitspasientar.
- Brukarerfaringar for inneliggjande pasientar som får behandling i somatiske sjukehus.
- Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel.

4.2 Kvalitetsforbetring

Overordna mål:

- Betre behandlingresultat og auka overleving.
- Mindre variasjon i praksis mellom sjukehus.
- Leiinga på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerheit i tenesta innanfor sitt ansvarsområde.
- Leiinga på alle nivå følgjer opp eigne resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar og arbeider aktivt for å forbetre desse.

- Sterke anbefalingar³ i nasjonale faglege retningslinjer er implementerte.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregister er etablerte og tekne i bruk innanfor viktige fagområde.
- Data frå nasjonale medisinske kvalitetsregister blir brukte til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbetningsarbeid, inkludert utarbeiding av nasjonale kvalitetsindikatorar og oppfølging av sentrale anbefalingar i nasjonale faglege retningslinjer.
- Nasjonale kvalitetsindikatorar har tilfredsstillande datakvalitet.

Mål 2013:

- Helseføretaka har utarbeidd planar for implementering av sentrale anbefalingar i relevante nasjonale faglege retningslinjer.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregister leverer offentleg tilgjengelege årsrapportar baserte på ein felles mal.
- Betre kvalitet i rapporteringa frå psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikrisar er sende ut innan sju dagar.
- Ingen korridorpatientar.

Styringsparametrar:

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

4.3 Pasientsikkerheit

Overordna mål:

- Færre infeksjonar påførte i samband med sjukehusopphald.
- Tryggare legemiddelbruk.
- Færre fall og trykksår.
- Openheit om uønskte hendingar.
- Auka prosentandel uønskte hendingar blir melde.

³ Tiltrådingar i nasjonale faglige retningslinjer er graderte etter styrken på kunnskapsgrunnlaget. Når tilrådingane er svake, er ønska til pasienten i større grad bestemmande for hva tiltak ein vel.

- Uønskete hendingar blir brukte aktivt til læring og forbetring.
- Leiinga på alle nivå sikrar velfungerande system for melding og handtering av uønskete hendingar.
- Tilsette opplever det trygt å melde, og meldingane blir følgde opp med årsaksanalysar og tiltak ut frå eit system- og læringsperspektiv.
- Pasientar og pårørande blir involverte i pasientsikkerheitsarbeid, og det er etablert gode rutinar for oppfølging av pasientar og pårørande som opplever skade.

Mål 2013:

- Alle sjukehus og helseføretak implementerer alle tiltakspakkane i den nasjonale pasientsikkerheitskampanjen "I trygge hender" og rapporterer egne resultat.
- Leiinga i helseføretaka set i verk tiltak for å følgje opp egne resultat i kampanjen, kartlegginga av pasientsikkerheitskultur, meldingar til Kunnskapssenteret og tilsynsrapportar.
- Helseføretaka har utarbeidd planar for opplæring i bruk av pasientadministrative system.
- Helseføretaka legg på eigna måte ut informasjon om melde § 3-3-hendingar, og egne resultat frå journalundersøkinga.

Styringsparametrar:

- Prosentdel sjukehus som har gjennomført journalundersøking etter GTT-metoden, i tråd med føringane i pasientsikkerheitskampanjen.
- Prevalens av sjukehusinfeksjonar.

4.4 System for innføring av nye metodar og ny teknologi

Overordna mål:

- Etablere ein einskapleg og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metodar og ny teknologi, i tråd med nasjonalt system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta.

Mål 2013:

- Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utføring av mini-metodevurderingar.
- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Vest RHF, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta etablert de regionale helseføretaka sine bestillarforum for metodevurderingar som skal lyftast til nasjonalt nivå innan 15. januar.
- Dei nasjonale helseføretaka har delteke i den nasjonale arbeidsgruppa for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetenesta.

Styringsparameter:

- Talet på gjennomførte mini-metodevurderingar som er sende til databasen i Kunnskapssenteret.

4.5 Samhandlingsreforma

Overordna mål:

- Det er etablert og vidareutvikla effektive og lokale behandlingstilbod i samarbeid med kommunane, mellom anna lokalmedisinske senter.
- Med bakgrunn i dei lovpålagde avtalane mellom kommunar og helseføretak er det etablert heilskaplege pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseføretak og kommunar.
- Det er etablert funksjonar og tenester som støtter opp om kommunane sine behov for støtte og rettleiing slik at dei kan yte primærhelsetenester i samsvar med lov, forskrifter og inngåtte avtalar.

Mål 2013:

- Det er utarbeidd planar for desentralisering av spesialisthelsetenester i dialog med kommunane.
- Helseføretaka samarbeider med kommunane om etableringa av døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Dei regionale helseføretaka har gjort sitt til at nye døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehus. Sjå Helsedirektoratet sin rettleiar om kommunane si plikt til døgntilbod om øyeblikkelig hjelp.
- Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetenester bør samlokaliseras med det nye kommunale tilbodet.
- Det er sikra at ordninga med betaling for utskrivingsklare pasientar ikkje har endra vurderinga av når ein pasient er utskrivingsklar.

4.6 Kreftbehandling

Overordna mål:

- Nasjonal kreftstrategi (2013–2017) er lagd til grunn for utvikling av tenestetilbodet til kreftpasientar.
- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreftsjukdommar.
- Formålstenleg organisering av tilbodet til kreftpasientar med vekt på samling av funksjonar som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre einingar (for eksempel spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbod som kan gis nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasientar.

Mål 2013:

- Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utgreiing og redusere flaskehalsar i forløpa for kreftpasientar.
- 80 % av kreftpasientar har forløp innanfor anbefalte forløpstider:
 - 5 arbeidsdagar frå motteken tilvising til tilvisinga er vurdert.
 - 10 arbeidsdagar frå motteken tilvising til utgreiing er påbegynt.
 - 20 arbeidsdagar frå motteken tilvising til behandling er starta.
- Det er sett i verk tiltak for å betre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpa, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorar.
- Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF har sett i verk ein pilot med tverrfagleg diagnosesenter for pasientar med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annan alvorleg sjukdom.
- Det er bygd opp robuste fagmiljø med auka kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.
- Det er etablert fleire tilbod for pasientopplæring, likemannsarbeid og meistring, mellom anna pusterom og vardesenter.

Styringsparametrar:

- Prosentdel pasientar med tjukktarmskreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.
- Prosentdel pasientar med brystkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.
- Prosentdel pasientar med lungekreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.

4.7 Behandling av hjerneslag

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag i tråd med nasjonale faglege retningslinjer.
- Alle pasientar med akutt hjerneslag blir behandla i slageining.
- Fleire pasientar med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Auka kunnskap blant helsepersonell, pasientar og pårørande om symptoma ved akutt hjerneslag.

Mål 2013:

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

Styringsparametrar:

- Prosentdel på pasientar under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling.
- 30 dagars overleving etter innlegging for hjerneslag.

4.8 Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og anna avhengigheitsbehandling

Overordna mål:

- Høg kvalitet og kompetanse i utgreiing, behandling og rehabilitering til pasientar/brukarar med rus og andre avhengigheitslidingar. Vi viser til Helsedirektoratet sitt oppdrag om å samanlikne kvalitet og kostnader for offentlege og private rusinstitusjonar.
- Distriktpspsykiatriske senter er lagde til grunn som nøkkelstruktur for vidare utvikling av spesialisthelsetenester ved rus og avhengigheitslidingar der lokale forhold tilseier det.
- Fleire pasientar fullfører tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Dei private institusjonane som har avtale med regionale helseføretak, er inkluderte i fagutviklingsarbeid og planprosessar.
- Det er etablert gode rutinar for samarbeid med kommunen for pasientar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling, ved behandlingsavbrot og etter utskriving, og dessutan rutinar for raskt reintak i tverrfagleg spesialisert rusbehandling ved behandlingsavbrot dersom pasienten ønskjer det.
- Auka merksemd på og kompetanse i behandling av pasientar med skadar og avhengigheit av anabole androgene steroid.
- Det sosialfaglege aspektet innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling er ivareteke.
- Det er sikra eit godt tilbod på institusjonar til rusavhengige som har rusfridom som mål.

Mål 2013:

- Det er behov for ein gjennomgang av den samle kapasiteten innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og det bør vurderast om det er behov for å auke kapasiteten på feltet ytterlegare, særleg når det gjeld langtidsplassar drivne av ideelle organisasjonar.
- Det er etablert tilbod om brukarstyrte plassar innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Det er etablert system ved somatiske avdelingar for å fange opp pasientar med underliggjande rusproblem og eventuelt vise desse vidare til tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Det er etablert tilbod om lågterskel-LAR for den mest hjelpetrengjande gruppa av opiatavhengige med samansette sjukdommar i samarbeid med kommunen.
- Det er gjennomført brukarundersøkelser innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling i alle helseføretak.

4.9 Psykisk helsevern

Overordna mål:

- Omstillinga innanfor psykisk helsevern blir fullført, slik at DPS blir sette i stand til å ta seg av alle allmennpsykiatriske funksjonar, mellom anna akuttfunksjonar gjennom døgnet.
- Det er vurdert å samlokalisere akuttavdelingar og spesialfunksjonar som for eksempel alderspsykiatri og eteforstyrningar med somatiske sjukehus.
- Pasientar/brukarar får eit heilskapleg tilbod på eit nivå som best mogleg kan leggje til rette for meistring og eit normalt liv, dvs. at tilbodet som hovudregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.
- Sjukehusa tek seg av oppgåver som berre kan utførast på sjukehusnivå, dvs. sikkerheitsavdelingar, lukka akuttavdelingar og enkelte avgrensa spesialfunksjonar.
- Psykisk helsevern er i størst mogleg grad basert på frivilligheit. Det blir lagt til rette for frivillige og brukarstyrte tilbod, mellom anna lækjemiddelfrie behandlingstilbod for pasientar som ønskjer det.

Mål 2013:

- Det er utarbeidd ein regional plan for omstillinga av psykisk helsevern i tråd med dei gitte signala. Planen skal vise framdrift for utviklinga av DPS, utvikling og spissing av sjukehusfunksjonane og overføring av ressursar frå sjukehus til DPS.
- Helse Nord RHF har i samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) og andre regionale helseføretak vurdert korleis kliniske tenester til samiske pasientar skal vidareførast og organiserast. Dette bør sjåast i samanheng med ein eventuell søknad om SANKS status som ei nasjonal kompetanseteneste.
- Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjonar der lokale forhold gjer det nødvendig.
- Alle DPS har etablert ambulante funksjonar der legar og psykologar deltek.
- Prosentdel tvangsinnleggingar er redusert med 5 % i samarbeid med dei kommunale tenestene.
- Prosentdel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.

Styringsparametrar:

- Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på DPS og sjukehus.
- Prosentdel DPS som dekkjer akuttberedskap utover normal arbeidstid.
- Registrering av lovgrunnlag om psykisk helsevern for vaksne.

- Prosentdel tvangsinnleggingar (Talet per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet).
- Prosentdel tvangsbehandlingstiltak (Talet per 100 000 innbyggjarar > 18 år).
- Prosentdel reinnleggingar innan 30 dagar for pasientar med schizofreni.

4.10 Habilitering og rehabilitering

Overordna mål:

- Tilboda til barn, unge og vaksne som har behov for habiliterings-/rehabiliteringsretta tiltak, er tilstrekkelege og relevante.
- Det er sikra nødvendig kompetanse i tenestene, inkludert legetenester.
- Habiliterings-/rehabiliteringstilboda til kvar enkelt brukar/pasient er heilskaplege og koordinerte.
- Det er etablert godt samarbeid og rettleiing mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta på habiliterings-/rehabiliteringsområdet.

Mål 2013:

- Dei regionale helseføretaka har lagt Helsedirektoratet sin modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det vidare arbeidet på rehabiliteringsfeltet.

4.11 Behandling av kronisk utmattingssyndrom/ myalgisk encefalopati

Overordna mål:

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

Mål 2013:

- Det er sett i verk tiltak for å styrkje kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

4.12 Fødselsomsorg

Overordna mål:

- Fødselsomsorg av høg kvalitet.

Mål 2013:

- Redusert prosentdel fødselsrifter.

Styringsparametrar:

- Prosentdel pasientar med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.
- Prosentdel forløysingar utførte ved keisarsnitt totalt, og prosentdel keisarsnitt utførte som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt).

4.13 Barn som har vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling

Mål 2013:

- Det er tilstrekkeleg kompetanse i helseføretaka og gode rutinar for å ta vare på barn som kan ha vore utsette for seksuelle overgrep og anna mishandling.

4.14 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordna mål

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

Mål 2013

- Det er gitt behandlingstilbod til pasientar med alvorleg kjeveleddsdysfunksjon som er vurderte og utgreidde ved det tverrfaglege tilbodet etablert i Helse Bergen HF.

4.15 Livsstilsrelaterte tilstandar

Overordna mål:

- Betre ernæringsstatus hos pasientar i ernæringsmessig risiko.
- Tilstrekkeleg kapasitet for kirurgisk behandling av sjukeleg overvekt.
- Meir kunnskap om skadar og ulykker som kan førebyggjast.

Mål 2013:

- Helseføretaka rapporterer data om skadar og ulykker til NPR.
- Helseføretaka har etablert ein overordna ernæringsstrategi i tråd med anbefalingar i faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet og *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet 2012).
- Auka kapasitet for kirurgi mot sjukeleg overvekt.

Styringsparametrar:

- Prosentdel helseføretak som rapporterer data om skadar og ulykker til NPR.
- Prosentdel helseføretak som har utarbeidd ernæringsstrategi.

4.16 Helseberedskap

Overordna mål:

- Helseføretaka har oppdaterte og innøvde beredskapsplanar med system for å førebyggje hendingar, oppdage og varsle hendingar, og system for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Systema skal vere koordinerte mellom partane dei gis.

Mål 2013:

- Med utgangspunkt i evalueringsrapportane etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringar frå øvingar og hendingar har helseføretaka oppdatert og gjort nødvendige tilpassingar i beredskapsplanane sine.
- Det er teke initiativ til felles trening og øvingar med andre nødetatar og frivillige organisasjonar.

5. Utdanning av helsepersonell

Overordna mål:

- Riktig kompetanse på rett plass, tilstrekkeleg helsepersonell og god utnytting av personellressursane.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring støttar opp under samhandlingsreforma.
- Etter- og vidareutdanning av helsepersonell i helseføretaka sikrar kvalitet og pasientsikkerheit i tenestene.
- Praksis- og turnusordningar bidreg til at helseføretaka framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplassar.
- Etablerte samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjonar er utnytta på ein god og kraftfull måte og i samsvar med utviklinga av tenestetilbodet.

Mål 2013:

- Rask og effektiv tilsetjingsprosess for turnuslegar i samarbeid med aktuelle kommunar.
- Talet på turnusplassar for fysioterapeutar er auka, jf. kap. 732, post 70 Særskilde tilskott (turnusteneste i sjukehus for legar og fysioterapeutar).
- Helseføretaka har bidrege til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i ei forsterka kommunehelse- og omsorgsteneste, spesielt innanfor geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengigheit.

6. Forsking og innovasjon

6.1 Forsking

Overordna mål:

- Auka omfang av klinisk pasientretta forskning og helsetenesteforskning av høg relevans og kvalitet, mellom anna kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake område.
- Alle helseføretak og private institusjonar som inngår i det nasjonale systemet for måling av forskingsresultat i helseføretaka, har eigen forskingsaktivitet.

- Auka synleggjering og bruk av resultat oppnådde gjennom forskning og innovasjon.
- God forskingsinfrastruktur for kliniske multisenterstudium, translasjonsforskning og biobankar, mellom anna IKT-løysingar.
- Auka bruk av kvalitetsregister i forskning.
- Utpøvande behandling er som hovudregel gitt gjennom kliniske forskingsstudium og i samsvar med nasjonale prinsipp for dette, jf. kap. 8 i St.meld. om kvalitet og pasientsikkerheit.
- Auka nasjonalt og internasjonalt forskings- og innovasjonssamarbeid.
- Auka deltaking i det europeiske forskingsområdet, mellom anna EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskingsprogram og europeiske forskingsinfrastrukturtiltak.
- Tilrettelegging for gode karriereveggar i helseforskning.

Mål 2013:

- Dei regionale helseføretaka har i samarbeid, og under leiing av Helse Nord RHF, utarbeidd retningslinjer og sett i verk tiltak for større grad av brukarmedverknad i ulike fasar av forskinga. Retningslinjene er forankra i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning.
- Dei regionale helseføretaka har samarbeidd med Noregs forskingsråd og CRISTin om vidareutvikling av klassifiseringssystemet for helseforskning (HRCS), og mellom anna vurdert behov for å inkludere nye kategoriar.
- Dei regionale helseføretaka har, under leiing av Helse Midt-Norge RHF, utarbeidd retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering i samband med gjennomføring av fleirregionale kliniske multisenterstudium. Retningslinjene er forankra i NorCRIN.
- Dei regionale helseføretaka har støtta opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studium, Nordic Trial Alliance.
- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Sør-Øst RHF, utarbeide ein felles årleg rapport som beskriv forskingsresultata og kva implikasjonar dei har for tenesta.
Rapporteringsystemet e-rapport er trekt inn i arbeidet på ein formålstenleg måte.
- Det er sett i verk tiltak for å få meir forskning på pasientsikkerheit.
- Minst 40 prosent av publikasjonane frå 2013 i Helse Vest RHF har internasjonalt samarbeid (ein eller fleire utanlandske medforfattarar).

- Minst 20 prosent av artiklane frå 2013 i Helse Vest RHF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrift som er vurderte til å ha høg kvalitet og relevans).
- Helse Vest RHF har etablert støtte-/ insentivsystem for å få sende fleire søknader frå helseføretaka til EUs 7. rammeprogram for forskning.

6.2 Innovasjon

Overordna mål:

- Auka forskingsbasert og behovsdriven innovasjon i helseføretaka.
- Auka omfang av innovasjonar som støttar opp om heilskaplege pasientforløp og betre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta.
- Auka implementering av nye produkt, tenester, diagnostikk- og behandlingsmetodar, organisatoriske prosessar og løysingar som bidreg til auka kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og meir heilskaplege pasientforløp.
- Auka innovasjonseffekt gjennom bruk av offentlege innkjøp, før-kommersielle avtalar og prosjekt med leverandørindustrien.

Mål 2013:

- Dei regionale helseføretaka har vidareført Nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i tråd med nasjonale føringar.
- Den nasjonale databasen for innovasjonsindikatorar i helseføretaka er utvida til å inkludere innovasjonsprosjekt som støttar opp om samhandling.
- Dei regionale helseføretaka har under leiing av Helse Sør-Øst RHF sett i verk føreslåtte tiltak i rapporten "Fremme innovasjon og innovative løysningar i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" frå 2012.

7. Forholdet til Helsedirektoratet

I tildelingsbrevet har departementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å hjelpe til med å handtere sentrale innsatsområde i spesialisthelsetenesta. Dette kan vere innspel som blir brukte som underlag for politikktutforminga i departementet eller tiltak som rettar seg mot dei regionale helseføretaka.

For at Helsedirektoratet skal kunne gjennomføre dei pålagde oppgåvene, er det svært viktig at direktoratet og dei regionale helseføretaka finn eigna samarbeidsformer. I fellesrundskriv IS-1/2013 omtalar Helsedirektoratet ein del sentrale oppgåver direktoratet vil søkje samarbeid med dei regionale helseføretaka om.

8. Oppfølging og rapportering

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

Rapportering på aktivitet

Dei regionale helseføretaka skal rapportere talet på DRG-poeng i årleg melding og ikkje vekst i talet på DRG-poeng frå 2012. Veksten i ISF-aktivitet i 2013 kan avvike frå det som er lagt til grunn i styringsparameteren, avhengig av aktivitetsutviklinga i 2. og 3. tertial 2012.

Rapportering på styringsparametrar

Det går fram av vedlegg 2 kva for styringsparametrar det skal rapporterast på i 2013, og rapporteringsfrekvens. Alle styringsparametrar skal rapporterast i samsvar med rapporteringsmal (ØBAK) og mal for årleg melding. Departementet legg til grunn at dei regionale helseføretaka bruker dei datakjeldene som er oppgitt i vedlegg 2 som grunnlag for rapporteringa. For brukarerfaringar skal det brukast data frå dei nasjonale brukarerfaringsundersøkingane som blir publiserte i 2013. Regionale helseføretak skal rapportere dei publiserte indikatorane til departementet ved første moglege rapporteringstidspunkt etter at tala er publiserte. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterlegare informasjon dersom noko er uklart om enkelte styringsparametrar.

Særskild rapportering

Dei regionale helseføretaka har etter Stortinget si behandling av Prop. 1 S (2012–2013) fått løyvd 100 mill. kroner til ein ekstra innsats for pasientar som ventar på brystkonstruksjon med eige vev og protese. Det blir bedt om særskild rapportering per 1. mai 2013 etter rapporteringsmal i Oppdragsdokument 2012 – tilleggskdokument etter Stortinget si behandling av Prop. 111 S (2011–2012) innan 1. juni 2013.

Rapportering i årleg melding

I årleg melding skal det rapporterast på korleis dei regionale helseføretaka har følgd opp *mål for 2013 og styringsparametrar* i oppdragsdokumentet for 2013. Vidare er det i vedlegg 3 ein tabell som skal brukast som grunnlag for rapportering på spesifiserte område, mellom anna forskning og innovasjon. Frist for innsending av den årlege meldinga frå styret er 15.3.2014.

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

Helse Vest RHF skal kome med innspel til statsbudsjettet 2015 innan 10.12.2013.

Rapporteringa 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, reading "Jonas Gahr Støre". The signature is written in a cursive style with a large initial 'J'.

Jonas Gahr Støre

Vedlegg 1

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfattar studium ved videregående skular, høgskular og universitet der elevane/lærlingane/studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei videregående skulane og for å sikre retten kvar enkelt har til slik utdanning. I dei fleste fylke er det eit opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

VIDAREUTDANNING omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

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

Helse - region	Høgskule Universitet	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK-sjuepleie	Jordmor **
		Sjuepleie	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 høgskule	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

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

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annakvart år på jordmorutdanninga. For desse institusjonane var aktivitetskravet lik 21 for jordmorutdanninga ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold 2012/2013. For 2013/2014 blir aktivitetskravet lik 0 for begge høgskulane.

Merk at frå og med 2012/2013 er aktivitetskravet for sjukepleiarutdanninga ved Høgskolen i Sør-Trøndelag redusert til 187. Frå og med 2015/2016 kjem aktivitetskravet igjen til å vere 217.

Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole samarbeider om vernepleiarutdanning. Dei to institusjonane alternerer (annakvart år) om å tilby 30 nye studieplassar til desentralisert vernepleiarutdanning. For 2012/2013 skal Diakonhjemmet Høgskole ha plassane. For 2013/2014 har Høgskolen i Telemark desse plassane. For Diakonhjemmet Høgskole er det for 2013/2014 eit samla aktivitetskrav på 76 for ergoterapi og vernepleie.

Behovet for praksisplassar er høgare enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonane som følgje av forventna fråfall må ta opp fleire personar enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorgana må kome fram til kor mange praksisplassar det skal leggjast til rette for.

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

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

TURNUSTENESTE kompletterer grunnutdanninga og er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAFH) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av RHF-a. Turnustenesta for legar blir lagd om frå 2013. Talet på turnusplassar for legar skal vidareførast i 2013. Talet på turnusplassar for fysioterapeutar blir auka frå og med våren 2013, jf. auke i kap. 732 post 70 Særskilde tilskott, Tilskott til turnusteneste.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

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

For 2013 er fordelinga som følgjer:

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

Av denne kvoten skal dei regionale helseføretaka avsetje LiS-stillingar til sideutdanning til legar i spesialisering innanfor allmennmedisin, slik at dei får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sjukehusavdeling eller poliklinikk. Stillingane kan også nyttast som sideutdanning i andre spesialitetar der gjennomføring av teneste i annan spesialitet kan vere vanskeleg.

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

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

Dei 12 utdanningsstillingar i geriatri som vart tildelte som ekstra kvote i 2009, skal framleis øyremerkast til same formål. RHF-a blir oppmoda om å prioritere å bruke ledige overlegestillingar til heimlar i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkeleg utdanningskapasitet.

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

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

Vedlegg 2 – Styringsparametrar 2013

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Rapporterings-frekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Talet på produserte DRG-poeng ⁴		Regionale helseføretak	Månadleg	Nei
Refunderte polikliniske inntekter ⁵		Regionale helseføretak	Månadleg	Nei
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Under 65 dagar	Norsk pasientregister	Månadleg	Nei
Prosentdel ventetider på nettsida fritt sjukehusval som er oppdaterte siste 4 veker – Somatikk	100 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Prosentdel fristbrot for rettighetspasientar	0 %	Norsk pasientregister	Månadleg	Nei
Brukarerfaringar for innleggjande pasientar som får behandling i somatiske sjukehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta, jf. PasOpp-rapport nr 3 – 2012.	Blir publisert: november 2013	Ja
Brukarerfaringar svangerskap/føde/barsel		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Blir publisert: 15. mai 2013	Ja
30-dagars overleving etter innlegging for lårhalsbrot		Helsedirektoratet	Årleg	Ja
30-dagars overleving etter innlegging for hjarteinfarkt		Helsedirektoratet	Årleg	Ja
30-dagars overleving etter innlegging for hjerneslag		Helsedirektoratet	Årleg	Ja
30-dagars risikojustert totaloverleving		Helsedirektoratet	Årleg	Ja
Prosentdel epikrisar sende ut innan ei veke	100 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Prosentdel korridorpatientar ved somatiske sjukehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern vaksne	100 %	Norsk pasientregister	Årleg	Ja

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

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

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Rapporterings-frekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Prosentdel sjukehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøking etter GTT-metoden, i tråd med føringar i pasientsikkerheitskampanjen.	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Nei
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk fødselsregister	Årleg	Ja
Prosentdel forløysingar utførte ved keisarsnitt totalt, og prosentdel keisarsnitt utførte som øyeblikkelig hjelp og planlagd (elektivt)		Helsedirektoratet	Årleg	Ja
Prevalens av sjukehusinfeksjonar		Folkehelseinstituttet	Halvårleg	Ja
Talet på gjennomførte mini-metodevurderingar som er sende til databasen i Kunnskapssenteret		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Nei
Prosentdel pasientar med tjukktarmkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.	80 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Prosentdel pasientar med lungekreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar.	80 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Prosentdel pasientar med brystkreft som får behandling innan 20 arbeidsdagar	80 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Prosentdel pasientar under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling	20 %	Norsk pasientregister	Tertialvis	Ja
Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på DPS og sjukehus.		Helsedirektoratet (SSB)	Årleg	Ja

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Rapporterings-frekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Prosentdel tvangsinnleggingar (Talet per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet)		Norsk pasientregister	Årleg	Ja
Prosentdel tvangsbehandlingstiltak (Talet per 100 000 innbyggjarar > 18 år)		Helsedirektoratet; SAMDATA rapport	Årleg	Nei
Prosentdel DPS som dekkjer akuttberedskap ut over normal arbeidstid	Alle	Regionale helseføretak	Årleg	Nei
Prosentdel reinnleggingar innan 30 dagar for pasientar med schizofreni.		Norsk pasientregister	Årleg	Nei
Prosentdel helseføretak som rapporterer data om ulykker og skadar til NPR	100 %	Norsk pasientregister	Årleg	Nei
Prosentdel helseføretak som har utarbeidd ernæringsstrategi	100 %	Regionale helseføretak	Årleg	Nei

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilde område

Forskning og innovasjon	Datakilde	Kommentar
Årlege forskingspoeng berekna frå artikkelproduksjon og avlagde doktorgradar totalt for det regionale helseføretaket. Helseføretaka skal ha rapportert på forskingsaktivitet for 2013 til CRISStin (alle vitenskaplege publikasjonar) og NIFU (avlagde doktorgradar) innan 1. april 2013. Det er ønskjeleg at vitenskaplege monografiar og vitenskaplege artiklar i antologiar blir registrerte, og at Health Research Classification System (HRCS) blir brukt.	CRISStin NIFU	Berekna av NIFU med frist 1. juni 2013.
Årleg ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseføretaket, mellom anna prosentdel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU er 15. mars 2013.	NIFU	Blir berekna og kvalitetssikra av NIFU, med frist 15.3.2013.
Prosentdel prosjekt og prosentdel tildelte midlar til forskingsprosjekt i det regionale helseføretaket på det medisinske fagområdet og etter forskingsart i 2013 ved bruk av HRCS. Samhandlingsforskning og forskning som følgje av terrorhandlingane i Noreg den 22.7.2012 skal synleggjerast.	http://forskingsprosjekt.ihe.lse.net	Skriftleg tilbakemelding
Talet på søknader, innvilga prosjekt og tildelte midlar (pr. år) frå Noregs forskingsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2013.	Noregs forskingsråd (NFR)	Skriftleg tilbakemelding
Resultat (koordineringsfunksjon, nettverk, fleirregionale forskingsprosjekt) for fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom dei fire regionale helseføretaka (forankra i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning).	RHF	Skriftleg tilbakemelding
Forskningsresultat og implikasjonar for tenesta (rapport).	RHF	Skriftleg tilbakemelding
Talet på nye oppfinningar (DOFI), utlisensieringar og bedriftsetableringar rapporterte frå teknologioverførings- og kommersialiseringseiningane i 2013.	RHF	Skriftleg tilbakemelding
Talet på og prosentdelen av innkomne elektroniske forskingssøknader med innovasjonspotensial i 2013.	http://forskingsprosjekt.ihe.lse.net	Skriftleg tilbakemelding
Talet på og verdi av innrapporterte forskings- og innovasjonsprosjekt finansierte av Noregs forskingsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013.	NFR Innovasjon Norge InnoMed	Skriftleg tilbakemelding
Innovasjonsindikatorane frå helseføretaka i 2013: Talet på aktive innovasjonsprosjekt med prosjektfase, samarbeidsrelasjonar og ressursbruk Talet på nye patentsøknader Innovasjonskulturtiltak (tekstleg omtale)	HF	Skriftleg tilbakemelding

Nasjonale kompetansetenester i spesialisthelsetenesta	Datakilde	Kommentar
Prosentdel nasjonale tenester i spesialisthelsetenesta som har etablert fagleg referansegruppe med brukarrepresentasjon	RHF	Skriftleg tilbakemelding
System for innføring av nye metodar og ny teknologi	Datakilde	Kommentar
Talet på søknader om metodevurderingar for alle metodeområde som er ferdigbehandla	RHF	Skriftleg tilbakemelding
Talet på bestillingar for hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering som er sende til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	RHF	Skriftleg tilbakemelding
Talet på bestillingar for raske metodevurderingar for legemiddel som er sende til Statens legemiddelverk	RHF	Skriftleg 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 beslutningsprosessene.

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

