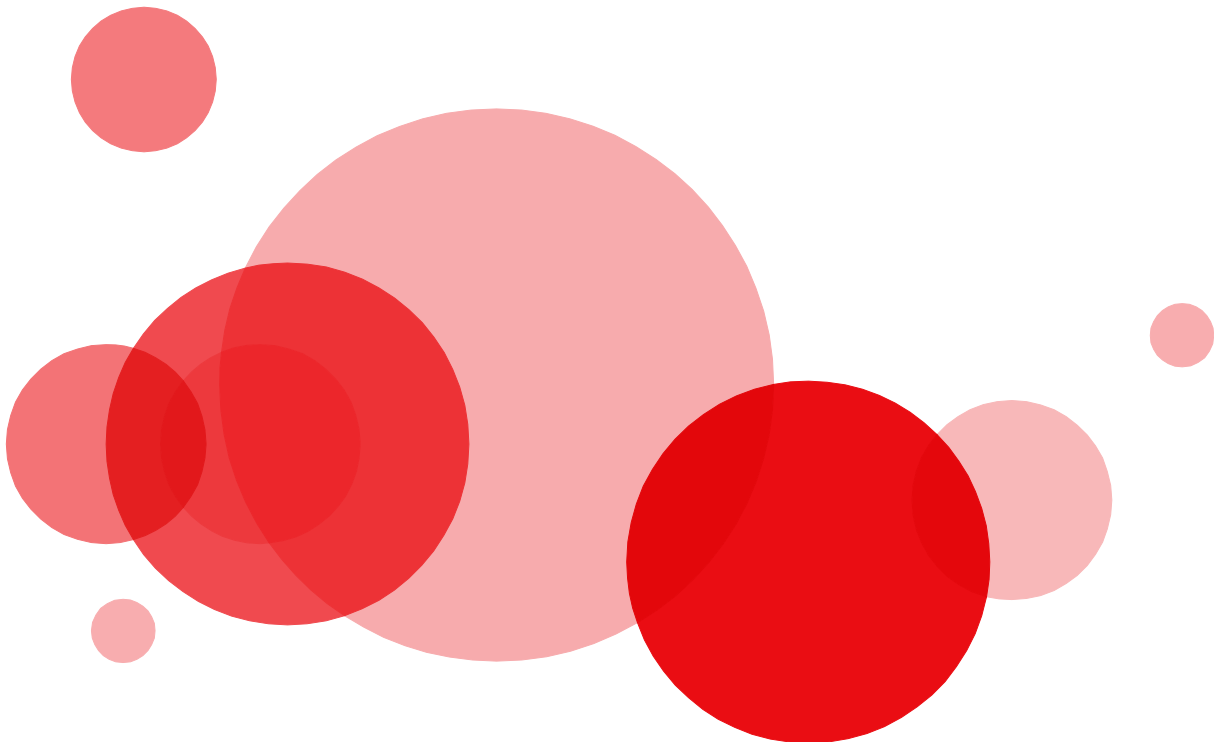


Oppdragsdokument 2018

Helse Midt-Norge RHF



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Innledning

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 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Dette skal skje innenfor de ressurser som bli stilt til rådighet i oppdragsdokumentet, jf. vedlegg 1. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017-2018).

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene. Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Eventuelle nye tiltak overfor de regionale helseforetakene og helseforetakene for å styrke samisk språk og språkrettigheter vil bli vurdert som ledd i oppfølgingen av NOU 2016:18 Hjertespråket - Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingen gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn før. Det vises til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet skal Helse Midt-Norge RHF bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De regionale helseforetakene må følge opp helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner og sørge for at disse ses samlet og sikrer det totale helsetilbudet i regionen.

Det er et mål å øke både antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det skal legges til rette for økt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom tilrettelegging av infrastruktur for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr og for industrifinansierte kliniske studier. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Under hovedmålene 1-3 er det konkretisert kvantifiserbare styringsmål som skal nås i 2018. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp styringsmålene under Mål 2018 i de månedlige og tertialvise oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal også gjennomføre Andre oppgaver 2018 som er konkretisert under hovedmålene 1-3. Styret og ledelsen i Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og eventuelt iverksette tiltak for å bedre måloppnåelsen på kvalitetsindikatorer.

Følgende nye dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017-2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017-2021)

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Fritt behandlingsvalg og pasient- og brukerrettighetsloven legger til rette for dette. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Det er innført 28 pakkeforløp for kreft. Det vil bli innført pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus. Målingen av pakkeforløpene vil starte samtidig med implementeringen, og departementet vil komme tilbake til indikatorene for dette i revidert oppdragsdokument 2018. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Mål 2018:

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle regioner innen 2021.
- Ingen fristbrudd.
- Median tid til tjenestestart skal reduseres i regionen sammenliknet med 2017¹.
- Regionen skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Regionen skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

Andre oppgaver 2018:

- Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. juni 2018 rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017. Helse Midt-Norge RHF skal sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.
- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, og i samarbeid med Helsedirektoratet:
 - Innen 1. november 2018 redegjøre for departementet for status i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk, og fremme forslag til videre utviklingsarbeid. Anbefalinger i rapporten "Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten" av 10. oktober 2017 skal følges opp. Det skal prioriteres å publisere nasjonale tall for indikatorene "ikke møtt", "replanlegging" og "planleggingshorisont". Videre skal det vurderes hvordan Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus, jf. Dokument 3:2 (2017-2018), kan brukes som grunnlag for å utarbeide indikatorer for variasjon i kapasitetsutnyttelse av operasjonsstuer.
 - Samle og dele erfaringer fra relevante ressurser på tvers av regionene som jobber med forbedring i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, med sikte på å identifisere hvilke faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid. Det skal redegjøres for dette til departementet innen 1. juni 2018. Som del av dette skal det redegjøres for hvordan styrene i regionale helseforetak og helseforetak gis mulighet til løpende å følge med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbedringsarbeid som gjennomføres.
 - Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuen, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med å videreutvikle finansieringsordningene, herunder Innsatsstyrt finansiering med sikte på ev. endringer fra 2019.

¹ Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Den nye strategien for psykisk helse "Mestre hele livet" skal ligge til grunn for de regionale helseforetakenes innretning av behandlingstilbudet til barn, unge, voksne og eldre. Det skal legges til rette for større grad av tverrfaglig og pasienttilpasset organisering av tilbudene, basert på hva brukerne etterspør hjelp til og oppdatert fagkunnskap. Tjenestenes responsevne og mobilitet, medansvar for helheten i oppfølging av pasienter, styrket tilgjengelighet døgnet rundt og kortere ventetider er sentrale utviklingsområder. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus forutsettes å være et redskap for mer målrettet ledelse og styring av virksomheten.

Sivilombudsmannens besøksrapporter og Helsetilsynets rapporter skal inngå i det generelle kunnskapsgrunnlaget for utvikling og forbedring av tjenestene. Det er stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av kompetanse og organisering for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern, og for å videreutvikle og spre gode metoder for frivillig behandling. Når pasienter har både psykiske lidelser og rusavhengighet, må tjenestene behandle begge tilstander samtidig og i samarbeid med kommunene.

Registrering av data til et kvalitetsregister innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil være avgjørende for at registeret skal kunne gi viktig kunnskap om kvaliteten.

Mål 2018:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold)².
- Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.
- Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
- Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Andre oppgaver 2018:

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.
- Helse Midt-Norge RHF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.
- Helse Midt-Norge RHF skal videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Helse Midt-Norge RHF skal bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte.

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med kommuner, med spesiell oppmerksomhet på pasienter med kols, og pasienter som trenger rehabilitering og habilitering. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ineffektive metoder utfases. En egen undersøkelseskommissjon for alvorlige hendelser i helsetjenesten vil bli etablert i 2018. Det er et mål å redusere uberettiget variasjon i tjenestetilbudet der dette er dokumentert for eksempel gjennom helseatlas.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Mål 2018:

- Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene er redusert med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012.
- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 3,5 pst.
- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).
- Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombololysebehandling.
- Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombololysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
- Ingen korridorpasienter.
- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.
- Antall kliniske behandlingsstudier er økt sammenliknet med 2017.

Andre oppgaver 2018:

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere pakkeforløpene for hjerneslag
- Helse Midt-Norge RHF skal påse at helseforetakene utvikler rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for en planmessig omlegging av raskere tilbake-ordningen. Med grunnlag i anbefalinger fra de regionale helseforetakene i brev av 28. april 2017, skal tiltak med god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand integreres i det ordinære pasienttilbudet. Behandlingstilbudet for aktuelle pasientgrupper som skal videreføres, skal så langt som mulig tilbys uten opphold. Omleggingen innebærer at midlene inkluderes i grunnlaget for den ordinære pasientbehandling, og vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20. Helse Midt-Norge RHF bes innen 1. mai 2018 oversende til Helse- og omsorgsdepartementet informasjon om status og videre plan for omleggingen.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF sørge for en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av Raskere tilbake. Evalueringen skal særlig belyse konsekvenser for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser samt effekten på sykefraværet. Helse Sør-Øst RHF tildeles totalt 7 mill. kroner til gjennomføring av den forskningsbaserte evalueringen samt til monitorering og kunnskapsspredning. Helse Sør-Øst RHF skal redegjøre for planer for evaluering, monitorering og kunnskapsspredning innen 1. mai 2018.
- Helse Midt-Norge RHF skal redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.
- Helse Midt-Norge RHF skal styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019 med utvikling av nytt IT-program, start rekruttering av personell, skopiskole, investeringer i endoskopisentre mv.
- Helse Vest RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, etablere en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine behandlingstilbud for enten etablert eller utprøvede behandling i Norge eller i utlandet, jf. utredning gjennomført i 2017.
- Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, følge opp anbefalingene fra den 5-årige helhetlige gjennomgangen av godkjente flerregionale og nasjonale behandlingstjenester. Disse skal ha fungerende faglige referansegrupper, definerte kvalitetsmål, entydige henvisningskriterier og likeverdig tilgang til tjenestene. Helse Midt-Norge RHF skal rapporterte på gjennomførte tiltak, samt evt. legge frem en fremdriftsplan for ytterligere tiltak innen 1. november 2018.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet og kommunene etablere en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere. Det vises til akuttmedisinforskriften § 5.
- Helse Sør-Øst RHF skal ta det nasjonale ansvaret for en informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre. Dette arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med relevante aktører, herunder de tre andre regionale helseforetakene. Direktoratet for e-helse skal gjøre nødvendige tekniske endringer for å realisere en elektronisk løsning for organdonasjon i kjernejournal. De regionale helseforetakene skal dekke kostnadene til utvikling, forvaltning og drift av elektronisk løsning for organdonasjon.
- Det vises til flere oppdrag til de regionale helseforetakene innenfor legemiddelområdet i 2017, og bl.a. rapport fra de regionale helseforetakene til departementet om overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler og tilgrensende oppdrag. Det legges til grunn at de regionale helseforetakene følger opp anbefalingene i rapporten, og redegjør for denne oppfølgingen for departementet innen 1. juni 2018. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet. De regionale helseforetakene bes derfor, i samråd med Statens Legemiddelverk og Direktoratet for e-helse, om å igangsette et arbeid knyttet til etablering av SAFEST. Plan for gjennomføring, etablering og finansiering av SAFEST skal legges fram for departementet innen 1. april 2018.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre utvikles på områder med behov for kunnskap, som f.eks. innenfor psykisk helsevern og rus. På områder der pasientgrunnet er lite, eksempelvis innenfor persontilpasset medisin, høyspesialisert medisin og sjeldne sykdommer, skal det tilrettelegges for internasjonalt samarbeid om kvalitetsregistre og forskning, herunder på områder som inngår i de europeiske referansenettverkene eller nordisk samarbeid. Etablering av registre forutsettes å skje innenfor rammen av det etablerte systemet for nasjonal status for medisinske kvalitetsregistre.
- Helse Midt-Norge RHF skal styrke innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet og i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene sikre at tiltakspakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur videreføres etter 2018. De regionale helseforetakene skal samarbeide med Helsedirektoratet og pasientsikkerhetsprogrammet om å fremme forslag til plan innen 1. juni 2018 for hvordan arbeidet med en samordnet innsats på pasientsikkerhetsområdet bør innrettes fra 2019.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Nord RHF, sikre at helseforetakene registrerer i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status innen 1. juni 2018.

Personell, utdanning og kompetanse

Det vises også til foretaksprotokollen av 16. januar 2018 om Bemanning og kompetanse.

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det er utarbeidet planer for iverksetting av del 2 og 3 i ny ordning for legers spesialistutdanning, herunder at de regionale utdanningssettene (RegUt) er rustet til å ivareta nye oppgaver med læringsaktiviteter og nasjonal samordning.
- Helse Midt-Norge RHF må sikre at regionale utdanningssetra og helseforetakene har utarbeidet planer og læringsaktiviteter for innfasing av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.

- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk språk og kultur gjøres kjent nasjonalt slik at helsepersonell i hele landet har mulighet til å søke om deltakelse. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF skal legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk når helseforetaket har behov for slik kunnskap.

Forskning og innovasjon

- De regionale helseforetakene skal gjennomføre en prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.
- NorPedMed, det kliniske forskningsnettverket med base i Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, skal være et kontaktpunkt for legemiddelrelatert klinisk forskning på barn i den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier NorCRIN.
- Helse Midt-Norge RHF skal implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst RHF (jf. rapport fra nasjonal arbeidsgruppe fra desember 2017) og gjennomføre en prøverapportering på aktivitetsindikatoren for 2017.
- De regionale helseforetakene, skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utrede og pilotere en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter, i tråd med anbefalinger fra arbeidsgrupperapporten Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse (2015) og Husebekk-utvalgets anbefaling ("Samordning mellom universiteter og helseforetak" 2017).
- De regionale helseforetakene, skal i samarbeid med universitetene, utarbeide felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte prosjekter.

4. Oppfølging og rapportering

Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp Mål 2018 og eventuelt andre kvalitetsindikatorer ved behov. I Årlig melding 2018 skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på *Mål 2018, Andre oppgaver 2018 og Rapportering 2018*. Helse Midt-Norge RHF skal i Årlig melding 2018, i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, vise laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for *Mål 2018*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 15. mars 2019. Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Midt-Norge RHF av 16. januar 2018 for nærmere informasjon på hva som skal rapporteres til departementet.

Tabell 1. Mål 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017. Skal være under 50 dager i regionen innen 2021. Måles som årlig gjennomsnitt	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ³	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold) ⁴ .	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Polikliniske opphold:	

³ Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

⁴ Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellepersonell.

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
		Helsedirektoratet (ISF)	
Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne per 10000 innbyggere i helseregionen.	Redusert sammenlignet med 2017. Årstall, og differansen skal oppgis i Årlig melding.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 10000 innbyggere	Redusert sammenlignet med 2017.	Helsedirektoratet	Årlig
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd.	Helsedirektoratet	Tertialvis
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 3,5 %.	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzyminhibitorer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling	Minst 20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse	Minst 50 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	Minst 30 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall kliniske behandlingsstudier er økt	Økt sammenliknet med 2017.	CRISStin	Årlig

Tabell 2. Rapportering 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i oktober 2017
Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse Midt-Norge RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar."		Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.	
Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister	100 %	Norsk pasientregister	Tertialvis

Rapporteringen sendes til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 16. januar 2018

Bent Høie

Helse- og omsorgsminister

Vedlegg 1 - Tildeling av midler

Helse Midt-Norge RHF skal i 2018 basere sin virksomhet på tildelte midler i tabell 3. Utbetalingsplan kommer i eget brev. Departementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2017-2018) og Stortingets budsjettvedtak. Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene.

Tabell 3. Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
732	70	Omlegging av arbeidsgiveravgift	28 261 000
	70	Tilskudd til turnustjeneste	6 750 000
	70	Medisinsk undersøkelse på barnehusene	3 000 000
	70	Landsdekkende modell for rettspsykiatri	6 800 000
	70	Nasjonalt program for tarmscreening 2019	1 500 000
732	71	Kvalitetsbasert finansiering	83 026 900
732	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	13 865 726 000
732	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning	⁵
732	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, overslagsbevilgning	⁶
732	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	119 674 300
732	80	Tilskudd til refusjon av mva for helseforetak	⁷
734	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	⁸
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	5 100 000

Departementet ber Helse Midt-Norge RHF forberede seg på innføring av betalingsplikt for kommunene for utskrivningsklare pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer fra 2019.

Kap. 732, post 70 Landsdekkende modell for rettspsykiatri

Det vises til Helsedirektoratets sluttrapport og at Helsedirektoratet er bedt om å planlegge for nasjonal utbredelse av rettspsykiatri sammen med de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge tildeles 6,8 mill. kroner for å etablere Nasjonal Enhet for Rettspsykiatrisk Sakkyndighet. Helse Sør-Øst tildeles 1,7 mill. kroner, Helse Vest 1,1 mill. kroner og Helse Nord 0,5 mill. kroner slik at kompetansesentrene i disse regionene i samarbeid med den nasjonale enheten kan dekke regionale og landsdekkende oppgaver.

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

Ressursrammen legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på om lag 2 pst. Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen utgjør 0,7 pst. i 2018 tilsvarende 955 mill. kroner i effektiviseringskrav for de regionale helseforetakene. For å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser er 716 mill. kroner tilbakeført i basisbevilgningen, slik at nettoeffekten utgjør om lag 239 mill. kroner.

Det vises til prosjektet "En vei inn" som ledes av Helsedirektoratet. De fire regionale helseforetakene skal bidra med 1,5 mill. kroner hver til utvikling og etablering av felles meldingssentral.

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av alvorlig astma, mastocytose, hiv, hepatitt B og gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C overføres fra folketrygden fra 1. januar 2018.

Betalingsatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter er 4747 kroner i 2018.

⁵ Posten er forklart under tabellen

⁶ Posten er forklart under tabellen

⁷ Utbetales av HOD. De faktiske beløpene er avhengig av størrelsen på kompensasjonskravene

⁸ Bevilgningen på posten er 83,199 mill. kroner

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak har anledning til å ta egenandel. Egenandelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner er 140 kroner per døgn. Egenandelen gjelder også for dagopphold.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering, overslagsbevilgning

Utbetaling på posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Enhetsprisen i 2018 for somatiske fagområder er 43 428 kroner. I 2018 utgjør akontoutbetalingen for somatiske fagområder 4 993,1 mill. kroner, tilsvarende 229 929 DRG-poeng. Enhetsprisen i 2018 for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling er 2 354 kroner. I 2018 utgjør akontoutbetalingen 198,4 mill. kroner, tilsvarende 84 277 DRG-poeng. Til sammen utgjør akontoutbetalingen på posten 5 191,5 mill. kroner.

Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2018 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2017 basert på aktivitet per første tertial 2017. Som følge av fritt behandlingsvalgreforment er systemet med konkrete styringsmål i antall DRG-poeng avvirket fra 2015. Dette legger til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi. Aktivitet utover budsjettet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon.

Kap. 732, post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, overslagsbevilgning

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legger til rette for en vekst på om lag 6,8 pst. utover anslått nivå i 2017 basert på regnskapstall fra januar-juni 2017, og dette tilsvarer 438,2 mill. kroner.

Det aktivitetsbaserte refusjonssystemet for laboratorieanalyser legges om fra 2018. Det er en forutsetning at omleggingen skjer budsjettneutralt. Omleggingen vil fra 2018 ikke omfatte patologi, men det tas sikte på å inkludere patologi fra 2019. Forholdet mellom den aktivitetsbaserte refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering endres ved at den aktivitetsbaserte refusjonen for de offentlige laboratoriene går ned i størrelsesorden 6-7 pst. motsvart av en økning i basisbevilgningene. Som følge av at laboratorietakstene kan ha medført noe høyere kostnadsdekning enn tilsiktet, reduseres bevilgningen med om lag 0,3 pst. For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med om lag 40 mill. kroner medregnet ABE-reformen. Refusjonssatsene for radiologi øker i gjennomsnitt med vel 1 pst i 2018 og for laboratorievirksomhet med vel 0,2 pst.

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Grunnutdanning omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplaner i de yrkesfaglige utdanningene.

Videreutdanning omfatter bl.a. ulike 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. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye Spesialistforskriften.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2018. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev for 2018 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Helseregion	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Helse Sør-Øst	Høgsk. i Innlandet	164					65	23	
	Høgsk. i Oslo og Akershus	492	34	50	134	51	147	120	34
	Høgsk. i Østfold	109		22			61	20	
	Høgsk. Diakonova	87						28	
	Lovisenberg diak. høgsk.	167						48	
	Univ. i Agder	203		20			35	25	
	Høgsk. i Sørøst-Norge	344	20				57	51	20
Helse Vest	Høgsk. på Vestlandet	435	25	39	68	30	86	60	35
	Univ. i Stavanger	167						34	
Helse Midt-Norge	Høysk. i Molde	79					46		
	NTNU	425	51	73	52	57	70	134	25
Helse Nord	Univ. i Tromsø	261	24	20	33	20	64	50	20
	Nord univ.	352					30	26	
Flere RHF	VID vit.sk. høyskole	252				30	110	22	
		3 537	154	224	287	188	771	641	134

Vær oppmerksom på sammenslåtte institusjoner med lokasjoner i flere regioner.

Følgende kandidatmåltall er fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:

	Medisin	Psykologi profesjonsutd.	Farmasi MA
Universitetet i Oslo	200	112	55
Universitetet i Bergen	164	80	25
NTNU	114	63	12
Universitet i Tromsø	84	39	25
	562	294	117

Turnustjeneste

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer RHFene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

LIS1-stillinger for leger

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som er første del av legenes spesialistutdanning. LIS1-stillingene har samme struktur som turnustjenesten, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, men har egne læringsmål. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2018 på samme nivå som for turnustjenesten. Helsedirektoratet gis i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

Fordeling av nye legestillinger

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til RHFenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. 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.

De regionale helseforetakene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.