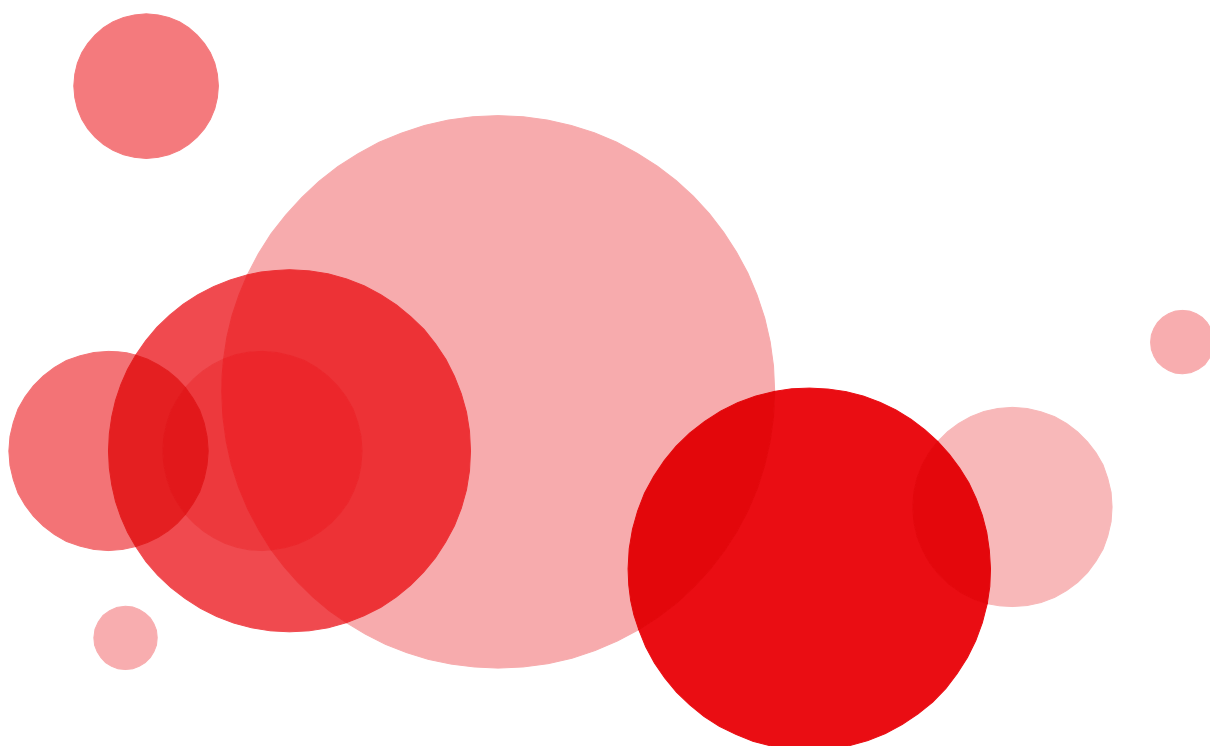


Oppdragsdokument 2015

Helse Midt-Norge RHF



Oppdatert: 16.1.2015



1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet stiller i oppdragsdokumentet til disposisjon de midlene Stortinget har bevilget for 2015. Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre oppgavene og styringskravene innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentet. Departementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2014-2015) og Stortingets budsjettvedtak.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Midt-Norge RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Helse Midt-Norge RHF skal sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandregrupper.

Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt samt god og likeverdig kommunikasjon. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Helse Nord RHF har fått i oppdrag å finansiere videreføring av samisk tolkeprosjekt.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles så den i større grad ivaretar pasientenes behov, verdier og preferanser. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes. Pasienter og brukere skal trekkes aktivt inn i utviklingen av egen behandling, og brukernes erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet.

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Helse Midt-Norge RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en faglig forsvarlig og kostnadseffektiv måte. Helse Midt-Norge RHF skal raskt utnytte kapasitet innenfor eksisterende avtaler og anskaffelsesregelverk, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

Samhandlingsreformen utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasienten bor er sentrale mål. De regionale helseforetakene skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetjenester der dette er hensiktsmessig, samt bidra til å utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom regionale helseforetak/helseforetak og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Kreftbehandlingen skal styrkes. Diagnosesentre er etablert i 2014 og vil videreutvikles i 2015. Pakkeforløp kreft innføres i 2015 og vil bli monitorert, jf. styringsparametre i tabell 2. Ledere i sykehusene får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet. Som ledd i innføringen av pakkeforløp kreft skal samarbeidet mellom sykehus og fastleger styrkes.

Det skal iverksettes en forsøksordning der driftsansvaret for distriktpsikiatriske sentre overføres til noen forsøkskommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Departementet vil komme tilbake til dette.

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa.
- Nasjonalt helseregisterprosjekt, Gode helseregistre – bedre helse. Handlingsplan 2014-2015.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Strategi (2014-2018).
- Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme (Justis- og beredskapsdepartementet).
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017
- Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 – ”Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve”.
- Nasjonal helseberedskapsplan. Versjon 2.0. fastsatt 2. juni 2014.

Helsedirektoratet har ansvar for kvalitetsindikatorer. Et utvalg kvalitetsindikatorer er valgt som styringsparametre for departementets oppfølging av de regionale helseforetakene, jf. kap. 7. Styringsparametrene skal gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning i tjenesten. Helsedirektoratet skal med bakgrunn i alle kvalitetsindikatorerne varsle departementet dersom indikatorene gir holdepunkter for kvalitetsbrist eller uønsket variasjon i kvalitet. Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp de valgte styringsparametrene og andre kvalitetsindikatorer ved behov.

2. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Midt-Norge RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Helse Midt-Norge RHF skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Helse Midt-Norge RHF skal i 2015 basere sin virksomhet på tildelte midler i tabell 1. Plan for utbetalinger av tilskudd kommer i eget brev.

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

Tabell 1. Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
732	70	Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift)	27 522 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	6 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Partikkelterapi)	3 975 000
	70	Særskilte tilskudd (Transport av psykisk syke)	4 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Legemiddelberedskap)	700 000
	70	Særskilte tilskudd (Langvarig smerte)	16 000 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering	80 700 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	13 580 126 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	¹
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	²

¹ Posten er forklart under tabellen

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	124 678 981
	79	Raskere tilbake	82 234 000
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	3 000 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	3 700 000

Kap. 732, post 70

Helse Midt-Norge RHF tildeles 16 mill. kroner for å etablere 1 til 2 pilotprosjekt for felles tverrfaglige diagnosesentre/poliklinikker for pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander med uklar årsak. Dette skal skje i samarbeid med øvrige regionale helseforetak og aktuelle fagmiljøer, herunder TMD-prosjektet i Helse Bergen HF, og aktuelle pasient- og brukerorganisasjoner. Som del av prosjektet skal det opprettes et læringsnettverk for fagutvikling for disse tilstandene. Pilotprosjektet skal evalueres.

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

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

Helse Midt-Norge RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en faglig forsvarlig og kostnadseffektiv måte.

Helse Midt-Norge RHF skal inngå avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, herunder vurdere behov for kjøp av tjenester utenfor egen region. Egenandelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner er 128 kroner per døgn. Egenandelen gjelder også for dagopphold.

Helse Midt-Norge RHF skal sette av minst 83,0 mill. kroner til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene, og bidra til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Tidspunkt for utbetaling av bidrag avtales lokalt eller utbetales når tilbudet starter opp. Nye øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et viktig virkemiddel for kommunene til å kunne påvirke sykehusforbruket.

Betalingsatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter er 4387 kroner i 2015.

Egenbetaling for rituell omskjæring av gutter er 4000 kroner per inngrep.

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

Gebyret for manglende oppmøte til poliklinikk doubles fra 1. januar 2015 til 640 kroner. Helse Midt-Norge RHF bes om å utvise skjønn mht å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser.

I 2015 vil utgiftene til helsearbeidere som skal arbeide i Vest-Afrika i forbindelse med Ebola-utbruddet bli finansiert over Utenriksdepartementets budsjett. Helsearbeiderne gis permisjon uten lønn fra sitt arbeidssted og ansettes midlertidig i Helse Bergen HF. Disse utgiftene

² Posten er forklart under tabellen

finansieres over Utenriksdepartementets budsjett. Prosjektkostnadene for arbeidet i Helse Bergen HF for 2015 skal deles mellom de regionale helseforetakene.

Norske pasienter vil fra 1. mars 2015 få refundert utgifter til sykehusbehandling i andre EU/EØS-land uten krav om forhåndsgodkjenning, jf. EUs pasientrettighetsdirektiv. Helse Midt-Norge RHF skal finansiere slik spesialisthelsetjeneste etter krav fra Helfo.

I 2014 ble de regionale helseforetakene bedt om å øke døgnkapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med om 200 plasser fra ideelle virksomheter. Basisbevilgningen legger til rette for helårsvirkningen av de 200 plassene.

Ressursrammen legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på om lag 2,15 pst. inkl. 0,15 pst. til fritt behandlingsvalg fra 2014 til 2015. Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal øke mer enn somatikk, videreføres i 2015, jf. pkt. 4.

Fritt behandlingsvalgvalgsreformen innføres i 2015. Reformen bygger på tre søyler; økt valgfrihet for pasienten, mer kjøp fra private gjennom anbud og økt frihet for regionale helseforetak. Ordningen skal innføres innen rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken. For å stimulere til anbud, avlaste de regionale helseforetakene for risiko og sidestille bruk av anbud med fritt behandlingsvalg, vil all aktivitet som omfattes av ISF på de offentlige sykehusene, også utløse ISF gjennom anbud. Departementet skal legge fram en lovproposisjon og det skal sendes forskrifter på høring. Helsedirektoratet skal forvalte ordningen med fritt behandlingsvalg og bistår departementet i utredningen av ordningen. De regionale helseforetakene skal bidra i utrednings- og implementeringsarbeidet.

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

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Kommunal medfinansiering er avvirket fra 2015, og dette er hensyntatt på posten. Enhetsprisen i 2015 er 41 462 kroner. I 2015 utgjør akontoutbetalingen 4 284,3 mill. kroner tilsvarende 206 665 DRG-poeng. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2015 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2014 basert på aktivitet per første tertial 2014. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikke blir etablert tilbud som forutsatt i kommunen, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskudd (kap. 762, post 60) til Helse Midt-Norge RHF (kap. 732, post 70 og 76).

Som følge av fritt behandlingsvalg-reformen avvikles systemet med konkrete styringsmål i antall DRG-poeng fra 2015, jf. også pkt.3.3 Økonomisk resultatkrav i foretaksprotokollen. Ved å gå bort fra dagens system med aktivitetsstyring legges det til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon.

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

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legger til rette for en vekst på 6 pst. utover anslått nivå i 2014 basert på regnskapstall fra januar-mai 2014, og dette tilsvarer 530,3 mill. kroner for Helse Midt-Norge RHF. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorietjenester (jf. også kap. 2711, post 76) ikke prisjustert i 2015.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF tildeles inntil 82,2 mill. kroner, herunder 4,2 mill. kroner til de arbeidsmedisinske avdelingene. Reell aktivitet vil avgjøre endelige inntekter innenfor rammen. Departementet vil vurdere a konto-beløpets størrelse mot rapportert aktivitet. Ordningen skal i større grad rettes mot grupper som ofte er lenge sykmeldt, dvs. personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Personer som gis tilbud skal med stor sannsynlighet komme raskere tilbake i arbeid. Det skal måles effekt av tiltakene, og tiltakene skal evalueres. Tjenestene til brukerne bør så langt det er mulig leveres i samarbeid med NAV, primærhelsetjenesten, samt arbeidsgiver og arbeidstaker. Det skal utvikles gode samarbeidsmodeller for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp. Det vises til gode erfaringer fra iBedrift. Forskning på området arbeidsrettet rehabilitering forutsettes lagt til grunn.

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

Helse Midt-Norge RHF tildeles 3 mill. kroner til pilotprosjekt om organisering av rettspsykiatri. Overordnet mål er å bedre domstolenes og politi/påtalemyndighetenes tilgang til sakkyndighet av høy kvalitet. Det vises til prosjektrapporten Rettspsykiatri – organisering, forskning og utdanning for beskrivelse av oppdraget.

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

Helse Midt-Norge RHF tildeles 3,7 mill. kroner. Formålet er å få kunnskap om behovet for odontologiske tjenester hos sykehuspasienter, og å gi nødvendig undersøkelse og behandling. I tillegg skal det gis nødvendig spesialiserte odontologiske tjenester til direktehenviste pasienter. Forsøket finansieres gjennom tilskudd fra kap. 770, post 21. Behandlinger kan finansieres etter poliklinikkforskriften eller gjennom folketrygdens stønadsordning etter Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom (kap. 2711, post 72). For behandling finansiert over kap. 770 eller kap. 2711, post 72 er det ikke et vilkår at pasient er henvist fra lege. Tjenester som finansieres over disse kapitler gis vederlagsfritt. I forsøksperioden rapporteres aktiviteten direkte til Helsedirektoratet.

3. Pasientenes helsetjeneste

Langsiktige mål:

- Reduserte ventetider.
- Valgfrihet for pasienter.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Pasienter, brukere og pårørende opplever å få god informasjon og opplæring.
- Pasienter og brukere medvirker aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud (individnivå).
- Pasienters og brukeres erfaringer brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet (systemnivå).

Mål 2015:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Etablert flere standardiserte pasientforløp i hht nasjonale retningslinjer.
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.

- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.
- Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.
- Det er etablert minst ett prostatacenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.
- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

4. Kvalitet og pasientsikkerhet

Langsiktige mål:

- Bedre og tryggere helsehjelp, økt overlevelse og mindre variasjon i behandlingstilbud resultat mellom sykehusene.
- Helseforetakene har understøttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen.
- Helseforetakene skal legge nasjonale faglige retningslinjer til grunn for tilbudet.
- En enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- Redusere pasientskader med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.
- Omstillingen innen psykisk helsevern fullføres. Distriktpsikiatriske sentre som nøkkelstruktur er lagt til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilsier dette.
- Lagt til rette for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Mål 2015:

- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.
- Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.
- Etablert pilotprosjekter til pasienter med uavklarte smerte og utmattelsestilstander.
- Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Helse Midt-Norge RHF skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 1. mars 2015.
- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Helse Midt-Norge RHF skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 1. mars 2015.
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.
- Startet innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.

- Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.
- Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.
- I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.
- Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
- Etablert strukturer og rutiner i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufetats regioner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet. Kortfattet status for arbeidet som viser hva som kan gjøres i 2015 og hva som bør gjøres på lengre sikt oversendes departementet innen 1. mai 2015.
- Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.
- Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Vi ber om en særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 1. mai 2015.
- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

5. Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål

- Tilstrekkelig kvalifisert personell og kompetanse, og planlegge for bedre utnyttelse av de samlede personellressursene.
- Utdanningsoppgaver er ivaretatt med god systematikk, kvalitet og i tråd med behov.
- Bidra til bærekraftig utvikling i spesialisthelsetjenesten ved å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeiderne.
- Den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene bidrar til å øke kommunenes kompetanse i tråd med samhandlingsreformens intensjon.

Mål 2015

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.
- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.
- Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.
- Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

6. Forskning og innovasjon

Langsiktige mål:

- Økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner som bidrar til økt

kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp, gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medvirkning fra brukere.

- Økt innovasjonseffekt av anskaffelser.
- Økt antall pasienter som får tilbud om deltakelse i kliniske studier.

Mål 2015:

- Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt. prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Det forutsettes dialog mellom de regionale helseforetakene.
- Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.
- Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene.
- For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Videre er det utarbeidet felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nyttevurderingen skal likestilles med kvalitetsvurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde fra 2016.
- Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014.

7. Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

Som omtalt i kap. 1 er styringsparametre valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning i tjenesten. Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp de valgte styringsparametrene samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i Helse Midt-Norge RHF har et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

De regionale helseforetakene skal i Årlig melding 2015, i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, vise laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for styringsparametrene i tabell 2. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av blant annet slik informasjon vurdere tiltak for å redusere variasjon i resultat mellom helseforetakene.

Tabell 2. Styringsparametre og rapporteringskrav 2015.

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd ³	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig

³ Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp ⁴	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015
Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp ⁵	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015.
Sykehusinfeksjoner		Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose		Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet		Helsedirektoratet	Tertialvis

Rapporteringskrav	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årlig
Fastlegers erfaring med distriktpsikiatriske sentre		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig
Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)	Redusert sammenlignet med 2014	Helsedirektoratet	Årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskriving av eldre pasienter		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig

⁴ Pakkeforløp kreft innføres først på fire områder: brystkreft, kolorektal kreft, lungekreft og prostatakreft. Disse fire inngår i kvalitetsindikatoren ved publisering august 2015. Etter hvert som flere pakkeforløp implementeres vil disse inngå i beregningsgrunnlaget for indikatoren. Kvalitetsindikatoren måler bare implementerte pakkeforløp.

⁵ Som fotnote 4.

8. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse på helsepolitiske mål. Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes departementet når slike avvik blir kjent.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp Mål 2015 og Styringsparametre og rapporteringskrav 2015. Det skal ikke rapporteres på langsiktige mål. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 15. mars 2016. Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Midt-Norge RHF av 7. januar 2015 for nærmere informasjon på hva som skal rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Oslo, 7. januar 2015



Bent Høie

Vedlegg 1 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 legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidligere fastsatt årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Fra og med 2014 ble styringen av dimensjonering for enkelte utdanninger endret til kandidatmåltall. Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2015.

Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i KDs tildelingsbrev/tilskuddsbrev for 2015 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK - sykepleie	Jord- mor
		Sykepleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne Pleie		
Helse Sør-Øst	Gjøvik	166	20					20	
	Hedmark	164						23	
	Lillehammer						57		
	Oslo/Akershus	492	34	50	134	51	147	120	34
	Østfold	109		22			61	20	
	Diakonova	83						28	
	Lovisenberg diak.	151						48	
	Diakonhjemmet	118				30	110		
	Univ. i Agder	203		20			35	25	
	Telemark	103					45		
	Vestfold og Buskerud	233	20					51	20
Helse Vest	Bergen Høgskole	180	25	23	60	30	65	41	35
	Sogn og Fjordane	110					21	11*	
	Univ. i Stavanger	163						34	
	Stord/Haugesund	145						8*	
	Betanien Diakonale	60						22	
	Haraldsplass diakonale høgskole	70							
Helse Midt-Norge	Molde	79					38		
	Nord-Trøndelag	169					30		
	Sør-Trøndelag	155	31	49	52	57	70	83	25
	Ålesund	104		24				31	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	139						26	
	Finnmark	0							
	Harstad	62					64		
	Nesna	20							
	Narvik	33							
	Univ. i Tromsø	166	24	20	25	20		50	20
		3 477	154	208	271	188	743	641	134

*Institusjonene er bedt om å legge frem en plan i *Årsrapport* for økning til 20 over en periode på tre år, jf. Tildelingsbrev for 2014.

Audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør Trøndelag har kandidatmåltall 29.

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

Universitet	Medisin	Psykologi prof. utd.	Farmasi
Universitetet i Oslo	192	96	55
Universitetet i Bergen	156	80	25
NTNU	114	55	
Universitet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTJENESTE er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013. Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2015. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene innen helseregionenes 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. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

RHFene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.