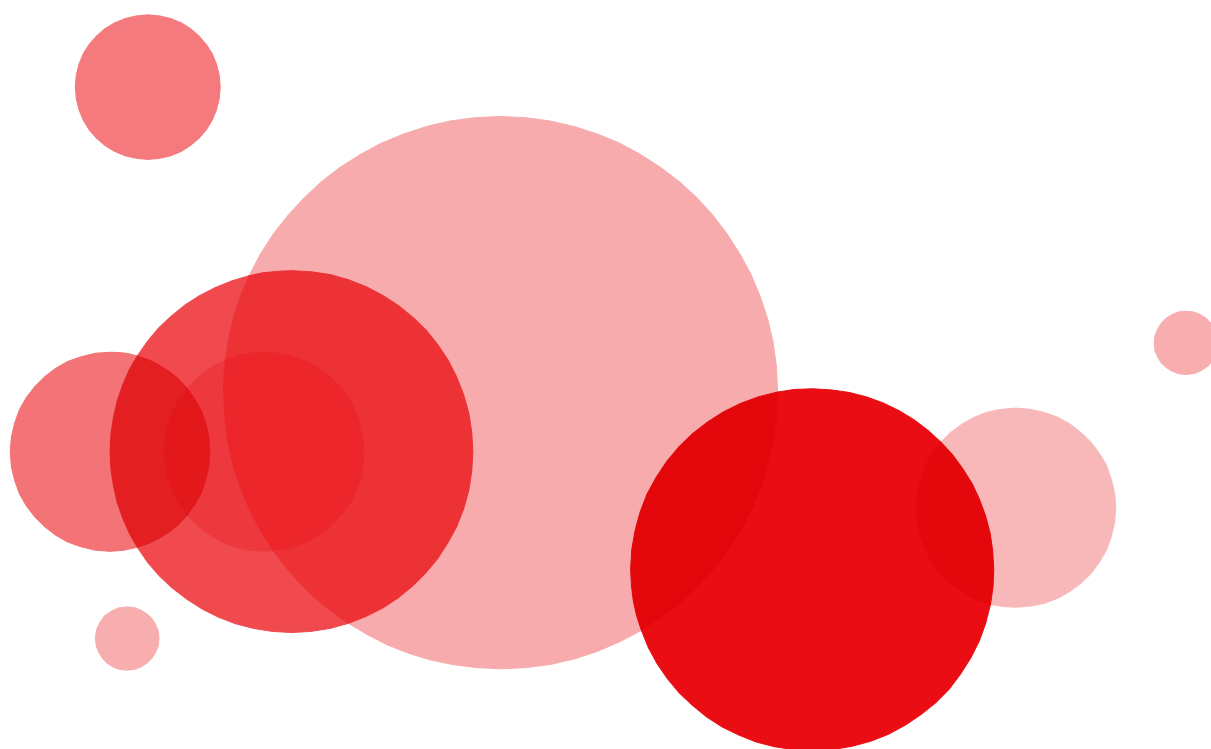


Oppdragsdokument 2017

Helse Midt-Norge RHF



Oppdatert: 4. mai.2017



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 blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentet, jf. vedlegg 1. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) med tilleggsnummer 1 og 4.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, dette 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.

Under hovedmålene 1-3 er det konkretisert kvantifiserbare styringsmål som skal nås i 2017. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp styringsmålene under Mål 2017 i de månedlige og tertialvise oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal også gjennomføre punktene under Andre oppgaver 2017 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:

- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). Helse- og omsorgsdepartementet 2016
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helsedirektoratet 2016
- # Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021
- Prop. 1 S (2016-2017) Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Prop. 12 S (2016-2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)
- Meld. St. 13 (2016-2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015

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 kreftpasienter, og pakkeforløp for hjerneslag innføres i 2017. Helsedirektoratet utvikler pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Mål 2017:

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2016. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner.
- Ingen fristbrudd.
- Andel nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.
- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.
- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. andre oppgaver.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering som er ventet publisert 1. februar 2017.
- Helse Midt-Norge RHF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.
- De regionale helseforetakene skal, i samråd med Helsedirektoratet, vurdere konkrete tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehusene og private avtaleparter. Tiltakene skal også inkludere private med godkjenning gjennom fritt behandlingsvalgordningen, særlig der det er vesentlige forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom ulike institusjoner, og tilgjengeligheten derfor kan forbedres gjennom å utnytte disse forskjellene. Som grunnlag for vurdering av tiltakene, skal det gjennomføres en kartlegging og analyse av årsakene til at samhandlingen ikke er tilfredsstillende. Helse Sør-Øst RHF leder arbeidet. Forslag til tiltak skal legges fram for departementet innen 1. juni 2017.
- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal i løpet av første halvår 2017 gjennomføre en informasjonskampanje for å øke pasienters og helsepersonells kjennskap til pasientrådgivere og nettsiden "Velg behandlingssted".
- Helse Midt-Norge RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til:
 - Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikatorers relevans for ulike fagområder.

- Oppfølging av systematiske sammenlikninger mellom sykehus av dagbehandling for behandlinger/pasientgrupper og gjennomsnittlig liggetid for de prosedyrer/pasientforløp som de regionale helseforetakene har pekt på i sin rapport til departementet av 25. november 2016.
- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal innen medio oktober 2017:
 - Utføre analyser for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse for poliklinisk aktivitet som kobler aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle indikatorer.
 - Arbeide videre med de 5 indikatorene som ble foreslått i 2016, både for å sikre datakvalitet og optimale definisjoner, samt for å innhente og videreformidle erfaringer med bruken av indikatorene
 - Foreta systematiske sammenligninger av kapasitetsutnyttelse og effektivitet for utvalgte prosedyrer/forløp med forbruk av de samme prosedyrene/forløpene på tvers av sykehus. Det forutsettes at NPR og SKDE involveres i dette arbeidet.
 - Legge fram en plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tilgjengeligheten til tjenestene innen psykisk helsevern for barn og unge, voksne og innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) skal bedres, og tjenestene skal i størst mulig grad tilbys lokalt. Formålet skal være at pasientene oppnår best mulig mestring av eget liv. Der det er nødvendig skal spesialisthelsetjenesten samarbeide med kommunale tjenester for at pasientene skal få tilrettelagt helhetlig og sammenhengende tjenester. Pasienter skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet og mindre bruk av tvang.

Mål 2017:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
- I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016.
- Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.
- Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene. Helsedirektoratet og BUFdir skal utarbeide nasjonale føringer for innhold i avtalene.
- Det skal pekes ut barnevernsinstitusjon i hver barnevernsregion som skal ha ansvar for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og med særlig store psykiske hjelpebehov med oppstart av de to første i 2018. Helse Midt-Norge RHF skal i 2017 forberede en hjemmesykehusmodell i psykisk helsevern for barn og unge rettet mot barn i disse institusjonene.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere Barnevernansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

<https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet>
Direktoratene har i oppdrag å utarbeide en kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon i løpet av første halvår 2017.

- Departementet utarbeider et rammeverk med bl.a. maler for kommunale forskrifter og avtaler mellom regionale helseforetak og interesserte kommuner for å legge til rette for forsøksordningen med kommunal drift av DPS, jf. avsluttet høring om saken. Rammeverket er planlagt ferdigstilt ila våren 2017. Helse Midt-Norge RHF forutsettes å legge til rette for dialog og eventuelle forhandlinger med interesserte kommuner.
- 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. plan om innføring av betalingsplikt for kommunene tidligst fra 2018.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern er etablert. Innen 1. februar 2017 skal det gis tilbakemelding til departementet om når slikt system er på plass. Komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 skal leveres NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt, jf. krav for 2014 og 2015 i revidert oppdragsdokument 2016.
- Som ledd i å redusere bruken av tvang, skal Helse Midt-Norge RHF gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernheteter som benytter tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet etablere Stifinner'n ved Trondheim fengsel.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.
- Helse Midt-Norge RHF skal påse at helseforetakene forebygger ev. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017, og at omleggingen brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

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. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ineffektive metoder utfases. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

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

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 omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn før. Det vises til Opptappingsplan 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.

Mål 2017:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.
- Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Mål: minst 50 pst.

- Ingen korridorpasienter.
- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 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).

Andre oppgaver 2017:

- Helse Midt-Norge RHF skal utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.
- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av de fire regionale helseforetakene, fra 1. januar 2017 og inntil avtalene utløper, forvalte avtaler og tilhørende midler på 57 mill. kroner under kap. 732, post 70, jf. Raskere tilbake-ordning, som i 2016 har vært forvaltet av Arbeids- og velferdsetaten. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 1. juni 2017 vurdere fremtidig bruk av midlene på 57 mill. kroner etter avtalenes utløp. Midlene skal målrettes arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og bidra til å understøtte opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunene er en integrert del av virksomheten og styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene, jf. Prop. 1 S (2016-2017).
- De regionale helseforetakene skal i felleskap innen 1. mai 2017 vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. Det skal særlig gis en vurdering av tilbud som har vist seg å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. De regionale helseforetakene skal innhente eventuelle erfaringer og vurderinger av ordningen fra Helsedirektoratet.
- Helse Midt-Norge RHF skal utvikle flere samvalgsværktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak.
- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for et system for fagrevisjoner i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring. Helse Nord RHF skal lede dette arbeidet.
- Helse Midt-Norge RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar.
- De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Det skal legges vekt på tverrfaglig samarbeid, blant annet med barnevernet. Helse Vest RHF skal lede nettverket.
- Helse Midt-Norge RHF skal bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. mai levere en plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive hvordan kapasiteten kan styrkes gjennom bruk av sosialpediatere og annet helsepersonell, herunder sykepleiere.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp, blir dokumentert i helseforetakenes avvikssystemer og at resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere et prosjekt for å sikre sammenhengende og helhetlige pasientforløp for barn under 18 år med moderate og alvorlige hjerneskader. Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge RHF som skal utarbeide en projektskisse innen 1. april 2017.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen med nødvendig samhandling og kommunikasjon, slik at den samiske befolkningens behov for

spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetansen om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet.

- Helse Midt-Norge RHF skal bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, herunder følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. De målsatte indikatorene som er identifisert gjennom rapporten *Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, SKDE november 2016*, skal brukes i oppfølgingen av helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i fellesskap, under ledelse av Helse Nord RHF, videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester.
- De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin og et nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige humane genvarianter, begge under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i dialog med Helsedirektoratet og Direktoratet for eHelse. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere oppfølging av strategien.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere enhetlige arbeidsprosesser og systematikk for innsamling og analyser av data om forbruk, effekt, sikkerhet og kostnader for legemidler, andre etablerte metoder i Nye metoder og utprøvende behandling (off-label bruk) som gis enkeltpasienter, f. eks. ved bruk av elektroniske kurver, FEST og SAFEST programmet og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Formålet er bl.a. å kunne fase ut metoder som ikke har forventet nytte. Arbeidet skal gjennomføres i dialog med Direktoratet for eHelse og aktørene i system for nye metoder.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide en elektronisk statusrapport for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Rapporten skal vise måloppnåelse for arbeidet, herunder dekningsgrad og bruk av kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Personell, utdanning og kompetanse

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger/iverksette ny ordning for spesialistutdanning i henhold til ny forskrift, med ansettelser i LIS1-stillinger fra og med høsten 2017.
- Helse Midt-Norge RHF skal planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning henhold til ny forskrift.

Forskning og innovasjon

- De regionale helseforetakene og Forskningsrådet skal vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukermedvirkning.
- Helse Midt-Norge RHF skal styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet i samsvar med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.
- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen for samordning mellom universiteter og helseforetak (Husebekkutvalget) innenfor sitt ansvarsområde. Det forutsettes at oppfølgingen skjer i dialog med universitets- og høyskolesektoren og øvrige regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal sammen med universitetene særlig vurdere mulighetene for harmonisering av rutiner og retningslinjer på tvers av sektorene, regionalt og nasjonalt. Der det er hensiktsmessig, bør Helse Midt-Norge RHF vurdere å etablere fellesfunksjoner med universitetet(ene).

4. Oppfølging og rapportering

Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp Mål 2017 og eventuelt andre kvalitetsindikatorer ved behov. I Årlig melding 2017 skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på *Mål 2017*, *Andre oppgaver 2017* og *Rapportering 2017*. Helse Midt-Norge RHF skal i Årlig melding 2017, i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, vise laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for *Mål 2017*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 15. mars 2018. Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Midt-Norge RHF av 10. januar 2017 for nærmere informasjon på hva som skal rapporteres til departementet.

Tabell 1. Mål 2017. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2017	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Redusert i alle regioner sammenliknet med 2016. Skal være under 60 dager i alle regioner.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) ¹	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ²	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet • Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten • Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet • Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet • Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted 		Helsedirektoratet	Alle tertialvis

¹ Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

² 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, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Mål 2017	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ³ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenliknet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	Registrere med mål om å redusere	Helsedirektoratet	Tertialvis
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere og sikre færrest mulig avbrudd	Helsedirektoratet	Tertialvis
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel sykehusinfeksjoner	Redusert sammenliknet med 2016	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
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
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)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012	Sykehusenes legemiddelsstatistikk	Tertialvis

³ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

Tabell 2. Rapportering 2017. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp) i 2016	Minst 10 poeng forbedring på parametrene utskrivning og samhandling	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig

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

Oslo, 10. januar 2017

Bent Høie

Helse- og omsorgsminister

Vedlegg 1-Tildeling av midler

Helse Midt-Norge RHF skal i 2017 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 (2016-2017) 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	Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift)	28 134 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	6 250 000
	70	Særskilte tilskudd (Partikkelterapi)	4 150 000
	70	Særskilte tilskudd (Transport av psykisk syke)	4 150 000
	70	Særskilte tilskudd (Langvarig smerte)	6 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Vedlikehold tiltakspakke)	15 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Nøytral mva.)	142 664 000
	70	Særskilte tilskudd (Medisinsk undersøkelse på barnehusene)	1 900 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering	87 246 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	13 328 177 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	⁴
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	⁵
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	114 648 000
	79	Raskere tilbake	86 100 000
80	Tilskudd til refusjon av merverdiavgift for helseforetak	⁶	
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	3 000 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	4 500 000

Departementet ber Helse Midt-Norge RHF forberede seg på følgende endringer i finansieringsordningene fra 2018. Det tas sikte på:

- innføring av betalingsplikt for kommunene for pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer tidligst fra 2018.
- å legge om refusjonssystemet for laboratorieundersøkelser fra 1. januar 2018.

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

Finansieringsansvaret for PAH-legemidler (Pulmonal Arteriell Hypertensjon) overføres fra folketrygden fra 1. januar 2017. Videre overføres finansieringsansvaret fra folketrygden for flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017, jf. Prop. 1 S (2016-2017). Helsedirektoratet får fullmakt til å fatte beslutning om hvem som skal finansiere nye legemidler som kommer på markedet innenfor legemiddelgruppene og som er alternativer til legemidler som allerede er finansiert av sykehusene.

Det er overført 12,4 mill. kroner fra basisbevilgningen til oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse og rus i kommunene.

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter er 4622 kroner i 2017.

⁴ Posten er forklart under tabellen

⁵ Posten er forklart under tabellen

⁶ Utbetales av HOD. De faktiske beløpene er avhengig av størrelsen på kompensasjonskravene

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak har anledning til å ta egenandel. Egenandelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner er 138 kroner per døgn. Egenandelen gjelder også for dagopphold.

En ny lov om strafferettslige særreaksjoner har trådt i kraft 1. oktober 2016. Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF dekker kostnader knyttet til dette innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen for 2017.

Ressursrammen legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på 2,1 pst. Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen utgjør 0,8 pst i 2017 tilsvarende 1127 mill. kroner i effektiviseringskrav for de regionale helseforetakene. For å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser er 535 mill. kroner tilbakeført i basisbevilgningen, slik at nettoeffekten utgjør om lag 592 mill. kroner.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering, overslagsbevilgning

Utbetaling på posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Enhetsprisen i 2017 for somatiske fagområder er 42 753 kroner. I 2017 utgjør akontoutbetalingen for somatiske fagområder 4 764,2 mill. kroner, tilsvarende 222 832 DRG-poeng. Enhetsprisen i 2017 for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling er 2 000 kroner, tilsvarende 77 400 DRG-poeng. Til sammen utgjør akontoutbetalingen på posten 4 908,5 mill. kroner.

Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2017 som ligger om lag 1,5 pst over anslått nivå for 2016 basert på aktivitet per første tertial 2016. Som følge av fritt behandlingsvalgreform 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 Poliklinisk virksomhet mv., overslagsbevilgning

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legger til rette for en vekst på om lag 8,5 pst. utover anslått nivå i 2016 basert på regnskapstall fra januar-juni 2016, og dette tilsvarer 475,7 mill. kroner. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for laboratorie- og radiologitjenester underregulert tilsvarende 1,5 prosentpoeng.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF tildeles inntil 86,1 mill. kroner, herunder 4,4 mill. kroner til de arbeidsmedisinske avdelingene. Reell aktivitet vil avgjøre endelige inntekter innenfor rammen. Departementet vil vurdere a konto-beløpets størrelse mot rapportert aktivitet.

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)

Helse Midt-Norge RHF tildeles 4,5 mill. kroner. Det vises til omtale av forsøket i Oppdragsdokumentet 2015.

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 læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

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

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2017. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et *minstekrav*. Endelige tall vil foreligge i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev for 2017 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 Hedmark	164						23	
	Høgsk. i Lillehammer						57		
	Høgsk. i Oslo og Akershus	492	34	50	134	51	147	120	34
	Høgsk. i Østfold	109		22			61	20	
	Høgsk. Diakonova	83						28	
	Lovisenberg diak. høgsk	151						48	
	Univ. i Agder	203		20			35	25	
	Høgsk. i Sørøst-Norge	336	20				45	51	20
Helse Vest	Høgsk. på Vestlandet	435	25	23	60		86	60	35
	Univ. i Stavanger	163						34	
Helse Midt-Norge	Høgsk. i Molde	79					38		
Helse Nord	Nord univ.	328					30	26	
	Univ. i Tromsø	261	24	20	25	20	64	50	20
Flere RHF	NTNU	425	51	73	52	57	70	134	25
	VIS vit.sk. høgskole	248				30	110	22	
		3 477	154	208	271	158	743	641	134

Vær oppmerksom på sammenslåtte institusjoner med lokasjoner i flere RHF.

Audiografutdanningen ved NTNU har kandidatmåltall 29.

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

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi MA
Universitetet i Oslo	192	104	55
Universitetet i Bergen	156	80	25
NTNU	114	63	12
Universitet i Tromsø	84	31	25
	546	278	117

TURNUSTJENESTE Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og 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 leger videreføres i 2017. 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 i hht 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. Senere år er det bedt om at stillinger i onkologi og patologi fortsatt skal prioriteres.

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