

Innhold

1.	Innledning	2
2.	Tildeling av midler	3
3.	Aktivitet	6
4.	Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter	7
4.1	Kvalitetsforbedring	7
4.2	Prioritering	8
4.3	Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester	8
4.4	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	9
5.	Pasientbehandling	10
5.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	11
5.2	Psykisk helsevern	12
5.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)	14
5.4	Habilitering og rehabilitering	14
5.5	Områder med særskilt fokus	15
5.5.1	Kronisk smerte	15
5.5.2	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)	15
5.5.3	Organdonasjon/transplantasjon	15
5.5.4	Cochleaimplantasjon/rehabilitering	16
5.5.5	Prehospitale tjenester	16
5.5.6	Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten	16
5.5.7	Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner	17
5.5.8	Smittevern	17
5.5.9	Beredskap	18
6.	Utdanning av helsepersonell	18
7.	Forskning	19
7.1	Forskning	19
7.2	Innovasjon	21
8.	Pasientopplæring	21
9.	Forholdet til Helsedirektoratet	22
10.	Oppfølging og rapportering	22
11.	Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering	24

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Midt - Norge RHF for 2010 til disposisjon for det regionale helseforetaket. Helse Midt-Norge RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Det forutsettes at midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle "sørge for" – ansvaret. De regionale helseforetakene må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten i helseforetakene innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten. Det er en forutsetning at det regionale helseforetaket går i balanse i 2010. Dersom målsettingene om resultatmessig balanse og gjennomføring av aktivitetsvekst kommer i konflikt med hverandre, skal resultatmessig balanse prioriteres foran andre oppgaver. Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av private ideelle organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det regionale helseforetaket.

Det regionale helseforetaket 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. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. De regionale helseforetakene skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at de underliggende helseforetakene er organisasjoner som lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Det vises til St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er planlagt behandlet i Stortinget 24.4.2010. Det er viktig at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2009-2010) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.

Oppdragsdokumentet har en oppbygning der de langsiktige og overordnede målene blir omtalt i en innledning under hver overskrift. Deretter følger styringsparametre og oppgaver for 2010 som skal bidra til å oppfylle de langsiktige målene. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere oppdragsdokument er gjeldende.

2. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Midt-Norge RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Helse Midt-Norge RHF skal i 2010 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1. Oversikt over første utbetaling i januar, og videre plan for departementets utbetalinger av tilskudd, omtales i egne brev til de regionale helseforetak.

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

Tabell 1 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post.

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
719	70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	1 500 000
732	70	Særskilte tilskudd (kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift)	24 325 000
	70	Særskilte tilskudd (tilskudd til turnustjeneste)	4 840 000
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	10 718 406 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	1
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2
	78	Forskning og nasjonale kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	98 308 000
	79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	101 052 000
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	113 800 000
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	1 300 000
782	70	Helseregistre. Tilskudd	5 000 000 ³

Kap. 719, post 70 Smittevern mv.

Det stilles 1,5 mill. kroner til disposisjon til videreføring av referansefunksjon for MRSA ved St. Olavs Hospital.

Kap. 732, post 70 Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Helse Midt-Norge RHF kan disponere 4,8 mill. kroner. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Det årlige tilskuddet per turnusplass er 25 800 kr i 2010. Tilskuddet for 2010 er beregnet på grunnlag av antall kandidater per 1.10. 2009. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med.

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

³ Fordeling av midler på resterende 16 mill. kroner er ikke klar.

Turnusordningen for fysioterapeuter administreres av Fylkesmannen i hhv Troms, Hordaland og Oslo og Akershus. Disse kan gi opplysninger om antall og fordeling innenfor det enkelte regionale helseforetak. Det gjøres oppmerksom på at hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

Kap. 732, post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Fullføring av nytt inntektssystem i 2010 innebærer at det samlet bevilges 525 mill. kroner mer til Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Denne styrkingen skal fortsatt innebære at resultatmessig balanse prioriteres foran andre oppgaver.

Midler til dekning av økte pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med kjøps- eller driftsavtale med regionale helseforetak er fra 2010 lagt inn i basisbevilgningen.

Midler til vedlikehold av og investeringer i bygg og utstyr inngår som en del av basisbevilgningen.

De regionale helseforetakene skal i sum sette av 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som brukes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fordelt med hhv Helse Sør-Øst RHF 8 mill. kroner, Helse Vest RHF 3 mill. kroner, Helse Midt Norge RHF 2 mill. kroner og Helse Nord RHF 2 mill. kroner.

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

Kap. 732, post 76 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over de aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet på forhånd ikke vet hvor store utbetalingene over denne posten vil bli. I 2010 utgjør akontoutbetalingene over kap. 732, post 76 til Helse Midt-Norge RHF 2 765,5 mill. kroner. Akontobeløpet er basert på en prognose for aktivitet fra 1. tertial 2009, og det er dette nivået det er lagt til rette for å videreføre og øke med 1,2 pst. i 2010. Akontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon på 191 073 DRG-poeng og 16,8 mill. kroner i tilleggsrefusjoner. Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 35 964 kroner, jf. Prop. 1 S (2009-2010) og Innst. 11 S (2009-2010).

De viktigste endringene i 2010-regelverket er:

- Det etableres et enhetlig felles DRG-/ISF-system for all somatisk virksomhet, også poliklinisk utredning og behandling.
- Det tas i bruk kostnadsbaserte vekter/refusjoner for poliklinisk somatisk virksomhet på lik linje med innlagte pasienter. Systemet erstatter det som var basert på NAV-takster.
- Refusjonene for kirurgisk behandling som både utføres som dagbehandling og ved innleggelse blir mer differensiert i 2010 sammenlignet med 2009.
- Kostbar poliklinisk legemiddelbehandling i ISF-systemet får bedre og mer målrettet finansiering.

Endringene i 2010 er først og fremst basert på at ISF-systemet skal fremstå som mest mulig riktig og rettferdig. Endringene vil gi bedre samsvar mellom kostnader og finansiering, men vil også, som tidligere varslet, ha noen omfordelingseffekter.

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

Kap. 732, post 77 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. En aktivitet i tråd med Prop. 1 S (2009-2010) og Innst. 11 S (2009-2010) tilsier en utbetaling på 323,9 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Beløpet er basert på en prognose fra regnskapstall fra juni 2009, og det er dette nivået som kan videreføres og økes med 2,5 pst. i 2010.

Ordningen med at enkelte sykehus skal kunne kreve takster og egenandeler etter takstsystemet for privatpraktiserende fysioterapeuter er avviklet fra 2010 og midlene er overført basisbevilgningen. Regionale helseforetakene skal påse at tilbudet opprettholdes.

Kap. 732, post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Det statlige øremerkede tilskuddet til forskning skal tildeles i tråd med føringer i brev av 25.3.2008. På bakgrunn av en evaluering av dagens system for finansiering av forskning i helseforetakene, vil departementet vurdere behov for eventuelle endringer i dagens resultatbaserte finansieringssystem for forskning fra 2011.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF kan totalt disponere inntil 101,1 mill. kroner, herav 3,7 mill. kroner til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 36,1 mill. kroner til drift av Hysnes helsefort. Den reelle aktiviteten innenfor ordningen vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Utbetaling vil skje a konto. Departementet vil vurdere akontobeløpets størrelse i forhold til rapportert aktivitet innenfor ordningen. Dersom det er mindre behov enn bevilgningen, vil departementet holde tilbake penger.

I tillegg til rapportering i årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK i henhold til avtalt mal på de ordinære midlene innen "Raskere tilbake". For midlene til arbeidsmedisinsk avdeling skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på bruken av midlene og effekt av tiltakene i årlig melding.

Kap. 732, post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Tilskuddet blir utbetalt i like deler i hhv. februar, april, juli og oktober. Det skal gis tilbakemelding om prosjektenes framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2010. Det vises til nærmere omtale i Foretaksprotokollen for 2010.

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

Det skal avsettes 0,65 mill. kroner til videreføring av rusmestringsenhet ved fengslet i Leira, samt 0,65 mill. kroner til etablering av rusmestringsenhet ved fengslet i Hustad fengsel Molde.

Kap. 782, post 70 Helseregistre. Tilskudd

Midlene fordeles ut fra samme fordelingsnøkkel som i 2009. 11 mill. kroner overføres til Helse Nord RHF for videreutvikling og drift av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). 5 mill. kroner overføres til Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT for videreutvikling av tekniske fellesløsninger. 16 mill. kroner skal brukes til implementering av felles løsninger som utvikles i SKDE og HEMIT for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Spesialister med avtale med de regionale helseforetakene

Det tas sikte på å fremme en lovendringsproposisjon i 2010 som innebærer å flytte finansieringsansvaret fra folketrygden til regionale helseforetak fra 1.7.2011. De regionale helseforetakene må forberede seg på denne oppgaven, bl.a. ved å vurdere tilgjengelig kompetanse og eventuelle samarbeidsmodeller med de øvrige regionale helseforetak.

3. Aktivitet

Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. fra 2009 til 2010, jf. omtale i Prop. 1 S (2009-2010). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,2 pst. (post 76) og refusjoner for poliklinisk behandling på 2,5 pst. (post 77) på vanlig måte måles henholdsvis i forhold til prognoser per 1. tertial 2009 og 1. halvår 2009. Dersom veksten i 2009 blir høyere enn dette, vil veksten i 2010 bli tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom Opptappingsplan for rusfeltet kommer i tillegg til dette.

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at regionale helseforetaket er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptappingsplan for rusfeltet.

Oppgave:

- Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Styringsparametre:*Månedelig rapportering*

- Antall produserte DRG-poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

4. Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter**4.1 Kvalitetsforbedring**

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal styrkes ved å videreutvikle felles løsninger for bedre effektivitet, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av data til kvalitetsforbedring og forskning.

Pasienter med behov for oppfølging må sikres at informasjon fra sykehusoppholdet (epikrise) sendes tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlingen.

Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt i sykehus.

Innen akuttpsykiatri er det ikke faglig forsvarlig å ha korridorpasienter.

Det er fortsatt stor variasjon i forskrivningspraksis av legemiddelgruppen TNF-hemmere mellom ulike sykehus. Nasjonale faglige retningslinjer er godt kjent og har høy legitimitet i fagmiljøet, men de har ikke bidratt til større grad av likhet i forbruk mellom regionene.

Arbeidet til kliniske etikkomiteer skal videreføres.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene fortsette arbeidet med å utvikle og implementere felles løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Arbeidet skal samordnes med relevante prosesser i Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og sees i sammenheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt.
- Helse Midt-Norge RHF skal videreutvikle felles teknisk løsning for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Løsningene må samordnes og kunne kommunisere

med tekniske løsninger og standarder for sentrale helseregistre. Tekniske innrapporteringsløsninger skal basere seg på bruk av Norsk helsenett.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for implementering av elektroniske fellesløsninger i den rekkefølge Helse Midt-Norge RHF utvikler slike for utvalgte kvalitetsregistre.
- Helse Midt-Norge RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide forslag til etablering av kvalitetsregister for pasienter som benytter kostnadskreven biologiske legemidler for behandling av autoimmune lidelser. De regionale helseforetak skal påse at det etableres en mest mulig likeverdig behandlingspraksis både innad i og mellom regionale helseforetak, i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer.

Styringsparametre:

Rapporteres tertialvis

- Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %).
- Andel korridorpasienter (mål: ~ 0).
- Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5 %).

Rapporteres i årlig melding

- Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres).
- Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.

4.2 Prioritering

Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Styringsparametre:

Tertialvis rapportering

- Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.

4.3 Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester

Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv. Regionale helseforetak skal være med å utforme en nasjonal pasientsikkerhetskampanje for å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden og legge grunnlag for varige endringer. Det tas sikte på kampanjestart i løpet av senhøsten 2010 eller begynnelsen av 2011.

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport "Sikker som banken... - sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften" (6/2009).

Det forutsettes at de regionale helseforetakene følger opp resultatene etter tilsyn utført av Statens strålevern.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal delta i styringsgruppen som skal forberede pasientsikkerhetskampanjen. Styringsgruppen ledes av Helsedirektoratet.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre deltakelse av fagpersonell i arbeidsgruppene som opprettes av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet som er sekretariat for kampanjen.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at alvorlige hendelser i forbindelse med pasientbehandlingen blir gjennomgått, og at gjennomgangen brukes til læring for å unngå liknende hendelser.

4.4 Tilgjengelighet og brukervedvirkning

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. De regionale helseforetakene skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling, herunder gjøre bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnet for de små offentlige sykehusene.

Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, og medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå.

En ny refusjonsordning for helsehjelp utenfor sykehus i andre EØS-land vil tidligst tre i kraft i løpet av 2010. Ordningen vil gi norske pasienter større valgfrihet. Helsedirektoratet skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetypene de har "sørge for"-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at helseforetakene informerer pasienter og pårørende om klageadgang.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bedre informasjonen til publikum om sykehusenes mest vanlige behandlingstilbud.

- Helse Midt-Norge RHF skal utrede/gjennomgå/vurdere ventetiden for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal iverksettes tiltak for å:
 - a) Redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt.
 - b) Redusere ventetiden for pasienter med hjerteflimmer.

Styringsparametre:

Tertialvis rapportering

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 %).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) (mål: skal reduseres).
- Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål: 100 %).
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %).
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %).
- Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (mål: skal økes).
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: skal reduseres).

5. Pasientbehandling

Det er nødvendig med fortsatt utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet for å møte endringer i sykelighet, i alders- og befolkningssammensetning, ny medisinsk teknologi og endret pasientrolle. Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres.

Ved omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet må det legges til rette for gode prosesser. Lokale løsninger må utformes i samarbeid med brukere, ansatte i foretaket, politisk ledelse i berørte kommuner og kommunehelsetjenesten.

Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunens samlede helse- og omsorgstilbud.

Fagområdet ernæring inngår som en del av både forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer. Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med oppfølging av strategier skal fortsette i 2010. For 2010 gjelder blant annet følgende strategier for spesialisthelsetjenesten: Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012), Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-

2011), Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011), Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011), Strategiplan for kvinners helse (2003-2013), Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2012), Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) og Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskaade 2009 - 2014.

5.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Regionale helseforetak skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. De regionale helseforetakene skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkningen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av regionale planer. Erfaringer fra prosjekter som Pilotsykehusprosjektet (partssamarbeidet), og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.

De regionale helseforetakene skal i utgangspunktet sørge for at fødeinstitusjoner holdes åpne hele året. Sommer- og feriestengninger skal ikke skje pga. økonomiske årsaker alene. Det kan stenges dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig, og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunene.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal videreføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planer for store pasientgrupper som pasienter med de hyppigste kreftformer, pasienter med hjerneslag og pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Planene skal utvikles i et forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling der dette er relevant. Planene skal identifisere betydningsfulle flaskehalsar f.eks. kapasitet innen radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og evt. annet helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Relevante faglige retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogrammer (ulike krefttyper) og rapporter fra forløpsgruppene som ble etablert i forbindelse med samhandlingsprosjektet legges til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er et viktig element.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariable/indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene, pasienter med hjerneslag og pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med de regionale helseforetak om dette.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at helseforetakene iverksetter tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas.

Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.

- De regionale helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1.1.2010.
- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp at helseforetakene gir samhandlings- og koordineringsfunksjonen en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring.
- Helse Midt-Norge RHF skal utrede hvordan de kan øke andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller. Det skal i tillegg utredes hvilke oppgaver og hvilken kompetanse det er behov for i primærhelsetjenesten for å samarbeide om dette. Frist for rapportering til departementet er 1.6.2010.
- Helse Midt-Norge RHF skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak.

5.2 Psykisk helsevern

Det overordnede målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging, og de regionale helseforetak skal derfor videreføre arbeidet med omstilling slik at sykehusfunksjonene blir spisset og de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) blir i stand til å utføre de oppgaver som forventes. Tilbudet til barn og unge skal prioriteres. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noe som innebærer at individuell plan må bli mer utbredt.

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009).

De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldene helselovgivning.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal evaluere effekten av avtalene om samarbeid mellom DPS/BUP og kommunene, herunder barnevernet. Evalueringen skal vurdere avtalene opp mot omstillingskravet og behovet for å utvikle konkrete samhandlingsmodeller.
- Helse Midt-Norge RHF skal som ledd i etableringen av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Oppgaven spesifiseres i et eget brev.
- Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra til Helsedirektoratets kartlegging av behandlingstilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser når det gjelder kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet. Direktoratets kartlegging skal omfatte tilbudet på regionalt nivå, i helseforetak og DPS, i BUP, i privat regi, samt i kommunene, jf. regjeringens ønske om å styrke behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, med særlig fokus på barn og unge.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak kommer til anvendelse ved alle DPS, jf. relevante erfaringer fra prosjektene "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS) mv.
- Helse Midt-Norge RHF bes vurdere å legge til rette for å gi økt tilbud til personer med psykiske lidelser/problemstillinger innenfor ordningen "Raskere tilbake".

Styringsparametre:

Rapporteres tertialvis

- Antall tvangsinnleggelseser per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelseser per institusjon (mål: skal reduseres).

Rapporteres i årlig melding

- Andel ikke planlagte reinnleggelseser i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres).
- Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelseser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.
- Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).
- Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne (mål: skal økes med 10 %).

- Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern (mål: andel årsverk innen DPS skal øke).
- Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.

5.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)

I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) skal kvaliteten og kapasiteten innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, slik at det ikke oppstår ventetid mellom ulike deler av TSB (f. eks. avrusning og videre behandling). Regionale helseforetak skal sørge for at LAR inngår som en integrert del av øvrig TSB.

Den helsefaglige kompetansen i TSB skal styrkes.

Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Arbeidet med å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal fortsette. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med kommunene legge til rette for behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling i påvente av oppstart av behandling.

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).
- Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar.

5.4 Habilitering og rehabilitering

Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet. En gjennomgang halvveis i strategiperioden viser at arbeidet med å gjennomføre flere tiltak er godt i gang. Arbeidet som er påbegynt og arbeid med områder som gjenstår forutsettes fullført i løpet av de to siste årene i strategiperioden.

De regionale helseforetakene skal sørge for at alle som har behov for habiliterings/rehabiliteringstjenester på spesialisert nivå skal kunne motta slike tjenester til riktig tid.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder for Habiliteringstjenesten for voksne og en handlingsplan for habilitering av barn og unge. Det forutsettes at de regionale helseforetakene følger opp tilrådingene i handlingsplanene og veilederne.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal i 2010 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2009 for befolkningen.

5.5 Områder med særskilt fokus

5.5.1 Kronisk smerte

Tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal innen utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter og planer for å styrke dette.

5.5.2 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

De regionale helseforetakene skal sikre adekvat tilbud om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder tilbud om lærings- og mestringskurs, til pasienter med CFS/ME. Tilbudet skal utvikles i samarbeid med kommunene og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME. Regionale helseforetak skal ta i bruk det nyopprettede døgntilbudet til de sykeste pasientene med CFS/ME i Oslo Universitetssykehus HF.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide rapport med status over adekvate tilbud om diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasienter med CFS/ME. Rapporten skal vise hvilke helseforetak som har tilbud til pasientgruppen, hvilken type tilbud, antall pasienter som er henvist og antall pasienter som er gitt et tilbud i helseregionen i 2009. Frist for rapportering er utgangen av 2. tertial 2010.

5.5.3 Organdonasjon/transplantasjon

Det er et nasjonalt mål å øke antall organtransplantasjoner til 30 donasjoner per mill. innbyggere.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.

5.5.4 Cochleaimplantasjon/rehabilitering

Det er et nasjonalt mål at volumet på cochleaimplantatoperasjoner skal videreføres og at CI-opererte får habilitering og rehabilitering.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre tilstrekkelig kapasitet for cochleaimplantasjoner jf. nasjonale mål.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.

Styringsparameter:

Rapporteres i årlig melding

- Antall cochleaimplantatoperasjoner.

5.5.5 Prehospitale tjenester

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at helseforetakene innen 1.4.2010 oppfyller kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle nasjonale krav til ambulanserbiler som følge av Norges implementering av direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy.

5.5.6 Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal sikre kvalitet i hele bredden av helsetjenesten, samtidig som spesialiserte oppgaver og nye trender ivaretas gjennom forskning og kompetanseoppbygging. Kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud.

Innen 1.3.2011 skal de regionale helseforetakene rapportere på nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspMidt-Norge RHF>. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene, og ligge til grunn for Helsedirektoratets årlige gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

I tråd med oppdraget, har de regionale helseforetakene i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidet et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere forslaget, og gi en helhetlig anbefaling til departementet senest 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet

sikrer at forslaget behandles i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte parter høres på en hensiktsmessig måte, jf. brev av 17.3.2008.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere nytt styringssystem for nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten i tråd med og fra den tid departementet beslutter.

5.5.7 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og evt. overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling. Målet med etablering av en landsfunksjon eller en flerregional funksjon er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.

Innen 1.3. 2011 skal de regionale helseforetakene rapportere på lands- og flerregionale funksjoner gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspMidt-Norge>. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene, og ligge til grunn for Helsedirektoratets årlige gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

I tråd med oppdraget, har de regionale helseforetakene i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidet et helhetlig forslag til hvilke lands- og flerregionale funksjoner det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere forslaget, og gi en helhetlig anbefaling til departementet senest 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrer at forslaget behandles i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte parter høres på en hensiktsmessig måte, jf. brev av 17.3.2008.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere nytt styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner i tråd med og fra den tid departementet beslutter.

5.5.8 Smittevern

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) legger føringene for de regionale helseforetakenes og helseforetakenes arbeid med smittevern. Forskning på og overvåkning av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk er et spesielt innsatsområde i oppfølgingen av strategien i 2010. De regionale helseforetakene må ha god oversikt over hva som rapporteres til regionale/nasjonale registre, prevalensundersøkelser, antall inngrep som overvåkes prospektivt (insidens) i de ulike foretak, og om data leveres databehandler innen fristen og hvordan data tilbakeføres til å kvalitetssikre tjenesten i det enkelte helseforetak. I denne sammenhengen har de regionale helseforetakene ansvar for å legge til rette for teknisk og personellmessige forhold for overvåkning, og helseforetakene ansvaret for å levere kvalitetssikret materiale og kvalitetssikring i egen virksomhet.

Oppgaver

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det er tilstrekkelige ressurser til å rapportere og kvalitetssikre at data blir brukt til å evaluere klinisk praksis i enheter som rapporterer til NOIS-systemet. Alle foretak, hvor det utføres to eller flere inngrep som inngår i NOIS, skal rapportere minst to prosedyrer til NOIS-systemet innenfor fastsatte tidsfrister og med kvalitetssikrede data.

5.5.9 Beredskap

Helse Midt-Norge RHF skal medvirke til kvalitet og samhandling i sektorens beredskaps- og smittevernarbeid i samarbeid med kommuner, regionale helseforetak, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt, Strålevernet og andre samarbeidspartnere.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1).
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen har oppdaterte, øvede og koordinerte beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelse og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.

6. Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner og samarbeidsavtaler legger rammer for utdanningsoppgavene og tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av nasjonale strategier og satsningsområder.

Vedlegg 1 viser aktivitetskravene Kunnskapsdepartementet har satt til universiteter og høyskoler. Behovet for praksisplasser er noe høyere enn aktivitetskravet fordi opptaket reflekterer et forventet frafall i studietiden. Samarbeidsorganene er viktige arenaer bl.a. for vurdering av antall praksisplasser. Også som følge av økningen i studieplasser i 2009, er det av stor betydning at samarbeidsorganene benyttes for å sikre tilstrekkelig og kvalitativt gode praksisplasser. De regionale helseforetakene har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner.

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har de regionale helseforetakene ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene.

Stortinget vedtok i behandling av Ot.prop. nr. 83 (2008-2009), jf. Innst. O. nr. 122 (2008-2009) å endre helsepersonelloven § 53. Helsedirektoratet får i oppdrag å utforme og etablere ny spesialistgodkjenningsordning med mål om at de overtar saksbehandlingen i løpet av 2011. Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide videre med organisering og vilkår for framtidig ordning med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister og de regionale helseforetakene vil bli involvert på egnet måte.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. områder med diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister – et eksempel er behov for onkologer. Det vil være hensiktsmessig at de regionale helseforetakene samarbeider om denne oppgaven.
- Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen og ambulansearbeiderutdanningene. Antallet rapporteres i årlig melding.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.
- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om et pilotprosjekt om opprettelse av kompetanseområde i palliativ medisin.

7. Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

7.1 Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene.

Det er besluttet å øremerke til sammen minst 15 mill. av basisbevilgningen tildelt over kap. 732, post 72-75 til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Med dette menes forskning som bidrar til kunnskapsgrunnlaget for helhetlige pasientforløp og mer koordinerte tjenester for pasientene. Det bør vurderes

om forskning på samhandling skal etableres som en felles satsing mellom de regionale helseforetakene, forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning.

Det tas sikte på å etablere en felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (norsk vitenskapsindeks) i helse, universitets- og høyskole- og instituttsektoren fra 2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Det er ønskelig å innføre et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer, og det kan være aktuelt å knytte et slikt klassifikasjonssystem opp til norsk vitenskapsindeks. Health Research Classification System (<http://www.hrcsonline.net/pages/front.>) vurderes å kunne ivareta dette.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal bruke minst 2 mill. kroner til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med og i regi av Helse Sør-Øst RHF, slutføre arbeidet med å etablere et felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudier (fase I-IV) i helseforetakene, jf. oppdrag i oppdragsdokumentet for 2009. Det bør sikres koherens med de systemer som etableres i de regionale etiske komiteene for å registrere forskningsprosjekter (SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre systemer for registrering av kliniske studier og forskning. Det skal gjennomføres et arbeid for å vurdere muligheten for å klassifisere og rapportere alle forskningsprosjekter i helseforetakene etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra med nødvendig kompetanse og ressurser i utviklingsarbeid knyttet til videreutvikling av de nasjonale systemene for måling av forskningsresultater og ressursbruk til forskning og utvikling.
- Helse Midt-Norge RHF skal sette av nødvendige ressurser for etablering av Norsk Vitenskapsindeks i de rapporteringsenhetene som inngår i det nasjonale målesystemet for forskningsresultater.

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF (beregnet av NIFU STEP).
- Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).
- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes,

eldremedisin og samhandling. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>.

- Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram.
- Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG), herunder etablert nettverk, koordineringsfunksjon samt forskningsprosjekter med deltakere fra flere helseregioner.

7.2 Innovasjon

Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

Under Stortingets behandling av St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge.
- Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.
- Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).
- Antall patentsøknader og registrerte patenter.
- Antall lisensavtaler.
- Antall bedriftsetableringer.
- Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.

8. Pasientopplæring

For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. De regionale helseforetakene skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av

spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal påse at helseforetakenes tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn og pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemming. Helse Midt – Norge RHF skal påse at lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med samisk språklig kulturell bakgrunn.

9. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrev gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene.

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2010 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2010 blir på samme nivå som i 2009.

10. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan – og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse av helsepolitiske mål.

Det fremgår hvilke styringsparametre som skal rapporteres henholdsvis tertialvis og i årlig melding. De styringsparametrene som skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til rapporteringsmal vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2010. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bruker data fra Norsk pasientregister (NPR) for de styringsparametrene det er aktuelt. De regionale helseforetakene kan bruke NPR -data fra foregående tertial når det rapporteres på styringsparametre. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre.

Frist for å utarbeide rapport med status over adekvate tilbud om diagnostisering, behandling og rehabilitering av pasienter med CFS/ME er utgangen av 2. tertial 2010.

De regionale helseforetakene skal innen utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter og planer for å styrke dette.

Frist for å levere utredning på hvordan de regionale helseforetakene kan øke andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere antall kontroller, samt utrede hvilke oppgaver og kompetanse det er behov for i primærhelsetjenesten for å samarbeide om dette, er 1.6 2010.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan det regionale helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i oppdragsdokumentet for 2010. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt. Det skal fremgå av årlig melding at de regionale brukerutvalgene har vært med i utformingen og har behandlet den. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 1.3.2011.

For nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger skal de regionale helseforetakene rapportere til Helsedirektoratet.

Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til departementet når slik avvik blir kjent.

Helse Midt-Norge RHF skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2012 innen 15.12.2010.

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

Oslo, 18. desember 2009



Anne-Grete Strøm - Erichsen

11. Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommune har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

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

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf. Helsemod/ www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2010/2011:

Helse region	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	Akershus	108					142	20	40
	Gjøvik	171	25					20	
	Hedmark	153						12	
	Lillehammer						23		
	Oslo	418	38	62	144	51		130	
	Østfold	136		28				64	17
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	160						37	
	Diakonhjemmet	114							
Helse Vest	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	126					25*		
	Vestfold	119						40	14
Helse Vest	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	194						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole Diakonhjemmet	70							
Helse Midt-Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	55	21
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord	Bodø	155						33	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25

Øket aktivitetskrav i Revidert nasjonalbudsjett 2009 i sykepleie-, ABIOK- og jordmorutdanningen er videreført i 2010.

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. Det vil si at det totale aktivitetskravet for jordmor ved de statlige høgskolene vil være 80 i 2011/2012. For Diakonhjemmet Høgskole er det et samlet aktivitetskrav for ergoterapi og vernepleie på 106 60-studiepoengsenheter. I 1998 ble det inngått en avtale mellom Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole, avdeling Rogaland om samarbeid for å dekke behovet for vernepleierutdanning i Nord-Rogaland. Avtalen ble fornyet i 2002. Den innebærer at de to institusjonene alternerer (annet hvert år) om å tilby 30 nye studieplasser til desentralisert vernepleierutdanning. Diakonhjemmet Høgskole Rogaland hadde første opptak i 1998, Høgskolen i Telemark i 1999 osv.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf. Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høgskoler, revidert 20. januar 2004). Regionale helseforetak har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner, f. eks. **audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør Trøndelag med aktivitetskrav 31.

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

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	87	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	45	
Universitet i Tromsø	89	32	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestested. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av de regionale helseforetakene (www.safh.no/lenker/turnus).

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn.

For 2010 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)					
Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger)					
”til regionalt helseforetaks disposisjon”	16	7	7	0	30
SUM	16	7	7	0	30

Tildelingen av en ekstra kvote på 12 utdanningsstillinger for geriater i september 2009 skal videreføres til samme formål. Regionale helseforetak anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

Regionale helseforetak skal vurdere fordelingen av overlegestillinger og LIS-stillinger. Det skal tas hensyn til nødvendig behandlingsskapasitet, rekruttering til utsatte spesialiteter og en optimalisering av spesialistutdanningskapasiteten.

Regionale helseforetak skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til helseforetakene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) skal på basis av innrapporterte tall fra de regionale helseforetakene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og ”ikke fordelte” stillinger.