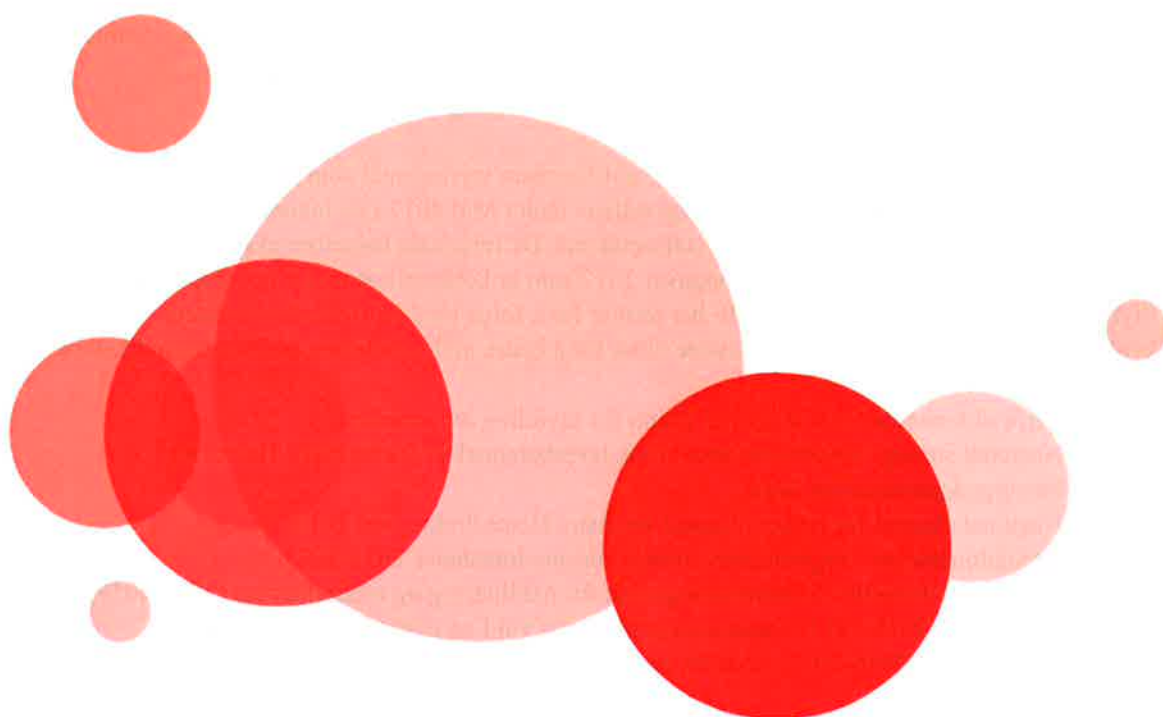


Oppdragsdokument 2017

Helse Sør-Øst RHF



Oppdatert: 10.1.2017



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering som er ventet publisert 1. februar 2017.
- Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 indikators 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. Distriktspsykiatriske 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 tvangsinnleggelse 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF skal i 2017 forberede en hjemmesykehusmodell i psykisk helsevern for barn og unge rettet mot barn i disse institusjonene.
- Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF forutsettes å legge til rette for dialog og eventuelle forhandlinger med interesserte kommuner.
- Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet etablere Stifinner'n ved Eidsberg fengsel.
- Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Mål 2017:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.
- Minst 20 pst. av pasientene med hjerneinfarkt skal få trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse.
- 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 prosjektskisse innen 1. april 2017.
- Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 brukervedvirkning.
- Helse Sør-Øst RHF skal styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet i samsvar med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.
- Helse Sør-Øst RHF skal følge opp rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen for samordning mellom universiteter og helseforetak (Husebektutvalget) 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 Sør-Øst RHF vurdere å etablere fellesfunksjoner med universitet(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 Sør-Øst RHF rapportere på *Mål 2017*, *Andre oppgaver 2017* og *Rapportering 2017*. Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst 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 |
| 2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | | |

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

| Mål 2017 | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens |
|--|--|---|----------------------|
| 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 trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse | Minst 20 % | 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 |

Tabell 2. Rapportering 2017. Datakilder og publiseringsfrekvens.

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.

| | 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 Sør-Øst RHF skal i 2017 basere sin virksomhet på tildelte midler i tabell 3. Utbetalingsplan kommer i eget brev. Departementet forutsetter at Helse Sør-Øst 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 Sør-Øst RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

| Kap | Post | Betegnelse | Midler til Helse Sør-Øst RHF |
|-----|------|--|------------------------------|
| 732 | 70 | Særskilte tilskudd (Kreftregisteret) | 110 000 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Pilotprosjekt kolorektal kreft) | 43 800 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift) | 23 532 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste) | 15 600 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Partikkelterapi) | 4 150 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Narkolepsi hos barn) | 3 400 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Doping) | 4 400 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Oppfølging av Nasjonalt nødmeldingsprosjekt) | 900 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Koordineringsenhet for dom til behandling) | 1 600 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Biobank CFS/ME) | 1 000 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Transport av psykisk syke) | 8 350 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Medisinsk undersøkelse på barnehusene) | 7 100 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Kvalitetssikring Mammografiprogrammet) | 800 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Persontilpasset medisin) | 8 000 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Vedlikehold tiltakspakke) | 15 000 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Raskere tilbake) | 57 000 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Prosjektering luftambulans Innlandet) | 10 000 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Nøytral mva. Rettsmedisinsk institutt) | 1 700 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Rettsmedisinsk institutt) | 143 270 000 |
| | 70 | Særskilte tilskudd (Nøytral mva.) | 535 568 000 |
| | 71 | Kvalitetsbasert finansiering | 286 118 000 |
| | 72 | Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF | 50 034 672 000 |
| | 76 | Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i> | ⁴ |
| | 77 | Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i> | ⁵ |
| | 78 | Forskning og nasjonale kompetansetjenester | 738 637 000 |
| | 79 | Raskere tilbake | 323 200 000 |
| | 80 | Tilskudd til refusjon av merverdiavgift for helseforetak | ⁶ |
| 733 | 70 | Behandlingsreiser til utlandet | 125 057 000 |
| 770 | 21 | Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester) | 6 100 000 |
| 841 | 23 | Refusjon av utgifter til DNA-analyser | ⁷ |

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

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

⁷ Utbetales av BLD <Merknad: sjekk tekst med Astrid>

- 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 70 Særskilte tilskudd/Raskere tilbake 57 mill. kroner

De overførte midlene på 57 mill. kroner skal samlet dekke statens økonomiske forpliktelser, uavhengig av hvorvidt det er forskjellig forbruk av tjenestene fra befolkningen i de ulike regionene. Denne ordningen bør av hensyn til avtalemotpartene/leverandørene være raskt på plass, og senest innen 1. mars 2017.

Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd/Prosjektering luftambulanse Innlandet 10 mill. kroner

De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i 2016 i oppdrag å gjennomgå basestrukturen i Norge. Prosjektering av luftambulansebase i Innlandet må inngå som en del av de regionale helseforetakenes samlede gjennomgang av basestrukturen, jf. Innst. 11 S (2016-2017) om prosjektering av luftambulansebase i Innlandet. Gjennomgangen utgjør et beslutningsgrunnlag om luftambulansebase i Innlandet.

Kap. 732, post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst 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 46,6 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.

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 Sør-Øst RHF dekker kostnader knyttet til dette innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen for 2017.

Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF dekker driftskostnadene til hjertestarterregisteret i NAKOS, Oslo universitetssykehus HF.

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 18 373,7 mill. kroner, tilsvarende 859 380 DRG-poeng. Enhetsprisen i 2017 for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling er 2 000 kroner, tilsvarende 290 116 DRG-poeng. Til sammen utgjør akontoutbetalingen på posten 18 914,7 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 behandlingsvalgreformen 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 aktivitet 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 1 795,4 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 Sør-Øst RHF tildeles inntil 323,2 mill. kroner, herunder 9,3 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. 733, post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for behandlingsreiser til utlandet for pasienter fra hele landet, og sikre at kravene til f.eks. avstand og reisetid ikke skal hindre Dødehavsklinikken å inngi tilbud på lik linje med andre leverandører av behandlingsreiser. Dette innebærer at det verken i kvalifikasjonskrav eller tildelingskriterier skal stilles uforholdsmessige strenge krav til avstand og reisetid.

Forholdsmessigheten vil blant annet påvirkes av pasientens mulighet til selv å påvirke valget mellom reisealternativer. Det vises i denne sammenheng til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) hvor følgende anmodningsforslag ble vedtatt: «Stortinget ber regjeringen forsikre seg om at det ikke stilles uforholdsmessig strenge krav til hvem som kan få lov til å gi tilbud om pasientreiser, for eksempel knyttet til avstand og reisetid, og at Dødehavsklinikken kan gis anledning til å gi tilbud på lik linje med andre tilbydere». Egenandelen er på 116 kroner per døgn for voksne pasienter og barns ledsagere, og inngår i egenandelstak 2.

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

Helse Sør-Øst RHF tildeles 6,1 mill. kroner. Det vises til omtale av forsøket i Oppdragsdokumentet 2015.

Kap. 841, post 23 Refusjon av utgifter til DNA-analyser

Virksomhetsoverdragelsen av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF i 2017 inkluderer oppgaver som blant annet farskapsanalyser. Barne- og likestillingsdepartementet refunderer utgifter til DNA-analyser rekvirert av domstolene eller Arbeids- og velferdsetaten ved fastsetting av farskap. Utgiftene til DNA-analyser følger direkte av reglene i barneloven om fastsetting og endring av farskap. Refusjonen utbetales kvartalsvis ved mottak av faktura fra instituttet i henhold til antall besvarte oppdrag i perioden. Eventuelle rapporteringsrutiner må avklares med oppdragsgiver.

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

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

