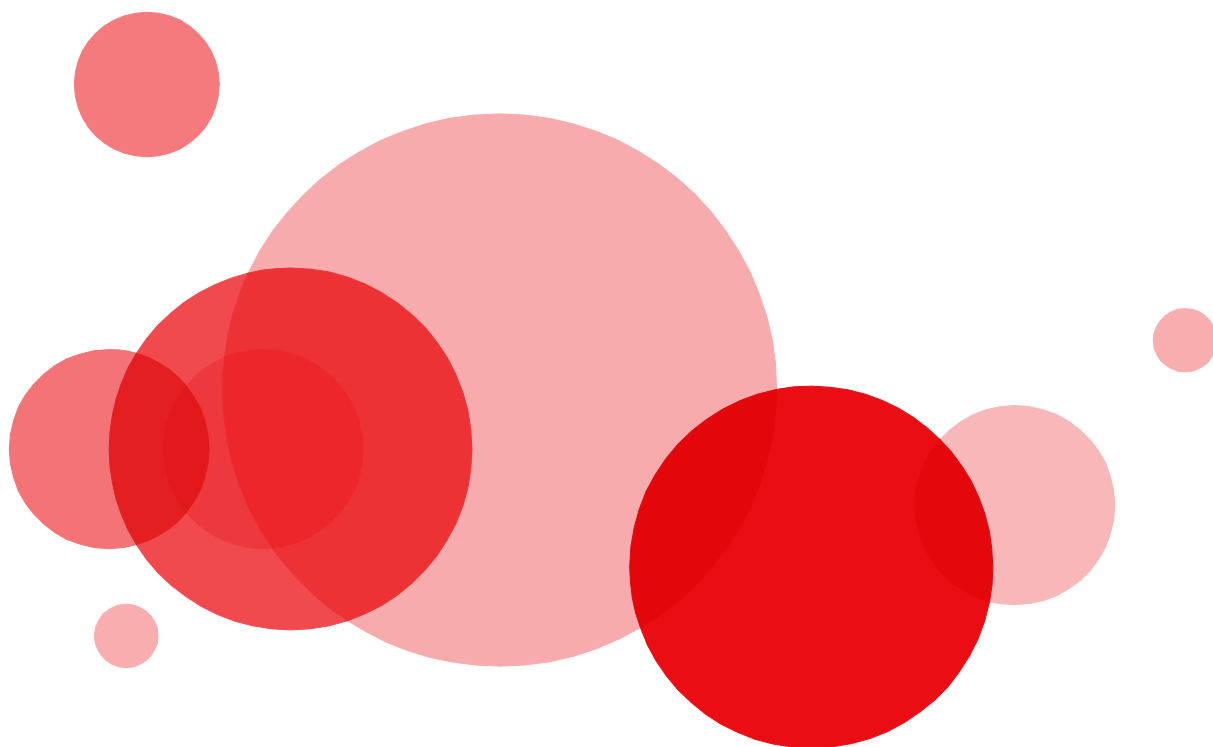


Oppdragsdokument 2018

Helse Vest RHF



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Innleiing

Helse Vest RHF har ansvar for at folk i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Helse Vest RHF skal innrette verksemda si med tanke på å nå følgjande overordna styringsmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling
3. Betre kvalitet og pasientsikkerheit

Dette skal skje innanfor dei ressursane som blir stilte til disposisjon i oppdragsdokumentet, jf. vedlegg 1. Vi viser til stortingsbehandlninga av Prop. 1 S (2017–2018).

Regjeringa vil skape pasienten si helseteneste. I møtet med helsetenesta skal kvar enkel pasient oppleve respekt og openheit, og gjennom samval få delta i avgjerdene om eiga behandling og korleis denne skal gjennomførast. Pasientane skal oppleve heilskaplege og samanhengande tenester, også mellom spesialist- og kommunehelsetenesta. Ein må få på plass gode arenaer og system for informasjonsutveksling, rettleiing og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, medrekna fastlegane. Det skal leggst til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som òg inneber å bruke tolketenester når det trengst. Ein må etterspørje og synleggjere samiske pasientar sin rett til og behov for tilrettelagde tenester frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen, og når det blir teke avgjerder. Eventuelle nye tiltak til dei regionale helseføretaka og helseføretaka for å styrke samisk språk og språkrettar skal vurderast i oppfølginga av NOU 2016:18 *Hjertespråket – Forslag til lovverk, tiltak og ordningar for samiske språk*.

Omstilling av spesialisthelsetenester som er aktuelle for kommunane, skal ikkje gjennomførast før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillinga gir brukarane eit kontinuerleg og like godt eller betre tenestetilbod enn før. Vi viser til *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*. I tråd med Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* skal Helse Vest RHF vere med og auke kompetansen i kommunal helse- og omsorgsteneste.

Dei regionale helseføretaka må følgje opp arbeidet helseføretaka gjer med utviklingsplanar og sørge for at desse blir sett samla og tryggjer det totale helsetilbodet i regionen.

Det er eit mål å auke både talet på offentleg igangsette kliniske studiar og studiar som er sette i gang av næringslivet. Det skal leggst til rette for auka samarbeid med næringslivet, m.a. gjennom tilrettelegging av infrastruktur for utprøving av medisinsk-teknisk utstyr og for industrifinansierte kliniske studiar. Innovasjonseffekten av anskaffingar i helseføretaka bør aukast, til dømes innan bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Under hovudmåla 1–3 har vi konkretisert kvantifiserbare styringsmål som skal nåast i 2018. Helse- og omsorgsdepartementet vil følgje opp styringsmåla under Mål 2018 i dei månadlege og tertialvise oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka. Dei regionale helseføretaka skal òg gjennomføre Andre oppgåver 2018, som er konkretiserte under hovudmåla 1–3. Styret og leiinga i Helse Vest RHF har ansvar for å følgje med på kvalitetsindikatorane til Helsedirektoratet og eventuelt sette i verk tiltak for å betre måloppnåinga på kvalitetsindikatorar.

Følgjande nye dokument skal leggst til grunn for utvikling av tenesta:

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

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Betre samarbeid mellom private og offentlege helsetenester inneber betre utnytting av ledig kapasitet, større valfridom og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientane skal sleppe unødvendig ventetid. Fritt behandlingsval og pasient- og brukarrettslova legg til rette for dette. Pasientforløpa skal vere gode og effektive. Det er innført 28 pakkeforløp for kreft. Det blir innført pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus. Målinga av pakkeforløpa vil starte samtidig med innføringa, og departementet kjem tilbake til indikatorane for dette i revidert oppdragsdokument 2018. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttinga skal brukast aktivt som grunnlag for å auke kapasitet og gi meir likeverdig tilgang til helsetenester.

Mål 2018:

- Gjennomsnittleg ventetid skal reduserast i alle regionar samanlikna med 2017. Gjennomsnittleg ventetid skal vere under 50 dagar i alle regionar innan 2021.
- Ingen fristbrot.
- Median tid til tenestestart skal reduserast i regionen samanlikna med 2017¹.
- Regionen skal halde ein større prosentdel av pasientavtalene samanlikna med 2017 (passert planlagt tid). Regionen skal halde minst 95 pst. av avtalane innan 2021.
- Prosentdelen pakkeforløp som er gjennomført innan den definerte standard forløpstida for kvar av dei 26 kreftformene skal vere minst 70 prosent. Variasjonen i måloppnåing for pakkeforløp kreft på helseføretaksnivå skal reduserast.

Andre oppgåver 2018:

- Helse Vest RHF skal innan 1. juni 2018 rapportere på oppfølging av tiltak knytte til samhandling med private avtalepartar, jf. rapport frå juni 2017. Helse Vest RHF skal sikre at vurderingseiningar innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling er godt nok kjende med pasientrettane, medrekna retten til fritt behandlingsval.
- Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Nord RHF, og i samarbeid med Helsedirektoratet:
 - Innan 1. november 2018 gjere greie til departementet for status i arbeidet med å redusere uønskt variasjon i kapasitetsutnytting og forbruk, og kome med framlegg til vidare utviklingsarbeid. Tiltrådingar i rapporten «Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten» av 10. oktober 2017 skal følgjast opp. Ein skal prioritere å publisere nasjonale tal for indikatorane «ikkje møtt», «replanlegging» og «planleggingshorisont». Vidare skal ein vurdere korleis undersøkinga Riksrevisjonen har gjort av effektivitet i sjukehus, jf. Dokument 3:2 (2017–2018), kan nyttast som grunnlag for å utarbeide indikatorar for variasjon i kapasitetsutnytting av operasjonsstover.
 - Samle og dele erfaringar frå relevante ressursar på tvers av regionane som jobbar med forbetring i effektivitet og kapasitetsutnytting, med tanke på å finne ut kva faktorar som er med og gjer at forbetningsarbeidet lykkast. Det skal gjerast greie for dette til departementet innan 1. juni 2018. Som del av dette skal det gjerast greie for korleis styra i regionale helseføretak og helseføretak får høve til å følgje jamt med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnytting og betringsarbeid som er gjennomført.
 - Følgje opp variasjon i liggjetid, etterkontrollar og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebrotpasientar, i tillegg variasjon i utnytting av operasjonsstuen, jf. oppfølgingsundersøkinga Riksrevisjonen har gjort av effektivitet i sjukehus.
- Helse Vest RHF skal vere med på arbeidet Helsedirektoratet gjer med å vidareutvikle finansieringsordningane, medrekna innsatsstyrt finansiering med tanke på ev. endringar frå 2019.

¹ Tida mellom datoen då spesialisthelsetenesta tek imot tilvisinga og datoen då pasienten får ei teneste, altså datoen då ein viss prosedyre er utført. Dette blir målt for eit utval utgreiings- og behandlingsprosedyrar. Liste over kva utgreiings- og behandlingstenester som inngår i målingane, finn ein på nettsidene til Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Den nye strategien for psykisk helse «Mestre hele livet» skal liggje til grunn for korleis dei regionale helseføretaka innrettar behandlingstilbodet til barn, unge, vaksne og eldre. Ein skal legge til rette for større grad av tverrfagleg og pasienttilpassa organisering av tilboda, ut frå kva brukarane spør etter hjelp til og oppdatert fagkunnskap. Responsevne og mobilitet i tenestene, medansvar for heilskapen i oppfølging av pasientar, styrka tilgang døgnet rundt og kortare ventetider er sentrale utviklingsområde. Vi føreset at pakkeforløpa for psykisk helse og rus er ein reiskap for meir målretta leiing og styring av verksemda. Besøksrapportane frå Sivilombodsmannen og rapportane frå Helsetilsynet skal inngå i det generelle kunnskapsgrunnlaget for utvikling og forbetring av tenestene. Det er stort behov for å jobbe vidare med systematisk endring og styrking av kompetanse og organisering for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern, og for å vidareutvikle og spreie gode metodar for frivillig behandling. Når pasientar har både psykiske lidningar og er rusavhengige, må tenestene behandle begge tilstandane samtidig og i samarbeid med kommunane. Registrering av data til eit kvalitetsregister innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling er avgjerande for at registeret skal kunne gi viktig kunnskap om kvaliteten.

Mål 2018:

- Det skal vere høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske senter og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriterast innan psykisk helsevern. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivingar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor) og aktivitet (polikliniske opphald)².
- Færre tvangsinnleggingar i psykisk helsevern enn i 2017.
- Færre pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
- Registrere avslutningstype og sikre så få avbrot som råd i døgnbehandling tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Andre oppgåver 2018:

- Helse Vest RHF skal implementere pakkeforløpa for psykisk helse og rus.
- Helse Vest RHF skal registrere utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og inngå samarbeidsrutiner med kommunane for å førebu utskrivningar om desse pasientane, jf. innføring av betalingsplikt for kommunane frå 2019.
- Helse Vest RHF skal vidareføre satsing på betre helsetenester til barn og unge i barnevernet, medrekna å vere med og utvikle modellar for utgreiing av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Helse Vest RHF skal gjere sitt til at desse helsetilboda blir vidareutvikla slik at den språklege og kulturelle bakgrunnen til samiske barn òg er vareteken.
- Helse Vest RHF skal sette i verk tiltak for å auke tilgangen til psykisk helsevern for innsette i fengsel, medrekna språklege og kulturelt tilrettelagte tilbod for samiske innsette.

² Årsverk er utteke som måleparameter. Årsverkstal frå SSB gir inga fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglane for innrapportering av felles personell.

3. Betre kvalitet og pasientsikkerheit

Helsetenesta skal vidareutviklast slik at pasientar og brukarar i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Helse, miljø og sikkerheit (HMS) skal vere ein integrert del av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet. Gode pasientforløp skal utviklast i samarbeid med kommunar, med spesiell merksemd på pasientar med kols, og pasientar som treng rehabilitering og habilitering. Kvalitetsmålingar, pasientsikkerheitsmålingar, forskingsbasert kunnskap og pasienterfaringar må nyttast aktivt i utforminga av tenestetilbodet og i systematisk forbetningsarbeid. Ineffektive metodar skal fasast ut. Ein eigen undersøkingskommisjon for alvorlege hendingar i helsetenesta skal etablerast i 2018. Det er eit mål å redusere urettvis variasjon i tenestetilbodet der dette er dokumentert, til dømes gjennom helseatlas.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasientar og pårørande skal underbygge god og forsvarleg pasientbehandling.

Mål 2018:

- Prosentdelen pasientskadar basert på dei årlege GTT-undersøkingane er redusert med 25 prosent innan utgangen av 2018, målt ut frå undersøkinga for 2012.
- Prosentdelen sjukehusinfeksjonar skal vere mindre enn 3,5.
- 30 pst. reduksjon i samla forbruk av breispektra antibiotika i norske sjukehus i 2020 samanlikna med 2012. (Målt som desse fem breispektra midla: karbapenem, 2. og 3. generasjon cefalosporin, penicillin med enzymhemjar og kinolon).
- Minst 20 pst. av pasientar med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombololysebehandling.
- Minst 50 pst. av pasientar med hjerneinfarkt som er trombololysebehandla, får denne behandlinga innan 40 minutt etter innlegging.
- Ingen korridorpatientar.
- Prosentdelen dialysepatientar som får heimedialyse, skal vere minst 30.
- Talet på kliniske behandlingstudiar er auka samanlikna med 2017.

Andre oppgåver 2018:

- Helse Vest RHF skal implementere pakkeforløpa for hjerneslag
- Helse Vest RHF skal sørge for at helseføretaka utviklar rutiner for god overføring frå barne- til vaksenorientert helseteneste ut frå best tilgjengeleg kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sjukehuset og mellom sjukehuset og primærhelsetenesta. Rutinene er utarbeidde i samarbeid med ungdomsrådet i helseføretaka.
- Helse Vest RHF skal sørge for ei planmessig omlegging av Raskare tilbake-ordninga. Med grunnlag i tilrådingar frå dei regionale helseføretaka i brev av 28. april 2017 skal tiltak med god verknad og som har verka til at behandling og arbeidsretta hjelp skjer samtidig, integrerast i det ordinære pasienttilbodet. Behandlingstilbodet for aktuelle pasientgrupper som skal vidareførast, skal så langt råd er tilbydast utan opphald. Omlegginga inneber at midla er medtekne i grunnlaget for den ordinære pasientbehandlinga, og kan finansierast av ISF og laboratorie- og radiologiske undersøkingar. Pasientar som får behandling gjennom desse behandlingstilboda, skal framleis registrerast til NPR med debitorcode 20. Vi ber Helse Vest RHF sende Helse- og omsorgsdepartementet informasjon om status og vidare plan for omlegginga innan 1. mai 2018.
- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid og under leiing av Helse Sør-Øst RHF sørge for ei forskingsbasert følgeevaluering av omlegginga av Raskare tilbake. Evalueringa skal særleg avdekke konsekvensar for personar med muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidningar, og effekten på sjukefråværet. Helse Sør-Øst RHF får tildelt i alt 7 mill. kroner til å gjennomføre den forskingsbaserte evalueringa og til å monitorere og spreie kunnskap. Helse Sør-Øst RHF skal gjere greie for planar for evaluering, monitorering og kunnskapsspreiing innan 1. mai 2018.
- Helse Vest RHF skal redusere urettvis variasjon i tilbodet til pasientar med kols, jf. SKDEs helseatlas.
- Helse Vest RHF skal styrke arbeidet med tidleg diagnostisering og oppfølging/retteleing av autismespekterforstyrningar (ASF), og stimulere til forpliktande samarbeidsavtalar mellom helseføretak/sjukehus og kommunar.

- Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Sør-Øst RHF, førebu innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft frå 2019 med utvikling av nytt IT-program, starte rekruttering av personell, skopiskule, investeringar i endoskopisenter m.m.
- Helse Vest RHF skal, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, etablere ei nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetenesta der pasientar med alvorleg livsforkortande sjukdom kan få ei ny vurdering av kva som er mogeleg behandling for anten etablert eller utprøvande behandling i Noreg eller i utlandet, jf. utgreiing gjennomført i 2017.
- Helse Vest RHF skal, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka, følge opp tilrådingane frå den 5-årige heilskaplege gjennomgangen av godkjende fleirregionale og nasjonale behandlingstenester. Desse skal ha fungerande faglege referansegrupper, definerte kvalitetsmål, eintydige tilvisingskriterium og likeverdig tilgang til tenestene. Helse Vest RHF skal rapportere på gjennomførte tiltak, og ev. legge fram ein framdriftsplan for ytterlegare tiltak innan 1. november 2018.
- Helse Vest RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet og kommunane etablere ei ordning for opplæring og bruk av akutthjelparar. Vi viser til akuttmedisinforskrifta § 5.
- Helse Sør-Øst RHF skal ta det nasjonale ansvaret for ein informasjonskampanje som kan auke talet på organdonorar i 2018. Kampanjen skal òg omfatte levande givar av nyre. Dette arbeidet skal gjennomførast i samarbeid med relevante aktørar, medrekna dei tre andre regionale helseføretaka. Direktoratet for e-helse skal gjere nødvendige tekniske endringar for å realisere ei elektronisk løysing for organdonasjon i kjernejournal. Dei regionale helseføretaka skal dekke kostnadene til utvikling, forvaltning og drift av elektronisk løysing for organdonasjon.
- Vi viser til fleire oppdrag til dei regionale helseføretaka innanfor legemiddelområdet i 2017, og m.a. rapport frå dei regionale helseføretaka til departementet om overgang til fagleg likeverdige, men rimelegare legemiddel og tilgrensande oppdrag. Vi legg til grunn at dei regionale helseføretaka følgjer opp tilrådingane i rapporten, og gjer greie for denne oppfølginga til departementet innan 1. juni 2018. Ein viktig føresetnad for overgang til fagleg likeverdige, men rimelegare legemiddel er at helsepersonell har god nok informasjon om legemiddel på forskrivningstidspunktet. Vi ber derfor dei regionale helseføretaka, i samråd med Statens legemiddelverk og Direktoratet for e-helse, om å sette i gang eit arbeid knytt til etablering av SAFEST. Plan for gjennomføring, etablering og finansiering av SAFEST skal leggast fram for departementet innan 1. april 2018.
- Helse Vest RHF skal i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregister blir utvikla på område der det trengst kunnskap, som t.d. innanfor psykisk helsevern og rus. På område der pasientgrunnlaget er lite, til dømes innanfor persontilpassa medisin, høgspesialisert medisin og sjeldne sjukdommar, skal det leggast til rette for internasjonalt samarbeid om kvalitetsregister og forskning, òg på område som inngår i dei europeiske referansenettverka eller nordisk samarbeid. Det er ein føresetnad at etablering av register skjer innanfor ramma av det etablerte systemet for nasjonal status for medisinske kvalitetsregister.
- Helse Vest RHF skal styrke innsatsen i pasientsikkerheitsprogrammet og i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka sikre at tiltakspakkene frå pasientsikkerheitsprogrammet, medrekna kartlegging av pasientskader og pasientsikkerheitskultur, blir vidareførte etter 2018. Dei regionale helseføretaka skal samarbeide med Helsedirektoratet og pasientsikkerheitsprogrammet om å kome med framlegg til plan innan 1. juni 2018 for korleis arbeidet med ein samordna innsats på pasientsikkerheitsområdet bør innrettast frå 2019.
- Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Nord RHF, sikre at helseføretaka registrerer i pasientadministrative system at pasientar har vore vurderte og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal gjerast greie for status innan 1. juni 2018.
- Helse Vest RHF skal sikre at Norwegian Pumps & Pipes blir vidareført. Det er ein føresetnad at prosjektet finn breiare finansiering etter 2018.

Personell, utdanning og kompetanse

Vi viser òg til føretaksprotokollen av 16. januar 2018 om Bemanning og kompetanse.

- Helse Vest RHF skal sørge for at det er utarbeidd planar for iverksetting av del 2 og 3 i ny ordning for spesialistutdanning av legar, medrekna at dei regionale utdanningssentra (RegUt) er rusta til å vareta nye oppgåver med læringsaktivitetar og nasjonal samordning.

- Helse Vest RHF må sikre at regionale utdanningscenter og helseføretaka har utarbeidd planar og læringsaktivitetar for innfasing av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.
- Helse Vest RHF skal legge til rette for at eksisterande tilbod om kompetanseheving i samisk språk og kultur blir gjort kjent nasjonalt, slik at helsepersonell i heile landet har høve til å søke om deltaking. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF skal legge til rette for at tilsette kan få kompetanseheving i samisk språk når helseføretaket treng slik kunnskap.

Forskning og innovasjon

- Dei regionale helseføretaka skal gjennomføre ei prøverapportering på talet på pasientar som deltek i kliniske behandlingsstudiar i helseføretaka, i tråd med tilrådingar i rapport frå arbeidsgruppe for utvikling av ein indikator for kliniske behandlingsstudiar.
- NorPedMed, det kliniske forskingsnettverket med base i Nasjonalt kompetansenettverk for legemiddel til barn, skal vere eit kontaktpunkt for legemiddelrelatert klinisk forskning på barn i den nasjonale forskingsinfrastrukturen for kliniske studiar NorCRIN.
- Helse Vest RHF skal implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseføretaka under leiing av Helse Sør-Øst RHF (jf. rapport frå nasjonal arbeidsgruppe frå desember 2017) og gjennomføre ei prøverapportering på aktivitetsindikatoren for 2017.
- Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Sør-Øst RHF, greie ut og pilotere ein totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskingsprosjekt, i tråd med tilrådingar frå arbeidsgrupperapporten *Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjektar innan helse* (2015) og tilrådinga frå Husebekk-utvalet («Samordning mellom universiteter og helseføretak» 2017).
- Dei regionale helseføretaka skal, i samarbeid med universiteta, utarbeide felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrolla i eksternt finansierte prosjekt.

4. Oppfølging og rapportering

Departementet vil i oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka følge opp Mål 2018 og eventuelt andre kvalitetsindikatorar ved behov. I Årleg melding 2018 skal Helse Vest RHF rapportere på *Mål 2018, Andre oppgåver 2018 og Rapportering 2018*. Helse Vest RHF skal i Årleg melding 2018, i tillegg til gjennomsnittstal for heile regionen, vise lågaste og høgaste måloppnåing på helseføretaksnivå for *Mål 2018*. Frist for innsending av årleg melding frå styret er 15. mars 2019. Vi viser til vedlegg 1 til føretaksprotokoll til Helse Vest RHF av 16. januar 2018 for nærare informasjon om kva som skal rapporterast til departementet.

Tabell 1. Mål 2018. Datakjelder og publiseringsfrekvens.

Mål 2018	Mål	Datakjelde	Publiserings frekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga			
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta.	Redusert i regionen samanlikna med 2017. Skal vere under 50 dagar i regionen innan 2021. Målt som årleg gjennomsnitt	Helsedirektoratet	Månadleg
Prosentdelen fristbrot for avvikla pasientar	0 %	Helsedirektoratet	Månadleg
Median tid til tenestestart. Tida mellom tidspunktet spesialisthelsetenesta tek imot tilvisinga og tenestestartdato (dato då prosedyre er utført) for spesifikke sjukdomsgrupper. Målet gjeld for sjukdomsgrupper der tid til tenestestart er tilgjengeleg som nasjonale tal frå NPR.	Redusert i regionen samanlikna med 2017	Helsedirektoratet	Tertialvis
Prosentdelen pasientkontaktar som har passert planlagt tid av totalt tal planlagde pasientkontaktar. Skal målast med same uttrekksdatoen som året før.	Redusert i regionen samanlikna med 2017. Skal halde minst 95 % av avtalene innan 2021	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samla for 26 krefttypar) innan maksimal tilrådd forløpstid ³	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåing på helseføretaksnivå skal reduserast.	Helsedirektoratet	Tertialvis
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling			
Høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske senter og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriterast innan psykisk helsevern. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid for avvikla, kostnader (kostnader til avskrivningar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor) og aktivitet (polikliniske opphald) ⁴ .	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større auke i kostnader og aktivitet.	Gjennomsnittleg ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: rekneskapen til dei regionale helseføretaka Polikliniske opphald: Helsedirektoratet (ISF)	
Talet på tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne per 10 000 innbyggjarar i helseregionen.	Redusert samanlikna med 2017. Årstal, og	Helsedirektoratet	Tertialvis

³ Prosentdelen pakkeforløp som har ei forløpstid frå starten av forløpet til oppstarten av kirurgisk, medikament- eller strålebehandling, som er innanfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tjukk- og endetarmskreft, kreft i matrøyr og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulstar, foflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, gallegangskreft, primær leverkreft, hovud-/halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

⁴ Årsverk er utteke som måleparameter. Årsverkstal frå SSB gir inga fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglane for innrapportering av felles personell.

Mål 2018	Mål	Datakjelde	Publiserings frekvens
	differansen blir oppgitt i Årleg melding.		
Talet på pasientar i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst eitt tvangsmiddelvedtak per 10 000 innbyggjarar	Redusert samanlikna med 2017.	Helsedirektoratet	Årleg
Avbrot døgnbehandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling	Registrere avslutningstype og sikre så få avbrot som råd.	Helsedirektoratet	Tertialvis
3 Bättre kvalitet og pasientsikkerheit			
Prosentdelen pasientskadar basert på GTT-undersøkingane	Redusere 25 % innan utgangen av 2018, målt ut frå GTT-undersøkinga for 2012.	GTT-undersøkingane Helsedirektoratet	Årleg
Prosentdelen sjukehusinfeksjonar	Mindre enn 3,5 %.	Folkehelseinstituttet	2 gonger årleg
Forbruk av breispektra antibiotika i norske sjukehus i 2020 samanlikna med 2012. (Målt som desse fem breispektra midla: karbapenem, 2. og 3. generasjon cefalosporin, penicillin med enzymhemjar og kinolon)	30 % reduksjon i samla bruk i 2020 samanlikna med 2012.	Legemiddelstatistikk frå sjukehusa	Tertialvis
Prosentdelen pasientar med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling	Minst 20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Prosentdelen pasientar med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlede, og får denne behandlinga innan 40 minutt etter innlegging	Minst 50 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Prosentdelen korridorpatientar på sjukehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Prosentdelen dialysepatientar som får heimedialyse	Minst 30 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Talet på kliniske behandlingsstudiar er auka	Auka samanlikna med 2017.	CRISStin	Årleg

Tabell 2. Rapportering 2018. Datakjelder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakjelde	Publiserings frekvens
Pasientar sin erfaring med døgnopphald innan psykisk helsevern 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i oktober 2017
Brukarerfaringer med fødsels- og barselomsorga i 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
Pasientar sin erfaring med døgnopphald innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
30 dagar overleving etter innlegging i 2017 (uansett årsak til innlegging)		Folkehelseinstituttet	Årleg
30 dagar overleving etter innlegging for hjerneslag i 2017		Folkehelseinstituttet	Årleg
30 dagar overleving etter innlegging for hoftebrot i 2017		Folkehelseinstituttet	Årleg

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
30 dagar overleving etter innlegging for hjerteinfarkt i 2017		Folkehelseinstituttet	Årleg
Prosentdelen relevante einingar i regionen der tiltakspakkane i pasientsikkerhetsprogrammet er implementerte.	100 %	RHF-rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årleg
Talet på helseføretak som deltek i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Vi viser til Oppdragsdokument 2017: "Helse Vest RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunane i opptaksområdet til helseføretaka deltek."		Helseføretaka rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.	
Prosentdelen episodar rapporterte med riktig behandlingsstad til Norsk pasientregister	100 %	Norsk pasientregister	Tertialvis

Rapporteringa skal sendast til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 16. januar 2018

Bent Høie

Helse- og omsorgsminister

Vedlegg 1 - Tildeling av midlar

Helse Vest RHF skal i 2018 basere verksemda på tildelte midlar i tabell 3. Utbetalingsplan kjem i eige brev. Departementet set føre at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2017–2018) og budsjettvedtaket frå Stortinget. Vi viser til helseføretakslova § 45 og løyvingreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan avgjere å kontrollere at midlane blir brukte etter føresetnadene.

Tabell 3. Tilskot til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
701	71	Medisinske kvalitetsregister	6 645 000
732	70	Omlagging av arbeidsgivaravgift	27 762 000
	70	Tilskot til turnusteneste	6 600 000
	70	Multisenterstudie ME	3 000 000
	70	Medisinsk undersøking på barnehusa	3 900 000
	70	Avansert heimesjukepleie for barn Stavanger	6 100 000
	70	Landsdekkande modell for rettspsykiatri	1 100 000
	70	Nasjonalt program for tarmscreening 2019	1 500 000
732	71	Kvalitetsbasert finansiering	101 810 900
732	73	Basisløyving Helse Vest RHF	18 327 061 000
732	76	Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, overslagsløyving	⁵
732	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkingar, overslagsløyving	⁶
732	78	Forskning og nasjonale kompetansetenester	149 215 700
732	80	Tilskot til refusjon av merverdiavgift for helseføretak	⁷
770	21	Særlege driftsutgifter (prøveordning tannhelsetenester)	400 000

Departementet ber Helse Vest RHF om å førebu seg på innføring av betalingsplikt for kommunane for utskrivingsklare pasientar med rus- og/eller psykiske helseproblem frå 2019.

Kap. 701, post 71 Medisinske kvalitetsregister

Data frå medisinske kvalitetsregister er ei viktig kjelde når det gjeld å styrkje det systematiske arbeidet for betre kvalitet og pasientsikkerheit. Arbeidet med medisinske kvalitetsregister skal følgast opp i tråd med helseregisterstrategien og prioriteringar i kap. 701 i statsbudsjettet for 2018. Helse Vest RHF blir tildelt 6,645 mill. kroner til Nasjonal IKT for å utvikle tekniske fellesløyvingar for nasjonale medisinske kvalitetsregister. Nasjonal IKT og FMK (Fagforum for medisinske kvalitetsregister) skal i samarbeid med Direktoratet for e-helse hjelpe til så inntil 2 mill. kroner av desse midlane blir tilgjengelege for Helsedataprogrammet til realisering av fellestenester for registra.

Kap. 732, post 70 Landsdekkande modell for rettspsykiatri

Vi viser til sluttrapport frå Helsedirektoratet og at Helsedirektoratet er bede om å planlegge for nasjonal utbreiing av rettspsykiatri i lag med dei regionale helseføretaka. Helse Midt-Norge får tildelt 6,8 mill. kroner for å etablere Nasjonal Enhet for Rettspsykiatrisk Sakkyndighet. Helse Sør-Øst får tildelt 1,7 mill. kroner, Helse Vest 1,1 mill. kroner og Helse Nord 0,5 mill. kroner slik at kompetansesentra i desse regionane i samarbeid med den nasjonale eininga kan dekke regionale og landsdekkande oppgåver.

Kap. 732, post 73 Basisløyving Helse Vest RHF

Ressursramma legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlninga (somatikk, psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på om lag 2 pst. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreforma utgjer 0,7 pst. i 2018 tilsvarande 955 mill. kroner i effektiviseringskrav for dei

⁵ Posten er forklart under tabellen.

⁶ Posten er forklart under tabellen.

⁷ Blir utbetalt av HOD. Dei faktiske beløpa er avhengig av storleiken på kompensasjonskrava.

regionale helseføretaka. For å gi rom for m.a. investeringar og anskaffingar er 716 mill. kroner tilbakeført i basisløyvinga, slik at nettoeffekten er om lag 239 mill. kroner.

Vi viser til prosjektet «En vei inn» som Helsedirektoratet leier. Dei fire regionale helseføretaka skal bidra med 1,5 mill. kroner kvar til utvikling og etablering av felles meldingssentral.

Finansieringsansvaret for legemiddel til behandling av alvorleg astma, mastocytose, hiv, hepatitt B og attverande legemiddel til behandling av hepatitt C er overført frå folketrygda frå 1. januar 2018.

Betalingssatsen for kommunane for utskrivingsklare pasientar er 4747 kroner i 2018.

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar som har avtale med regionalt helseføretak, har høve til å ta eigendel. Eigendelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar er 140 kroner døgnet. Eigendelen gjeld òg for dagopphald.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering, overslagsløyving

Utbetaling på posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Einingsprisen i 2018 for somatiske fagområde er 43 428 kroner. I 2018 utgjer akontoutbetalinga for somatiske fagområde 7 082,8 mill. kroner, tilsvarande 326 158 DRG-poeng. Einingsprisen i 2018 for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling er 2 354 kroner. I 2018 utgjer akontoutbetalinga 284,3 mill. kroner, tilsvarande 120 756 DRG-poeng. Samla er akontoutbetalinga på posten 7 367,1 mill. kroner.

Budsjettet legg til rette for eit aktivitetsnivå i 2018 som ligg om lag 1,6 pst. over estimert nivå for 2017 basert på aktivitet per første tertial 2017. Som følge av reforma om fritt behandlingsval er systemet med konkrete styringsmål i talet på DRG-poeng avvikla frå 2015. Dette legg til rette for at sjukehusa kan møte auka konkurranse gjennom å auke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi. Aktivitet utover budsjettert aktivitet utløyser 50 pst. ISF-refusjon.

Kap. 732, post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkingar, overslagsløyving

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legg til rette for ein vekst på om lag 6,8 pst. utover estimert nivå i 2017 basert på rekneskapstal frå januar–juni 2017, og dette svarar til 626 mill. kroner.

Det aktivitetsbaserte refusjonssystemet for laboratorieanalysar er omlagt frå 2018. Det er ein føresetnad at omlegginga skjer budsjettøytralt. Omlegginga omfattar frå 2018 ikkje patologi, men ein tek sikte på å ta med patologi frå 2019. Tilhøvet mellom den aktivitetsbaserte refusjonen og delen som er finansiert gjennom rammefinansiering, er endra ved at den aktivitetsbaserte refusjonen for dei offentlege laboratoria går ned i storleiksordning 6–7 pst. motsvara av ein auke i basisløyvingane. Som følge av at laboratorietakstane kan ha medført noko høgare kostnadsdekning enn tilsikta, reduserast løyvinga med om lag 0,3 pst. For å stimulere ytterlegare til auka effektivisering er dei aktivitetsbaserte refusjonane for laboratorie- og radiologiområdet underregulerte med om lag 40 mill. kroner medrekna ABE-reforma. Refusjonssatsane for radiologi aukar i gjennomsnitt med vel 1 pst. i 2018, og for laboratorieverksemd med vel 0,2 pst.

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Grunnutdanning omfattar studium ved vidaregåande skular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei vidaregåande skulane. Opplæringskontora i fylka skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

Vidareutdanning omfattar m.a. ulike studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Ein skal prøve å løyse eventuell usemje i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for legar skal varetakast i samsvar med den nye spesialistforskrifta.

Nedanfor gjengir vi Kunnskapsdepartementet sine forslag til kandidatmåltal for 2018. Kandidatmålalet for kvar enkelt institusjon er eit *minstekrav*. Endelege tal ligg føre i tildelingsbrevet frå Kunnskapsdepartementet for 2018 til utdanningsinstitusjonane og kan opplyst frå institusjonane i dei regionale samarbeidsorgana.

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

Ver merksam på samanslåtte institusjonar med lokasjonar i fleire regionar.

Følgande kandidatmåltal er fastsette for medisin, psykologi og farmasi MA ved universiteta:

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

Turnusteneste

Helsedirektoratet har det overordna ansvaret og fastset kor mange turnusplassar for fysioterapeutar det skal leggst til rette for. Regionansvarlege fylkesmenn er delegerte myndigheit til å skaffe turnusplassar for fysioterapeutkandidatar, og dei informerer dei regionale helseføretaka om forventa behov komande år. Talet på turnusplassar for fysioterapeutar blir vidareført i tråd med auken i 2013.

LIS1-stillingar for legar

Turnustenesta for legar enda hausten 2017 og er avløyst av LIS1-stillingar som er første delen av spesialistutdanninga for legane. LIS1-stillingane har same strukturen som turnustenesta, med 12 månader i sjukehus og 6 månader i kommunehelsetenesta, men har egne læringsmål. Talet på LIS1-stillingar blir vidareført i 2018 på same nivået som for turnustenesta. Helsedirektoratet får i oppdrag å gjere ny vurdering av om dimensjoneringa av talet på stillingar er i tråd med det som trengst i tenesta.

Fordeling av nye legestillingar

Oppretting av legestillingar skal framleis skje i tråd med det som trengst etter sørge for-ansvaret dei regionale helseføretaka har, den helsepolitiske styringsbodskapen og dei økonomiske rammene som er stilte til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analysar av kompetansebehov frametter skal leggst til grunn for korleis dei regionale helseføretaka fordeler legar til helseføretaka og mellom spesialitetar. Dei regionale helseføretaka skal særleg vurdere behovet for legestillingar til spesialitetar der utdanningskapasiteten i dag går for å vere for låg, og spesialitetar der behovet for legespesialistar kan endre seg i åra som kjem som ei følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringar i helseføretaka.

Dei regionale helseføretaka skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet alltid er oppdatert.