

Møtedato: 13. februar 2012
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Knut Tjeldnes, 75 51 29 16

Dato: 3.2.2012

Styresak 4-2012 Oppdragsdokument 2012

Bakgrunn

Oppdragsdokument (OD) for 2012 konkretiserer bestillingen fra Helse Nord RHF til helseforetakene for ivaretagelse av sørge-for-ansvaret for befolkningen i helseregionen.

OD 2012 uttrykker krav fra Helse- og omsorgsdepartement (HOD) i oppdragsdokument til Helse Nord RHF og protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 30. januar 2012, Helse Nord RHF's prioriteringer gjennom budsjett for 2012 og oppfølging av styrevedtak i Helse Nord RHF.

Det foreliggende oppdragsdokument bygger på midlertidig oppdragsdokument (MOD) 2012, krav fra HOD gjennom oppdragsdokument til Helse Nord RHF, protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 30. januar 2012 samt budsjettmessige rammer og føringer.

Oppdragsdokumentet til helseforetakene inneholder ikke krav til Helse Nord RHF inkludert Helse Nord IKT og SKDE. Disse er presisert i HOD's oppdragsdokument.

Krav som er stilt i tidligere oppdragsdokumenter er ikke gjentatt, Det er utarbeidet en tilleggsliste (vedlagt) som samler opp tidligere års krav som fortsatt står ved lag.

Innledning

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge og på Svalbard som bygger på verdiene **kvalitet, trygghet og respekt**. Tjenesten skal ha god tilgjengelighet, og det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Verdigrunnlaget skal være synlig i styrende dokumenter og brukes aktivt som styringsredskap.

Helseforetakene skal drive sin virksomhet i henhold til gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav og bidra til at Helse Nord når sine mål innen pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende samt innovasjon. Pasientsikkerhet og kvalitet skal prege all virksomhet i foretaksgruppen.

Overordnet risikostyring, internkontroll og forbedringsarbeid må følges opp i helseforetakene. Målene som skisseres stiller svært store krav til ledelse og gjennomføringsevne i alle ledd av organisasjonen. Samhandling mellom fag, organisasjon og økonomi må fortsatt styrkes.

God samhandling i hele behandlingsskjeden skal prioriteres høyt for å oppnå bedre kvalitet og optimal ressursutnyttelse. Dette er det viktigste tiltaket for å gi pasienter med behov for koordinerte tjenester et helhetlig og godt tilbud.

Prioritering av nye tiltak må i hovedsak ivaretas ved forbedringsarbeid. Omstillingsprosesser skal skje i samarbeid med den enkelte ansatte, brukerne, tillitsvalgte, vernetjenesten og kommunene og andre samarbeidspartnere som blir berørt.

Arbeidet med innovasjon skal tydeliggjøres. Gjennom innovasjon skal Helse Nord utvikle og innføre nye, kvalitativt bedre og mer kostnadseffektive produkter og tjenester, organisatoriske løsninger og pasientforløp.

Helse Nord skal sikre ivaretagelse av den samiske befolknings behov for spesialisthelsetjeneste. Tilbudet skal være preget av samisk språk- og kulturforståelse, spesielt innenfor forvaltningsområdet for samisk språklov.

Særlige mål for 2012

Kravene til økt satsing på kvalitetsutvikling og pasientsikkerhetsarbeid er ytterligere skjerpet i oppdragsdokumentet fra HOD til Helse Nord RHF. Det er også skjerpede krav til oppfølging av Samhandlingsreformen, som er videreført i oppdragsdokumentet til helseforetakene.

Det nasjonale kravet om å redusere gjennomsnittlig ventetid på 65 dager i løpet av 2012 er skjerpet til 60 dager i Helse Nord.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å sikre riktige faglige prioriteringer. Aktivitetsnivået må tilpasses de økonomiske rammebetingelser for budsjettåret. Helse Nord skal gå med et overskudd i 2012 på 350 mill. kroner for å gjennomføre investeringsplanen.

2012 er det første året i gjennomføringen av Samhandlingsreformen, jf. nytt lovverk og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. I 2012 skal helseforetakene inngå avtaler med kommunene på overordnet nivå og på de ulike tjenesteområdene.

Helse Nord's kvalitetsstrategi¹ og de helseforetaksspesifikke tiltaksplanene skal følges opp i 2012.

Kravene i Nasjonal pasientsikkerhetskampanje² skal følges opp.

Kravene til å redusere uønsket deltid og redusere sykefravær er endret og presisert i forhold til Midlertidig oppdragsdokument.

Medbestemmelse

De konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF har deltatt i prosessen med utarbeiding av foreliggende Oppdragsdokument 2012, gjennom flere møter og ved konkrete og skriftlige innspill.

¹ Styresak 15-2011 Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-2014, vedtatt i styremøte Helse Nord RHF, den 23. februar 2011

² www.pasientsikkerhetskampanjen.no

Partene er enige om å drøfte Oppdragsdokument 2012 i forkant av RHF-styrets endelige behandling i styremøte, den 13. februar 2012. Drøftingsmøtet vil bli avholdt, den 10. februar 2012, og protokoll fra drøftingsmøtet blir lagt frem i styremøtet.

Brukermedvirkning

Regionalt brukerutvalg (RBU) vil behandle Oppdragsdokument 2012 på møte, den 8. februar 2012. Vedtak fra møtet vil bli ettersendt eller lagt fram i styremøtet.

Vurdering

Adm. direktør vurderer at Oppdragsdokument 2012 til helseforetakene ivaretar krav og oppgaver som framkommer av Oppdragsdokument og eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet samt våre strategiske planer og styrevedtak.

Oppdragsdokumentet er også avstemt mot forslag til konsolidert budsjett 2012 for foretaksgruppen.

Det har vært gjennomført prosesser for utviklingen av dokumentet for å få innspill og forankre retning og innhold. Helseforetak, brukerutvalg og konserntillitsvalgte/konsernverneombud har bidratt til at dokumentet har fått en form og innhold som utgjør et godt styringsgrunnlag for 2012.

Konklusjon

Adm. direktør vurderer oppdragsdokument 2012 til å ivareta Helse Nord RHF's viktigste prioriteringer og krav til aktivitet overfor helseforetakene. Økonomiske og organisatoriske krav er innarbeidet og ivaretatt, samt krav skissert i MOD 2012 og HOD's oppdragsdokument og protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF for 2012.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar Oppdragsdokument 2012 for helseforetakene.
2. Oppdragsdokument 2012 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i Oppdragsdokument 2012.

Bodø, den 3. februar 2012

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2012 for helseforetakene, med vedlegg (5)
Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 2 (OD fra HOD) er lagt ut på våre hjemmesider – se:
[Styremøte i Helse Nord RHF, den 13. februar 2012](#)

OD 2012

XXXXXX HF 3.2. 2012

1. OPPDRAGSDOKUMENTETS FUNDAMENT OG OPPBYGGING	3
2. VERDIER OG MÅL	4
3. KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG PASIENTRETTIGHETER	6
3.1 KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET	6
3.2 PRIORITERING, TILGJENGELIGHET OG BRUKERMEDVIRKNING	7
4. PASIENTBEHANDLING	8
4.1 AKTIVITET	8
4.2 OMRÅDER SOM SKAL VEKTLLEGGES SPESIELT	9
4.2.1 <i>Helhetlige pasientforløp og samhandling</i>	9
4.2.2 <i>Psykisk helsevern</i>	10
4.2.3 <i>Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige</i>	11
4.2.4 <i>Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer</i>	11
4.2.5 <i>Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten</i>	12
4.2.6 <i>Smittevern og beredskap</i>	12
4.2.7 <i>Prehospitaltjenester</i>	12
4.2.8 <i>Barents helsesamarbeid/nordområdesatsingen</i>	13
4.2.9 <i>Pasientreiser</i>	13
5. UTDANNING AV HELSEPERSONELL	13
6. FORSKNING OG INNOVASJON	14
7. OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE	15
8. FELLES ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	15
8.1 RESULTATKRAV	15
8.2 RISIKOSTYRING OG INTERNKONTROLL	16
8.3 INVESTERINGSRAMMER, BYGG OG EIENDOMSFORVALTNING	17
8.4 INNKJØP	17
8.5 GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND	18
8.6 KLIMA- OG MILJØTILTAK	18
8.7 ORGANISASJONS- OG LEDERUTVIKLING OG ARBEIDSGIVERSTRATEGI	18
8.7.1 <i>Personal og kompetanse</i>	19
8.7.2 <i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS)</i>	19
8.8 INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI (IKT)	20
8.9 KOMMUNIKASJON	20
9. OPPFØLGING OG RAPPORTERING	20
9.1 RAPPORTERINGSRUTINER	21
VEDLEGG 1	24
VEDLEGG 2 – STYRINGSPARAMETRE 2012	27
VEDLEGG 3 – RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER	30
VEDLEGG 4	31
VEDLEGG 5	32

1. Oppdragsdokumentets fundament og oppbygging

Oppdragsdokumentet er Helse Nord RHF's årlige bestilling til helseforetakene. Dokumentet gir retning for å utvikle tjenestetilbudet innen rammen av nasjonal politikk. Til grunn for prioriteringene i oppdragsdokumentet ligger oppdragsdokument 2012 fra HOD¹, tidligere års oppdragsdokument, foretaksprotokoller og regionale styresaker om budsjett og investeringer².

Rapporteringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet (vedlegg 1, 2 og 3) vil bli innarbeidet i Helse Nord RHF's rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding. Det vil framgå hvilke av kravene fra HOD som helseforetakene skal rapportere på, og hvilke som skal følges opp gjennom virksomhetsrapporteringen eller følges opp direkte fra Helse Nord RHF.

Tidligere stilte krav gjelder fortsatt, selv om de ikke gjentas i årets oppdrag. Den vedlagte tilleggslisten (vedlegg 5) er et hjelpemiddel for at Helse Nord RHF og helseforetakene skal ha oversikt over aktuelle krav fra tidligere år. Det skal ikke rapporteres til Helse Nord RHF på kravene i tilleggslisten.

Tekst som er lik for alle helseforetakene vises i normal skrift, mens tekst som gjelder spesifikt for enkelte helseforetak vises i *kursiv skrift*. Kravene er satt opp i to typer kulepunkt, som betyr:

- Kravet skal følges opp og rapporteres til Helse Nord RHF.
- Kravet skal følges opp, for eksempel ved styrebehandling i helseforetaket, men oppfølgingen skal ikke rapporteres til Helse Nord RHF.

For 2012 gjelder følgende nasjonale strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten:

- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Demensplan 2015 – ”Den gode dagen” (2012-2015)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006 -)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011-2015)
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid (2012-2016)
- Nevroplan 2015 (2012-2015)

¹ Helse- og omsorgsdepartementet

² Styresak 69-2011 Plan 2012-2015, inkl. rullering av investeringsplanen i møte 21. og 22.6.2011, og styresak 118/2011 Budsjett 2012 foretaksgruppen, rammer og føringer i møte 26.10.11

- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Det forutsettes at helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene samt aktuelle regionale planer, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

2. Verdier og mål

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge og på Svalbard som bygger på verdiene **kvalitet, trygghet og respekt**. Tjenesten skal ha god tilgjengelighet, og det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Konsekvenser for likestilling skal kontinuerlig vurderes i forhold til kjønn, funksjonsnedsettelse, etnisitet, religion med videre. Verdigrunnet skal være synlig i styrende dokumenter og brukes aktivt som styringsredskap.

Helseforetakene skal drive sin virksomhet i henhold til gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav og bidra til at Helse Nord når sine mål innen pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Pasientsikkerhet og kvalitet skal prege all virksomhet i foretaksgruppen.

God samhandling i hele behandlingsskjeden skal prioriteres høyt for å oppnå bedre kvalitet og optimal ressursutnyttelse. Dette er svært viktig for å gi pasienter med behov for koordinerte tjenester et helhetlig og godt tilbud.

Prioritering av nye tiltak må i hovedsak ivaretas ved forbedringsarbeid. Omstillingsprosesser skal skje i samarbeid med den enkelte ansatte, brukerne, tillitsvalgte, vernetjenesten og kommunene og andre samarbeidspartnere som blir berørt.

Helseforetakene er store og komplekse organisasjoner, der ansatte er den viktigste ressursen. Dette krever god samhandling og informasjonsflyt mellom ledelse, tillitsvalgte og ansatte.

For å sikre gjennomføringskraft i hele organisasjonen for de oppdrag og mål som skisseres, må overordnet risikostyring, internkontroll og forbedringsarbeid følges opp i alle ledd i helseforetaket.

Samhandling mellom fag, organisasjon og økonomi skal ivaretas.

Arbeidet med innovasjon skal tydeliggjøres. Gjennom innovasjon skal Helse Nord utvikle og innføre nye, kvalitativt bedre og mer kostnadseffektive produkter og tjenester, organisatoriske løsninger og pasientforløp.

Helse Nord skal sikre ivaretagelse av den samiske befolknings behov for spesialisthelsetjeneste. Tilbudet skal være preget av samisk språk- og kulturforståelse, spesielt innenfor forvaltningsområdet for samisk språklov.

Særlige mål for 2012

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å sikre riktige faglige prioriteringer. Aktivitetsnivået må tilpasses de økonomiske rammebetingelser for budsjettåret. Helse Nord skal gå med et overskudd i 2012 på 350 millioner kroner for å gjennomføre investeringsplanen.

2012 er første året i gjennomføringen av Samhandlingsreformen, jf. nytt lovverk og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. I 2012 skal helseforetakene inngå avtaler med kommunene på overordnet nivå og på de ulike tjenesteområdene.

Helse Nords kvalitetsstrategi³ og de foretaksspesifikke tiltaksplanene skal følges opp i 2012.

Kravene i Nasjonal pasientsikkerhetskampanje⁴ skal følges opp.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal ivareta regionfunksjonene i Helse Nord, og utvikles som et universitetssykehus på et godt internasjonalt nivå. Utviklingen skal skje i nært samarbeid med de øvrige helseforetakene. Et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste skal også videreutvikles i eget opptaksområde i samarbeid med kommunene. UNN HF skal ha et særskilt ansvar for forskning, fagutvikling og utdanning, for å styrke internasjonalt helsesamarbeid generelt og med spesielt fokus på nordområdet.

Nordlandssykehuset HF skal videreføre det brede spesialisttilbudet i Bodø i nært samarbeid med de øvrige helseforetakene. NLSH HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste i hele sitt opptaksområde i samarbeid med kommunene, samt videreutvikle sin forskning, fagutvikling og utdanning.

Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland i samarbeid med kommunene og styrke forskning, fagutvikling og utdanning.

Helse Finnmark HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste i Finnmark i samarbeid med kommunene, og styrke forskning, fagutvikling og utdanning. Sykestuene inngår som viktige ledd i behandlingsskjeden, og arbeidet med faglig videreutvikling av innholdet i denne funksjonen skal videreføres. Helseforetaket skal bidra spesielt til helsesamarbeidet i nordområdene og til spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning.

Sykehusapotek Nord HF skal foreslå og tilrettelegge for løsninger som bidrar til effektiv og sikker legemiddelforsyning og legemiddelbruk i alle regionens helseforetak. Sykehusapotek Nord HF skal drive farmasøytifaglig forskning, tjenesteutvikling, pasientveiledning og kompetanseheving i hele helseregionen.

³ Styresak 15-2011 Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-2014, vedtatt i styremøte Helse Nord RHF 23.2.2011

⁴ www.pasientsikkerhetskampanjen.no

3. Kvalitet, pasientsikkerhet og pasientrettigheter

Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig og viktig del av den ordinære virksomhet og et prioritert ansvar for styret og ledere på alle nivå. Helse Nords kvalitetsstrategi utarbeidet i 2011 er rammesettende og retningsgivende for foretakenes arbeid på dette feltet.

Etikk og etisk refleksjon er viktige momenter i kvalitetsarbeidet, og skal være en integrert del av foretakskulturen. I dette er KEK⁵ og Helse Nords etiske retningslinjer sentrale verktøy. KEK skal forespørres der etiske vurderinger er sentrale.

3.1 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

XX HF skal:

- Følge opp Helse Nords kvalitetsstrategi og gjennomføre de foretaksspesifikke tiltaksplanene.
- Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister. Som ledd i dette skal pasientsikkerhetskulturmåling gjennomføres, denne har svarfrist 01.06.2012.
- Bidra til at nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevenne metoder (mini-HTA⁶) tas i bruk, i samarbeid med Helse Nord RHF.
- Gjennomføre journalundersøkelse etter GTT-metoden⁷ i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer og benytte GTT-resultater i forbedringsarbeid.
- Utvide NOIS⁸ registrering knyttet til hofte-, galle-, aortokoronar bypass- og tykktarmskirurgi samt keisersnitt til en kontinuerlig registrering fra 01.09.2012.
- Ha oppdaterte, anerkjente faglige retningslinjer og prosedyrer tilgjengelig og i bruk i DocMap.
- Påse at melding om og saksbehandling av avvik, forbedringsforslag, personal- og pasientskader samt uheldige hendelser foregår i DocMap.
- Sikre at felles nasjonalt mandat fra HOD for kliniske etikkomiteer legges til grunn for komiteenes virksomhet, jf. brev av 18.11.2011 fra HOD.
- Sikre at kravet om innsending av § 3-3 melding (alvorlige hendelser) til Kunnskapscenteret⁹ fra 01.07.2012 ivaretas.
- *Sykehusapotek Nord HF: Bidra til økt pasientsikkerhet på legemiddelområdet gjennom innføring av enhetlige systemer for forskrivning, spesielt med fokus på kjemoterapi.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Effektivisere og kvalitetssikre legemiddelforløpet til pasienter i sykehus og i overgangene mellom sykehus og kommunene, i samarbeid med helseforetakene.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Gjennom samhandling med de andre helseforetakene utvikle retningslinjer for legemiddelbehandling i sykehus.*
- Innhente og anvende egne og eksterne pasientsikkerhetsdata for læring og forbedring i eget helseforetak.

⁵ Klinisk etikk-komite

⁶ Health Technology Assessment - nytt system for håndtering og vurdering av nye metoder

⁷ Global Trigger Tool

⁸ Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus

⁹ Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten

- Ha metoder for å teste og overvåke eventuell svikt i det pasientadministrative arbeidet, slik at tiltak iverksettes raskt.
- Fremskaffe nødvendige data til de to perinatalkomiteene i Helse Nord.

XX HF skal styrebehandle:

- Statusrapporter fra Pasientsikkerhetskampanjen

3.2 Prioritering, tilgjengelighet og brukervedvirkning

Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Brukervedvirkning er av stor betydning for utvikling av tjenestetilbudet og helseforetakene bes involvere brukerne aktivt blant annet i arbeid med pasientforløpsprosjekter.

XX HF skal:

- Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder til under 60 dager.
- Sørg for at foretaket ikke har fristbrudd.
- Sørg for at pasienter som er vurdert å ha rett til prioritert helsehjelp skal ha direkte innkalling til time for undersøkelse/behandling i første svar på henvisningen.
- Iverksette tiltak for bedre informasjon og veiledning om ordningen Fritt sykehusvalg, i samarbeid med Helse Nord's kontor for Fritt sykehusvalg¹⁰.
- Legge til rette for at ventetider for poliklinisk virksomhet innen radiologi kan rapporteres til NPR fra 2013.
- Utvikle en strategi og handlingsplan for brukervedvirkning i helseforetakene i løpet av 2012. Samiske brukeres behov bes vurdert særskilt.
- Sørg for at berørte interessenter på vegne av brukere, medarbeidere og befolkningen involveres i forkant av utvikling av tjenestetilbud, omstilling og endring som får betydning for hvor de ulike tjenestene ytes.
- Involvere brukerne i evaluering og utvikling av pasientreisetjenesten.
- Vurdere om brukerne skal delta i kvalitetsutvalgets arbeid.
- Sørg for at pasientene har et tilgjengelig bibliotektilbud.
- Gjennomføre og følge opp regionale prosedyrer for barn som pårørende¹¹.
- *Helse Finnmark HF: Avgi sluttrapport for Prosjekt tolketjenester i samarbeid med Sametinget innen 01.07. 2012.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Innføre og følge opp ventetidsregistrering for reseptekspedering.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Sikre god brukervedvirkning når åpningstider og tjenestetilbud utformes.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Tilrettelegge åpningstider, utvikle reseptservice og tilby legemiddelsamtaler i publikumsavdelingene.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Rapportere månedlige nøkkeltall for ventetid i avdelingene i Bodø og Tromsø.*
- *Helse Finnmark HF og UNN HF: Sikre døgnkontinuerlig tolketjeneste for å ivareta nødmeldetjeneste for den samiske befolkning.*

¹⁰ Jf Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg (2011)

¹¹ Brev fra Helse Nord RHF til HFene om regionale retningslinjer for barn som pårørende vil bli oversendt helseforetakene, jf. tidligere høringsprosess

4. Pasientbehandling

4.1 Aktivitet

Helse Nord har fått en overslagsbevilgning på 2,079 milliarder kroner innen ISF¹² (inkludert kommunal medfinansiering) og 295 millioner kroner innen polikliniske inntekter. Overslagsbevilgningen fordeles mellom helseforetakene ut fra helseforetakenes estimat for aktivitet i 2011, korrigert for økt aktivitet ved UNN HF og NLSH HF som følge av funksjonsfordeling herunder kreftbehandling.

For å understøtte målet om en høyere prioritering av psykisk helsevern og TSB¹³ er det lagt til rette for en vekst innenfor poliklinisk aktivitet. Hovedmålet er redusert ventetid, blant annet gjennom å redusere kontroller som kan løses på annet nivå i helsetjenesten og å øke andel nyhenvisninger. Overslagsbevilgningen innen polikliniske refusjoner omfatter også laboratorie- og radiologirefusjoner.

Samlet overslagsbevilgning:

ISF/medfinansiering (mill kr)	HF estimat 2011	Overslagsbevilgning i 2012 kr
Helse Finnmark HF	219,2	224,0
UNN HF	941,0	975,2
NLSH HF	570,0	590,9
Helgelandssykehuset HF	275,2	281,8
Helse Nord RHF	7,3	7,5
Sum	2012,7	2079,4

Poliklinikk (mill kr)	HF estimat 2011	Overslagsbevilgning i 2012 kr
Helse Finnmark HF	25,9	29,6
UNN HF	133,8	152,9
NLSH HF	67,0	76,6
Helgelandssykehuset HF	31,9	36,5
Helse Nord RHF	0,0	0,0
Sum	258,6	295,6

Helseforetakene skal budsjettere innenfor overslagsbevilgning for innsattsstyrt finansiering og polikliniske inntekter.

XX HF skal:

- Fortsatt vri aktiviteten fra døgnopphold til dag- og poliklinisk behandling, både innen somatisk virksomhet og psykisk helsevern.
- Redusere andel kontroller og øke andel nyhenvisninger.
- Styrke det totale tilbudet til pasienter med kroniske lidelser og rehabiliteringsbehov gjennom egne tilbud i helseforetakene, og samarbeidstiltak med kommunene i samhandlingsreformen.
- Fortsette arbeidet med å effektivisere driften av psykisk helsevern og TSB.

¹² Innsattsstyrt finansiering

¹³ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

4.2 Områder som skal vektlegges spesielt

4.2.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Kompetanseoverføring og tett dialog mellom alle nivå skal bedre evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Tjenesteutviklingen skal baseres på forløpstenkning og forpliktende samarbeid mellom og innen nivåene.

XX HF skal:

- Inngå overordnede samarbeidsavtaler innen 31.1.2012 og tjenesteavtaler med kommunene innen 01.07.2012.
- Sørge for at de forpliktelser som følger av samarbeidsavtalene ivaretas på en god måte, herunder etablere effektive rutiner for varsling i tilknytning til utskrivningsklare pasienter
- I samarbeid med kommunene og brukerne videreføre arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp.
- Inngå samarbeidsavtaler om ledsagertjeneste for fødende i kommuner med mer enn 1,5 times transport til fødeinstitusjon, innen 01.03.2012.
- Sørge for at samarbeidsavtalene i tilstrekkelig grad omfatter forebyggende tiltak, gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.
- Tilpasse tilbudet i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.
- Bidra til samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og TSB i kommunene, slik at disse områdene ikke nedprioriteres.
- Sørge for at nye koder i NPR for rapportering av henvisende enhet/enhet det henvises til tas i bruk og rapporteres.

- Ivareta veilednings- og opplysningsplikten overfor kommunehelsetjenesten.
- Følge opp sin del av ansvaret for å implementere elektronisk meldingstjeneste i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (prosjekt FUNNKe).
- Sørge for at dokumentasjon på ernæringsstatus foreligger og følger pasienten ved overflytting mellom behandlingssenheter eller mellom tjenestenivåer.
- Oppnevne koordinator for pasienter med langvarige og sammensatte lidelser¹⁴.
- Standardisere rutiner og retningslinjer for pasientgrupper med de hyppigste kreftformer (bryst-, lunge- og tykktarmskreft) for å oppnå det nasjonale kravet om at 80 % av kreftpasienter skal behandles innen anbefalte forløpstider (5/10/20 dager).
- Sørge for at pasienter som henvises med mistanke om kreft får utnevnt egen kontaktperson som skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om behandlingsplan, rettigheter og ventetider.
- Innarbeide TSB i tjenesteavtalene med kommunene¹⁵ i forbindelse med Samhandlingsreformen. Etablere formalisert samarbeid med kommunene om prosedyrer for forsvarlig utskrivningspraksis og oppfølging.
- *NLSH HF: Utvikle pasientforløp for pasienter med sykelig overvekt, inkludert utredning, behandling og rehabilitering/oppfølging, i samarbeid med kommunehelsetjenesten og de*

¹⁴ Jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

¹⁵ Dette inkluderer bl.a. samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling.

øvrige helseforetakene. Plan for pasientforløpsarbeidet skal fremlegges innen utgangen av første tertial og løpende rapporteres i de øvrige tertialrapporter.

- UNN HF, Helgelandssykehuset HF, Helse Finnmark HF: Bidra i utvikling av pasientforløp for pasienter med sykkelig overvekt, inkludert utredning, behandling og rehabilitering/oppfølging, i samarbeid med kommunehelsetjenesten og de øvrige helseforetakene.
- UNN HF: NST¹⁶ må tydeliggjøre sin funksjon som nasjonalt kompetansesenter for telemedisin. Dette gjelder både i forhold til leveranser og ressursbruk. NST skal i samarbeid med helseforetakene i Helse Nord bidra til å styrke bruken av kostnadseffektive samhandlingsløsninger innen telemedisin og E-helse.
- Helse Finnmark HF: Sykestueprosjektet videreføres i samarbeid med Helse Nord RHF. Det forutsettes at helseforetaket tar et større ansvar for fagutvikling vis a vis sykestuene, og at det i større grad stilles medisinsk faglig kompetanse til disposisjon for videreutvikling av sykestuefunksjonen. Det skal leveres en fagrapport pr 31.12. 2012.
- Sykehusapotek Nord HF: Bidra til sømløse pasientforløp på legemiddelområdet, ved overflyttinger av pasienten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og internt i helseforetakene.

4.2.2 Psykisk helsevern

Nasjonale og regionale krav og prioriteringer for utviklingen av psykisk helsevern skal følges opp. Et overordnet mål for videre utvikling er at de psykiatriske sykehusene primært skal utføre oppgaver på sykehusnivå, og at DPS-ene¹⁷ styrkes til å ivareta de allmennpsykiatriske funksjonene.

XX HF skal:

- Iverksette konkrete og virkningsfulle tiltak for å redusere ventetiden for barn og unge til gjennomsnittlig 30 dager eller kortere i løpet av 2012.
- Legge til rette for at BUP¹⁸ og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet med videre. Dette gjelder også pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.
- Kartlegge selvmordsrisiko i henhold til nasjonale retningslinjer innen psykisk helsevern for barn og unge. Ha strukturerte utredning og behandling av depresjoner, samt etablere rutiner for samhandling med kommunene.
- Gjennomføre funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.
- Iverksette tiltak i Helse Nord's regionale tiltaksplan for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetakene skal utarbeide lokale planer for voksne, barn og unge innen 01.06. 2012.
- Helse Finnmark HF: Rapportere egevalueringen av SANKS¹⁹, med vurdering av hvordan oppgavene ivaretas og vurdering av utviklingstrekk, innen 01.05. 2012.
- Helgelandssykehuset HF: Etablere ambulante akutteam og brukerstyrte senger i løpet av 2012.

¹⁶ Nasjonalt senter for telemedisin

¹⁷ Distriktpsikiatrisk senter

¹⁸ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

¹⁹ Samisk nasjonalt kompetansesenter

- *Helse Finnmark HF: Legge til rette for drift og videreutvikling av SANKS innen psykisk helsevern og tilgjengelighet for samiske pasienter i landets samiske områder.*

4.2.3 Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige

Målene i regional handlingsplan og nasjonal opptrappingsplan for rusfeltet skal være retningsgivende.

XX HF skal:

- Legge til rette for registrering og rapportering på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Øke oppmerksomheten på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.
- *UNN HF: Etablere en rusmestringsenhet i samarbeid med Tromsø Fengsel, innen 01.05.2012.*
- *Helse Finnmark HF: Opprette rusteam i tilknytning til DPS Vest-Finnmark i Alta.*
- *NLSH HF: Overta ansvaret for LAR²⁰-behandling inkl. stillinger i Bodø fra 01.02.2012.*

4.2.4 Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer

Helse Nords strategi er å samle lavvolumtjenester og desentralisere tjenester som mange har behov for.

XX HF skal:

- Samarbeide med Helse Nord RHF om gradvis implementering av handlingsplanene i lunge- og nyremedisin.
- Følge opp nasjonalt krav om at 20 % av pasienter under 80 år med hjerneinfarkt får trombolysebehandling.
- Rapportere data til norsk hjerneslagsregister.
- Styrke den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene.
- Implementere seleksjonskriteriene og følge opp kommende tiltaksplan for fødselsomsorgen i Helse Nord.
- Delta i utarbeiding av regional handlingsplan for kreftbehandling.
- Delta i utarbeiding av regional handlingsplan for plastikkirurgi.
- Iverksette funksjonsfordeling i ortopedi i henhold til Helse Nord RHF's styresak 135/2011 om elektiv ortopedi.
- *UNN HF: Øke antall hjerteflimmerablasjoner til minimum 120 i 2012. Statusrapport for dette arbeidet skal leveres innen 01.05.2012.*
- *UNN HF: Rapportere på bruk og effekt av øremerkede midler gjennom "Raskere tilbake" til Arbeids- og miljømedisinsk avdeling.*
- *UNN HF: Rapportere innen 01.06. 2012 på plan for etablering av forsøksordning på tannhelsetjenester.*
- *UNN HF: Iverksette tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdisfunksjon.*

²⁰ Legemiddelassistert rehabilitering

- *NLSH HF: Etablere 50 % prosjektkoordinatorstilling for 2012, til å ivareta veiledning og kompetanseoverføring til de øvrige helseforetakene og kommunehelsetjenesten for pasienter med sykelig overvekt.*
- *UNN HF: Implementere robotkirurgi og sikre kompetanse knyttet til denne type behandling (bekkenkirurgi) og forberede deling av kompetanse med NLSH.*
- *UNN HF: Etablere vurderingsenhet for private rehabiliteringstjenester.*
- *Helgelandssykehuset HF, NLSH HF, Helse Finnmark HF: Samarbeide med UNN HF om etablering av vurderingsenhet for private rehabiliteringstjenester.*
 - *UNN HF: Lede arbeidet med ny regional handlingsplan for geriatri.*
 - *Helgelandssykehuset HF, NLSH HF, Helse Finnmark HF: Bidra i utarbeidelse av ny regional handlingsplan for geriatri.*
 - *UNN HF: I samarbeid med øvrige helseforetak etablere tiltak for å sikre kunnskapsoverføring om CFS/ME²¹ til kommunehelsetjenesten i regionen.*

4.2.5 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Pasienter skal sikres lik tilgjengelighet til nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester²².

4.2.6 Smittevern og beredskap

XX HF skal:

- Følge opp krav og anbefalinger i Regional plan for smittevern og tuberkulosekontrollprogrammet
- Implementere nytt krisestøtteverktøy som anskaffes i 2012.
- Følge opp anbefalinger i rapport fra Kompetansesenter for smittevern i Helse Nord fra 2010 vedrørende sterilisentralene i helseforetakene.
- Samarbeide med nødsentralene i Sverige og Finland om kommunikasjonsrutiner, jf. inngått avtale i 2011 om ø-hjelpsamarbeid over landegrensene.
- Delta i planlegging av øvelse Barents Rescue i 2013.
- *Helgelandssykehuset HF: Opprette ny stilling for hygienesykepleier. Stillingen kan deles mellom to personer.*
- *Helse Finnmark HF: Opprette ny stilling for hygienesykepleier. Stillingen kan deles mellom to personer.*

4.2.7 Prehospitale tjenester

Ambulanse- og nødmeldetjenesten er sentral i den akuttmedisinske kjeden og skal ha god kvalitet og høy kompetanse. Samarbeid på tvers av organisatoriske enheter og nivåer må vektlegges.

XX HF skal:

- Planlegge driften innpasset mot nasjonal standard for luftambulanser (helikopter).

²¹ Kronisk utmattelsessyndrom/ myalgisk encefalopati

²² Forskrift nr. 1706, 17.12.2010 samt veileder til forskriften

- Øke kunnskapen om ivaretagelsen av psykisk syke.

4.2.8 Barents helsesamarbeid/nordområdesatsingen

Nordområdene er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Helse Nord vil ha en sentral rolle i utviklingsarbeidet innenfor helse og helsetjeneste, herunder beredskap. Styret for Helse Nord RHF vedtok i sak 98/2010 en strategi for arbeidet fremover.

XX HF skal:

- Legge til rette for samarbeidsprosjekter med russiske samarbeidspartnere.

4.2.9 Pasientreiser

Pasientreiser skal organiseres og drives slik at den enkelte pasients behov for hensiktsmessig transport ivaretas. Pasienter med rekvisisjon for spesialtilpasset transport skal sikres et differensiert og tilrettelagt tilbud. Behandling og transport skal ses i sammenheng.

XX HF skal:

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen maksimalt 2 uker.
- Iverksette forbedringstiltak innen pasientreiseområdet, og delta i regionalt besluttede felles tiltak på området.

5. Utdanning av helsepersonell

Helse Nord har store utfordringer knyttet til kompetanseutvikling, rekruttering og stabilisering av kompetanse og fagmiljø. Innsats for å ivareta og utvikle de ansattes kompetanse er nødvendig.

XX HF skal:

- Rapportere status og rekrutteringssituasjon for onkologer og patologer, innen 30.04.2012.
- Utvikle planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell, som bidrar til å løse kompetanseutfordringene i helseforetaket.
- Legge til rette for å øke antall lærlingeplasser for elever i videregående opplæring²³.
- Sørge for at dobbeltkompetanseutdanning i psykologi videreføres ved at kliniske stillinger gjøres tilgjengelig, i samarbeid med universitetene.
- Skaffe oversikt over kort- og langsiktige rekrutteringsbehov for de neste 5-10 årene og delta i utarbeidelse av regional Strategisk kompetanseplan fase 2, i samarbeid med Helse Nord RHF.
- Sikre god ivaretagelse og utvikling av praksisopplæring for studenter, i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og aktuelle kommuner.
- Legge til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.
- *Helse Finnmark HF: Legerekrutteringsprosjektet skal videreføres i egen regi. Innen 31.12.2012 skal det leveres en rapport som oppsummerer erfaringer og resultater i prosjektet.*

²³ jf. vedlegg 4

- *NLSH HF: Avklare om Nordlandssykehuset Bodø kan oppnå godkjenning som utdanningsinstitusjon gruppe I i fødselshjelp og kvinnesykdommer innenfor dagens rammer, samt vurdere å søke godkjenning som utdanningsinstitusjon gruppe II i samme fagfelt ved NLSH Vesterålen.*
- *Helse Finnmark HF: Vurdere å søke om godkjenning som utdanningsinstitusjon gruppe II i fødselshjelp og kvinnesykdommer for fødeavdelingen i Kirkenes.*
- *Helgelandssykehuset HF: Vurdere å søke om godkjenning som utdanningsinstitusjon gruppe II i fødselshjelp og kvinnesykdommer for fødeavdelingen i Sandnessjøen.*
- *Helse Finnmark HF: Videreutvikle SANKS sin funksjon som utdanningssted for spesialistutdanning i psykiatri.*
- *Sykehusapotek Nord HF: Tilrettelegge for videreutdanning i klinisk farmasi.*

6. Forskning og innovasjon

Forskning innenfor TSB, psykisk helse, rehabilitering, helsetjenesteforskning (spesielt helsetjenester til den samiske befolkningen), helsefaglig forskning, samhandlingsforskning, samt aldersforskning skal styrkes. Brukermedvirkning i forskningen skal styrkes. Forskningsmiljøer med høy kompetanse må vedlikeholdes og de må bidra til å styrke øvrige forskningsmiljøer²⁴.

Innovasjon i spesialisthelsetjenesten er viktig for å frambringe og å implementere ny kunnskap og nye løsninger som skal bidra til økt kvalitet, bedre samhandling og en mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Innovasjon omfatter både produktutvikling og tjenesteutvikling.

XX HF skal:

- Ta i bruk felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter som planlegges etablert²⁵.
- Etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene, og rapportere i tråd med nye tidsfrister²⁶.
- Rapportere på alle styringsparametre innen forskning og innovasjon²⁷.
- Utarbeide rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning, og informasjon om retten til å reservere seg.
- Legge til rette for innovasjon i anskaffelser, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.
- Øke implementering av nye innovasjoner.
- Fortsatt sikre at Cristin²⁸ brukes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner, og at det prøverapporteres på monografier og artikler i antologier i 2012 i tillegg til artikler.
- Bruke et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning i helseforetaket etter fagområde og type forskning ved bruk av HRCS²⁹. HRCS skal brukes i helseforetakets forskningsadministrative system og nasjonale rapporteringssystemer for forskning.

²⁴ Jf. forskningsstrategi for Helse Nord

²⁵ Felles nasjonalt prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF

²⁶ jf. vedlegg 3

²⁷ jf. vedlegg 3

²⁸ Current Research Information System In Norway

²⁹ Health Research Classification System, <http://www.hrcsonline.net>

- Sikre at eget forskningsadministrativt system ivaretar institusjonsansvaret for forskning, jf. helseforskningsloven og internkontrollforskriften.
- Vurdere å benytte muligheter for forskning som tiltak for å rekruttere og stabilisere personell.
- Tilrettelegge for økt internasjonalt forskningssamarbeid og medforfatterskap, og økning i artikler på nivå 2/2a. Minst 40 % av publikasjonene skal ha internasjonalt forskningssamarbeid og minst 20 % skal være på nivå 2/2a.
- *UNN HF: Delta sammen med Helse Nord RHF i nasjonalt arbeid med å foreslå ett felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter.*
- *UNN HF: Delta sammen med Helse Nord RHF i å etablere en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene innen 1. oktober 2012.*
- *UNN HF: Styrke egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.*
- *UNN HF: Øke andel publikasjoner i tidsskrifter med høy faglig status (impactfaktor³⁰).*
- *UNN HF: Tydeliggjøre arbeidet med innovasjonstiltak.*
- *UNN HF: Videreutvikle egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN³¹.*

7. Opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende fremmer uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv, og bidrar til en mer effektiv og prioritert helsetjeneste.

XX HF skal:

- Følge opp regional rapport for pasient- og pårørendeopplæring som slutføres første halvår 2012.
- Sørge for at lærings- og mestringstiltak inngår som en integrert del av arbeidet med samhandlingsreformen og i tjenesteavtalene som inngås med kommunene.
- Gi tilbud om lærings- og mestringkurs til pasienter med CFS/ME.

8. Felles økonomiske og organisatoriske krav og rammebetingelser

Helse Nord skal være en organisasjon med god og riktig kompetanse og ha kultur for kontinuerlig forbedring. Styringsdata av god kvalitet skal danne grunnlag for beslutninger.

8.1 Resultatkrav

Helse Nord skal gå med et overskudd på 350 millioner kroner i 2012 for å sikre likviditet og muligheter til å utvikle tilbudet til pasientene i regionen blant annet gjennom ønskede og nødvendige investeringer i årene framover. I 2012 har helseforetakene fått følgende resultatkrav:

- *Helse Finnmark HF skal levere et overskudd på 5 millioner kroner.*
- *UNN HF skal levere et overskudd på 24 millioner kroner.*

³⁰ Kvalitetsmål for medisinske tidsskrifter

³¹ Norwegian Clinical Research Infrastructures Network

- *NLSH HF skal levere et overskudd på 21 millioner kroner.*
- *Helgelandssykehuset HF skal levere et overskudd på 5 millioner kroner.*
- *Sykehusapotek Nord HF skal gå i balanse.*

8.2 Risikostyring og internkontroll

Risiko og krav endres over tid. Prosessen for intern styring og kontroll må derfor følges opp for å sikre at styret og ledelsen har rimelig grad av sikkerhet for at helseforetakets målsettinger vil bli oppfylt.

Helse Nord RHF har identifisert tre hovedmål for risikostyringen for 2012:

1. Ventetiden skal ned for de som i dag venter for lenge.
2. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå.
3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett³².

XX HF skal:

- Fortsette implementering av risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.
- Ledelsen skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av foretakets interne styring og kontroll. Ledelsens vurderinger og beslutninger skal dokumenteres.
- Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler.
- Ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.
 - Identifisere, vurdere og håndtere mangler i internkontrollen og potensiell risiko for manglende måloppnåelse.
 - Innhente og anvende tilsynsrapporter og internrevisjonsrapporter vedrørende andre helseforetak som grunnlag for læring og forbedring i eget helseforetak.

XX HF skal styrebehandle:

- Årlig gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og pasientsikkerhet, og tiltak for å følge opp avvik.
- Månedlige økonomirapporter og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.

³² jf styresak 139/2011-6

8.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Helseforetakene skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2012. Eventuelle avvik i fremdrift skal fortløpende avklares med Helse Nord RHF.

XX HF skal:

- Følge opp tilstandsanalysene som er gjennomført i 2011 med oppdaterte vedlikeholdsplaner for 2013-2016. Innen første halvår 2012, løpende følge opp pålagte utbedringer fra tilsynsmyndigheter og samordne vedlikeholdsplanene med investeringsplanene og inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg i en økonomisk langtidsplan.
- Registrere alle sykehusbygg etter klassifikasjonssystemet og i samarbeid med RHF bidra til etablering av en nasjonal database for registrering av sykehusbygg
- Ferdigstille arbeidet med forvaltningsplaner i henhold til landsverneplanen for helsebygg slik at arbeidet med forvaltningsplaner for alle bygninger i både verneklasse 1 og verneklasse 2 kan slutføres innen utgangen av 2012.
- Samarbeide i Eiendomsforum om å:
 - utarbeide KPI-er³³ for eiendomsdriften
 - utarbeide forslag til ulike husleiemodeller som synliggjør potensielle kostnadsreduksjoner
- Implementere ”Mulighetsstudien” fra prosjekt til drift.
- Rapportere fremdrift og kostnadsoppfølging i store pågående byggeprosjekter tertialvis.
- Arbeide sammen med brukerutvalgene i helseforetakene for å forbedre parkeringsforholdene til pasientene, med særlig hensyn til pasienter med nedsatt mobilitet.

8.4 Innkjøp

Regelverket for offentlige anskaffelser skal sikre kostnadseffektive kjøp av varer og tjenester og gode prosesser gjennomført med stor integritet og under hensyn til klima-, miljø- og samfunnsansvar, herunder etiske forhold.

XX HF skal:

- Ha tydelig ledelsesforankring av innkjøpsaktiviteten og sørge for at overordnede målsettinger uttrykkes gjennom foretakets innkjøpsstrategier, samordnet mot Helse Nord RHF's felles innkjøpsstrategi
- Følge opp evalueringer med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser i samarbeid med de andre HF-ene og RHF gjennom Innkjøpsforum
- Bidra med ressurser i felles nasjonale anskaffelser i regi av HINAS³⁴ i tråd med HINAS' vedtatte strategiplan og handlingsplan på forespørsel fra Helse Nord's representant i NNI³⁵.
- Følge opp og delta i organiseringen av innkjøpsfunksjonen og forvaltningen av innkjøpssystemet i Helse Nord med kategoristyring, i tråd med vedtatt mandat og gjennomføringsplan.

³³ Key Performance Indicators; også kalt styringsparametre, styringsvariabler og resultatindikatorer.

³⁴ Helseforetakenes Innkjøpsservice AS

³⁵ Nasjonalt nettverk for innkjøp

8.5 Gaver, stiftelser, legater og fond

Helseforetaket skal påse at konsernbestemmelser for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond følges³⁶. Spesielt vises til kravene om styrebehandling i helseforetaket eller i det regionale helseforetaket.

XX HF skal:

- Rapportere status på helseforetakets forhold til stiftelser og legater, herunder om revisjonsrutiner er etablert, innen 01.05.2012.
- Slutføre arbeidet for å bringe forholdet til stiftelser og legater i samsvar med gjeldende regelverk og retningslinjer.

8.6 Klima- og miljøtiltak

Det er et mål at alle helseforetakene skal etablere miljøledelse. Alle foretak skal miljøsertifiseres etter NS-ISO 14001 innen 2014. Arbeidet med klima- og miljøtiltak bør ses i nær sammenheng med HMS-arbeidet³⁷.

XX HF skal:

- Påbegynne arbeidet med å utforme klima- og miljøstyring, kartlegge foretakets miljøpåvirkning og utarbeide miljømål, samt legge til rette for miljøsertifisering i samarbeid med det felles nasjonale prosjektet og gjennom regionalt miljønettverk.
- Iverksette de tiltakene som gjenstår i mulighetsstudien og spesielt legge en plan for gjennomføring av ENØK-tiltak basert på rapporter fra 2011, herunder legge til rette for energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming, samt dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger³⁸.

8.7 Organisasjons- og lederutvikling og arbeidsgiverstrategi

Kompetansebygging for ledere på alle nivå skal sikre helhetlig ledelse med fokus på en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk og verdibasert ledelse i praksis. Nasjonale lederkrav ligger fast og det skal arbeides med utvikling av medarbeiderskap i en verdibasert organisasjon.

XX HF skal:

- Avgi ressurs til og delta i prosjekt FIKS³⁹. Delta aktivt i arbeidet rundt standardisering av pasientforløp i regionen innenfor rammene som legges i programmet.
- MinGat⁴⁰ skal i 2012 være tatt i bruk av alle ansatte i Helse Nord.
- Bidra i arbeidet med å utvikle Helse Nord's organisasjonskultur ved å sikre implementering av verdibasert ledelse og verdiene kvalitet, trygghet og respekt på alle nivåer i organisasjonen.
- Bidra i arbeidet med å utvikle en kultur for kontinuerlig læring og forbedring.
- Sørg for prioritering av etterutdanning og kompetanseheving blant overleger.

³⁶ Jf. styresak 93/2008

³⁷ Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet

³⁸ Se også sak E65-11 og E03-12 fra Eiendomsforum

³⁹ Felles Innføring av Kliniske Systemer

⁴⁰ Arbeidsplansystem i Helse Nord

8.7.1 Personal og kompetanse

Det skal planlegges og treffes tiltak for å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse, både på kort og lang sikt. Det skal føres en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som bidrar til gode arbeidsplasser og god og riktig bruk av medarbeiderne. Helhetlige og regionale strategier på HR-området er prioritert i 2012. Det er overordnet personalpolitikk å legge til rette for heltidsstillinger og begrense bruk av vikariater, midlertidige stillinger og deltidsstillinger til et minimum.

XX HF skal:

- Gjennom forbedringsarbeid utvikle god og helhetlig bemanningsplanlegging som del av ressursstyring. Bemanningsplanlegging skal bygge på forløpsplanlegging.
- Arbeide aktivt for å få ned antallet deltidsstillinger med minst 20 % i forhold til utgangspunktet pr. 01.01.2011⁴¹. Rapportere tiltak som er iverksatt jf. retningslinjer om rapporteringsformat i egen ekspedisjon.
- Ha systematisk oversikt over medarbeidere i deltidsstillinger som ønsker høyere stillingsandel
- I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene utvikle egne prosjekter og gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger.
- I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeide for at permisjonspraksis ikke medfører unødvendige midlertidige tilsetninger
- Sikre gode systemer for å velge ut kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram
- Bidra til å sikre gode systemer for identifisering og utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå.
- Bidra i arbeidet med å ferdigstille nasjonal plattform for ledelse innen utgangen av 2. tertial 2012.

8.7.2 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Gode rutiner og god praksis i HMS-arbeidet er grunnleggende for å lykkes med å skape godt arbeidsmiljø, trivsel på arbeidsplassen og kvalitet i gjennomføring av kjerneoppgavene. Det er et langsiktig mål at det totale sykefraværet i Helse Nord skal være under 7,5 %. HMS-arbeidet, som omhandler det indre miljø, henger nøye sammen med arbeidet for et godt ytre miljø og bør ses i sammenheng.

XX HF skal:

- Redusere antall brudd på vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven, gjennom opplæring av ledere på alle nivåer, opprydding i og korrekt bruk av arbeidsplansystemet GAT.
- Redusere sykefraværet med ett prosentpoeng i forhold til gjennomsnittet i perioden januar til oktober 2011.
- Bidra til å utvikle Helse Nord's seniorpolitikk i henhold til evaluering gitt til styret våren 2012
- Bidra i arbeidet med å utvikle og forbedre medarbeiderundersøkelser i Helse Nord.

⁴¹ Jf krav gitt i Oppdragsdokument 2011 fra HOD

8.8 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Vedtatt strategi- og handlingsplan for IKT i Helse Nord (styresak 70/2002) skal ligge til grunn for arbeidet også i 2012.

XX HF skal:

- Innføre rapportering på ulykkesskader til NPR. Plan for innføring oversendes Helse Nord RHF innen 27. februar 2012.
- Sikre at integrasjon mellom fødesystemet PARTUS og EPJ/PAS slutføres.
- Sikre at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.
- Delta i arbeidet med å bruke e-læring som et helhetlig og strategisk verktøy for kompetanseutvikling, og definere hvilken rolle www.helsekompetanse.no skal ha i denne sammenheng.
- Bidra i utarbeidelse av kravspesifikasjon for e-læringsverktøy.
- Avgi ressurser til og delta i prosjekt RIPS⁴².
- Delta med nødvendige ressurser til arbeidet med innføring av kliniske systemer, slik at Helse Nord oppfyller kontraktbetingelsene som er fremforhandlet med leverandøren.
- Ha rutiner for kvalitetssikring av data som rapporteres til NPR.
- Løpende verifisere at databehandlere leverer i tråd med avtalte tjenesteleveranser. Det er ikke anledning til å avtale tjenestenivå som er lavere enn hva som er hjemlet som minimumskrav i lover og forskrifter.

8.9 Kommunikasjon

XX HF skal:

- Bidra i utviklingen av felles tiltak for å gjøre informasjon om spesialisthelsetjenesten i Helse Nord mer tilgjengelig for befolkningen.
- Legge til rette for rutinemessig synliggjøring på intra/internett av viktige resultater fra pasientbehandling og drift.
- Innføre revidert grafisk profilprogram i tråd med felles plan i Helse Nord.
- Bidra ved utvikling og innføring av felles nasjonalt rammeverk for web.

9. Oppfølging og rapportering

Dette kapitlet presiserer krav til oppfølging og utvikling av data og datakvalitet samt rutiner og frister for rapportering som skal følges i 2012. Kravene til enhetlig og standardisert regnskapsføring i foretaksgruppen gjelder all offisiell rapportering. Helse Nord RHF skal publisere standardiserte virksomhetsrapporter basert på uttrekk fra LIS⁴³, og helseforetakene skal levere analyser av de innsendte data. Alle krav som skal rapporteres er lagt i vedlegg.

XX HF skal:

⁴² Regional Innføring av PersonalSystem

⁴³ LederInformasjonsSystem/ Helse Nord's styringsportal

- Sette av tilstrekkelige ressurser til å ferdigstille første fase av LIS, herunder kvalitetssikring av data og opplæring av eget personell.
- Delta i den videre utviklingen av LIS i henhold til definert ”Roadmap”.
- Delta i Helse Nord RHF’s arbeid med forenkling av virksomhetsrapporteringen.

9.1 Rapporteringsrutiner

Oppfølgingsmøter med Helse Nord RHF gjennomføres månedlig og rapportering på oppfølgingskrav, aktivitet, kvalitet og økonomi analyseres. Utgangspunktet for rapportering skal være felles tallgrunnlag som ligger i LIS. På de tertialvise møtene skal minimum foretaksdirektør, fagdirektør og økonomisjef delta.

XX HF skal:

- Bidra i regionalt prosjekt med sikte på å redusere ressursbruken i månedsavslutningen, herunder tidligere rapportering.

Rapporteringssmaler med nærmere beskrivelser av krav og frister blir lagt ut i DocMap etter at oppdragsdokumentet er vedtatt av styret i Helse Nord RHF. Rapportering skal skje elektronisk til postmottak@helse-nord.no i henhold til følgende innhold og frister:

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig:	Måned rapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen den 12. kl 12 i påfølgende måned. Dersom den 12. ikke er en virkedag er fristen påfølgende virkedag kl 12. ØBAK og økonomirapport skal oversendes RHF senest innen kl 12 to dager etter regnskapsavslutning. Frist for økonomirapport skyves tilsvarende.
Tertialrapport:	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2012 5. oktober 2012 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 24. mai 2012 28. september 2012 NB: Fullstendig ØBAK og økonomirapport sendes to dager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding:	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): 28. mars Administrativt behandlet årlig melding: 21. februar.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2011: 28. mars 2012.

Rapporteringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet (vedlegg 1, 2 og 3) vil bli innarbeidet i Helse Nord RHF’s rapporteringsmal til helseforetakene for tertialrapport og årlig melding.

Vedlegg

1. Utdanning av helsepersonell – vedlegg i OD fra HOD til Helse Nord RHF
2. Styringsparametre 2012 – vedlegg i OD fra HOD til Helse Nord RHF
3. Rapporteringkrav på særskilte områder – vedlegg i OD fra HOD til Helse Nord RHF
4. Styringsmål for lærlinger innen ambulansesfag og/ eller helsefag
5. Tilleggsliste OD 2012

Vedlegg 1

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene 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 2012/2013:

Helse Region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK-sykepleie	Jordmor **
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio Terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
	Gjøvik	181	25					20	
	Hedmark	153						17	
	Lillehammer						23		
	Oslo/Akershus	551	38	62	144	51	142	150	40
	Østfold	136		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	170						37	
	Diakonhjemmet	114					106*		
	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	136					25*		
	Vestfold	129						50	14
Helse Vest	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	204						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høyskole	70							
Helse Midt-Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	21
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	155						33	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25
		4 013	173	202	274	145	611	675	140

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. **Audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. For disse institusjonene var aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanningen 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold.

Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole samarbeider om vernepleierutdanning. De to institusjonene alternerer (annet hvert år) om å tilby 30 nye studieplasser til desentralisert vernepleierutdanning. For 2011/2012 hadde Høgskolen i Telemark disse plassene. For 2012/2013 skal Diakonhjemmet Høgskole ha plassene.

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. Samarbeidsorganene må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20. januar 2004).

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

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	97	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	55	
Universitet i Tromsø	89	32	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon.

Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Antallet turnusplasser høsten 2011 videreføres i 2012.

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 for å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. 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.

For 2012 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)	25	40		26	91
Utdanningsstillinger	25	40		16	81
Øremerkede LiS-stillinger (til sideutdanning)	5	5	5	5	20
Til RHFets disposisjon	10		25	5	40
Midlertidige overlegestillinger	20		20		40
SUM	85	85	50	52	272

Det avsettes 20 øremerkede LiS-stillinger til sideutdanning. De regionale helseforetakene skal avsette disse stillingene til leger i spesialisering innen allmennmedisin, slik at legene får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. Stillingene kan også benyttes i andre spesialiteter der gjennomføring av tjeneste i annen spesialitet kan være vanskelig.

Helse Vest RHF har i eget brev fått anledning til å benytte 15 legestillinger av kvoten for 2012 allerede høsten 2011.

Helse Midt Norge RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i perioden 2012-2016 for å gjennomføre sitt omstillingsprogram. Helse Midt Norge RHF skal i forkant av tildelingen av legestillinger for 2016 redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres.

Helse Sør-Øst RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i 2012 i tillegg til de 30 midlertidige overlegestillingene som ble tildelt i 2011 til omstillingsprogrammet for hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF skal redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres etter at omstillingsprogrammet er ferdig.

Helse Nord RHF ble medio 2011 tildelt en ekstra kvote på 7 overlegestillinger i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, hvorav 5 stillinger kunne tas av stillingskvoten til Helse Nord RHF for 2012.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHF-ene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHF-et skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HF-ene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

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

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstidspunkt ⁴⁴	Rapporteringsfrekvens
Antall produserte DRG-poeng ⁴⁵		Regionale helseforetak		Månedlig
Refunderte polikliniske inntekter ⁴⁶		Regionale helseforetak		Månedlig
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Ned mot 65 dager	Norsk pasientregister		Månedlig
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Helsedirektoratet		Tertialvis
NY -30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedirektoratet		Årlig
NY -30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedirektoratet		Årlig
NY- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedirektoratet		Årlig
NY- 30-dagers risikjustert totaloverlevelse		Helsedirektoratet		Årlig
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel korridorpasienter i somatiske sykehus	0%	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet ⁴⁷	100%	Egne tall		Årlig

⁴⁴ Vedlegg 2 – Styringsparametre med publiseringstidspunkt sendes de regionale helseforetakene når datoene er klare.

⁴⁵ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁴⁶ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁴⁷ Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter.

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstidspunkt ⁴⁴	Rapporteringsfrekvens
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk fødselsregister		Årlig
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
Fastlegers erfaringer med DPS		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
NY – Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.		Helsedirektoratet (SSB)		Årlig
Andel tvangsinnleggelse (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet)		Norsk pasientregister (Nasjonal kvalitetsindikator)		Årlig
NY – Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstidspunkt ⁴⁴	Rapporteringsfrekvens
NY - Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager ⁴⁸	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel ⁴⁹ helseforetak som har gjennomført journal-undersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.	100%	Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten		Tertialvis
NY -Andel ⁵⁰ helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer	100%	Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten		Årlig
NY -Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100%	Norsk pasientregister		Årlig
NY -Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning ⁵¹	100%	Egne tall		Årlig Rapporteres etter 3. tertial

⁴⁸ Indikatoren vil bli utviklet i 2012.

⁴⁹ Jf brev 26.1.2012 fra HOD, Rettelse, opprinnelig tekst var "Andel sykehus og helseforetak som har..."(osv).

⁵⁰ Jf fotnoten ovenfor, samme rettelse fra "Andel sykehus og helseforetak..." til "Andel helseforetak..."

⁵¹ Data skal også rapporteres til Helsedirektoratet; Avdeling nasjonalt folkehelsearbeid.

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilte områder

Forskning og innovasjon	Datakilde	Kommentar
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til Cristin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	Cristin Ekstern tilbyder	Beregnes av ekstern tilbyder med frist 1. juni 2012.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27.februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15.mars. ⁵²	NIFU	Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 30. mars 2012.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskning.sprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7.ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Skriftlig tilbakemelding
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	http://forskning.sprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
Innovasjonsindikatorerne fra helseforetakene i 2012 a. Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk b. Antall nye patentsøknader c. Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale)	HF	Skriftlig tilbakemelding
Infeksjoner		
Andel inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep	NOIS/NPR	Skriftlig

⁵² I HODs oppdragsdokument til Helse Nord RHF er rapporteringsfristen til NIFU for 2013 satt til 15.mars 2013. Helse Nord RHF's frist til helseforetakene vil derfor fortsatt være 27.2.2013

for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS		tilbakemelding
-------------------------------------------------------------	--	----------------

Vedlegg 4

Styringsmål for lærlinger innen ambulansesfag og/eller helsefag

	Helsefag	Ambulanse	Totalt
Helse Finnmark HF	2	3	5
UNN HF	8	8	16
NLSH HF	8	8	16
Helgelandssykehuset HF	4	4	8
Totalt	22	23	55

Kravet er et minimumskrav for inngåtte nye lærlingekontrakter i 2012. Helseforetakene kan inngå flere kontrakter enn angitt i styringsmålet. Refusjon gis i henhold til styringsmål i ovenstående tabell. Det er videre et krav at helseforetakene aktivt samarbeider med fylkeskommune, opplæringskontorer og videregående skoler.

HOD har gått bort fra måltall for lærlingekontrakter i Oppdragsdokumentet. Helse Nord RHF opprettholder tidligere måltall for 2011 i påvente av ny organisering av lærlingeordningen.

Vedlegg 5

Tilleggsliste OD 2012

Denne listen består av krav for tidligere års oppdragsmenter fra Helse Nord RHF til helseforetakene (2004-2011) som fortsatt er gjeldende fordi de ikke er fullt ut gjennomført. Årstallet i parentes angir året oppdraget ble gitt.

3.1. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det skal ikke forekomme korridorpasienter hvis ledige senger på andre avdelinger kan tas i bruk. (2011)

Registrere og levere data til nasjonale og regionale kvalitetsregistre.⁵³ (2011)

Sørge for at alvorlige hendelser i forbindelse med pasientbehandlingen blir gjennomgått, og at gjennomgangen brukes til læring for å unngå liknende hendelser. (2010)

Delta i etablering av kvalitetsregister for pasienter som benytter kostnadskreven biologiske legemidler for behandling av autoimmune lidelser og følge nasjonale faglige retningslinjer for å oppnå likeverdig praksis. (2010)

Følge opp og lære av tilsyn, avvik/bekymringsmeldinger, pasientskader, risikovurderinger og revisjoner osv. Status for lukking av avvik fra tilsyn skal rapporteres i eget skjema. (2009)

Registrere data til NIR⁵⁴, herunder SAPS II⁵⁵ og NEMS⁵⁶.(2009)

Melde inn data fra alle fødeinstitusjoner til Medisinsk fødselsregister elektronisk.(2009)

Samarbeide med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet for å sikre læring og forbedring som følge av uønskede hendelser. (2009)

Sykehusapotek Nord HF: Innrapportere bivirkninger ved bruk av bivirkningsmeldinger til RELIS⁵⁷. (2011)

Sykehusapotek Nord HF: Bidra med kvalitetssikringsarbeid på legemiddelområdet og utvikle en regional standard for opplæring og kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen.(2011)

UNN HF: Initiere regionale fagnettverk og bidra til felles bruk av retningslinjer, prosedyrer og Kvalitetsregistre i regionen. Arbeidet skal gjennomføres i nært samarbeid med NLSH.(2009)

3.2. Prioritering, tilgjengelighet og brukervedvirkning

Sikre at Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne er implementert som grunnlag for den individuelle vurdering av pasientene. (2011)

Sikre brukervedvirkning i forskning (2009)

⁵³Jf. www.kvalitetsregistre.no.

⁵⁴ Norsk Intensiv Register

⁵⁵ Skåringssystemer for alvorlighetsgrad

⁵⁶ Skåringssystemer for ressursbruk

⁵⁷ RELIS (Regionalt legemiddel-informasjonssenter) Nord-Norge

4. Pasientbehandling

Ikke ha vakante legestillinger av økonomiske årsaker innen spesialitetene fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin, geriatri, revmatologi, TSB, psykiatri,- og barne- og ungdomspsykiatri. (2011)

Sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og TSB registrerer og rapporterer prosedyrekoder. (2011)

Sikre at nasjonale retningslinjer for medisinsk koding følges opp. (2010)

Følge opp Handlingsplan mot kjønnslemlestelse. (2009)

UNN HF: Delta i arbeidet med nasjonalt KPP-prosjekt⁵⁸ i samsvar med de krav og frister som Helsedirektoratet setter.(2011)

4.2.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Dokumentere pasientstrømmer, henvisninger (henvist til og henvist fra) og pasientforløp slik at relevant, entydig og komplett koding (i PAS/EPJ⁵⁹ og med overføring til NPR⁶⁰) av pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten fremkommer. (2011)

Utvikle rutiner og iverksette retningslinjer for pasientgrupper med de hyppigste kreftformer, hjerneslag og TSB i et forløpsperspektiv. (2011)

Rapportere tiltak for å prioritere ambulering internt og mellom helseforetak og legge til rette for kombinerte stillinger innen og mellom helseforetak. (2010 og 2011)

Arbeide målrettet for å desentralisere polikliniske kontroller der dette er mulig og hensiktsmessig. (2011)

Ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet. Følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken. (2011)

Vektlegge klinisk relevans, kost/nyttevurderinger og tilretteleggelse for storskala implementering i sitt forsknings- og utviklingsarbeid innen telemedisin i større grad enn tidligere. Forankre arbeidet i kliniske miljøer slik at grensesnittene mellom teknologi, fag og organisering gis prioritet og at telemedisinske tiltak generelt understøtter arbeidet med å effektivisere og kvalitetssikre pasientforløpene (Jfr LEAN-prosessene⁶¹). (2010)

Desentralisere cellegiftbehandling til lokalsykehusene, sykestuer/DMS⁶² og kommunehelsetjenesten, og sikre at prosedyrer for kjemoterapibehandling er tilgjengelig.(2009)

Samarbeide med private avtalespesialister, for bedre koordinering av oppgaver.(2008)

Sykehusapotek Nord HF: Bidra til at det ikke blir opphold i medisinerings av pasientene og kvalitetssikre legemiddelinformasjon ved bytte av omsorgsnivå.(2011)

⁵⁸ Kostnad per pasient

⁵⁹ Elektronisk pasientjournal

⁶⁰ Norsk pasientregister

⁶¹ Pasientforløpsmetodikk

⁶² Distriktsmedisinsk senter

Sykehusapotek Nord HF: Utvide og videreutvikle tilbud om tilsetningstjenester⁶³ til kommunene.(2011)

4.2.2. Psykisk helsevern

Opprette rusteam ved samtlige DPS, og styrke kompetansen innen rusbehandling. Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern. (2011)

Iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene. (2011)

Etablere brukerstyrte plasser ved samtlige DPSer, etter modell fra Jæren DPS. (2010)

Iverksette omstillingstiltak, fra hovedtyngde på døgnbehandling til mer utadrettet og ambulant tilbud. (2010)

4.2.3. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige

Planlegge og innføre gode samarbeidsrutiner med kommunene om hele pasientforløpet, herunder før, under og ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd. (2011)

Etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene. (2011)

Øke andelen pasienter som fullfører TSB. (2011)

Bidra til at innsatte ved rusmestringsenhetene blir vurdert med hensyn til rett til nødvendig helsehjelp.(2011)

Styrke tilbudet innen LAR, og LAR skal inngå som en integrert del av TSB. (2010)

4.2.4. Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer

Følge opp faglige retningslinjer og tiltak i vedtatte handlingsplaner for habilitering/rehabilitering, geriatri, diabetes og revmatologi. (2011)

Utrede pasienter med sykkelig overvekt i samarbeid med primærlegene etter nye regionale henvisningsrutiner og nasjonale retningslinjer. (2011)

Iverksette nivådeling jfr Handlingsplan for intensivmedisin og regionale retningslinjer fra fagråd i intensivmedisin. (2011)

Gjennomføre revidert funksjonsdeling innen kreftkirurgi. (2011)

Iverksette tiltak for å øke tilgjengelige organer og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon. (2010)

Oppnevne kontaktperson til å følge opp aktuelle tiltak i samarbeidsavtalen om folkehelsearbeid inngått mellom Helse Nord RHF og Nordland, Troms og Finnmark fylkeskommuner. (2010)

Videreutvikle og styrke barnehabiliteringstjenestene.(2008)

UNN HF: etablere regionalt tverrfaglig kompetansemiljø innen astma- og allergisykdommer. (2011)

⁶³ Eksempelvis produksjon av smertekassetter, TPN og cytostatika

UNN HF: Samarbeide med St Olavs hospital om en økning av cochlea-implantat operasjoner. UNN HF skal ha det regionale ansvaret for utredning av pasienter med mulig behov for slik behandling.(2007)

4.2.5 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

UNN HF: Rapportere i eRapportssystemet til Helse Nord RHF for høyspesialiserte tjenester innen fastsatt frist. (2011)

UNN HF: Implementere nytt styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner i tråd med beslutning fra HOD (2010)

UNN HF: Rapportere om virksomheten ved godkjente nasjonale tjenester og kompetansesenter for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.⁶⁴ Rapportene fra nasjonale tjenester skal behandles av referansegruppen. (2011)

4.2.6. Smittevern og beredskap

UNN HF/Helse Finnmark HF: Gjennomgå egen beredskapsplan for større ulykker og katastrofer med utgangspunkt i ROS-analyse for nordområdene fremlagt i 2010. (2011)

Sykehusapotek Nord HF: Bidra til revisjon av nasjonale regionale og nasjonale antibiotikaretningslinjer. (2011)

Sykehusapotek Nord HF: Være rådgivere for HFene ifht legemiddelberedskapen i regionen. (2011)

4.2.7. Prehospitale tjenester

Oppfylle mål om at 100 % andel av fast ansatt ambulanspersonell skal ha formell kompetanse som ambulansarbeider innen 01. 01.12. (2011)

Sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene. (2011)

Oppfylle nasjonalt traumesystems krav til kompetanse og trening for de prehospitale tjenestene i samarbeid med kommunehelsetjenesten. (2011)

Rapportere data fra akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i hht. Helsedirektoratets spesifikasjoner. (2011)

Bedre tilgjengeligheten til luftambulansetjenesten for pasienter med akutte psykiske lidelser ved å benytte helsepersonell som ledsagere i størst mulig grad. (2011)

4.2.8. Barents helsesamarbeid/nordområdesatsingen

Tilrettelegge for og delta i samarbeidsprosjekter i Barentsregionen og bidra til velfungerende norsk-russiske samarbeidsrelasjoner på helseområdet, herunder helseberedskap ihht inngåtte avtaler mellom Helse Nord RHF og fylker i Russland. (2011)

5. Rekruttering, utdanning og videreutdanning av helsepersonell

Heve kompetansen innen sterilforsyning. Det regionale kompetansesenteret for smittevern ved UNN HF kan være aktuelle samarbeidspartnere ved utvikling og vedlikehold av opplæringsprogram. (2011)

⁶⁴ Rapporteringen skal skje via portalen <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>.

Rapportere avsatte ressurser til utdanning/praksis for alle personellgrupper under utdanning. (2011)

Implementere WHO⁶⁵'s internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell. (2011)

Innfri og rapportere måltall og aktivitet på praksisplasser og lærlinger, jf. Vedlegg 2 og antall som fullfører utdannelsen. Det skal også tilrettelegges for praksisplasser for utdanninger som ikke er etablert i alle regioner. (2011)

Rapportere antall nye spesialister ansatt fra utdanningsprogrammene. (2011)

Iverksette tiltak for å rekruttere, utdanne og beholde jordmødre for å sikre et forsvarlig fødetilbud i henhold til ny veileder: "Et trygt fødetilbud" kvalitetskrav til fødselsomsorgen(2011)

Rapportere bruk av utdanningstilskuddet for medisinerstudenter. (2011)

Sikre at det gis gode læringsmuligheter og praksis innen habilitering og rehabilitering for studenter i utdanning. (2011)

Stille med ressurser (personell) i regionalt mottaksprosjekt for etablering av ny NR-database. (2010)

Ta i bruk ny portal-løsning for NR-database når denne foreligger. (2010)

UNN HF/NLSH HF: I samarbeid med UiT⁶⁶ utrede oppbygging av ferdighetscenter for ansatte og studenter. (2010)

UNN HF: Legge til rette for gruppe 1-tjeneste fra andre HF. Gjennom dialog med de øvrige HF sikre at avdelingene i UNN HF tidligst mulig blir kjent med behovene for gruppe 1-tjeneste. (2010)

Helse Finnmark HF: Rapportere antall i utdanning gjennom Legerekrutteringsprogrammet i Finnmark. (2011)

Sykehusapotek Nord HF: Tilby praksisplasser for apotekteknikerelever og farmasistudenter. (2011)

Sykehusapotek Nord HF: Sikre og bevare farmasøytisk kompetanse innenfor produksjon og forsyningsberedskap. (2011)

6. Forskning og innovasjon

Forske, publisere og formidle forskning som er relevant for kliniske, pasientnære oppgaver. (2011)

Legge til rette for forskning blant relevante personellgrupper slik at det publiseres mer og at publikasjonsstatistikken går opp jf. mål i forskningsstrategien om en andel på 10 % fra Helse Nord. (2011)

Implementere⁶⁷ endret forskningsfinansiering på RHF-finansierte prosjekter. Sosiale utgifter på lønn inkluderes i nye RHF-finansierte prosjekter innen tildelingssummen. For nye ph.d. og post.doc.- stillinger fra RHF skal HFet sette av 20 % av rundsummen, dvs 165 000 kr ved heltidsstipend med tildelingssum på 825 000 kr. Midlene skal øremerkes forskning internt i HFet. (2011)

⁶⁵ Verdens helseorganisasjon

⁶⁶ Universitetet i Tromsø

⁶⁷ NB Krav fra 2011 som er gjeldende også for 2012, summene er i 2012 endret/indeksregulert til 170 000 ved heltidsstipend med tildelingssum på 850 000

Initiere og legge til rette for forskning rettet mot likeverdige tjenester til den samiske befolkningen. (2011)

Rapportere innovasjonsaktiviteter jf rapporteringsområdene for innovasjon, vedlegg 3. (2011)

UNN HF: Styrke forskning og akademisering i alle avdelinger/klinikker inkludert tiltak for å gi flere forskningskompetanse. (2011)

UNN HF: Styrke forskning innen TSB. (2011)

UNN HF: Ivareta regionfunksjonen i Klinisk forskningssenter og Nordnorsk Psykiatrisk Forskningscenter, inkludert oppsøkende virksomhet overfor de andre helseforetakene (2010)

7. Opplæring av pasienter og pårørende

Prioritere arbeidet med opplæring av pasienter og pårørende. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med kommunene og brukerne og skal være en integrert del av et helhetlig pasientforløp. (2011)

Prioritere opplæring av pasienter og pårørende til pasienter innen rusomsorg, psykisk helsevern, CMS/ME, konservativ behandling av pasienter med sykkelig overvekt, og pasienter/pårørende til pasienter med demenssykdommer. (2011)

Påse at lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med samisk språklig kulturell bakgrunn, samt for pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn. (2011)

8.1. Tiltak for organisasjonsutvikling og økonomisk balanse

Rapportere økonomisk tiltaksgjennomføring i tiltaksmodulen i Helse Nords styringsportal. (2011)

Bidra med ressurser til implementering av nytt lønns og personaldatasystem og forankre disse prosessene på en god måte i foretaket. (2011)

Sikre at organisasjonen på ulike nivå har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte omstillingsutfordringen som foretaket står ovenfor. (2011)

Vurdere konsekvenser for tjenestetilbudet, kvalitet, økonomi, framdrift og arbeidsmiljø ved omstillingstiltak, i saksframlegg til styret. Dokumentasjon på medvirkning skal følge saken. (2011)

Styret i helseforetaket skal:

Styrebehandle nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt. (2011)

Ha direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkrete og at tiltaksplanen til enhver tid er komplett. (2011)

Sikre at salgsgevinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak. (2010)

8.2 Risikostyring og internkontroll

Ha kontrollsystemer for overvåkning av at funksjonsfordelinger blir fulgt. (2011)

Helseforetaket skal styrebehandle:

Alle tilsynsrapporter som foretaket mottar, og vedta plan for lukking av eventuelle avvik. (2011)

Alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011)

Følge opp Riksrevisjonens rapport om økonomistyring i helseforetakene⁶⁸, gjøre denne kjent i organisasjonen og sette i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt. (2010)

8.3. Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)

Rapportere avhending av vernet eiendom til felles database og sikre vern ved forskrift eller reguleringsplan før eiendommen overdras andre. (2009)

Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

Etablere et partssammensatt parkeringsutvalg i foretaket med representasjon fra ledelse, medarbeidere og brukere (pasientorganisasjoner). (2009)

Gjennomføre klassifiseringen av alle helsebygg i samarbeid med Helse Nord RHF og de andre helseforetakene i Norge. (2011)

Gjennom løpende og planlagt vedlikehold minimum sørge for å opprettholde verdien av bygg og anlegg ved tilstrekkelig vedlikehold på samme nivå som ved etableringen av foretaket (2008)

8.4. Innkjøp

Ha oppdatert oversikt over, og følge opp, alle innkjøpsavtaler og leverandører. (2011)

Sørge for at krav til miljø, etikk og samfunnsansvar implementeres i anskaffelsesprosjekter i tråd med nasjonalt fellesprosjekt, delprosjekt innkjøp. (2011)

Samarbeide med regionalt fagmiljø og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i tråd med gjeldende samhandlingsrutiner. (2011)

Slutføre arbeidet med å ta innkjøps- og logistikksystemet i full bruk, slik at de fleste anskaffelser gjøres gjennom dette systemet. (2011)

Dokumentere hvordan innkjøpene er gjennomført. Bruke innførte sanksjonsmuligheter for å skjerpe rutinene og for å motvirke korrupsjon og kameraderi.(2010)

Avvise leverandører som er dømt for alvorlig økonomisk kriminalitet ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. (2009)

8.6 Klima- og miljøtiltak

Legge til rette for bruk av offentlige transportmidler i samarbeid med kommunale og fylkeskommunale myndigheter (2009)

8.7. Organisasjons- og lederutvikling og arbeidsgiverstrategi

⁶⁸ Dokument 3:3(2009 - 2010)

Ha effektiv bruk av personal- og kompetanseressursene gjennom god og effektiv bemanningsplanlegging. (2011)

Videreføre prosessen med å definere verdiene Kvalitet – Trygghet – Respekt på alle nivåer i organisasjonen. Betydningen av verdiene for den enkelte, for arbeidsplassen og for brukerne med pårørende skal defineres og alle medarbeidere skal inviteres til å bidra. (2011)

8.7.1. Personal og kompetanse

Legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus. (2011)

Sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid. (2011)

Rapportere kostnader og antall årsverk til innleide vikarer fra vikarbyråer, fordelt på sykepleiere og leger (årlig). (2011)

Sikre at de ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsforhold ikke svekkes ved eventuell konkurranseutsetting av ikke-medisinske funksjoner. (2011)

Identifisering og realisering av økonomiske og personalmessige gevinster som følge av systemanskaffelser og oppfølging av disse med organisasjonsmessige endringer. Det tas utgangspunkt i kost-nyttevurderinger ved anskaffelse av systemene⁶⁹. (2008)

Løpende registrere og rapportere behov for fritak fra fremmøte ved mobilisering og repetisjonstjeneste til vernepliktsverket og Helse Nord RHF. (2010)

UNN HF/ NLSH HF: Bistå/samarbeide med forsvaret i deres behov knyttet til utdanning av anestesileger og kirurger.(2009)

8.7.2. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Gjennomføre og følge opp medarbeiderundersøkelser i virksomheten. (2011)

Ivareta målsettingene i Inkluderende Arbeidsliv. (2011)

Rapportere aktivitet og avvik i henhold til hovedmålene i Helhetlig strategi for HMS, herunder etablere system for løpende overvåkning av arbeidsmiljøet. (2011)

8.8. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Sikre at utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT godkjennes av Helse Nord RHF før igangsettelse, og at Helse Nord IKT som tjenesteleverandør trekkes tidlig inn i prosessen. Utviklingskontrakter skal sikre at alle helseforetak i Helse Nord kan benytte resultatet. (2011)

Legge nasjonale krav til IKT arkitektur mv slik som beskrevet av Nasjonal IKT og KITH⁷⁰ til grunn for alle IKT anskaffelser. (2011)

Bidra aktivt til standardisering av IKT infrastruktur i samhandling med Helse Nord IKT⁷¹, slik at Helse Nord får en mest mulig enhetlig infrastruktur. (2011)

⁶⁹ Jf. styresak 79-2006

⁷⁰ Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren

Drive elektronisk samhandling med eksterne aktører i henhold til nasjonal samhandlingsarkitektur beskrevet i samspillplanen til Helsedirektoratet. (2011)

Gjennom Helse Nord IKT benytte Norsk Helsenett SF for kjøp av kommunikasjonstjenester⁷². (2010)

9. Oppfølging og rapportering

Sikre god kvalitet og fullstendig rapportering av virksomhetsdata. Analyser av dataene skal følge med rapporten. (2011)

Bruke felles definisjoner, standarder og rapporteringsverktøy (Herunder LIS) i rapporter og årlig melding til Helse Nord RHF. (2011)

UNN: Være pådriver i utviklingen av felles kvalitetsindikatorer og rapporteringskriterier for ambulanse- og nødmeldetjenesten i Helse Nord. (2011)

9.1. Rapporteringsrutiner

Behandle tertialrapporter og årlig melding i styret i helseforetaket før innsendelse til Helse Nord RHF. (2011)

Drøfte tertialrapportene og Årlig melding med tillitsvalgte og behandle disse rapportene i brukerutvalg og AMU⁷³. Medvirkningen skal dokumenteres. (2011)

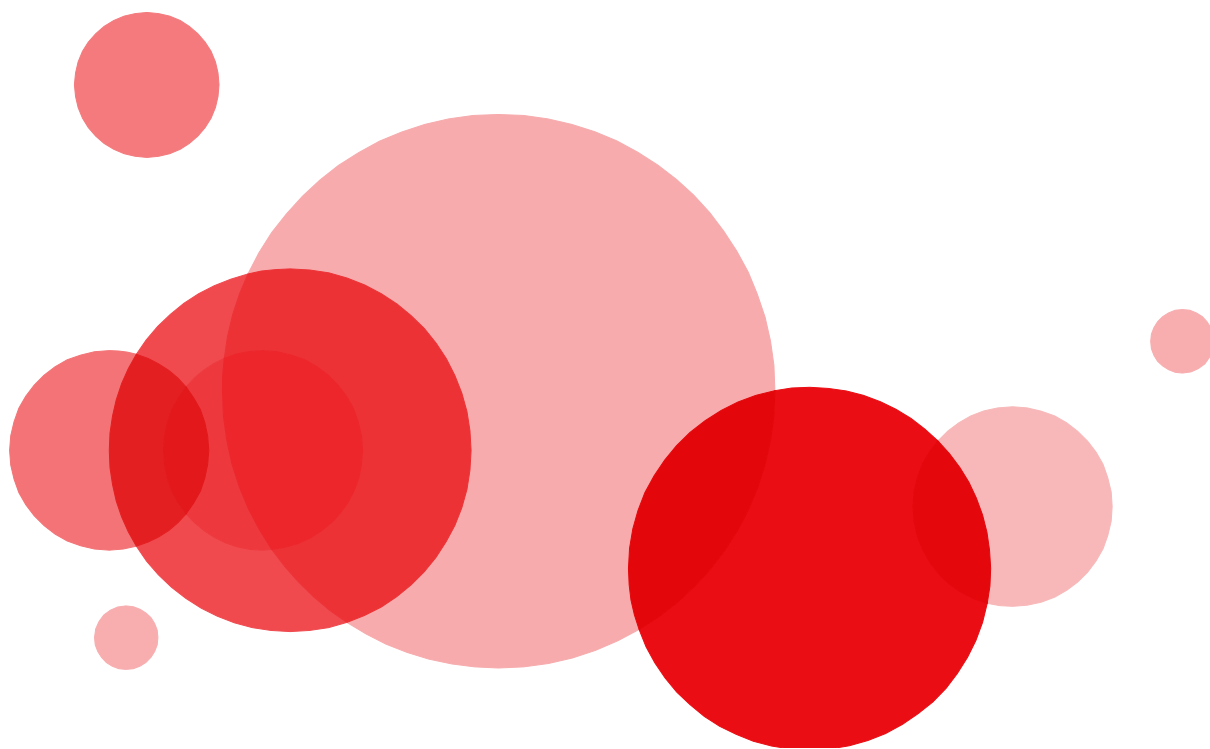
⁷¹ Jf. bl. a. rammeavtale for IKT-utstyr.

⁷² I tråd med enerettsavtalen for Norsk Helsenett AS skissert i styresak 65-2004

⁷³ [Arbeidsmiljøutvalg](#)

Oppdragsdokument 2012

Helse Nord RHF



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Innhold

1.	Overordnede føringer	3
2.	Nye lover og forskrifter	4
3.	Nasjonale strategier og handlingsplaner	4
4.	Tildeling av midler	5
5.	Aktivitet	9
6.	Særskilte satsingsområder 2012	9
6.1	Ventetider	9
6.2	Kvalitetsforbedring	9
6.3	Pasientsikkerhet	10
6.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	11
6.5	Samhandlingsreformen	12
6.6	Kreftbehandling	12
6.7	Behandling av hjerneslag	13
6.8	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	14
7.	Andre områder	15
7.1	Psykisk helsevern	15
7.2	Habilitering og rehabilitering	15
7.3	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	16
7.4	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	16
7.5	Kjeveleddsdisfunksjon	16
7.6	Beredskap og smittevern	16
7.7	Forbygging	17
8.	Utdanning av helsepersonell	18
9.	Forskning og innovasjon	18
9.1	Forskning	18
9.2	Innovasjon	20
10.	Forholdet til Helsedirektoratet	20
11.	Oppfølging og rapportering	20

1. Overordnede føringer

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Nord RHF for 2012 til disposisjon. Helse Nord 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. Det regionale helseforetaket har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

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. Videre skal det regionale helseforetaket sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder 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. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstilbud med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Det regionale helseforetaket skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Helse- og omsorgsdepartementet vil fortløpende informere det regionale helseforetaket om lov- og forskriftsarbeid som berører spesialisthelsetjenesten.

For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Nord RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2011-2012) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.

Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling av denne (Innst. 422 S, 2010-2011) og Samhandlingsreformen (Prop. 90 L 2010-2011, *Lov om folkehelsearbeid* og Prop. 91 L 2010-2011, *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester*) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten.

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten også i fremtiden. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehus med akuttfunksjoner skal videreføres med anestesiberedskap der dette er etablert i dag. Samtidig må en fremtidig sykehusstruktur bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus. Samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Ved omstillinger skal det rettes spesiell oppmerksomhet mot kvaliteten i det samlede helsetilbudet til eldre.

Tiltak for å begrense bruk av deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene skal videreføres i 2012 i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Private røntgen- og laboratorievirksomheter skal brukes på en måte som bidrar til god geografisk fordeling av tjenester, og som frigjør kapasitet for pasienter som trenger rask utredning og behandling, for eksempel kreftpasienter.

De regionale helseforetakene skal tilpasse virksomheten til de økonomiske rammebetingelsene som Stortinget har lagt for sektoren. Alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse i 2012.

Mål og styringskrav for 2012 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.

2. Nye lover og forskrifter

Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstjenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester). I den forbindelse vedtok Stortinget også en rekke viktige endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen, blant annet ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg inneholder helse- og omsorgstjenesteloven i seg selv flere forslag som indirekte har betydning for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstjenesteloven vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid).

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med innholdet i lovene og forskriftene. De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon og ansatte om nye helselover og – forskrifter.

3. Nasjonale strategier og handlingsplaner

For 2012 gjelder følgende strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten:

- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Demensplan 2015 – ”Den gode dagen” (2012-2015)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge

- Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006 -)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011-2015)
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid (2012-2016)
- Nevroplan 2015 (2012-2015)
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

4. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Nord RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Det regionale helseforetaket skal bidra til at de ressurser som stilles til rådighet benyttes på en effektiv måte og kommer pasientene til gode. Helse Nord RHF skal i 2012 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1. Plan for utbetalinger av tilskudd omtales i egne brev til de regionale helseforetakene.

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 Nord RHF fordelt på kapittel og post

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Nord RHF
732	70	Særskilte tilskudd (luftambulansetjeneste)	73 528 000
	70	Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift)	73 911 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	4 700 000
	70	Særskilte tilskudd (Sykestuefinansiering)	8 291 000
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	10 417 141 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	1
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	114 056 000
	79	Raskere tilbake	61 600 000
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	1 700 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	2 500 000
782	70	Helseregistre	9 000 000

Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter)
Helse Nord RHF tildeles 4,7 mill. kroner. Tilskuddet skal kompensere turnussteder for turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Antall turnuskandidater til fordeling i Helse Nord RHF framgår av vedlegg 1. Årlig tilskudd per plass er 26 600 kroner. Helse Nord RHF skal fordele tilskudd til private opptreningsinstitusjoner med avtale. Hoveddelen av kostnadene for turnuskandidater i sykehus dekkes av basisbevilgningen.

Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Sykestuefinansiering)
Helse Nord RHF tildeles 8,3 mill. kroner til sykestuene i Finnmark i 2012. Fra 2015 inkluderes tilskuddet i inntektssystemet for regionale helseforetak. Kostnadsdelingen mellom Helse Nord RHF/Helse Finnmark HF og kommunene for å kunne ivareta sykestuedriften fra 2012 må ses i sammenheng med midler som tilføres kommunene i forbindelse med utskrivningsklare pasienter og heldøgns øyeblikkelig-hjelp tilbud i samhandlingsreformen. Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering avsluttes i 2011. Kravene til rapportering til Norsk pasientregister videreføres i 2012.

Kap.732, post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF
Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Midler til vedlikehold av og investeringer i bygg og utstyr inngår i basisbevilgningen.

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

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

Helse Nord RHF skal sette av minst 12,9 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Det kan kreves egenandel for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak.

Egenandelen er fastsatt til 123 kroner per oppholdsdøgn. Egenandelen inngår i egenandelstak 2.

Regionale helseforetak skal avklare hvordan kvalifisert ledsagelse (leger og jordmødre) skal finansieres fra 1. juli 2012. Det vises til Prop. 1 S (2011-2012).

Helse Nord RHF får et ansvar for at foretakene gir pasientene et bibliotektilbud.

Ressursrammen som blir stilt til rådighet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,4 pst. fra 2011 til 2012. Aktivitetsveksten på 1,1 pst. (inkl. døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene) innen innsattsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innen refusjoner for poliklinisk behandling (post 77) måles i forhold til prognoser per 1. tertial 2011 og mai 2011. Dersom veksten i 2011 blir høyere enn dette, vil veksten i 2012 bli tilsvarende lavere. Den generelle veksten omfatter også behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Kap. 732, post 76 Innsattsstyrt 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 2012 utgjør akontoutbetalingene over kap. 732, post 76 til Helse Nord RHF 1 579,4 mill. kroner. I tillegg er det i akontoutbetalingene lagt til grunn at Helse Nord RHF vil motta 500 mill. kroner i kommunal medfinansiering. Summen av innsattsstyrt finansiering og kommunal medfinansiering tilsvarer 40 pst. av enhetsprisen i 2012.

A kontobeløpet er basert på en prognose for aktivitet per 1. tertial 2011, og det er dette nivået det er lagt til rette for å videreføre og øke med 1,1 pst. i 2012. Akontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon på 135 644 DRG-poeng og 6,3 mill. kroner i tilleggsrefusjoner (posedialyse). I aktivitetsbestillingen (målt i DRG-poeng) er det gjort fratrukk for nytt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikke blir etablert tilbud som forutsatt i kommunene, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskudd (kap. 762, post 60) til Helse Nord RHF (kap. 732, post 70 og kap. 732, post 76). Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 38 209 kroner.

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 (2011-2012) og Innst. 11 S (2011-2012) tilsier en utbetaling på 295,6 mill. kroner til Helse Nord RHF. Beløpet er basert på en prognose fra regnskapstall per mai 2011, og det er dette nivået som kan videreføres og økes i 2012. Samlet sett tar bevilgningen høyde for en vekst i

poliklinisk aktivitet på om lag 6,5 pst. Dette omfatter også polikliniske radiologi- og laboratorietjenester. Helse Nord RHF skal tilpasse kapasitet til behov slik at ventetiden reduseres også på dette området og sikrer at det er etablert et tilbud om øyeblikkelig hjelp ved mistanke om alvorlig sykdom. Det innføres ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012.

Kap 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Nord RHF tildeles inntil 61,6 mill. kroner til tiltak under ordningen "Raskere tilbake", herunder 3,9 mill. kroner til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Den reelle aktiviteten innenfor ordningen vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Utbetalingen skjer a konto. Departementet vil vurdere a konto-beløpet med rapportert aktivitet, og vil evt. holde tilbake midler dersom aktiviteten tilsier dette. I tillegg til årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK etter avtalt mal på de ordinære midlene innen "Raskere tilbake". For midlene til arbeidsmedisinske avdelinger skal Helse Nord RHF rapportere på bruk og effekt i årlig melding.

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

Helse Nord RHF tildeles 1,7 mill. kroner til videreføring av rusmestringsenheter ved fengslene i Bodø og Tromsø.

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

Helse Nord RHF tildeles 2,5 mill. kroner til Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. Forsøket skal etableres i tråd med Helsedirektoratets brev av 15. oktober 2011. Formålet er først og fremst å få kunnskap om behovet for relevante odontologiske tjenester hos sykehuspasienter og for hvilke pasientgrupper. Helsedirektoratet vil gi faglig bistand. Forsøket finansieres av tilskudd fra kap. 770.21 og folketrygdens stønad til behandling hos tannlege (kap. 2711.72). Enkelte behandlinger kan finansieres etter takster i poliklinikkforskriften som gjelder behandling utført av tannlege. For behandling finansiert over kap. 770 eller kap. 2711.72 er det ikke et vilkår at pasient er henvist fra lege. Tjenester som finansieres over disse kapitler gis vederlagsfritt. Plan for etablering av forsøket sendes Helsedirektoratet for godkjenning innen 15. juni 2012.

Kap. 782, post 70 Helseregistre. Tilskudd

Helse Nord RHF tildeles 11 mill. kroner for videreutvikling og drift av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Videre tildeles 17,676 mill. kroner til å sikre at de medisinske kvalitetsregistrene får en felles infrastruktur og kan benyttes fullt ut i tråd med formålet kvalitetssikring og forbedring av tjenesten. Midlene overføres til Helse Nord RHF, som fordeler midlene i tråd med departementets føringer og de regionale helseforetakenes felles forslag til fordeling av midler. For ytterligere føringer og rapporteringskrav på området vises det til oppdragsdokumentets kapittel 6.2.

5. Aktivitet

Mål 2012:

- Budsjettet aktivitet er i tråd med bestillingen.
- Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Styringsparametre:

- Antall produserte DRG-poeng.
- Refunderte polikliniske inntekter.

6. Særskilte satsingsområder 2012

6.1 Ventetider

Overordnet mål:

- Reduserte ventetider.

Mål 2012:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager.

Styringsparameter:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten.

6.2 Kvalitetsforbedring

Overordnede mål:

- Tjenestene som tilbys er av god kvalitet, trygge og sikre.
- Bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.
- Tjenestene preges av god lærings- og forbedringskultur.
- Ledelsen på alle nivå legger til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.
- Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.
- Nasjonale faglige retningslinjer er tatt i bruk.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorer er tilfredsstillende.

Mål 2012:

- Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre har felles infrastruktur og nasjonal dekning.
- Helse Nord RHF, ved SKDE, har utarbeidet en felles elektronisk rapporteringsmal for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

- Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringen synliggjør i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.
- Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksatt innenfor eget ansvarsområde. Tiltakene legges ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.
- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).
- God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.
- Ingen korridorpasienter.

Styringsparametre:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- 30-dagers risikojustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

6.3 Pasientsikkerhet

Overordnede mål:

- Færre uønskede hendelser
- Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.
- Tryggere legemiddelbruk.
- Økt antall uønskede hendelser som meldes.
- Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.
- Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.

Mål 2012:

- Alle sykehus og helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.
- Ledelsen i helseforetakene følger aktivt opp egne resultater i kampanjen.
- Helse Nord RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen og sikret at denne informasjonen når ut til alle ansatte.
- Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

Styringsparametre:

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.

6.4 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Overordnede mål:

- Pasienter, brukere og pårørende møtes med respekt og omsorg.
- Pasienter, brukere og pårørende har innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.
- Tjenestene er innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.
- Pasienter og pårørendes erfaringer og klager brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Ingen fristbrudd.
- Bedre informasjon om fritt sykehusvalg.

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg.
- Det er levert oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg.
- Alle helseforetak har styrebehandlet mål og strategier for brukervedvirkning.
- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

Styringsparametre:

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.
- Fastlegers erfaringer med DPS.
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.

6.5 Samhandlingsreformen

Overordnede mål:

- Det er etablert og videreutviklet effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak er det etablert helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.

Mål 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.
- Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.
- Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012.

6.6 Krefthbehandling

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.
- Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.

Mål 2012:

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.
- 80% av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:
 - 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
 - 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
 - 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.
- Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.
- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert. (Se også Kap 8 - Utdanning av helsepersonell).
- Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.
- Det er lagt til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.

Styringsparametre:

- Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager (indikatoren vil bli utviklet i 2012).

Det bes om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologer og patologer innen utgangen av 2. tertial 2012.

6.7 Behandling av hjerneslag

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.
- Godt og effektivt forløp for slagpasienter.
- Alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i slagenhet.
- Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.

Mål 2012:

- 20% av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.
- Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.
- Det er iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.

Styringsparametre:

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.
- Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet (av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter).

6.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Overordnede mål:

- Høy kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter/brukere med rusmiddel- og annen avhengighet.
- Tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.
- Tjenestene innen TSB tilbys i størst mulig grad nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.
- Pasientene opplever gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.
- Det er gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Mål 2012:

- Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.
- Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.
- Andel pasienter som fullfører TSB er økt.
- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.

7. Andre områder

7.1 Psykisk helsevern

Overordnede mål:

- Omstillingen innen psykisk helsevern videreføres, slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akutfunksjoner gjennom døgnet.
- Pasienter/brukere får et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.
- Sykehusene ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.
- Psykisk helsevern er i størst mulig grad basert på frivillighet.

Mål 2012:

- Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomført som ledd i den nasjonale strategien på området.
- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.
- Det gis opplæring i og tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser.
- Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser.
- Helse Nord har lagt til rette for drift og videreutvikling av Samisk nasjonalt kompetansesenter innen psykisk helsevern. Tilbudet er tilgjengelig for samiske pasienter i alle samiske områder.

Styringsparameter:

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.
- Andel tvangsinnleggelses (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet).

7.2 Habilitering og rehabilitering

Overordnede mål:

- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering er relevante og tilstrekkelige, dette gjelder også institusjonsbaserte tilbud.
- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering er helhetlige og koordinerte.

Mål 2012:

- Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket.

- Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.
- Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

7.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Overordnede mål:

- Tilbudet til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) er adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Mål 2012:

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME er gjennomgått med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.
- Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.
- Det tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.
- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

7.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Overordnede mål:

- Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal få et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.

Mål 2012:

- Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.

7.5 Kjeveleddsdisfunksjon

Overordnede mål:

- Det skal gis et tilstrekkelig tilbud av god kvalitet til pasienter med invalidiserende kjeveleddsdisfunksjon (TMD).

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdisfunksjon.

7.6 Beredskap og smittevern

Overordnede mål:

- Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.

- Det er sikret nødvendig dimensjonering av helsetjenestene og beredskapen ved Longyearbyen sykehus sett i lys av befolkningsutvikling og økt aktivitet på Svalbard.
- Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.
- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.
- Innsamlede infeksjonsdata brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.

Mål 2012:

- Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.
- Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.
- Helse Nord RHF har bidratt til gjennomføring av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram (2012-2015) og lagt til rette for samarbeidsprosjekter mellom helseforetakene og russiske samarbeidsparter for å bidra til velfungerende norsk-russiske samarbeidsrelasjoner på helseområdet.
- Helse Nord har deltatt i planlegging av øvelse Barents Rescue 2013.

7.7 Forbygging

Overordnede mål:

- Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader.
- Redusert bruk av tobakk hos pasienter.

Mål 2012:

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingenheter.
- Helseforetakene rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Sykehusene har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Styringsparametre:

- Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning.

8. Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål:

- Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.
- Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner er utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.
- Best mulig kvalitet i tilbudet og bærekraftig utvikling mht personell og arbeidskraftbehov i sektoren.

Mål 2012:

- Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner er ivare tatt og utviklet.
- Det er utviklet planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.
- Helse Nord RHF har medvirket i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning.
- Det er analysert og fremlagt planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.
- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert. (Se også kap. 6.6 Kreftbehandling).
- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.
- SANKs funksjon som utdanningssted for spesialistutdanning i psykiatri er videreutviklet.

9. Forskning og innovasjon

9.1 Forskning

Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet.

- Alle helseforetak og private institusjoner som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket har egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt norsk deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.

Mål 2012:

- Det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78 som tildeles etter vurdering i det regionale samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet/-ene, er tildelt og håndtert av helseforetak, ikke gjennom forskningsselskaper.
- Det er sikret transparens og god dokumentasjon i håndteringen av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.
- Det er etablert en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene innen 1. oktober 2012, jf tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011.
- Det er utviklet et forslag til felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter, jf tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011.
- Helseforetakene har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.
- Helseforetakene har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med deltakelse fra NIFU, innen 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorer for forskningsaktivitet i helseforetakene og foreslått eventuelle endringer.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF utviklet et forslag til revidert instruks for samarbeid med universiteter og høyskoler. Departementet vil spesifisere oppdraget i eget brev. Arbeidet skal ha vært forankret i samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler.
- Helseforetakene har etablert mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf vedlegg 3.

- Helseforetakene har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.
- Minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Nord RHF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).
- Minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Nord RHF er på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).

9.2 Innovasjon

Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene.
- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.
- Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Mål for 2012:

- De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som formidles i eget brev.
- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med Cristin, ha etablert en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.

10. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikktutforming 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. I fellesrundskriv IS-1/2012 omtaler Helsedirektoratet en del sentrale oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2012 blir på samme nivå som i 2011.

11. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse på helsepolitiske mål.

Rapportering på aktivitet

De regionale helseforetakene skal rapportere omfang av antall DRG- poeng i årlig melding og ikke vekst i antall DRG- poeng fra 2011. Veksten i ISF- finansiert aktivitet i 2012 vil kunne avvike fra det som er lagt til grunn i styringsparameteren avhengig av aktivitetsutviklingen i 2. og 3. tertial 2011.

Rapportering på styringsparametre

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2012 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal (ØBAK) som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2012 i tillegg til årlig melding. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 2 som grunnlag for rapporteringen. For brukererfaringer skal det brukes data fra de nasjonale brukererfaringundersøkelsene som publiseres i 2012. Regionale helseforetak skal rapportere de publiserte indikatorene til departementet ved første mulige rapporteringstidspunkt etter at tallene er publisert. Publiseringdato vil bli gjort kjent for de regionale helse foretakene. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter om enkelte styringsparametre.

Særskilt rapportering

Det bes om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologer og patologer ved utgangen av **2. tertial 2012**.

Rapportering i årlig melding

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp mål for 2012 og styringsparametre i oppdragsdokumentet for 2012. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder, herunder forskning og innovasjon. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 15.3.2013.

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

Helse Nord RHF skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2014 innen 10.12.2012.

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

Oslo, 23. desember 2011



Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg 1

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene 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 2012/2013:

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord- mor **
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
	Gjøvik	181	25					20	
	Hedmark	153						17	
	Lillehammer						23		
	Oslo/Akershus	551	38	62	144	51	142	150	40
	Østfold	136		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	170						37	
	Diakonhjemmet	114					106*		
	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	136					25*		
	Vestfold	129						50	14
Helse Vest	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	204						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole	70							
Helse Midt- Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	21
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	155						33	
	Finmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25
		4 013	173	202	274	145	611	675	140

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. **Audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. For disse institusjonene var aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanningen 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold.

Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole samarbeider om vernepleierutdanning. De to institusjonene alternerer (annet hvert år) om å tilby 30 nye studieplasser til desentralisert vernepleieutdanning. For 2011/2012 hadde Høgskolen i Telemark disse plassene. For 2012/2013 skal Diakonhjemmet Høgskole ha plassene.

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. Samarbeidsorganene må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20. januar 2004).

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

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	97	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	55	
Universitet i Tromsø	89	32	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helseledningsorganet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Antallet turnusplasser høsten 2011 videreføres i 2012.

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 for å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. 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.

For 2012 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)	25	40		26	91
Utdanningsstillinger	25	40		16	81
Øremerkede LiS-stillinger (til sideutdanning)	5	5	5	5	20
Til RHFets disposisjon	10		25	5	40
Midlertidige overlegestillinger	20		20		40
SUM	85	85	50	52	272

Det avsettes 20 øremerkede LiS-stillinger til sideutdanning. De regionale helseforetakene skal avsette disse stillingene til leger i spesialisering innen allmennmedisin, slik at legene får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. Stillingene kan også benyttes i andre spesialiteter der gjennomføring av tjeneste i annen spesialitet kan være vanskelig.

Helse Vest RHF har i eget brev fått anledning til å benytte 15 legestillinger av kvoten for 2012 allerede høsten 2011.

Helse Midt Norge RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i perioden 2012-2016 for å gjennomføre sitt omstillingsprogram. Helse Midt Norge RHF skal i forkant av tildelingen av legestillinger for 2016 redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres.

Helse Sør-Øst RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i 2012 i tillegg til de 30 midlertidige overlegestillingene som ble tildelt i 2011 til omstillingsprogrammet for hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF skal redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres etter at omstillingsprogrammet er ferdig.

Helse Nord RHF ble medio 2011 tildelt en ekstra kvote på 7 overlegestillinger i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, hvorav 5 stillinger kunne tas av stillingskvoten til Helse Nord RHF for 2012.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHFene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHFet skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HFene. 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 RHFene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og "ikke fordelte" stillinger.

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
Antall produserte DRG-poeng ⁴		Regionale helseforetak		Månedlig
Refunderte polikliniske inntekter ⁵		Regionale helseforetak		Månedlig
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Ned mot 65 dager	Norsk pasientregister		Månedlig
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Helsedirektoratet		Tertialvis
NY -30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedirektoratet		Årlig
NY -30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedirektoratet		Årlig
NY- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedirektoratet		Årlig
NY- 30-dagers risikojustert totaloverlevelse		Helsedirektoratet		Årlig
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel korridorpasienter i somatiske sykehus	0%	Norsk pasientregister		Tertialvis
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet ⁶	100%	Egne tall		Årlig

³ Vedlegg 2 – Styringsparametre med publiseringstidspunkt sendes de regionale helseforetakene når datoene er klare.

⁴ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁵ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁶ Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter.

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk fødselsregister		Årlig
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
Fastlegers erfaringer med DPS		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Årlig
NY – Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.		Helsedirektoratet (SSB)		Årlig
Andel tvangsinnleggelse (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet)		Norsk pasientregister (Nasjonal kvalitetsindikator)		Årlig
NY – Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80%	Norsk pasientregister		Tertialvis

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringstids punkt ³	Rapporterings-frekvens
NY - Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager ⁷	80 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	Norsk pasientregister		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.	100%	Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten		Tertialvis
NY - Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer	100%	Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten		Årlig
NY - Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100%	Norsk pasientregister		Årlig
NY - Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning ⁸	100%	Egne tall		Årlig Rapporteres etter 3. tertial

⁷ Indikatoren vil bli utviklet i 2012.

⁸ Data skal også rapporteres til Helsedirektoratet; Avdeling nasjonalt folkehelsearbeid.

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilte områder

Forskning og innovasjon	Datakilde	Kommentar
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til Cristin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	Cristin Ekstern tilbyder	Beregnes av ekstern tilbyder med frist 1. juni 2012.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15. mars.	NIFU	Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 30. mars 2012.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskningssprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Skriftlig tilbakemelding
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	http://forskningssprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
Innovasjonsindikatorne fra helseforetakene i 2012 <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk ○ Antall nye patentsøknader ○ Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale) 	HF	Skriftlig tilbakemelding
Infeksjoner		
Andel inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS	NOIS/NPR	Skriftlig tilbakemelding

