

AVTALE OM  
OPPDRAG OG BESTILLING 2012  
MELLOM  
HELSE SØR-ØST RHF  
OG  
LOVISENBERG DIAKONALE  
SYKEHUS

14. februar 2011

---

Bente Mikkelsen  
adm. direktør  
Helse Sør-Øst RHF

---

Lars Erik Flatø  
adm. direktør  
Lovisenberg Diakonale Sykehus

## Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. INNSYN OG KONSERNREVISJON</b> .....	<b>4</b>
<b>3. VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST</b> .....	<b>4</b>
<b>4. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP</b> .....	<b>5</b>
4.1 SAMHANDLINGSREFORMEN OG NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN .....	7
4.1.1 Samhandlingsreformen.....	7
4.1.2 Nasjonal helse- og omsorgsplan .....	8
4.2 NYE LOVER OG FORSKRIFTER.....	8
4.3 NASJONALE STRATEGIER OG HANDLINGSPLANER .....	9
<b>5. OPPDRAG OG BESTILLING RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST</b> ..	<b>9</b>
5.1 INNSATSOMRÅDE 1 – PASIENTBEHANDLING .....	9
5.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet .....	10
5.1.2 Kreftbehandling.....	13
5.1.3 Hjerneslag .....	14
5.1.4 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.....	14
5.1.5 Psykisk helsevern.....	15
5.1.6 Habilitering og rehabilitering .....	15
5.1.7 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati .....	16
5.1.8 Kjeveleddsdisfunksjon.....	16
5.1.9 Beredskap og smittevern .....	16
5.1.10 Forebygging .....	17
5.1.11 Enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner.....	17
5.1.12 Behandling av sykkelig overvekt .....	18
5.1.13 E-helse .....	18
5.2 INNSATSOMRÅDE 2 – FORSKNING OG INNOVASJON .....	18
5.2.1 Forskning.....	18
5.2.2 Innovasjon .....	19
5.3 INNSATSOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS .....	20
5.3.1 Legeregulering .....	20
5.4 INNSATSOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER .....	20
5.5 INNSATSOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE .....	21
5.5.1 Redusert bruk av deltid.....	21
5.5.2 Utdanning av helsepersonell .....	21
<b>6. DRIFSAVTALE</b> .....	<b>23</b>
6.1 AVTALT AKTIVITETSNIVÅ .....	23
6.2 ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER.....	25
6.2.1 Økonomisk vederlag .....	25
6.2.2 Drift og investering .....	25
6.2.3 Nasjonale medisinske kompetansetjenester.....	25
6.2.4 Likviditet mv .....	25
6.2.5 ISF-refusjoner .....	25
6.2.6 Finansiering av fellesprosjekter.....	26
<b>7. OPPFØLGING OG RAPPORTERING</b> .....	<b>26</b>
7.1 RAPPORTERING PÅ STYRINGSPARAMETRE .....	26
7.2 RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER .....	28
7.3 RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING .....	29
<b>8. VEDLEGG</b> .....	<b>31</b>

# 1. INNLEDNING

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Sykehuset skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter. Videre skal plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst legges til grunn for sykehusets virksomhet. Plan for strategisk utvikling revideres i 2012 og ny plan vil bli gjort gjeldende fra 01.01.2013.

Alle overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder Lovisenberg Diakonale Sykehus er innarbeidet i dette dokumentet.

Dette dokumentet sammenstiller således Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling til Lovisenberg Diakonale Sykehus for 2012 med utgangspunkt i overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer slik de fremkommer i RHF-styresak 078-2011 *Mål og budsjett 2012*.

**Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.**

Det kreves at nasjonale og regionale strategier, mål og styringskrav følges opp og gjenspeiles i sykehusets oppfølgingsplaner og rapporteres i måneds- og tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.

Den økonomiske utfordringen i 2012 og fortsatt store omstillinger av helsetjenestetilbudet i hovedstadsområdet samtidig med innføring av samhandlingsreformen tilsier at det er viktig å sette et særlig fokus på ledelse, medvirkning fra ansatte og brukere og arbeidsmiljøtiltak samt riktig bruk av kompetanse. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Likeledes skal de 13 prinsippene for brukermedvirkning legges til grunn. Foretaksgruppen skal videreføre eksisterende tiltak og vurdere ytterligere tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling.

Sykehuset skal medvirke til å 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. Tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene skal videreføres i 2012. Hovedregelen i Helse Sør-Øst skal være hele stillinger, for å sikre kontinuitet i tjenesten, kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet.

Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i dette dokumentet.

Det må påregnes at det i løpet av 2012 vil komme supplerende eller nye styringssignaler. Disse vil bli gitt helseforetakene i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Det er likevel sykehusets ansvar å påse at disse integreres i de relevante styrings- og rapporteringssystemene.

## 2. INNSYN OG KONSERNREVISJON

Helse Sør-Øst RHF kan ved behov, og i samarbeid med styreleder og direktør ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, foreta en gjennomgang av alt grunnlagsmateriale som er levert i forbindelse med rapportering i forhold til sykehusets virksomhet.

Lovisenberg Diakonale Sykehus vil i tillegg bistå med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen.

## 3. VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST

Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 innsatsområder som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020:

1. Pasientbehandling
2. Forskning
3. Kunnskapsutvikling og god praksis
4. Organisering og utvikling av fellestjenester
5. Mobilisering av medarbeidere og ledere
6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Strategidokumentet skal være Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med ”sørge for”-ansvaret frem mot 2020.

Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, Nasjonal helse- og omsorgsplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde frem mot 2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

***Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi***

Følgende mål videreføres frem til 2014:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.

Lovisenberg Diakonale Sykehus vil i 2012 arbeide for at følgende resultatmål oppnås i sykehuset:

– **Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Mål 2012

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

**Styringsparametre**

- Gjennomsnittlig ventetid
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter

– **Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

Overordnede mål

- Sykehuset skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2011-2014.

Mål 2012

- Sykehuset blir fulgt opp i fht eget delmål om å redusere sykehusinfeksjoner til under 3 %

– **Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Overordnede mål

- Sykehuset skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2011-2014.

Mål 2012

- Sykehuset skal prioritere implementering og opplæring i bruk av ny PAS-modul for å sikre at måloppnåelse blir registrert og rapportert.

Sykehusets resultatmål skal inngå i løpende rapportering til Helse Sør-Øst RHF. Risiko forbundet med hvert av resultatmålene skal spesielt synliggjøres i risikovurderingen som oversendes Helse Sør-Øst RHF i tertialrapporteringen.

## **4. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP**

All dokumentasjon av medisinsk aktivitet i foretakene skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres. Rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer skal bidra til korrekt medisinsk koding.

Mål 2012

- Det skal legges økt vekt på god kommunikasjon med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det videre omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet.

## **Intern kontroll og risikostyring**

Det er også i 2011 avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og systematiske avvik i tjenesten. Tidligere stilte krav om å ha god intern kontroll og systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik må følges opp. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.

For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må helseforetaket legge til rette for kollektivt læring av feil og systemsvikt, også i forhold til andre helseforetak.

### Mål 2012

- Uavhengig av tilsynsområder og tilsynsobjekter skal helseforetaket påse at kravene til styring og ledelse følges opp på en måte som sikrer at tjenestene blir utført til beste for pasientene og i tråd med regelverket.
- Journalføring og annen skriftlig dokumentasjon som skal bidra til trygg pasientbehandling skal gjennomføres på en forsvarlig måte.
- Minimum én gang per år skal det gjøres en samlet gjennomgang av tilstanden i sykehuset med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.
- 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.
- Feil som begås skal ses i sammenheng og inngå i et systematisk forbedringsarbeid. Rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter skal systematisk følges opp for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.
- Forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter skal følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.

## **Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet**

Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet 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. Sykehuset skal tilpasse virksomheten til de økonomiske rammebetingelsene Helse Sør-Øst RHF har lagt.

Lovisenberg Diakonale Sykehus har ansvar for å iverksette egne tiltak for å sikre pasientenes rettigheter og behandlingsbehov i tråd med krav til internkontroll og risikostyring, samt lover og forskrifter. Helse Sør-Øst RHF vil iverksette regionale tiltak som et supplement til helseforetakenes handlingsplaner for lokale forbedringer. Sykehuset må iverksette tiltak for forbedring og etablere nulltoleranse for avvik som kan medføre at pasienters rettigheter og behandlingsbehov ikke ivaretas.

Det vises til RHFstyresak 58-2011 *Revisjoner av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i helseforetak. Oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF*. I oppfølgingen av denne saken har Helse Sør-Øst RHF, som ledd i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, etablert et særskilt arbeid for å standardisere arbeidsprosessen og prosesser og organisering knyttet pasientadministrasjon som er gjennomgående i alle foretak. Det regionale arbeidet skal supplere og koordineres med det lokale tiltaksarbeidet. Lovisenberg Diakonale Sykehus skal ta del i standardiseringen og følge opp de anbefalinger som kommer i dette arbeidet.

## 4.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan

### 4.1.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen gir utfordringer for helseforetakene med utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten i tråd med oppgaveoverføringen til kommunene. Det legges til grunn at reformens krav til samarbeidsavtaler og oppfølging blir ivaretatt på alle nivåer, og at Lovisenberg Diakonale Sykehus vil arbeide aktivt for å redusere den økonomiske usikkerhet som reformen innebærer. Det forutsettes et godt samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter, oppbyggingen av kommunale senger for øyeblikkelig hjelp, kompetanseutveksling og kompetanseutvikling, samt en videreføring av prosjektmidler og midler til forskning for å styrke samhandlingen.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Samarbeid mellom sykehuset 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.

Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.

Helse Sør-Øst RHF skal rapportere på status samhandlingsreformen i oppfølgingsmøtene med Helse- og omsorgsdepartementet, med særskilt rapportering på 1. tertialmøte og 2. tertialmøte. Rapporteringen skal omfatte både tjenestetilbudet, kompetanse og økonomi. Det vil kunne komme endringer i ØBAK som følge av dette. Lovisenberg Diakonale Sykehus må bidra i dette arbeidet der det er nødvendig.

#### Overordnede mål

- Det skal etableres og videreutvikles effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal det etableres helhetlige pasientforløp og avklares arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.

#### Mål 2012

- I 2012 skal Lovisenberg Diakonale Sykehus i dialog med Oslo universitetssykehus HF og bydelene i sitt opptaksområde bidra til implementering av samhandlingsreformen.
- Det skal inngås samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.
- Det skal legges 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 dobbeltpasientkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.
- Det er behov for mer kunnskap om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NPR har forbedret kodeverkene for rapportering av henvisende enhet/enhet det henvises til. Nye koder skal tas i bruk og rapporteres i tråd med spesifisering. Det skal sikres at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.
- Det skal registreres og rapporteres på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- Samhandlingsavtalene med kommunene skal dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade iht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.
- Samhandlingen skal styrkes og det skal stimuleres til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen.
- Tilbudet i Lovisenberg Diakonale Sykehus skal tilpasses i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.
- Samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene skal videreutvikles slik at disse områdene ikke nedprioriteres.
- Forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger skal styrkes, jf. Helse- og omsorgsdepartementets *Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling*.

### **Samhandlingsarena Aker**

Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF skal sammen med Oslo kommune samarbeide om konkrete planer for det fremtidige tilbudet på Aker sykehus. Fellesprosjektet ledes av Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

Målet er å utvikle tilbud som kommer hele Oslos befolkning til gode. Samhandlingsarena Aker vil være en viktig brikke for å få til en sammenhengende behandlingssløyfe for pasienter i Oslo.

### **4.1.2 Nasjonal helse- og omsorgsplan**

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 Sykehus'struktur 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 Sykehus'struktur bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus. Samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

## **4.2 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 sykehuset er kjent med innholdet i lovene og forskriftene og påser at det gis nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon, brukerutvalg og ansatte om nye helselover og -forskrifter.

### **4.3 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 sykehuset er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

## **5. OPPDRAG OG BESTILLING RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST**

### **5.1 Innsatsområde 1 – Pasientbehandling**

Helseforetakene er i henhold til RHF-styrevedtak 108/2008 gitt en målsetting om at sykehusområdene normalt skal dekke 80-90 % av pasientbehandlingen, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenestene skal være tilgjengelig i alle sykehusområder. For å sikre at en så stor del av pasientbehandling foregår i eget sykehusområde må sykehuset ta ansvar for de deler av pasientforløpene som kan utføres på lokal- og områdenivå.

Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide retningslinjer for når en pasient skal få behandling på regions-nivå og når pasienten kan utskrives til behandling på område-nivå. Dette arbeidet skal

gjennomføres i samarbeid med de enkelte helseforetak i regionen. Retningslinjene bør omfatte innlagte pasienter, poliklinisk utredning og oppfølging/annen utredning eller diagnostikk.

## 5.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

### 5.1.1.1 Kvalitetsforbedring

Det er et nasjonalt mål at helseforetakene har mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Det er også et nasjonalt mål å etablere slike registre innen viktige fagområder. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet skal være i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. I alt 19 medisinske kvalitetsregistre har status som nasjonale registre, og disse registrene gjøres landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011.

#### Overordnede mål

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

#### Mål 2012

- Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha felles infrastruktur og nasjonal dekning.
- Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal skje på felles elektronisk mal. Rapporteringen skal synliggjøre i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.
- Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 skal være iverksatt innenfor eget ansvarsområde. (Tiltakene legges ut på [www.nhrp.no](http://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, kostnadskrevede metoder skal tas i bruk.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer skal legges til grunn for den lokale komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).
- Det skal være god kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikriser skal være sendt ut innen sju dager.
- Det skal ikke være korridorpasienter.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til at den nye pålagte elektroniske meldeordningen for 3-3 meldinger som overføres fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret gjennomføres på forsvarlig måte.
- Minst 90 % av elektivt opererte pasienter ved innleggelse skal legges inn samme dag som inngrepet finner sted.

## 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.

### 5.1.1.2 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 skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.
- Brukere/pasienter og pårørende skal oppleve det enkelt og trygt å melde, og at meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.

#### Mål 2012

- Alle sykehus og helseforetak skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapportere data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.
- Ledelsen i sykehuset skal følge aktivt opp egne resultater i kampanjen.
- Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen. Sykehuset skal delta i arbeidet med å sikre at denne informasjonen når ut til alle ansatte.
- Det skal sikres nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal følge opp felles etablerte mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskrivning. Det forutsettes at veilederen om legemiddelhåndtering, utarbeidet av Helse Sør-Øst, legges til grunn for endringer og implementering av prosedyrer samt tiltak som sikrer den nødvendige kompetanse hos helsepersonell som håndterer legemidler.
- Forbedringspunktene som er avdekket gjennom revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, skal ivaretas. Dette vil inngå i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF.
- Det skal sikres at sykehuset har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt.
- Arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling følges opp.

### **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 føring.
- Dokumentere forbedringer i pasientadministrativt arbeid, på områdene:
  - gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført
  - antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
  - antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt

#### **5.1.1.3 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning**

Riksrevisjonens undersøkelse av fritt sykehusvalg tyder på at det er et potensial for å redusere forskjeller i ventetider mellom sykehus ved at flere pasienter benytter ordningen med fritt sykehusvalg. Det pekes videre på at sykehusene har etablert rutiner for å informere om muligheten til å velge sykehus, men at informasjonen vektlegger begrensningene i ordningen.

#### Overordnede mål

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

#### Mål 2012

- Det skal iverksettes tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.
- Det skal leveres oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg.
- Alle helseforetak skal ha styrebehandlet mål og strategier for brukervedvirkning.
- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger skal være offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

### **Styringsparametre**

- 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.

#### **5.1.1.4 Opplæring av pasienter og pårørende**

#### Overordnede mål

- Pasient- og pårørendeopplæring skal være kunnskapsbasert og ha god faglig kvalitet

- Pasient- og pårørendeopplæring skal være integrert i behandling på alle nivå i pasientforløpet

#### Mål 2012

- Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal videreutvikles som arena for samhandling og brukermedvirkning
- LMS skal styrkes som helsepedagogisk ressursmiljø i helseforetakene
- Samarbeidet med brukerorganisasjoner og kommuner om pasient- og pårørendeopplæringen skal styrkes

### **5.1.2 Kreftbehandling**

Det vises til rapport fra regionalt fagråd for kreft datert 21.06.10 vedrørende stråleterapi. Helse Sør-Øst vil i eget brev klargjøre forventninger til oppfølging av rapporten.

Det vises til RHF-styresak 85-2010 *Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst*. Det forutsettes at sykehuset følger opp vedtakets forutsetninger og fastlagt funksjonsfordeling. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et evaluerings- og rapporteringssystem i forhold til styrets vedtak.

Førstegangsevaluering forventes gjennomført pr. 1.3.2012. Det regionale kreftrådet har fått ansvaret for å innhente rapporter fra sykehusene og helseforetakene basert på en felles mal og levere en oppsummert vurdering med anbefaling av tiltak til Helse Sør-Øst RHF. Aktivitetsresultatene som leveres av sykehusene og helseforetakene vil bli sammenholdt med data fra NPR som det regionale helseforetaket vil stille til kreftrådets disposisjon.

#### 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

- 80 % av kreftpasienter skal være 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 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. Videre skal kontaktpersonen holde seg oppdatert om forløpet til pasienten, og påpeke og gripe inn ved forsinkelser og avvik.
- Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.
- Det skal, i samarbeid med brukere og kommuner, tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for pasienter med kreft og utvikles minimum to nye behandlingslinjer i 2012.

#### **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.

### 5.1.3 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 skal behandles i slagenhet.
- Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt skal få trombolyse.
- Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.

#### Mål 2012

- 20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år skal ha fått trombolyse.
- Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag skal rapportere data til Norsk hjerneslagregister.
- Det skal være 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 trombolysbehandling.
- Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet (av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter).

### 5.1.4 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) skal være samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.
- Tjenestene innen TSB skal i størst mulig grad tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.
- Pasientene skal oppleve gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.
- Det skal være gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reintak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

#### Mål 2012

- Det samlede tilbudet innen TSB skal styrkes.
- Det skal etableres behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.
- Andel pasienter som fullfører TSB skal økes.

- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.
- Det skal legges særlig vekt på etablering av behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene.
- Pasienter som ønsker å stå på venteliste til et bestemt tilbud, skal gis informasjon om rettigheter og behandlingssteder med kortere ventetid samt om konsekvenser av å eventuelt frasi seg rett til behandling innen frist.
- Det skal sikres at informasjon om forskjellige behandlingstilbud er lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.

### 5.1.5 Psykisk helsevern

#### Overordnede mål

- Omstillingen innen psykisk helsevern skal videreføres slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet.
- Pasienter/brukere skal ha 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 skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.
- Psykisk helsevern skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.

#### Mål 2012

- Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang skal gjennomføres som ledd i den nasjonale strategien på området.
- Det skal legges 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.
- Alle helseforetak/sykehus skal bidra til å innfri nye anbefalinger fra Nasjonal strategigruppe II psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk 2012.
- Det legges til grunn en større vekst i behandlingsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern enn i somatikk. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen videreføres satsingen med en styrking og modernisering av tjenestene innenfor psykisk helsevern og TSB. Omstilling innenfor disse tjenestene skal komme pasientene innenfor disse fagområdene til gode.

#### **Styringsparametre**

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

### 5.1.6 Habilitering og rehabilitering

Vedtak og føringer gitt i styresak 045/2010 *Regionale utviklingsområder habilitering* skal legges til grunn for Lovisenberg Diakonale Sykehus' områdeplan for både habiliteringstjenestens primærmålgrupper og målgrupper med behov for supplerende tjenester fra habiliteringstjenesten.

Vedtak og føringer gitt i styresak 044/2010 *Regionale utviklingsområder rehabilitering* skal legges til grunn for sykehusets områdeplan for rehabilitering.

Habiliteringstilbudet skal styrkes i samsvar med styrets vedtak i sak 82-2009. Særlig vekt skal legges på å styrke intensiv habilitering av barn med medfødt eller ervervet hjerneskade og livsfaseovergangene fra ungdom til voksen med habiliteringsbehov.

#### Overordnede mål

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

#### Mål 2012

- Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene skal styrkes.
- Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etableres tilbud til pasienter med sansetap.
- Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.
- Sykehuset skal i samarbeid med Sunnaas sykehus HF ved Regional koordinerende enhet utvikle og etablere informasjons og veiviserfunksjon for habilitering og rehabilitering ved koordinerende enhet på helseforetaks-/sykehushnivå, slik at tjenestene som tilbys er synlig og lett tilgjengelig.

### **5.1.7 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati**

#### Overordnede mål

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal være adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.

#### Mål 2012

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal gjennomgås med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012. Oslo universitetssykehus HF har ansvar for ambulant(e) team og regional poliklinikk.
- Det skal tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.
- Det skal etableres tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

### **5.1.8 Kjeveledds-dysfunksjon**

#### Overordnede mål

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

#### Mål 2012

- Det skal iverksettes tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveledds-dysfunksjon. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012.

### **5.1.9 Beredskap og smittevern**

#### Overordnede mål



- Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.
- Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.
- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.
- Innsamlede infeksjonsdata skal brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.

#### Mål 2012

- Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene skal være oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.
- Det skal fra og med 1. september 2012 være iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.

### **5.1.10 Forebygging**

#### 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 skal følge med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter.
- Sykehuset skal rapportere komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Sykehusene skal etablere tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

#### **Styringsparametre**

- Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader til NPR ved utgangen av tredje tertial.
- Antall helseforetak/sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning.

### **5.1.11 Enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner**

Når det gjelder videre organisering av enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner innen sykehusområde Oslo oppsummeres følgende:

- Eldre med brudd: Denne funksjonen forutsettes å ligge fast på Diakonhjemmet Sykehus på minimum samme nivå som i dag.
- Revmakirurgi og revmatologi: Nasjonale og regionale funksjoner innen revmatologi og revmakirurgi forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus. Det forutsettes videre at det etableres gode pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus for disse pasientgruppene.
- Psykofarmakologi: Psykofarmakologisk analyse og rådgivning er en funksjon som forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus.
- Arbeidsdelingen mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus HF innen øre-nese-hals fungerer godt. Det bes om Lovisenberg Diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus HF i fellesskap klargjør om dette bør endres eller videreføres.

## 5.1.12 Behandling av sykelig overvekt

### Mål 2012

- Sykehuset skal i sine planer beskrive hvordan man skal møte og følge opp den økende utfordringen med sykelig overvekt i samarbeid kommunene.
- Overvektspasienter fra eget opptaksområde skal sikres utredning og vurdering ved en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

## 5.1.13 E-helse

Det skal arbeides for en framtidsrettet utvikling på e-helseområdet for å bidra til effektiv samhandling, bedre ressursbruk, økt pasientsikkerhet og kvalitetsheving i alle deler av behandlingsskjeden. Dette er viktig for å nå de helsepolitiske målene om helhetlige helse- og omsorgstjenester og en sterkere pasient- og brukerrolle.

### Mål 2012

- Det skal legges til rette for utbredelse/bruk av elektronisk resept.
- De nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling skal følges opp. Alle helseforetak og sykehus skal i løpet av 2012 ha forbredt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.

## 5.2 Innsatsområde 2 – Forskning og innovasjon

### 5.2.1 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 skal ha 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 forskningsinfrastrukturiltak.

### Mål 2012

- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal implementere felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter når dette foreligger, jf tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal styrke og videreutvikle egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier, evt. gjennom NorCRIN.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal styrke egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobank materiale, evt. gjennom deltakelse i Biobank Norge.

- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal medvirke til å etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportere i tråd med nye tidsfrister, jf. kapittel 7 Oppfølging og rapportering.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal 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.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til at målet om minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere) kan nås.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til at målet om at minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF skal være på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans) kan nås
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2012
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra med aktiv synliggjøring av forskningsnyheter fra egen virksomhet.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.
- Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader. Ressursbruk til forskning inkluderer både interne og eksterne midler. Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til realiseringen av dette målet ved at sykehusets ressursbruk til forskning for 2012 øker i forhold til nivået for 2011.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal i løpet av 2012 legge fram en langsiktig plan for opptrapping av sykehusets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal gjøre bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner, teknologiske infrastrukturtiltak og forskningsnettverk for å sikre god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne for sin egen forskning.

## 5.2.2 Innovasjon

### Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon.
- 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 2012

- De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som vil bli formidlet når de foreligger fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet

- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal iverksette tiltak for å videreutvikle innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak, evt. i samarbeid med de øvrige helseforetak og Inven2.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bistå med videreutvikling av innovasjonsnettverket Helse Sør-Øst

### **5.3 Innsatsområde 3 - Kunnskapsutvikling og god praksis**

Lovisenberg Diakonale Sykehus skal, i samarbeid med høyskolene, vurdere organisering av praksisplasser på nye måter for å utnytte hele behandlingsforløpet og sykehusets samlede kapasitet.

Det skal tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem. Det skal arbeides med større åpenhet omkring klinisk praksis i foretaksgruppen. Flest mulig etablerte behandlingslinjer med tilhørende fagprosedyrer gjøres tilgjengelige på sykehusets Internett-sider i løpet av 2012. Arbeid må tilrettelegges for publisering i nasjonal søkbar database på sikt.

#### **5.3.1 Legeregulering**

Helsedirektoratet (v/Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling - NR) moderniserer den nasjonale legehjemmelsdatabasen. Slutföringen er forsinket og databasen forventes ikke tatt i bruk før i 2012. Kravene om at helseforetakene fortlöpande registrerer status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshemler videreföres. For å forenkle dette for helseforetakene er det utviklet en integrasjon mellom Personalportalen og NR-databasen for automatisk innrapportering av status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshemler i tråd med de krav som er gitt av Helsedirektoratet. Lovisenberg Diakonale Sykehus skal inngå avtale med Sykehuspartner om implementering av integrasjon for utlevering av informasjon til NR-databasen.

### **5.4 Innsatsområde 4 - Organisering og utvikling av fellestjenester**

#### **Kvalitet i anskaffelsesprosessene**

Helsevesenets anskaffelser er omfattende og har stor samfunnsbetydning. Det er tidligere stilt krav om god internkontroll, etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser og tiltak for å styrke kompetansen på området. Det er i tillegg krav til å være en pådriver innen miljø- og samfunnsansvar jf. etiske retningslinjer for innkjöp og leverandörkontakt i Helse Sør-Øst.

#### **Miljö- og klimatiltak**

Arbeidet med å följ opp de nasjonale miljø- og klimamålene er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom de fire regionale helseforetakene. Samarbeidsprosjektet leverte ved utgangen av 2010 sluttrapport for arbeidet. I tillegg leverte samarbeidsprosjektet tidligere i 2010 en egen delrapport der det ble anbefalt at alle helseforetak etablerer miljøstyringssystem med påfölgende sertifisering innen utgangen av 2014. I sluttrapporten med tilhørende delrapporter er en rekke miljøtiltak omtalt nærmere, og det blir anbefalt at disse blir gjennomfört i de fölgende år.

Samarbeidsprosjektet er nå viderefört i en fase 2 for perioden 2011 – 2014.

Helseforetakene skal:

- holde seg orienterte om arbeidet i det nasjonale samarbeidsprosjektet og gjøre seg kjent med de leveranser som kommer fra prosjektet
- delta i det nasjonale miljø- og klimaforumet med representant som er oppnevnt av sykehuset

- etablere miljøledelse og miljøstyringssystem med sikte på påfølgende sertifisering av styringssystemet etter ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal følge framdriftsplanen som blir satt av det nasjonale samarbeidsprosjektet hvor målet er at slike system skal være innført og sertifisert innen utgangen av 2014
- følge opp - og sette i verk de andre anbefalte tiltakene som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport
- legge til rette for klimavennlige løsninger på oppvarming
- gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger

## **5.5 Innsatsområde 5 - Mobilisering av medarbeidere og ledere**

### **5.5.1 Redusert bruk av deltid**

#### Mål 2012

- Sykehuset skal videreføre det systematiske arbeidet for å redusere andelen deltidsansatte i tråd med vedtatte handlingsplan. Dette forutsetter hensiktsmessige prosedyrer i forhold til fortrinnsrett samt at permisjonsreglement og permisjonspraksis ikke medfører unødige deltidsstillinger. For øvrig må det arbeides aktivt med planlagte tiltak tilpasset de lokale årsaksbilder og forutsetninger.
- Sykehuset skal videreføre arbeidet med på sikre en best mulig bruk av arbeidskraften hvor hovedregelen er faste hele stillinger.

### **5.5.2 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 skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger skal bidra til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner skal være 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 skal ivaretas og utvikles.
- Det skal utvikles planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.
- Helse Sør-Øst RHF skal medvirke i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning. Sykehuset skal ta del i dette arbeidet.
- Det skal gjennomføres analyser og fremlegges planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggskomitee til oppdragsdokument 2011.

- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi skal videreføres ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.
- Sykehuset skal sørge for at ansatte til enhver tid får tilstrekkelig opplæring til å sikre et kvalitativt godt og faglig forsvarlig tjenestetilbud. Alle utgifter til reise og opphold i forbindelse med etter- og videreutdanning dekkes av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond, jf. Helse Sør-Østs etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt, pkt. 7.4. Unntak skal ikke lenger forekomme.
- Sykehuset skal understøtte bedre ressursstyring gjennom å heve kompetansen på bemannings- og arbeidstidsplanlegging hos 1.linjeledere. Dette skal inngå i planen for strategisk kompetansestyring.
- Sykehuset skal sikre at personalet får opplæring til å håndtere de spesielle utfordringer som ligger i å gi minoritetsgrupper et likeverdig tilbud.
- Høgskolene har fra 2009 fått økt antall studieplasser for helse- og sosialfaglig personell. Behovet for praksisplasser har økt tilsvarende og Lovisenberg Diakonale Sykehus får videreført økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket også i 2012. Ressurstilførselen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorerne i Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Det skal legges til rette for å øke antall lære-plasser for elever i videregående opplæring

## 6. DRIFTSAVTALE

### 6.1 Avtalt aktivitetsnivå

Lovisenberg Diakonale Sykehus

SOMATIKK	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vs utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
<b>ANTALL PASIENTBEHANDLINGER - TOTAL AKTIVITET</b>					
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	10 467	10 900	10 350	10 500	1,4 %
Antall liggedøgn døgntbehandling	51 909	53 000	51 850	45 316	-12,6 %
Antall oppholds dager dagbehandling	6 643	7 150	7 000	6 700	-4,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	40 411	43 950	44 230	45 950	3,9 %
<b>Fordeling av antall DRG-poeng</b>					
<b>Fordeling av antall DRG-poeng DØGNBEHANDLING</b>					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	13 080	13 075	12 975	13 119	1,1 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner					0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	427	355	455	390	-14,3 %
<b>Sum DRG-poeng</b>	<b>13 507</b>	<b>13 430</b>	<b>13 430</b>	<b>13 509</b>	<b>0,6 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				7 000	
<b>Fordeling av antall DRG-poeng DAGBEHANDLING</b>					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	1 459	1 700	2 007	1 341	-33,2 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner					0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	11	15	10	15	50,0 %
<b>Sum DRG-poeng</b>	<b>1 470</b>	<b>1 715</b>	<b>2 017</b>	<b>1 356</b>	<b>-32,8 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				500	
<b>Fordeling av antall DRG-poeng POLIKLINISK VIRKSOMHET</b>					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	1 006	1 340	1 440	1 436	-0,3 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner					0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	19		25		-100,0 %
<b>Sum DRG-poeng</b>	<b>1 025</b>	<b>1 340</b>	<b>1 465</b>	<b>1 436</b>	<b>-2,0 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				1 375	
<b>Fordeling av antall DRG-poeng DYRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER UTENFOR SYKEHUS</b>					
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF	577	984	924	934	1,1 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av andre enn eget HF					0,0 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt utenom eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF					0,0 %
<b>Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)</b>	<b>577</b>	<b>984</b>	<b>924</b>	<b>934</b>	<b>1,1 %</b>
<b>Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for alle pasienter - resept utstedt fra eget HF (eieransvaret)</b>	<b>577</b>	<b>984</b>	<b>924</b>	<b>934</b>	<b>1,1 %</b>
<b>TOTALT ANTALL DRG-POENG</b>					
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	15 545	16 115	16 422	15 896	-3,2 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				8 875	
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	15 545	16 115	16 422	15 896	-3,2 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	16 002	16 485	16 912	16 301	-3,6 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	16 002	16 485	16 912	16 301	-3,6 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	16 122	17 099	17 346	16 830	-3,0 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	16 579	17 469	17 836	17 235	-3,4 %
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legemidler - resept utstedt av eget HF)	16 579	17 469	17 836	17 235	-3,4 %

PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vis utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
Sum DPS og sykehus					
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	1 315	1 325	1 355	1 328	-2,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	30 859	30 500	33 250	34 100	2,6 %
Antall oppholds dager dagbehandling	2 082	1 300	1 300	1 315	1,2 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	41 896	43 516	45 150	47 755	5,8 %
Kjøp fra private institusjoner					
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt					0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt					0,0 %
Antall oppholds dager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner					0,0 %
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE					
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt					0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt					0,0 %
Antall oppholds dager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	18 333	19 588	18 738	19 588	4,5 %
Kjøp fra private institusjoner					
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt					0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt					0,0 %
Antall oppholds dager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner					0,0 %
TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING AV RUSMIDDELAVHENGIGE					
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt					0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt					0,0 %
Antall oppholds dager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	13 507	14 647	15 647	15 500	-0,9 %
Kjøp fra private institusjoner					
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt					0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt					0,0 %
Antall oppholds dager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner					0,0 %

Ressursrammen som blir stilt til rådighet til det regionale helseforetaket i 2012 legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på regionalt nivå med om lag 1,4 % fra 2011 til 2012. Aktivitetsveksten er på 1,1 pst. (0,3 % til helseforetakene og 0,8 % til kommunene) innen innsatsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innen refusjoner for poliklinisk behandling (post 77) Den generelle veksten omfatter også behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

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

Kapasiteten, tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene skal styrkes innen alle tjenesteområder. For bl.a. å redusere ventetider og fristbrudd, skal sykehuset innen somatikk gi prioritet til aktivitetsvekst for dagbehandling og poliklinikk. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal det gis særlig prioritet til aktivitetsvekst poliklinikk

Sykehuset skal følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden.

### Mål 2012

- Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.
- Aktiviteten og pasienttilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) skal ha en større vekst enn somatisk virksomhet. Det forutsettes



også at ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og TSB skal benyttes innen fagområdene til å bedre pasienttilbudet innen disse tjenestekområdene.

## 6.2 Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

### 6.2.1 Økonomisk vederlag

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for Lovisenberg Diakonale sykehus i 2012, beløp i 1000 kroner:

Lovisenberg Diakonale sykehus AS 2012	
Basisramme	962 401
Forskning	5 052
Nasjonale kompetansetjenester TAKO	13 735
Andre statlige tilskudd*	52
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>981 240</b>
ISF- refusjoner	257 223
<b>Inntekter i alt</b>	<b>1 238 463</b>
* tilskudd til turnustjeneste	

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter for laboratorie- og radiologivirksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, samt øvrige sykehusspesifikke inntekter, herunder egenandeler og evt. tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.

### 6.2.2 Drift og investering

For 2012 tildeles sykehuset en samlet likviditet til drift og investeringer.

Det forutsettes at sykehuset legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen.

### 6.2.3 Nasjonale medisinske kompetansetjenester

Det forutsettes at sykehuset rapporterer aktivitet og regnskap for nasjonale medisinske kompetansesentre og for kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemminger i henhold til retningslinjer gitt av Helsedirektoratet.

### 6.2.4 Likviditet mv

Utbetalinger til sykehuset skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør som hovedprinsipp 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil kunne utbetales i sin helhet når disse utbetales til Helse Sør-Øst RHF.

### 6.2.5 ISF-refusjoner

For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF- refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale. Dersom sykehuset ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene.

Endelig ISF-oppgjør for 2012 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått endelig ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

## 6.2.6 Finansiering av fellesprosjekter

Gjennomføring av felles regionale vedtak og strategier vil kunne kreve deltakelse og finansiering fra det enkelte sykehus.

## 7. Oppfølging og rapportering

Sykehuset forplikter seg til å rapportere i henhold til enhver tid gjeldene mal for rapport- og kommentarer fra Helse Sør-Øst RHF. Rapporteringen skal gi informasjon om måloppnåelse på de mål som er fastsatt for Sykehuset i oppdrag og bestilling.

Sykehuset har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Sør-Øst RHF når slike avvik blir kjent. Rapportering på avvik etter tilsyn skal inngå i den tertialvise rapportering fra foretaket til Helse Sør-Øst RHF.

### 7.1 Rapportering på styringsparametre

Nedenstående tabell inneholder oversikt over krav til rapportering på styringskrav og styringsparametre som inngår i oppdrag og bestilling 2012. Disse er basert på mål og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og egne indikatorer i Helse Sør-Øst RHF.

Oversikt krav til rapportering 2012	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestiller
<b>• DRG og refunderte polikliniske inntekter</b>				
Antall produserte DRG-poeng		HF/priv. sykehus	Månedlig	HOD
Polikliniske inntekter med NAV-refusjon		HF/priv. sykehus	Månedlig	HOD
<b>• Ventetider og fristbrudd <sup>1</sup></b>				
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Ned mot 65 dager	NPR	Månedlig	HOD
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Hesedir./Kontoret for fritt sh.valg	Tertialvis	HOD
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen somatikk		NPR	Månedlig	HSØ
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)		NPR	Månedlig	HSØ
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)		NPR	Månedlig	HSØ
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)		NPR	Månedlig	HSØ
Antall ventet over et år (Som hovedregel skal ingen vente over ett år)		NPR	Tertialvis	HSØ

<sup>1</sup> Ventetider og fristbrudd skal være basert på NPR-data. Helse Sør-Øst RHF innhenter og sammenstiller venteliste- og fristbrudd-data basert på månedlige data samt offisielle rapporter fra NPR.

Pasienten får timeavtale sammen med bekræftelse på mottatt henvisning	100 %	HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	NPR	Tertialvis (HOD) Månedlig (HSØ)	HOD HSØ
<b>• Kvalitetsforbedring – diverse indikatorer</b>				
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Andel korridorpatienter i somatiske sykehus	~ 0 %	NPR	Tertialvis (HOD) Månedlig (HSØ)	HOD HSØ
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Prevalens av sykehusinfeksjoner	< 3 %	FHI	4 ggr. årlig	HSØ
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20 %	NPR	Tertialvis	HOD
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet <sup>2</sup>	100 %	HF/priv. sykehus	Årlig	HOD
Fødselsrifter (Sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk. fødselsreg.	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som har gjennomført journalgjennomgangs-undersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasient-sikkerhetskampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter	Tertialvis	HOD
NY - Andel helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhets-kampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100 %	NPR	Årlig	HOD
NY - Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning <sup>3</sup>	100 %	HF/priv. sykehus	Årlig. Rapporteres etter 3. tertial	HOD
<b>• 30-dagers overlevelse</b>				
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers risikostjustert totaloverlevelse		Helsedir.	Årlig	HOD
<b>• Psykisk helsevern</b>				
NY - Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedir. (SSB)	Årlig	HOD
Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne (VOP) og (BUP)		HF/priv. sykehus	Tertialvis	HSØ
Reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger psykisk helsevern voksen. (Andel og ratejustert antall)		HF/priv. sykehus	Tertialvis	HSØ
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	HOD

<sup>2</sup> Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter.

<sup>3</sup> Data skal også rapporteres til Helsedirektoratet, Avdeling for nasjonalt folkehelsearbeid

Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon (Andel tvangsinnleggelses og rate per 1000 innbyggere)		NPR/egne data	Årlig (HOD) Tertialvis (HSØ)	HSØ
<b>• Kreftrbehandling</b>				
NY - Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
NY - Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
Ny - Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
Ny - Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager <sup>4</sup>	80 %	NPOR	Tertialvis	HOD
<b>• Brukererfaringer</b>				
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapssenteret	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapssenteret	Årlig	HOD
Fastlegers erfaringer med DPS (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapssenteret	Årlig	HOD

Der hvor datakilde er oppgitt som HF/priv. sykehus, legges det til grunn at rapportering skjer i de ordinære ”rapporteringspakkene”. Data fra øvrige datakilder vil bli innhentet og sammenstilt av Helse Sør-Øst RHF.

### Øvrig rapportering

Øvrige rapportering i forhold til aktivitet og økonomi fremgår av ”rapporteringspakken” som sendes ut fra Helse Sør-Øst RHF, avdeling for regnskap og rapportering.

Der ikke annet er angitt, rapporteres det til Helse Sør-Øst RHF på fastsatt skjema.

Uansett rapporteringsmetode har sykehuset ansvar for å vurdere resultatet i forhold til målet og kommentere avvik og tiltak i kommentardelen av rapporteringspakken.

*Nasjonale kvalitetsindikatorer* rapporteres i tillegg til NPR tertialvis i henhold til deres innkallingsbrev.

## 7.2 Rapportering på særskilte områder

Nedenstående tabell inneholder oversikt over rapporteringer på særskilte områder bestilt fra Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>4</sup> Indikatoren vil bli utviklet i 2012.

Rapportering	Datakilde	Kommentar
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Forskning – innovasjon</b></li> </ul>		
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.	<a href="http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net">http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net</a>	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	<a href="http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net">http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net</a>	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
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Innovasjon</b></li> </ul>		
Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2012 <ul style="list-style-type: none"> <li>o Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk</li> <li>o Antall nye patentsøknader</li> <li>o Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale)</li> </ul>	HF	Skriftlig tilbakemelding
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Infeksjoner</b></li> </ul>		
Andelen inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS.	NOIS/NPR	Skriftlig tilbakemelding

### 7.3 Rapportering i årlig melding

I henhold til helseforetakslovens § 34 skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet. Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF skal også omfatte de underliggende helseforetak og sykehus. Dette innebærer at sykehuset må gi tilbakemelding på alle relevante opplysninger som skal inngå i årlig melding for Helse Sør-Øst RHF **innen 18. januar 2013**. Alle styringsbudskap gitt av Helse- og

omsorgsdepartementet og tatt inn i oppdrag og bestilling 2012 vil bli integrert i egen forsendelse med oppsett for rapportering.

Det legges til grunn at de private ideelle sykehusene som har avtale med Helse Sør-Øst skal levere årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. I årlig melding skal det rapporteres på oppfølging av oppgaver i oppdrag og bestilling for 2012.

Frist for innsendelse av årlig melding for 2012 er **1. mars 2013**.

Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide elektronisk mal for årlig melding og tilbakemelding på styringsbudskap.

I årlig melding skal det blant annet rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp oppgaver i oppdragsdokumentet for 2012. Tabellene i kapittel 7.1 *Rapportering på styringsparametre* og 7.2 *Rapportering på særskilte områder* skal brukes som grunnlag for rapportering på styringsparametre og på de spesifiserte områder. Det er viktig å ha kjennskap til hva som skal rapporteres slik at nødvendige forberedelse for fremskaffelse av data kan foretas.

## **8. VEDLEGG**

Vedlegg 1: Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag