

AVTALE OM
OPPDRAG OG BESTILLING 2012
MELLOM
HELSE SØR-ØST RHF
OG
REVMATISMESYKEHUSET

14. februar 2011

Bente Mikkelsen
adm. direktør
Helse Sør-Øst RHF

Aage Westlie
adm. direktør
Revmatismesykehuset

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. INNSYN OG KONSERNREVISJON	4
3. VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST	4
4. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP	5
4.1 SAMHANDLINGSREFORMEN OG NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN	6
4.1.1 Samhandlingsreformen.....	6
4.1.2 Nasjonal helse- og omsorgsplan	7
4.2 NYE LOVER OG FORSKRIFTER.....	8
4.3 NASJONALE STRATEGIER OG HANDLINGSPLANER	8
5. OPPDRAG OG BESTILLING RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST.. 9	
5.1 INNSATSOMRÅDE 1 – PASIENTBEHANDLING	9
5.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	9
5.1.2 Habilitering og rehabilitering	12
5.1.3 Beredskap og smittevern	12
5.1.4 Forebygging	12
5.1.5 E-helse.....	13
5.2 INNSATSOMRÅDE 2 – FORSKNING OG INNOVASJON	13
5.2.1 Forskning.....	13
5.2.2 Innovasjon	14
5.3 INNSATSOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS	15
5.3.1 Legeregulering	15
5.4 INNSATSOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER	15
5.5 INNSATSOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE	16
5.5.1 Redusert bruk av deltid.....	16
5.5.2 Utdanning av helsepersonell.....	16
6. DRIFTSAVTALE	17
6.1 AVTALT AKTIVITETSNIVÅ	17
6.2 ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER.....	18
6.2.1 Økonomisk vederlag.....	18
6.2.2 Drift og investering	18
6.2.3 Likviditet mv	18
6.2.4 ISF-refusjoner	19
6.2.5 Finansiering av fellesprosjekter.....	19
7. OPPFØLGING OG RAPPORTERING	19
7.1 RAPPORTERING PÅ STYRINGSPARAMETRE	19
7.2 RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER	21
7.3 RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING	22
8. VEDLEGG	24

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 Revmatismesykehuset.

Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder Revmatismesykehuset er innarbeidet i dette dokumentet.

Dette dokumentet sammenstiller således Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling til Revmatismesykehuset 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 Revmatismesykehuset, foreta en gjennomgang av alt grunnlagsmateriale som er levert i forbindelse med rapportering i forhold til sykehusets virksomhet.

Revmatismesykehuset 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.

Revmatismesykehuset 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 ikke ha sykehusinfeksjoner

– **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.

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.

Revmatismesykehuset 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. Revmatismesykehuset 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 Revmatismesykehuset vil arbeide aktivt for å redusere den økonomiske usikkerhet som reformen innebærer. Det forutsettes et godt samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter, kompetanseutveksling og kompetanseutvikling, samt en videreføring av prosjektmidler og midler til forskning for å styrke samhandlingen.

Revmatismesykehuset har ikke ansvar for et eget opptaksområde, men utfører likevel oppgaver som inngår i ”sørge for”-ansvaret for Helse Sør-Øst RHF. På bakgrunn av dette kan samhandlingsreformens forutsetning om samarbeid med kommunene være vanskelig å gjennomføre når det gjelder generelle problemstillinger som ikke forholder seg til den enkelte pasient. Det forutsettes et tett samarbeid mellom Revmatismesykehuset og helseforetak i sykehusområdet der sykehuset er lokalisert, og forutsetningen om samarbeid med kommunene om generelle spørsmål må ivaretas gjennom dette.

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. Revmatismesykehuset må bidra i dette arbeidet der det er nødvendig.

Mål 2012

- 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 spesifikasjon. Det skal sikres at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.
- Revmatismesykehuset 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.
- Tilbudet i Revmatismesykehuset skal tilpasses i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.
- 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*.

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 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.

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 personskaade (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 i den grad de berører sykehusets virksomhet.

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 regionsnivå og når pasienten kan utskrives til behandling på områdenivå. 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 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 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.
- Revmatismesykehuset skal bidra til at den nye pålagte elektroniske meldeordningen for 3-3 meldinger som overføres fra Helsetilsynet til Kunnskapsenteret gjennomføres på forsvarlig måte.

Styringsparametre

- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.

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.
- Revmatismesykehuset 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 pasienterfæringsundersøkelser, 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.
- 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 Habilitering og rehabilitering

Vedtatt og føringer gitt i styresak 044/2010 *Regionale utviklingsområder rehabilitering* skal legges til grunn for sykehusområdets områdeplan for rehabilitering. Revmatismesykehuset inngår som en del i Sykehuset Innlandet HFs områdeplan.

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

- Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etableres tilbud til pasienter med sansetap.
- 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-/sykehusnivå, slik at tjenestene som tilbys er synlig og lett tilgjengelig.

5.1.3 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.

5.1.4 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 behandlingseenheter.
- 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.

5.1.5 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 forskningsinfrastrukturtiltak.

Mål 2012

- Revmatismesykehuset skal implementere felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter når dette foreligger, jf tilleggskdokument til Oppdragsdokument 2011.
- Revmatismesykehuset skal styrke og videreutvikle egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier, evt. gjennom NorCRIN.

- Revmatismesykehuset skal styrke egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobank materiale, evt. gjennom deltakelse i Biobank Norge.
- Revmatismesykehuset 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.
- Revmatismesykehuset 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.
- Revmatismesykehuset 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.
- Revmatismesykehuset 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
- Revmatismesykehuset skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet
- Revmatismesykehuset skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2012
- Revmatismesykehuset skal bidra med aktiv synliggjøring av forskningsnyheter fra egen virksomhet.
- Revmatismesykehuset 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. Revmatismesykehuset skal bidra til realiseringen av dette målet ved at sykehusets ressursbruk til forskning for 2012 øker i forhold til nivået for 2011.
- Revmatismesykehuset skal i løpet av 2012 legge fram en langsiktig plan for opptrapping av sykehusets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler.
- Revmatismesykehuset 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.
- Revmatismesykehuset skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet

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

5.3 Innsatsområde 3 - Kunnskapsutvikling og god praksis

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

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 stillingshjemler 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 stillingshjemler i tråd med de krav som er gitt av Helsedirektoratet.

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 tilhörande delrapporter er en rekke miljøtiltak omtalt nærmere, og det blir anbefalt at disse blir gjennomfört i de följande 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 påfölgende sertifisering av styringssystemet etter ISO 14001-standard. Dette arbeidet skal följ framdriftsplanen som blir satt av det nasjonale samarbeidsprosjektet hvor målet er at slike system skal være innfört og sertifisert innen utgangen av 2014
- följ opp - og sette i verk de andre anbefalte tiltakene som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjöp, bygg/eiendom og transport
- legge til rette for klimavennlige lösninger på oppvarming
- gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmelösninger

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. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.
- 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 Revmatismesykehuset får videreført økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket også i 2012. Ressurstilførselen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorerne i Revmatismesykehuset.
- Det skal legges til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring

6. DRIFTSAVTALE

6.1 Avtalt aktivitetsnivå

Revmatismesykehuset					
SOMATIKK	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vis utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
ANTALL PASIENTBEHANDLINGER - TOTAL AKTIVITET					
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	1 589	1 490	1 490	1 420	-4,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	11 863	11 200	10 900	9 800	-10,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	543	800	800	1 670	108,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	6 358	6 670	6 800	7 400	8,8 %
Fordeling av antall DRG-poeng					
Fordeling av antall DRG-poeng DØGNBEHANDLING					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	1 417	1 323	1 315	1 175	-10,6 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner		1	2		-100,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	174	161	175	200	14,3 %
Sum DRG-poeng	1 591	1 485	1 492	1 375	-7,8 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				1 175	
Fordeling av antall DRG-poeng DAGBEHANDLING					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	229	246	295	435	47,3 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner		1	2		-100,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF					0,0 %
Sum DRG-poeng	229	247	297	435	46,3 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				130	
Fordeling av antall DRG-poeng POLIKLINISK VIRKSOMHET					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	147	155	240	215	-10,4 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner		1	2		-100,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	0		1		-100,0 %
Sum DRG-poeng	148	156	243	215	-11,5 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				215	
Fordeling av antall DRG-poeng DYRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER UTENFOR SYKEHUS					
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF					0,0 %
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				1 350	0,0 %
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "Sørge for"-ansvaret)	0	0	0	0	0,0 %
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for alle pasienter - resept utstedt fra eget HF (eieransvaret)	0	0	0	1 350	0,0 %
TOTALT ANTALL DRG-POENG					
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	1 793	1 727	1 856	1 825	-1,7 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				1 520	
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	1 793	1 724	1 850	1 825	-1,4 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	1 967	1 888	2 032	2 025	-0,4 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	1 967	1 885	2 026	2 025	-0,1 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	1 793	1 727	1 856	1 825	-1,7 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	1 967	1 888	2 032	2 025	-0,4 %
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legemidler - resept utstedt av eget HF)	1 967	1 885	2 026	3 375	66,6 %

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 Revmatismesykehuset 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

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.

6.2 Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

6.2.1 Økonomisk vederlag

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

Revmatismesykehuset AS 2012	
Basisramme	40 663
Statlig tilskudd (turnus)	27
ISF- refusjoner	27 893
Inntekter i alt	68 583

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter fra andre regioner, polikliniske refusjonsinntekter for laboratorie- og radiologivirksomhet, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, herunder egenandeler og eventuelle 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 Likviditet mv

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

6.2.4 ISF-refusjoner

For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF- refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon. Dersom sykehuset ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene. ISF- oppgjør for 2012 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

6.2.5 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	Bestil-ler
• DRG og refunderte polikliniske inntekter				
Antall produserte DRG-poeng		HF/priv. sykehus	Månedlig	HOD
Polikliniske inntekter med NAV-refusjon		HF/priv. sykehus	Månedlig	HOD
• Ventetider og fristbrudd ¹				
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 %	Helsedir./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

¹ 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.

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
Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	100 %	HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	NPR	Tertialvis (HOD) Månedlig (HSØ)	HOD HSØ
• Kvalitetsforbedring – diverse indikatorer				
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 ²	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 ³	100 %	HF/priv. sykehus	Årlig. Rapporteres etter 3. tertial	HOD
• 30- dagers overlevelse				
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 risikojustert totaloverlevelse		Helsedir.	Årlig	HOD
• Psykisk helsevern				
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

² Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter.

³ Data skal også rapporteres til Helsedirektoratet, Avdeling for nasjonalt folkehelsearbeid

Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
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
• Kreftbehandling				
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 ⁴	80 %	NPOR	Tertialvis	HOD
• Brukererfaringer				
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapscenteret	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapscenteret	Årlig	HOD
Fastlegers erfaringer med DPS (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapscenteret	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.

Rapportering	Datakilde	Kommentar
--------------	-----------	-----------

⁴ Indikatoren vil bli utviklet i 2012.

• Forskning – innovasjon		
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.ihe.lse.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.ihe.lse.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
• Innovasjon		
Innovasjonsindikatorene 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		
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