

# OPPDRAK OG BESTILLING 2013 FOR BETANIEN HOSPITAL

15. februar 2013

---

Peder Olsen  
konst. adm. direktør  
Helse Sør-Øst RHF

---

Terje Danielsen  
adm. direktør  
Betanien Hospital

## Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. INNSYN OG INTERNREVISJON</b> .....	<b>5</b>
<b>3. TILDELING AV MIDLER</b> .....	<b>6</b>
<b>4. AKTIVITET</b> .....	<b>7</b>
<b>5. OPPDRAG 2013</b> .....	<b>9</b>
5.1    VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST 2013-2014 .....	9
5.2    SATSINGSOMRÅDER 2013 .....	9
5.2.1    Tilgjengelighet og brukerorientering .....	9
5.2.2    Kvalitetsforbedring .....	10
5.2.3    Pasientsikkerhet .....	11
5.2.4    System for innføring av nye metoder og ny teknologi.....	12
5.2.5    Samhandlingsreformen .....	12
5.2.6    Habilitering og rehabilitering .....	13
5.2.7    Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling .....	13
5.2.8    Livsstilsrelaterte tilstander .....	13
5.2.9    Helseberedskap.....	14
5.3    UTDANNING AV HELSEPERSONELL .....	14
5.4    FORSKNING OG INNOVASJON.....	14
5.4.1    Forskning.....	14
5.4.2    Innovasjon.....	15
<b>6. ØVRIGE KRAV OG RAMMEBETINGELSER</b> .....	<b>17</b>
6.1    LIKVIDITET OG KAPITALFORVALTNING .....	17
6.2    INTERN KONTROLL, RISIKOSTYRING OG KRAV TIL FORBEDRING AV DET PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET .....	17
6.3    BARN SOM TOLK .....	18
6.4    RAPPORTERING TIL NORSK PASIENTREGISTER .....	18
<b>7. OPPFØLGING OG RAPPORTERING</b> .....	<b>19</b>
7.1    STYRINGSPARAMETRE.....	19
7.2    RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER .....	22
7.3    RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING .....	23
<b>8. VEDLEGG</b> .....	<b>24</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. Betanien Hospital 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. Overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Betanien Hospital. Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder tjenestetilbudet ved Betanien Hospital er innarbeidet i dette dokumentet.

Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Betanien Hospital skal medvirke til at disse målene nås for 2013.

For den delen av virksomheten som drives innenfor Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar skal plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst legges til grunn for sykehusets virksomhet. Plandokumentet er rullert i 2012, jf. sak i det regionale helseforetakets styre 075-2012 *Plan for strategisk utvikling Helse Sør-Øst – rullering* og er gjeldende fra 1. januar 2013. Tilsvarende legges til grunn samlet risikovurdering for helseforetaksgruppen og overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer gitt i det regionale helseforetakets styre i sakene 044-2012 *Økonomisk langtidsplan 2013-2016(2026)* og 071-2012 *Budsjett 2013*. Oppdrag og bestilling 2013 sammenstiller således Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling til Betanien Hospital for 2013.

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 sykehusets årlige melding.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. I Helsedirektoratets fellesrundskriv IS-1/2013<sup>1</sup> omtales en del sentrale oppgaver. Betanien Hospital må sette seg inn i innholdet i dette dokumentet og følge opp der det er relevant.

Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

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

Sykehuset skal medvirke til å sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>1</sup> <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriterte-omrader-for-2013/Sider/default.aspx>

Helse Sør-Øst RHF har gjennom avtaler inngått et tett og forpliktende samarbeid med fem private ideelle sykehus i sitt område. Som en følge av dette vil behandlingstilbudet ved Betanien Hospital også være en del av det totale tjenestetilbudet til befolkningen i Telemark og Vestfold sykehusområde. Det er derfor viktig at planlegging og utvikling av tilbudene i sykehusområdet inkluderer disse tjenestene der det er relevant for å sikre god tilgjengelighet og utnyttelse av de tilgjengelige ressursene.

Relevante mål og krav gitt i tidligere års oppdrag og bestilling vil fortsatt være gjeldende.

Helse Sør-Øst RHF stiller ingen eierkrav til Betanien Hospital tilsvarende de krav som stilles til helseforetakene som er eid av det regionale helseforetaket. Det forutsettes likevel at Betanien Hospital setter seg inn i kravene Helse- og omsorgsdepartementet har gitt til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøte 30. januar 2013 og innretter seg så langt mulig etter disse.

Det må påregnes at det i løpet av 2013 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt sykehusene 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 styrings- og rapporteringssystemene.

## 2. Innsyn og internrevisjon

### Overordnede mål:

- Betanien Hospital skal gi Helse Sør-Øst RHF, ved konsernrevisjonen, mulighet for å gjennomføre internrevisjon innenfor de områder denne avtalen omfatter. Betanien Hospital skal samarbeide og legge til rette for at revisjoner kan gjennomføres en mest mulig hensiktsmessig og effektiv måte.

### Mål 2013:

- Betanien Hospital skal styrebehandle alle rapporter som mottas fra konsernrevisjonen som beslutningssaker og etablere handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister. Handlingsplanene skal også behandles som beslutningssaker og fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styret.

### 3. Tildeling av midler

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for Betanien Hospital AS i 2013, beløp i 1000 kroner:

Betanien Hospital AS	
Basisramme	73 036
Nasjonale kompetansetjenester	0
Turnustilskudd	46
ISF- refusjoner	72 393
I alt	145 475

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter, samt øvrige sykehusspesifikke inntekter, herunder pasientbetaling og eventuelle tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.

Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Innsatsstyrt finansiering er en forenkling av en kompleks klinisk virkelighet og er ikke egnet til finansiering av de enkelte avdelingene i sykehusene.

Det vises til *sak 071-2012 Budsjett 2013* hvor administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF er gitt fullmakt til å foreta justeringer i inntektsrammene gjennom året bla som følge av tilleggsbevilgninger fra eier, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer mv.

Det øremerkede tilskuddet til ”*Raskere tilbake*” er ikke omfattet av vederlagstabellen over. Dette tilskuddet skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Tilskuddet størrelse vil bli avklart senere. Aktivitet som genereres i medhold av denne ordningen er ikke omfattet av aktivitetsbestillingen, men kommer i tillegg.

#### **Drift og investering**

For 2013 tildeles sykehuset en samlet basisramme til drift og investeringer.

## 4. Aktivitet

### Mål 2013:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.
- Det øremerkede tilskuddet til ”Raskere tilbake” skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.
- Aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være større innen poliklinisk virksomhet og dagbehandling enn for døgnbasert virksomhet.

### Styringsparametre:

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

	Budsjett 2012	Estimat per okt 2012	Budsjett 2013	% vis utvikling Estimat 2012 til Budsjett 2013
<b>SOMATIKK</b>				
<b>ANTALL PASIENTBEHANDLINGER - TOTAL AKTIVITET</b>				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (Total)	1 850	2 004	2 090	4,3 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	9 250	9 065	9 450	4,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	4 500	5 574	5 500	-1,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	19 450	21 580	21 900	1,5 %
<b>Fordeling av antall DRG-poeng</b>				
<b>Fordeling av antall DRG-poeng DØGNBEHANDLING</b>				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	1 656	1 757	2 188	24,5 %
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilrettelagt)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilrettelagt)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	0	0	0	0,0 %
<b>Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt)</b>	<b>1 656</b>	<b>1 757</b>	<b>2 188</b>	<b>24,5 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Døgntilrettelagt)	1 390	1 313	1 440	9,7 %
<b>Fordeling av antall DRG-poeng DAGBEHANDLING</b>				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	2 072	1 695	2 080	22,7 %
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	0	0	0	0,0 %
<b>Sum DRG-poeng (Dagbehandling)</b>	<b>2 072</b>	<b>1 695</b>	<b>2 080</b>	<b>22,7 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Dagbehandling)	200	82	210	156,1 %
<b>Fordeling av antall DRG-poeng POLIKLINISK VIRKSOMHET</b>				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	311	539	320	-40,6 %
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	0	0	0	0,0 %
<b>Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)</b>	<b>311</b>	<b>539</b>	<b>320</b>	<b>-40,6 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Poliklinisk virksomhet)	275	433	260	-40,0 %
<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	0	0	0	0,0 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av andre enn eget HF	0	0	0	0,0 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt utenom eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF	1 950	2 232	2 230	-0,1 %
<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>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for alle pasienter - resept utstedt fra eget HF (eieransvaret)</b>	<b>1 950</b>	<b>2 232</b>	<b>2 230</b>	<b>-0,1 %</b>
<b>TOTALT ANTALL DRG-POENG</b>				
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region)	4 039	3 991	4 588	15,0 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region	1 865	1 828	1 910	4,5 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	4 039	3 991	4 588	15,0 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	4 039	3 991	4 588	15,0 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	4 039	3 991	4 588	15,0 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	4 039	3 991	4 588	15,0 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	4 039	3 991	4 588	15,0 %
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legemidler - resept utstedt av eget HF)	5 989	6 223	6 818	9,6 %

Ressursrammen som blir stilt til rådighet til det regionale helseforetaket i 2013 legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på regionalt nivå med vel 2 % fra 2012 til 2013.

Den generelle veksten omfatter også behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. prehospitaltjenester, rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av inntekten avhengig av antall pasientbehandlinger og hvor ressurskrevende behandlingene er. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være basert på faglige kriterier og være uavhengige av de aktivitetsbaserte refusjonene.

Kapasiteten, tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene skal styrkes innen alle tjenesteområder. For å redusere ventetider og fristbrudd, skal aktivitetsveksten innen somatikken i første rekke skje innenfor dagbehandling og poliklinisk behandling.

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



## 5. Oppdrag 2013

### 5.1 Visjon og mål for Helse Sør-Øst 2013-2014

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*

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer for planperioden fram til 2014. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

- 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.

#### Mål 2013:

- Graden av måloppnåelse for Helse Sør-Østs mål 2013-2014 er omtalt i sykehusets årlige melding sammen med en beskrivelse av hvilke tiltak som er iverksatt og planlegges dersom målet ikke er oppnådd i 2013.

## 5.2 Satsingsområder 2013

### 5.2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

#### Overordnede mål:

- Pasienter, brukere og pårørende opplever seg ivaretatt, sett og hørt.
- Pasienter og brukere opplever god kvalitet og service.
- Pasienter, brukere og pårørende kan delta aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.
- Tjenestene er innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.
- Større oppmerksomhet på pasient- og brukeropplæring, blant annet ved likemannsarbeid og bruk av elektroniske verktøy.
- Pasienter og pårørendes erfaringer brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Helsepersonell har god kompetanse på kommunikasjon.
- Reduserte ventetider.
- Ingen fristbrudd.
- God og forståelig informasjon om fritt sykehusvalg.

#### Mål 2013:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på sykehusets nettsider og aktivt fulgt opp.

- Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.
- Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg 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.
- For å redusere ventetider og øke tilgjengelighet, er det iverksatt tiltak for bedre samarbeid med private leverandører og avtalespesialister innenfor de avtalene Helse Sør-Øst RHF inngår.

#### Styringsparametre:

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.

## **5.2.2 Kvalitetsforbedring**

#### Overordnede mål:

- Bedre behandlingsresultat og økt overlevelse.
- Mindre variasjon i praksis mellom sykehus.
- Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten innen sitt ansvarsområde.
- Ledelsen på alle nivå følger opp egne resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer og arbeider aktivt for å forbedre disse.
- Sterke anbefalinger<sup>2</sup> i nasjonale faglige retningslinjer er implementert.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid, inkludert utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer og oppfølging av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer har tilfredsstillende datakvalitet.
- Sykehuset rapporterer data til relevante nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

#### Mål 2013:

- Sykehuset har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.
- 100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.
- Ingen korridorpasienter.
- Ved overføring til kommunale pleie- og omsorgstjenester er epikrisen ferdigstilt når pasienten utskrives fra sykehuset.

---

<sup>2</sup> Anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer er gradert etter styrken på kunnskapsgrunnlaget. Når anbefalingene er svake vil pasientpreferanser i større grad være bestemmende for valg av tiltak.

- Sykehuset har sikret at en representant fra sykehuset gjennomfører ”train the trainer”-kurs i regi av Oslo universitetssykehus som skal bidra med å etablere simuleringsnettverk i Helse Sør-Øst.
- Sykehuset skal delta i læringsnettverket i regi av Vestre Viken med fokus på hvordan kvalitetsavdelingene kan understøtte pasientnær virksomhet med kunnskap om forbedringsmetodikk for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sykehuset skal delta i helsefaglig læringsnettverk i regi av Vestre Viken som skal bidra til å formidle kunnskap om hvordan effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet sikres i den pasientnære virksomhet i Helse Sør-Øst.

#### Styringsparametre:

- 30-dagers risikjustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- 30 dagers reinnleggelse samlet.

### **5.2.3 Pasientsikkerhet**

#### Overordnede mål:

- Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.
- Tryggere legemiddelbruk.
- Færre fall og trykksår.
- Åpenhet om uønskede hendelser.
- Økt andel uønskede hendelser som meldes.
- Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.
- Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene følges opp med årsaksanalyser og tiltak ut fra et system- og læringsperspektiv.
- Pasienter og pårørende involveres i pasientsikkerhetsarbeid, og det er etablert gode rutiner for oppfølging av pasienter og pårørende som opplever skade.

#### Mål 2013:

- Sykehuset implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” og rapporterer egne resultater.
- Ledelsen i sykehuset iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.
- Sykehuset har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.
- Sykehuset legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.
- Riktig forståelse av regelverket i forholdet til ventelister, fristbrudd og pasientrettigheter, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 14. mars 2012, videresendt fra Helse Sør-Øst RHF til sykehuset 15. mars 2012, er innarbeidet i all opplæring i forhold til pasientadministrative systemer.
- Betanien Hospital har i samarbeid med Sykehusapotekene innført tverrfaglige arbeidsmetoder som øker kvaliteten på legemiddelbehandlingen og etablere rutiner som

sikrer korrekt informasjon om pasientenes legemiddelbruk ved inn- og utskrivning fra sykehus.

Styringsparametre:

- Andel sykehus som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Prevalens av sykehusinfeksjoner.
- Dokumentere forbedringer i pasientadministrativt arbeid, med følgende indikatorer:
  - 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

## 5.2.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

Overordnede mål:

- Etablere en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder og ny teknologi, i tråd med nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Mål 2013:

- Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av mini-metodevurderinger.

Styringsparametre:

- Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database.

## 5.2.5 Samhandlingsreformen

Overordnede mål:

- Det er etablert og videreutviklet effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og sykehus er det etablert helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom sykehus og kommuner.
- Det er etablert funksjoner og tjenester som understøtter kommunenes behov for støtte og veiledning slik at de kan yte primærhelsetjenester i henhold til lov, forskrifter og inngåtte avtaler.

Mål 2013:

- Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.
- Det er utviklet system for brukermedvirkning i planlegging og etablering av samhandlingstiltak.

## 5.2.6 Habilitering og rehabilitering

### Overordnede mål:

- Tilbudene til barn, unge og voksne som har behov for habiliterings-/rehabiliteringsrettede tiltak er tilstrekkelige og relevante.
- Det er sikret nødvendig kompetanse i tjenestene, inkludert legetjenester
- Habiliterings/rehabiliteringstilbudene til den enkelte bruker/pasient er helhetlige og koordinerte.
- Det er etablert godt samarbeid og veiledning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på habiliterings/rehabiliteringsområdet.
- Rehabilitering og rehabilitering er styrket som regionalt satsningsområde med større fokus på kapasitet, kvalitet, organisering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester og en tydelig funksjons- og oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

### Mål 2013:

- Sykehuset har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.
- Som del av områdefunksjonen har Betanien Hospital i samarbeid med helseforetaket etablert satelitt-poliklinikk ved medisinsk poliklinikk ved Sykehuset i Vestfold for å sikre et lokalt tilbud innen revmatologi.

## 5.2.7 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

### Mål 2013:

- Det er tilstrekkelig kompetanse i sykehuset og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.

## 5.2.8 Livsstilsrelaterte tilstander

### Overordnede mål:

- Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Mer kunnskap om skader og ulykker som kan forebygges.

### Mål 2013:

- Sykehuset rapporterer data om skader og ulykker til NPR.
- Sykehuset har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og ”*Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*” (Helsedirektoratet 2012).
- Sykehuset rapporterer person- og ulykkesskader senest fra og med 1. mai 2013. De sykehusene som ikke har rapporteringen på plass innen fristen skal sende en redegjørelse til Helse Sør-Øst med årsak og forventet dato for når rapporteringen kan igangsettes. Rapporteringen gjelder både inneliggende pasienter og poliklinikk.

### Styringsparametre:

- Andel sykehus som rapporterer data om skader og ulykker til NPR.
- Andel sykehus som har utarbeidet ernæringsstrategi.

- Antall nye skadetilfeller i aktivitetsdata.
- Antall rapporterte 'felles minimum datasett' (FMDS) for personskadetilfeller.

## 5.2.9 Helseberedskap

### Overordnede mål:

- Sykehuset har oppdaterte og øvede beredskapsplaner med system for å forebygge hendelser, oppdage og varsle hendelser, og system for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Systemene skal være koordinert mellom berørte parter.
- Innsamlede infeksjonsdata er brukt aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus.

### Mål 2013:

- Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har sykehuset oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

## 5.3 Utdanning av helsepersonell

### Overordnede mål:

- Riktig kompetanse på rett plass, tilstrekkelig helsepersonell og god utnyttelse av personellressursene.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring støtter opp under samhandlingsreformen.
- Etter- og videreutdanning av helsepersonell i sykehusene ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger bidrar til at sykehusene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner er utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.

### Mål 2013:

- Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med Oslo kommune.
- Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).
- Sykehuset har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.

## 5.4 Forskning og innovasjon

### 5.4.1 Forskning

#### Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, herunder kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake områder.

- Alle helseforetak og private institusjoner som inngår i det nasjonale systemet for måling av forskningsresultater i helseforetakene har egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker, herunder IKT-løsninger.
- Økt bruk av kvalitetsregistre i forskning.
- Utprøvende behandling er som hovedregel gitt gjennom kliniske forskningsstudier og i henhold til nasjonale prinsipper for dette, jf. kap. 8 i St. meld. om kvalitet og pasientsikkerhet.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturiltak.
- Tilrettelegge for gode karriereveier i helseforskning.
- Det er et langsiktig mål for Helse Sør-Øst RHF å øke ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader.

#### Mål 2013:

- Betanien Hospital har iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.
- Betanien Hospital har gjort bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner, teknologiske infrastrukturiltak og forskningsnettverk for å sikre god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne for sin egen forskning.
- Betanien Hospital har lagt til rette for deltakelse i - og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, inkludert multisenterstudier.
- Betanien Hospital har lagt til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.
- Betanien Hospital har styrket egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobankmateriale, og ved behov for langtidslagring fortrinnsvis gjort bruk av den regionale lagringsfasiliteten for biobankmateriale ved Folkehelseinstituttet.
- Betanien Hospital har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for forskning, herunder IKT-løsninger for forskning.

### **5.4.2 Innovasjon**

#### Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i sykehusene.
- Økt omfang av innovasjoner som understøtter helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- 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 innovasjonseffekt gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

#### Mål 2013:

- Betanien Hospital har initiert eller deltar i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.

- Betanien Hospital bidrar med data til nyetablert database for innovasjonsindikatorer i sykehusene.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten ”*Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser*” fra 2012. Betanien Hospital deltar ved behov i piloter på dette området.
- Betanien Hospital deltar ved behov i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.



## **6. Øvrige krav og rammebetingelser**

### **6.1 Likviditet og kapitalforvaltning**

#### **Utbetaling**

Utbetalingene til sykehuset skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet når disse er utbetalt til Helse Sør-Øst RHF.

#### **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. ISF-oppgjør for 2013 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Finansiering av fellesprosjekter**

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

### **6.2 Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet**

Det vises til tidligere føringer om intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet.

#### Mål 2013:

- Sykehuset arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og det er etablert rutiner for varsling innad i sykehuset og rutiner for erfaringsutveksling med helseforetakene og øvrige private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst.

Første mottaksdato av henvisning for én og samme lidelse til spesialisthelsetjenesten, skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Dette vil være pasientens ansiennitetsdato ved henvisning videre i samme pasientforløp til andre avdelinger, sykehus eller foretak. En intern henvisning innad i spesialisthelsetjenesten skal følgelig ikke rettighetsvurderes på nytt.

#### Mål 2013:

- Sykehuset sikrer at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.

1. juli 2012 overtok Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten forvaltningen av meldeordningen for spesialisthelsetjenesten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Flere helseforetak har fortsatt ikke et tilfredsstillende elektronisk system på plass for å kunne sende meldinger til og motta tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret.

#### Mål 2013:

- Det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet er integrert i foretakenes avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.

### **6.3 Barn som tolk**

Det vises til føringer i Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* om at barn av foreldre med rusproblemer ikke skal brukes som tolk.

#### Mål 2013:

- Sykehuset har iverksatt nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.

### **6.4 Rapportering til Norsk pasientregister**

Rapporteringen til Norsk pasientregister er fortsatt utilstrekkelig på flere områder. Dette gjelder blant annet rapportering fra avtalespesialister, rapportering om ventetider til radiologiske undersøkelser både på offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt og rapportering innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er uheldig at datakvaliteten så langt ikke har vært god nok. Sykehuset må ha rutiner for kvalitetssikring av data før rapportering til Norsk pasientregister, rapporteringen må skje elektronisk og rapporteringsfrister må overholdes. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende ut nærmere informasjon om manglene ved rapporteringen.

#### Mål 2013:

- Sykehuset sørger for økt kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eget brev.

## 7. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF utarbeider hvert år en egen rapporteringspakke til helseforetak og sykehus. Definisjonskatalogen for denne som også omfatter styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer innen medisin og helsefag, er tatt inn som vedlegg til oppdrag og bestillingsdokumentet.

### 7.1 Styringsparametre

Nedenstående tabell inneholder oversikt over krav til rapportering på styringskrav og styringsparametre som inngår i oppdrag og bestilling 2013. Disse er basert på mål og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og egne indikatorer i Helse Sør-Øst RHF.

For å gi et helhetlig bilde av hva som legges til grunn for rapporteringene er listen over styringsparametre, i likhet med definisjonskatalogen, en fullstendig oversikt. Dette innebærer at den ikke bare inneholder styringsparametre som er tilpasset tjenestetilbudet i Betanien Hospital.

Oversikt krav til rapportering 2013	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestiller
<b>• Aktivitet, DRG og refunderte polikliniske inntekter<sup>3</sup></b>				
Antall produserte DRG-poeng, sørge for ansvar og totalt.		HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ/HOD
Refunderte polikliniske inntekter		HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ/HOD
Aktivitet antall utskrevne døgnpasienter, liggedøgn, oppholdsdager dagbehandling og polikliniske konsultasjoner - Somatikk		HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ/HOD
Aktivitet antall utskrevne døgnpasienter, liggedøgn, oppholdsdager dagbehandling og polikliniske konsultasjoner – Psykisk helsevern voksne		HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ/HOD
Aktivitet antall utskrevne døgnpasienter, liggedøgn, oppholdsdager dagbehandling og polikliniske konsultasjoner – Psykisk helsevern barn og unge		HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ/HOD
Aktivitet antall utskrevne døgnpasienter, liggedøgn, oppholdsdager dagbehandling og polikliniske konsultasjoner - TSB		HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ/HOD
<b>• Ventetider og fristbrudd<sup>4</sup></b>				
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	NPR	Månedlig	HOD
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Hesledir./Kontoret for fritt sh.valg	Tertialvis	HOD
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen somatikk		NPR	Månedlig	HSØ

<sup>3</sup> ISF-finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR

<sup>4</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.

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
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
<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
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter TSB		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført.		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Prevalens av sykehusinfeksjoner	< 3 %	FHI/Helsedirektoratet	2 ggr årlig (HOD) 4 ggr. årlig (HSØ)	HOD HSØ
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20 %	NPR	Tertialvis	HOD
Fødselsrifter (Sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk. fødselsregister	Årlig	HOD
Andel helseforetak som har gjennomført journalgjennomgangs-undersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasient-sikkerhetskampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter	Tertialvis	HOD
Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100 %	NPR	Årlig	HOD
Ny – Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi		HF/priv. sykehus		HOD
<b>• 30- dagers overlevelse</b>				
30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedir.	tertialvis	HOD
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedir.	tertialvis	HOD
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerne slag		Helsedir.	tertialvis	HOD

30-dagers risikojustert totaloverlevelse		Helsedir.	tertialvis	HOD
<b>• Psykisk helsevern</b>				
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
Andel ambulante konsultasjoner TSB		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
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon (Andel tvangsinnleggelser og rate per 1000 innbyggere)		NPR/egne data	Årlig (HOD) Tertialvis (HSØ)	HSØ
Ny – Andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeidstid		HF/priv. sykehus	Årlig	HOD
Ny – Andel tvangsbehandlingstiltak per 100 000 innbyggere over 18 år		NPR/Helsedirektor atet		HOD
<b>• Kreftrbehandling</b>				
Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
<b>• Brystrekonstruksjon</b>				
Antall planlagte, faktisk aktivitet og pasienter fortsatt på venteliste for brystrekonstruksjon		HF	Månedlig (eget rapp.skjema)	HSØ
<b>• Brukererfaringer</b>				
Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Kunnskapscenteret	Årlig	HOD
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Kunnskapscenteret	Årlig	HOD

Der hvor datakilde er oppgitt som HF/priv. sykehus, legges det til grunn at rapportering skjer i de ordinære ”rapporteringspakken”. 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.

For rapportering av brystrekonstruksjon følger det eget rapporteringsskjema fra Helse Sør-Øst.

Uansett rapporteringsmetode har helseforetaket 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
<p>• <b>Forskning – innovasjon</b></p>		
<p>Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2012 til CRISStin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 1. april 2013. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.</p>	<p>CRISStin Ekstern tilbyder</p>	<p>Beregnes av ekstern tilbyder med frist 1. juni 2013.</p>
<p>Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 15. mars 2013.</p>	<p>NIFU</p>	<p>Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 15. mars 2013.</p>
<p>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.</p>	<p><a href="http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net">http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net</a></p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år ) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2013.</p>	<p>Norges forskningsråd</p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i Nasjonal Samarbeidsgruppe for Helseforskning).</p>	<p>RHF</p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>Forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten (rapport)</p>	<p>RHF</p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2013.</p>	<p>RHF</p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2013</p>	<p><a href="http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net">http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net</a></p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013</p>	<p>Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed</p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>
<p>• <b>Innovasjon</b></p>		
<p>Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk</li> <li>○ Antall nye patentsøknader</li> <li>○ Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale)</li> </ul>	<p>HF</p>	<p>Skriftlig tilbakemelding</p>

• Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten		
Andel nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som har etablert faglig referansegruppe med brukerrepresentasjon.	RHF	Skriftlig tilbakemelding
• System for innføring av nye metoder og ny teknologi		
Antall søknader om metodevurderinger for alle metodeområder som er ferdigbehandlet	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall bestillinger for hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering som er sendt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall bestillinger for hurtig metodevurderinger for legemidler som er sendt til Statens Legemiddelverk	RHF	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.

Det er en forutsetning at sykehuset tilsvarende leverer årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. I årlig melding skal det blant annet rapporteres på oppfølging av mål og styringsparametre i oppdrag og bestilling for 2013. Frist for innsendelse av styrets årlige melding for 2013 er **1. mars 2014**. Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide egen mal for årlig melding.

Det er et krav at årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte de underliggende helseforetak. Det forutsettes at tilsvarende gjelder for de tjenestene som Betanien Hospital gir som en del av Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av årlig melding fra sykehuset, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene sykehuset er pålagt. Oppsettet for denne rapporteringen sendes ut sammen med oppdrag og bestilling. Dette oppsettet har utgangspunkt i det dokumentet som utarbeides i februar, og må suppleres med styringsbudskap gitt i foretaksmøter og egne brev i løpet av året. For ordens skyld gjøres oppmerksom på at oppsettet for denne rapporteringen vil tilsvare oppsettet for den årlige meldingens rapporteringskapittel slik at det i etterkant kan settes direkte inn i den årlige meldingen.

Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger som skal inngå i årlig melding for Helse Sør-Øst RHF settes til **20. januar 2014**.

Det forutsettes brukermedvirkning i utarbeidelsen av årlig melding. Dette skal komme tydelig frem i meldingen gjennom en beskrivelse av hvordan brukermedvirkningen er ivaretatt og at eventuelle synspunkter brukerrepresentantene ønsker å gi tas inn i meldingen på hensiktsmessig måte.

## **8. Vedlegg**

Vedlegg 1:

Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag