

OPPDRA OG BESTILLING 2016 FOR DIAKONHJEMMET SYKEHUS



Hamar, 7. april 2016

Administrerende direktør
Helse Sør-Øst RHF

Administrerende direktør
Diakonhjemmet Sykehus

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. OVERORDNEDE MÅL	3
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	3
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	5
2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	5
3. KRAV OG RAMMER FOR 2016.....	8
3.1 Styring og oppfølging	8
3.2 Organisatoriske krav og rammer	9
3.3 Økonomiske krav og rammer	10
3.4 Budsjettert aktivitet.....	11
4. OPPFØLGING OG RAPPORTERING.....	11
5. VEDLEGG	14
Vedlegg 1: Detaljert vederlagstabell.....	14
Vedlegg 2: Detaljert aktivitetstabell	15

1. Innledning

Gjennom oppdrag og bestilling gis Diakonhjemmet Sykehus styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2016. Overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Diakonhjemmet Sykehus. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Diakonhjemmet Sykehus setter seg inn i disse dokumentene og grunnlaget for disse.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav/oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av sykehuset.

Strukturen på oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF er endret fra 2016. Dette medfører endringer i strukturen i oppdrag og bestilling 2016. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp punktene under *Mål 2016* i de faste oppfølgingsmøtene med Diakonhjemmet Sykehus. Diakonhjemmet Sykehus skal også gjennomføre punktene under *Andre oppgaver 2016*. I årlig melding 2016 skal det rapporteres på punktene under *Mål 2016* og *Andre oppgaver 2016*. Diakonhjemmet Sykehus har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

I oppdragsdokument 2016 til Helse Sør-Øst RHF vises det til Regjeringens overordnede målsetninger. Disse forutsetter at virksomheten skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.
- 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.

2. Overordnede mål

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene, men bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og mer innovasjon i tjenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer. Hver enkelt pasient skal slippe unødvendig ventetid. Innføringen av Fritt behandlingsvalg og ny pasient- og brukerrettighetslov legger til rette for dette. Pasientforløpene skal være gode og effektive. I 2015 er det innført 28 nye pakkeforløp for kreftpasienter. Helsedirektoratet utvikler pakkeforløp innen hjerneslag, psykisk helse og rus. Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid.

I oppdragsdokument 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet er nedenstående oppgaver gitt til Helse Sør-Øst RHF. Oppgavene skal løses på regionalt nivå, men kan kreve medvirkning fra helseforetak og sykehus. Diakonhjemmet Sykehus skal etter nærmere avtale ta del i arbeidet med å gjennomføre oppgavene som er gitt til Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. juni 2016 identifisere et antall fagområder i egen region som skal gis styringsmessig prioritet fra og med andre halvår 2016. Det skal gis særlig oppmerksomhet til fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det bør i tillegg velges fagområder som berører de fleste helseforetakene i regionen. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere fagområder som egner seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionene.
- Helse Sør-Øst RHF skal etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene. Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.
- Innenfor fagområdene som gis prioritert styringsmessig oppfølging skal Helse Sør-Øst RHF bruke systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere prosedyrer/pasientforløp der gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling kan sammenlignes mellom sykehus på tvers av regionene. Utvalget av prosedyrer/pasientforløp for styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016 skal avklares innen 1. juni 2016.
- Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. november 2016 vurdere ytterligere fagområder for styringsmessig prioritet fra og med 2017 og evt. forslag til ytterligere og/eller justerte indikatorer for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse, bl.a. i lys av etablering av Kostnad per pasient (KPP) ved alle helseforetak fra og med 1. januar 2017.
- Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med å identifisere fagområder, etablere indikatorer og identifisere prosedyrer/pasientforløp på tvers av regioner. Helse Sør-Øst RHF skal fra og med 2016 også lede nettverket for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak, jf. krav om etablering av slikt nettverk i revidert oppdragsdokument 2015.

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 prosent.
- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 prosent.
- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. oppgaver som er gitt til Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. oppgaver som er gitt til Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. oppgaver som er gitt til Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Andre oppgaver 2016:

- Diakonhjemmet Sykehus skal bidra i det videre arbeidet med utredning og iverksettelse av kapasitetstilpasninger i Oslo og Akershus sykehusområder.
- Det legges til grunn at Diakonhjemmet Sykehus følger opp forhold som omtalt i *Dokument 3:2 (2015–2016) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014, sak 4 Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnkirurgisk pasientbehandling.*

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Omstillingen innen psykisk helsevern med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre og fra døgnbehandling til åpne, utadrettede tjenester videreføres. Distriktpsikiatriske sentre skal omstilles med gode akuttjenester gjennom døgnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister. Pasienter skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet og redusert og riktig bruk av tvang. Distriktpsikiatriske sentre som nøkkelstruktur er lagt til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilsier dette.

Mål 2016:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
- Redusere antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.
- Øke andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.

Andre oppgaver 2016:

- Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.
- Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.
- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.
- Avvisningsrate ved poliklinikker er redusert i forhold til 2015.
- Forberede og følge effekter av kommunale akutte døgnplasser og utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern/rus.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger og pasienterfaringer må offentliggjøres og brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ubertrettet variasjon skal reduseres. Helse, miljø sikkerhetsarbeid (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* skal Diakonhjemmet Sykehus bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De regionale helseforetakene skal i fellesskap identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF skal lede arbeidet. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon dersom det blir behov for deltagelse fra helseforetaksnivå i arbeidet.

Mål 2016:

- I Helse Sør-Øst skal andel sykehusinfeksjoner være mindre enn tre prosent og det skal gjennomføres fire prevalensmålinger per år på sykehusnivå. To av målingene gir grunnlag for regionale og nasjonale tall som offentliggjøres av Folkehelseinstituttet.
- Ikke korridorpasienter.

Andre oppgaver 2016:

- Bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.
- Spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen "*I trygge hender 24-7*" til relevante enheter/avdelinger. (Se Tabell 2 *Rapportering 2016* i kapittel 4 *Oppfølging og rapportering*.)
- Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes. (Se Tabell 2 *Rapportering 2016* i kapittel 4 *Oppfølging og rapportering*.)
- Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.
- Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.

Personell, utdanning og kompetanse

I styringsdokumentene til Helse Sør-Øst RHF for 2016 understrekes at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er viktig både av hensyn til pasienter og ansatte. Det er viktig å arbeide med lærings- og forbedringstiltak og tiltak på systemnivå for å bedre pasientsikkerheten, og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Det har tidligere vært stilt krav om flere faste stillinger og arbeidet med å utvikle en heltidskultur. Vikarbruken bør reduseres der det er mulig. Det er et ledelsesansvar å sikre en riktig og forsvarlig bemanning i forhold til aktivitet. Spesialisthelsetjenesten som en sektor med høy kvinneandel, bør ha et særlig ansvar for å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.

Turnustjeneste er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av de regionale helseforetakene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013.

Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2016. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene innen helseregionenes “sørge for”-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for de regionale helseforetakenes fordeling av leger til helseforetak og mellom spesialiteter. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres. Diakonhjemmet Sykehus skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

Andre oppgaver 2016:

- Ha fortsatt oppmerksomhet på bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten.
- Ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov.
- Synliggjøre utdanningsaktivitet i sykehusene. Helse Sør-Øst RHF skal årlig gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området. Diakonhjemmet Sykehus skal ta del i dette arbeidet etter nærmere avtale.
- Tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.
- Det legges til grunn at Diakonhjemmet Sykehus følger opp forhold som omtalt i Dokument 3:12 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene*.
- Delta i tverrregionalt samarbeid som planlegger for oppstart av ny spesialitetsstruktur for leger i 2017 for å sikre en nasjonal, samordnet spesialistutdanning.
- Diakonhjemmet Sykehus skal legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.
- Sykehuset har etablert klare rutiner for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og kompetanseplaner.

Forskning og innovasjon

Andre oppgaver 2016:

- Diakonhjemmet Sykehus skal legge til rette for og iverksette tiltak for å styrke brukermedvirkningen i forskning.
- Diakonhjemmet Sykehus skal bidra til realisering av regional forskningsstrategi, sørge for en forsvarlig lokal infrastruktur for egen forskning og aktivt gjøre bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner.
- Diakonhjemmet Sykehus skal styrke samarbeidet med andre helseforetak/sykehus om gjennomføring av kliniske studier.

3. Krav og rammer for 2016

3.1 Styring og oppfølging

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Diakonhjemmet Sykehus gir tjenester til befolkningen innenfor sitt ansvarsområde som en del av dette overordnede ansvaret. Virksomheten skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Det legges til grunn at Diakonhjemmet Sykehus iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i dette dokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder.

Diakonhjemmet Sykehus skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*). Det skal føres en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i fremtiden og forsikre seg om at ansatte hos leverandører, også i andre land, har forsvarlige vilkår. Videre skal foretakene være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak.

Forslagene som er lagt fram i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* vil få stor innvirkning på helseforetakene. Stortinget skal behandle meldingen våren 2016. Diakonhjemmet Sykehus må gjøre seg kjent med innholdet og starte arbeidet med å forberede virksomhetene på forslagene som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan for eksempel gjennom datainnhenting og forberedende dialog med aktuelle kommuner/bydeler.

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver en framtidsrettet spesialisthelsetjeneste som stiller nye krav til ledelse. Pasientenes helsetjeneste fordrer ledelse som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon. Det legges til grunn at ny nasjonal bemanningsmodell som er utviklet av de regionale helseforetakene tas i bruk for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt. Det skal legges til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*.

Det vises til Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020*. Diakonhjemmet Sykehus skal gjøre seg kjent med innholdet i denne. Departementet vil komme tilbake til Helse Sør-Øst RHF etter behandling i Stortinget. Eventuelle ytterligere styringskrav vil bli vurdert etter dette.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Styrene skal ha en aktiv rolle for å sikre at foretakenes samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis. Det vises i den forbindelse til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten som er sendt på høring med frist 2. februar 2016.

Følgende strategier og handlingsplaner fra departementet skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) "En god barndom varer livet ut" (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet).
- Regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21 2015-2018.
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020 og Handlingsplan for redusert bruk av antibiotika i helsetjenesten 2016-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet.
- Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra Helsedirektoratet 2015.
- Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2015.

Følgende strategier og handlingsplaner fra Helse Sør-Øst RHF skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Nye retningslinjer for lønn til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel (jf. sak 027-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)
- Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst (jf. sak 029-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)
- Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst (jf. sak 032-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)
- Økonomisk langtidsplan 2016-19 (jf. sak 044-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)
- Rammeverk for helse, miljø- og sikkerhet (HMS) i Helse Sør-Øst (jf. sak 067-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)
- Brukermedvirkning i helseforskning i Norge - retningslinjer og tiltak (jf. sak 075-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)
- Oppdatert regional IKT-strategi (jf. sak 086-2015 i styret for Helse Sør-Øst RHF)

Andre oppgaver 2016:

- Videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.
- Fortsatt prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon
- Bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.

3.2 Organisatoriske krav og rammer

Deltakelse i utviklingsarbeid

Det forutsettes at de regionale helseforetakene bidrar i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Når det er nødvendig forutsettes det at helseforetakene bidrar med fagressurser etter nærmere forespørsel fra Helse- Sør-Øst RHF.

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Det er av stor viktighet at det arbeides helhetlig og målrettet med informasjonssikkerhet. Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet for medisinsk-teknisk utstyr

(Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014*) påpeker flere avvik.

Det skal etableres rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører. De regionale helseforetakene skal i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer. Diakonhjemmet Sykehus skal etter nærmere avtale ta de i dette arbeidet.

Andre oppgaver 2016:

- Etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet.
- Etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører.

Beredskap

Det er tidligere stilt krav om at helseforetakene skal ha oppdaterte beredskapsplaner som omfatter systemer for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, og systemer for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Planene skal være koordinerte mellom berørte parter og det skal gjennomføres regelmessige beredskapsøvelser. Helsedirektoratet har fått en ny rolle som statlig samvirkepartner i redningsledelsen ved hovedredningsssentraler og i lokale redningsssentraler. De regionale helseforetakene får et delegert ansvar fra Helsedirektoratet i denne forbindelse.

Andre oppgaver 2016:

- Videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planene og systemene er koordinert med berørte parter, og gjennomføre øvelser regelmessig.
- Rapportere årlig på det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet.

Laboratorietjenester

Laboratorietjenester inngår som en integrert del av funksjonsfordelingen i sykehusområde Oslo. Det legges til grunn at Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus samordner sine kvalitetskrav til tjenestene og etablerer stabile og forutsigbare løsninger for leveranse av laboratorietjenester. Det forutsettes at Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus får sine laboratorietjenester innen mikrobiologi levert fra Oslo universitetssykehus.

3.3 Økonomiske krav og rammer

Drift og investering

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende inntekter til disposisjon for Diakonhjemmet Sykehus i 2016, beløp i 1000 kroner:

Basisramme	1 143 690
------------	-----------

Forskning	16 473
Nasjonale kompetansetjenester	2 120
Statlige tilskudd	372
ISF-refusjoner	472 822
Inntekter i alt 2016	1 635 477

Det vises til detaljert vederlagstabell i vedlegg.

Mål 2016:

- Diakonhjemmet Sykehus skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Diakonhjemmet Sykehus skal i 2016 basere sin virksomhet på de tildelte midler.
- Sykehuset skal betale fakturaer som mottas fra HELFO i henhold til vedtatt oppgjørsordning for ordningen "Fritt behandlingsvalg". Dette er finansiert over sykehusets basisramme.
- Virksomheten innen "Raskere tilbake" skal videreføres i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Midler til finansiering av "Raskere tilbake" omfattes ikke av tabellen over, men kommer i tillegg.

Likviditet

Utbetalingene til sykehuset skjer innen den syvende 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.

3.4 Budsjettert aktivitet

For Diakonhjemmet Sykehus legges følgende aktivitet til grunn i 2016:

Aktivitet i 2016	Somatikk	VOP	BUP	TSB
DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	22 472			
Pasientbehandling				
Antall utskrivninger døgnbehandling	14 970	572	0	0
Antall liggedøgn døgnbehandling	51 944	11 140	0	0
Antall oppholdsdager dagbehandling	1 723	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	61 514	41 000	11 945	8 300

Det vises til detaljert aktivitetstabell i vedlegg.

Mål 2016:

- Aktiviteten skal sikre ivaretagelse av krav og føringer i oppdrag og bestilling 2016, herunder skal veksten i aktivitet fra 2015 til 2016 være større innen VOP, BUP og TSB enn innen somatikk.

4. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF vil i de faste oppfølgingsmøtene i 2016 følge opp *Mål 2016* og evt. andre kvalitetsindikatorer ved behov. I årlig melding 2016 skal Diakonhjemmet Sykehus rapportere på *Mål 2016*, *Andre oppgaver 2016* og *Rapportering 2016*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 1. mars 2017.

Det er et krav at årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte de underliggende helseforetak. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av årlig melding, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket er pålagt. Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger som skal inngå i årlig melding for Helse Sør-Øst RHF settes til **20. januar 2017**.

Rapporteringen med frist 20. januar og årlig melding som skal leveres inne 1. mars skal oversendes elektronisk til postmottak@helse-sorost.no.

Helsedirektoratet har ansvar for kvalitetsindikatorer og disse er valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. For å gi et helhetlig bilde av hva som legges til grunn for rapporteringene er listen over styringsparametre en fullstendig oversikt. Dette innebærer at den ikke bare inneholder styringsparametre som er tilpasset tjenestetilbudet i Diakonhjemmet Sykehus. Det skal derfor ikke rapporteres på styringsparametre som ikke er relevante for Diakonhjemmet Sykehus.

Helse Sør-Øst RHF's definisjonskatalog for styringsparametre og indikatorer er tilgjengelig på det regionale helseforetakets nettsider www.helse-sorost.no.

Tabell 1. Mål 2016. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2016	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis.
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ¹) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (HELFO)	

¹ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

Mål 2016	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet	Årlig
Andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre og sykehus i psykisk helsevern for voksne	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årlig
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel sykehusinfeksjoner i Helse Sør-Øst ²	Mindre enn tre prosent	Folkehelseinstituttet	Fire ganger årlig
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Tabell 2. Rapportering 2016. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres 2016
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
30 dagers overlevelse etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 prosent innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Årlig
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring		Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene	Årlig

² Fra Helse- og omsorgsdepartementet er måltall satt til 4,7 prosent mens datakilde skal være Folkehelseinstituttet og målingen utføres to ganger per år.

5. VEDLEGG

Vedlegg 1: Detaljert vederlagstabell

DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	2016
Basisramme 2015	1 080 860
Nye forhold inn mot 2016	
<i>Regional inntektsmodell</i>	
Regionale inntektsmodell som i ØLP	15 042
Inntektsmodell- korrigeringer	-4 158
Uttrekk i basis sfa korrigerering for feil i 2015- modellen	-4 130
<i>Kvalitetsbasert finansiering 2015</i>	
<i>Tilbakelegging av uttrekk basis 2015</i>	6 894
<i>Uttrekk av bevilgning kvalitetsbasert finansiering 2015</i>	-6 707
Basisramme 2016 for statsbudsjettet	1 087 801
0,7% uttrekk sfa avbyråkratiseringsreformen	-6 376
Pris- og lønnsvekst	23 497
Økt basis sfa avbråkratiseringsreformen	5 619
Uttrekk Ø-hjelp sfa samhandlingsreformen	-8 337
Legemidler overført fra folketrygden	27 327
Egenandeler, komp. for manglende prisjustering	479
Uttrekk sfa økte egenandeler poliklinikk, pasientreiser, opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser	-988
Midler til økt aktivitet	8 234
Fritt behandlingsvalg	8 289
Uttrekk sfa økt ISF (utvidelse helsepersonell)	-982
Uttrekk sfa Rettsmedisinsk institutt og Folkehelseinstituttet	-197
Døgn-poliklinikk psykisk helsevern	-1 041
Redusert apotekavanse	-96
Nasjonal inntektsmodell	461
Basisramme	1 143 690
Sum forskning	16 473
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	16 473
Nasjonal kompetansetjeneste	2 120
Turnustilskudd	372
Sum faste inntekter	1 162 655
ISF- refusjoner	472 822
Sum inntekter	1 635 477

Vedlegg 2: Detaljert aktivitetstabell

Somatikk	
TOTAL AKTIVITET	2016
Antall utskrivninger døgntilrettelagt (Total)	14 970
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	51 944
Antall oppholdsdager dagtilrettelagt (Total)	1 723
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	61 514
Fordeling av antall DRG-poeng	
DØGNBEHANDLING	2016
Fordeling av antall DRG-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	17 070
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilrettelagt)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilrettelagt)	266
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	521
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt)	17 857
Andel DRG-poeng (Døgntilrettelagt) i % av totalen	82,7 %
DAGBEHANDLING	2016
Fordeling av antall DRG-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagtilrettelagt)	715
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagtilrettelagt)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagtilrettelagt)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagtilrettelagt)	7
Sum DRG-poeng (Dagtilrettelagt)	722
Andel DRG-poeng (Dagtilrettelagt) i % av totalen	3,3 %
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt og dagtilrettelagt) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	18 051
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt og dagtilrettelagt) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	18 579
POLIKLINISK VIRKSOMHET	2016
Fordeling av antall DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	2 919
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	52
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	30
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)	3 001
Andel DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	13,9 %
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	2 971
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	3 001
DYRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER UTENFOR SYKEHUS	2016

Fordeling av DRG-poeng knyttet til dyre biologiske legemidler utenfor sykehus	
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	1 120
PASIENTADMINISTRERTE KREFTLEGEMIDLER	2016
Fordeling av DRG-poeng knyttet til pasientadministrerte kreftlegemidler	
Sum DRG-poeng pasientadministrerte kreftlegemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	330
TOTALT ANTALL DRG-POENG	2016
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	21 022
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	20 704
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	21 580
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	21 262
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk, dyre biologiske legemidler og pasientadministrerte kreftlegemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	22 472
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler og kreftlegemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	23 030
VOP, BUP og TSB	
PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (VOP)	2016
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP)	572
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	11 140
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	41 000
Kjøp fra private institusjoner (VOP)	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	0
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (BUP)	2016
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	11 945
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0
TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING FOR	2016

RUSMIDDELAVHENGIGHET (TSB)	
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	8 300
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	0