



OPPDRAK OG BESTILLING 2013  
FOR  
SYKEHUSET I VESTFOLD HF

Foretaksmøte 11. februar 2013

## Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>2. TILDELING AV MIDLER</b> .....	<b>6</b>
<b>3. AKTIVITET</b> .....	<b>8</b>
<b>4. OPPDRAG 2013</b> .....	<b>10</b>
4.1 VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST 2013-2014.....	10
4.2 SATSINGSOMRÅDER 2013.....	10
4.2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering.....	10
4.2.2 Kvalitetsforbedring.....	11
4.2.3 Pasientsikkerhet.....	12
4.2.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi.....	13
4.2.5 Samhandlingsreformen.....	13
4.2.6 Kreftbehandling.....	14
4.2.7 Behandling av hjerneslag.....	15
4.2.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.....	15
4.2.9 Psykisk helsevern.....	16
4.2.10 Habilitering og rehabilitering.....	17
4.2.11 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati.....	17
4.2.12 Fødselsomsorg.....	17
4.2.13 Nyfødte som trenger intensivbehandling.....	18
4.2.14 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.....	18
4.2.15 Kjeveleddsdisfunksjon.....	18
4.2.16 Livsstilsrelaterte tilstander.....	18
4.2.17 Sykelig overvekt.....	19
4.2.18 Helseberedskap.....	19
4.2.19 Prehospitale tjenester.....	20
4.2.20 Spesialisthelsetjenesten for eldre.....	20
4.2.21 Legemiddelforsyning.....	20
4.2.22 Nasjonale tjenester.....	21
4.3 UTDANNING AV HELSEPERSONELL.....	21
4.4 FORSKNING OG INNOVASJON.....	21
4.4.1 Forskning.....	21
4.4.2 Innovasjon.....	22
<b>5. ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER</b> .....	<b>24</b>
5.1 EIERS OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FOR 2013.....	24
5.2 RESULTATKRAV OG OPPFØLGING FOR 2013.....	24
5.2.1 Resultatkrav for 2013.....	24
5.2.2 Styring og oppfølging i 2013.....	25
5.2.3 Likviditet og kapitalforvaltning.....	25
5.3 ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMER FOR 2013.....	26
5.3.1 Videreutvikling av nasjonalt samarbeid.....	26
5.3.2 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse).....	26
5.3.3 Tiltak på personalområdet.....	28
5.3.4 Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten.....	29
5.3.5 Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet.....	30
5.3.6 Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet.....	30
5.3.7 Regjeringens eierskapspolitikk.....	30
5.3.8 Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser.....	31
5.3.9 Utvikling av nødmeldetjenesten.....	31
5.3.10 Barn som tolk.....	32
5.3.11 Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2.....	32
5.4 ØVRIGE STYRINGSKRAV FOR 2013.....	32
5.4.1 Rapportering til Norsk pasientregister.....	32
5.4.2 System for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten.....	33
5.5 INNKJØP OG LOGISTIKK.....	33

<b>6. OPPFØLGING OG RAPPORTERING .....</b>	<b>34</b>
6.1 STYRINGSPARAMETRE.....	34
6.2 RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER.....	37
6.3 RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING .....	38
<b>7. VEDLEGG.....</b>	<b>39</b>

# 1. Innledning

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Sykehuset i Vestfold 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 Sykehuset i Vestfold. Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder tjenestetilbudet ved Sykehuset i Vestfold 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. Sykehuset i Vestfold skal medvirke til at disse målene nås for 2013.

Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst legges til grunn for helseforetakets 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 langtidspan 2013-2016(2026)* og 071-2012 *Budsjett 2013*. Oppdrag og bestilling 2013 sammenstiller således Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling til Sykehuset i Vestfold for 2013.

Det kreves at nasjonale og regionale strategier, mål og styringskrav følges opp og gjenspeiles i helseforetakets oppfølgingsplaner og rapporteres i måneds- og tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakets 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. Sykehuset i Vestfold 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 innvandrerg grupper. 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 helseforetaket legge til rette for kollektivt læring av feil og systemsvikt, også i forhold til andre helseforetak og private ideelle sykehus.

---

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

Helseforetaket skal medvirke til å sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelse i helseforetakene skal videreføres i 2013. Hovedregelen i Helse Sør-Øst skal være hele stillinger, for å sikre kontinuitet i tjenesten, kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet.

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Samtidig må en fremtidig sykehusstruktur bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus. Samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser. Omstilling av tjenestetilbud som berører kommuner skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Dette er særlig viktig innenfor psykisk helsevern og rus der økonomiske virkemidler ikke er etablert. Ved omstillinger skal det rettes spesiell oppmerksomhet mot kvaliteten i det samlede helsetilbudet til eldre. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Likeledes skal de 13 prinsippene for brukermedvirkning legges til grunn. Omstillingsarbeidet skal gjennomføres samtidig som kravene til et godt arbeidsmiljø for de ansatte og forsvarlige tjenester for pasientene blir ivaretatt.

Virksomheten skal baseres på og avstemmes i henhold til fortløpende risikovurderinger, for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen og målene for særskilte satsningsområder i 2013. Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken.

Telemark og Vestfold sykehusområde omfatter Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Dette innebærer at det må utvikles gode systemer for samarbeid mellom disse helseforetakene for å sikre et godt og likeverdig tilbud til befolkningen i sykehusområdet.

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.

Det må påregnes at det i løpet av 2013 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. 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 helseforetakets ansvar å påse at disse integreres i styrings- og rapporteringssystemene.

## 2. Tildeling av midler

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for Sykehuset i Vestfold HF i 2013, beløp i 1000 kroner:

Sykehuset i Vestfold HF 2013	
Basisramme	2 763 586
Forskning	3 058
Nasjonale kompetansetjenester	9 082
Andre statlige tilskudd	5 483
ISF- refusjoner	886 705
I alt	3 667 915

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

Basisrammen omfatter 20,0 millioner kroner i engangstildeling i 2013 for å redusere negativ omfordelingseffekt av inntektsmodellen.

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 tilleggssvilgninger 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 foretaket en samlet basisramme til drift og investeringer. Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen.

Basisrammen tilfører likviditet slik at Sykehuset i Vestfold kan gjennomføre ordinære investeringer for i alt 45 millioner kroner forutsatt et økonomisk resultat i balanse.

Helse Sør-Øst RHF presiserer at positive resultater som oppstår i løpet av året ikke kan benyttes til investeringer i 2013 før foretaket har tilstrekkelig grad av sikkerhet for positiv resultatoppnåelse på årsbasis.

Det regionale helseforetaket holder tilbake likviditet til regionalt prioriterte investeringer, herunder til IKT, til større byggeprosjekter og til omstillingsbehov. Helseforetakets egen likviditet skal foruten betalbare kostnader, dekke investeringer i bygg, utskiftning av medisinsk teknisk utstyr, samt andre investeringer som er nødvendig for å opprettholde kvaliteten i pasienttilbudet.

### **Nasjonale medisinske kompetansetjenester**

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

### **Andre statlige tilskudd**

Dette omfatter for 2013 følgende tilskudd, bevilget over ulike poster på statsbudsjettet, tall i 1000 kroner:

<b>Andre statlige tilskudd</b>	
Tilskudd arbeidsgiveravgift	3 332
Tilskudd til turnustjeneste	1 420
Tilskudd rusmestringssenter	732
I alt	5 483

### 3. 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 tjenestoområder 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)	35 643	35 850	35 973	0,3 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	146 930	139 500	138 138	-1,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	21 066	21 620	22 637	4,7 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	185 490	192 400	190 801	-0,8 %
<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)	41 165	41 750	41 668	-0,2 %
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)	352	256	281	9,7 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	244	345	318	-7,9 %
<b>Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt)</b>	<b>41 761</b>	<b>42 351</b>	<b>42 267</b>	<b>-0,2 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Døgntilrettelagt)	24 437	24 000	24 054	0,2 %
<b>Fordeling av antall DRG-poeng DAGBEHANDLING</b>				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	4 980	5 000	5 290	5,8 %
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)	66	35	33	-5,1 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	16	23	24	4,4 %
<b>Sum DRG-poeng (Dagbehandling)</b>	<b>5 062</b>	<b>5 058</b>	<b>5 347</b>	<b>5,7 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Dagbehandling)	2 253	2 500	2 670	6,8 %
<b>Fordeling av antall DRG-poeng POLIKLINISK VIRKSOMHET</b>				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	6 685	7 060	7 105	0,6 %
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	55	59	7,9 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	18	22	21	-2,6 %
<b>Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)</b>	<b>6 703</b>	<b>7 137</b>	<b>7 185</b>	<b>0,7 %</b>
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Poliklinisk virksomhet)	6 515	6 750	6 646	-1,5 %
<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	564	650	600	-7,7 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av andre enn eget HF	1 345	1 250	1 160	-7,2 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt utenom eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF	0	40	30	-25,0 %
<b>Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "Sørge for"-ansvaret)</b>	<b>1 909</b>	<b>1 900</b>	<b>1 761</b>	<b>-7,3 %</b>
<b>Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for alle pasienter - resept utstedt fra eget HF (eieransvaret)</b>	<b>564</b>	<b>690</b>	<b>630</b>	<b>-8,7 %</b>
<b>TOTALT ANTALL DRG-POENG</b>				
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	53 248	54 156	54 436	0,5 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region	33 205	33 250	33 370	0,4 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	52 830	53 810	54 062	0,5 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	53 526	54 546	54 799	0,5 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	53 108	54 200	54 426	0,4 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	55 157	56 056	56 196	0,3 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	55 435	56 446	56 560	0,2 %
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legemidler - resept utstedt av eget HF)	53 672	54 890	55 056	0,3 %



PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	Budsjett 2012	Estimat per okt 2012	Budsjett 2013	% vis utvikling Estimat 2012 til Budsjett 2013
Sum DPS og sykehus				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (VOP)	2 000	2 140	2 000	-6,5 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (VOP)	42 000	39 000	38 000	-2,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	1 000	2 000	1 500	-25,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	66 500	67 000	68 500	2,2 %
Kjøp fra private institusjoner				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (VOP Private)	0	0	0	0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (VOP Private)	0	0	0	0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0	0	0	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	0	0	0	0,0 %
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE	Budsjett 2012	Estimat per okt 2012	Budsjett 2013	% vis utvikling Estimat 2012 til Budsjett 2013
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (BUP)	60	73	70	-4,1 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (BUP)	2 500	2 075	2 500	20,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	300	250	300	20,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	49 900	48 900	50 000	2,2 %
Kjøp fra private institusjoner				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (BUP Private)	0	0	0	0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (BUP Private)	0	0	0	0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0	0	0	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0	0	0	0,0 %
TVERRRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING AV RUSMIDDELAVHENGIGE	Budsjett 2012	Estimat per okt 2012	Budsjett 2013	% vis utvikling Estimat 2012 til Budsjett 2013
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB)	500	460	500	8,7 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (TSB)	14 400	12 500	11 000	-12,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0	0	0	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	25 000	27 000	28 000	3,7 %
Kjøp fra private institusjoner				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB Private)	0	0	0	0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (TSB Private)	0	0	0	0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0	0	0	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	0	0	0	0,0 %

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. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal det gis særlig prioritet til aktivitetsvekst innen poliklinisk behandling.

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

## 4. Oppdrag 2013

### 4.1 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 helseforetakets årlige melding sammen med en beskrivelse av hvilke tiltak som er iverksatt og planlegges dersom målet ikke er oppnådd i 2013.

## 4.2 Satsingsområder 2013

### 4.2.1 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 helseforetakets 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.
- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.

## **4.2.2 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.
- Helseforetaket rapporterer data til relevante nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal.
- Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Norsk pasientregister.

---

<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.

- 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.
- Helseforetaket har sikret at to representanter fra henholdsvis somatikk og psykisk helsevern/TSB gjennomfører ”train the trainer”-kurs i regi av Oslo universitetssykehus som skal bidra med å etablere simuleringsnettverk i Helse Sør-Øst.
- Helseforetaket 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.
- Helseforetaket 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 overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- 30-dagers risikjustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- 30 dagers reinnleggelse KOLS.
- 30 dagers reinnleggelse pneumoni.
- 30 dagers reinnleggelse hjertesvikt.
- 30 dagers reinnleggelse samlet.

### **4.2.3 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:

- Helseforetaket implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” og rapporterer egne resultater.

- Ledelsen i helseforetaket iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.
- Helseforetaket har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.
- Helseforetaket 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 helseforetaket 15. mars 2012, er innarbeidet i all opplæring i forhold til pasientadministrative systemer.
- Sykehuset i Vestfold 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

## **4.2.4 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.

## **4.2.5 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 helseforetak er det etablert helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseforetak 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 utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.
- Helseforetaket samarbeider med kommunene om etableringen av ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. Helseforetaket har bidratt til at nye ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Det vises til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til ”øyeblikkelig hjelp”-døgnopphold.
- Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.
- 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.
- Det er etablert gode vilkår for videre utvikling av Praksiskonsulentordningen (PKO) i den hensikt å bedre samhandlingen mellom helseforetakene og fastlegene.

## **4.2.6 Kreftbehandling**

#### Overordnede mål:

- Nasjonal kreftstrategi (2013-2017) er lagt til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter.
- Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.

#### Mål 2013:

- Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.
- 80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:
  - 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
  - 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
  - 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.
- Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer.
- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.
- Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesentre.

- Kreftkirurgi finner sted i henhold til vedtatt funksjonsfordeling. For kreftkirurgiske inngrep som etter 1. juli 2013 utføres i strid med vedtatt funksjonsfordeling, gis ikke ISF-refusjon.

#### Styringsparametre:

- Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager.

### **4.2.7 Behandling av hjerneslag**

#### Overordnede mål:

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

#### Mål 2013:

- 20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.

#### Styringsparametre:

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet (av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter).

### **4.2.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling**

#### Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering til pasienter/brukere med rus og andre avhengighetslidelser. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å sammenligne kvalitet og kostnader for offentlig og private rusinstitusjoner.
- Distriktpsikiatriske sentre er lagt til grunn som nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus og avhengighetslidelser der lokale forhold tilsier det.
- Flere pasienter fullfører tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- De private institusjonene som har avtale med regionale helseforetak er inkludert i fagutviklingsarbeid og planprosesser.
- Det er etablert gode rutiner for samarbeid med kommunen for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ved behandlingsavbrudd og etter utskrivning, samt rutiner for hurtig reinntak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.
- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.

- Det sosialfaglige aspektet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ivaretatt.
- Det er sikret godt tilbud på institusjoner til rusavhengige som har rusfrihet som mål.

#### Mål 2013:

- Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det er etablert tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer i samarbeid med kommunen.
- Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.

### **4.2.9 Psykisk helsevern**

#### Overordnede mål:

- Omstillingen innen psykisk helsevern fullføres, slik at DPS blir satt i stand til å ivareta alle allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet.
- Akuttavdelinger og spesialfunksjoner som for eksempel alderspsykiatri og spiseforstyrrelser er vurdert samlokalisert med somatiske sykehus.
- Pasienter/brukere får et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs. at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.
- Sykehusene ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.
- Psykisk helsevern er i størst mulig grad basert på frivillighet. Det legges til rette for frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det.

#### Mål 2013:

- Det er utarbeidet en regional plan for omstillingen av psykisk helsevern i tråd med de gitte signalene. Planen skal vise fremdrift for utviklingen av DPS, utviklingen og spissing av sykehusfunksjonene og overføring av ressurser fra sykehus til DPS. Sykehuset skal delta i dette arbeidet.
- Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.
- Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.
- Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 % i samarbeid med de kommunale tjenestene.
- Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.

#### Styringsparametre:

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.
- Andel DPS som dekker akuttberedskap utover normal arbeidstid.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Andel tvangsinnleggelse (antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet.)
- Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100.000 innbygger > 18 år).
- Andel reinnleggelse innen 30 dager for pasienter med schizofreni.



## 4.2.10 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.
- Habilitering 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:

- Helseforetaket har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.
- Sykehuset i Vestfold har i samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde utarbeidet beskrivelser for standardiserte rehabiliteringsforløp for store pasientgrupper med konkretisering av ansvar og oppgavefordeling nedfelt i forpliktende samarbeidsavtaler. Hofte-/kneleddsatrose, fedme, myalgi og hjerneslag er prioritert.
- Sykehuset i Vestfold har videreutviklet koordinerende enhet for sitt opptaksområde. Dette i samsvar med *'Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator'* og i tett samarbeid med kommunene. Samarbeidet mellom respektive koordinerende enheter i helseforetak og kommune er beskrevet i samarbeidsavtalene.

## 4.2.11 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

### Overordnede mål:

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

### Mål 2013:

- Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnet om CFS/ME.

## 4.2.12 Fødselsomsorg

### Overordnede mål:

- Fødselsomsorg av høy kvalitet.
- Tilbudet til fødende kvinner er av god kvalitet og kvalitetskrav for fødeinstitusjoner er oppfyllet i forhold til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

### Mål 2013:

- Redusert andel fødselsrifter.
- Kvalitetskrav for fødeinstitusjoner er gjennomgått og implementert.

#### Styringsparametre:

- Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.
- Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt).

### **4.2.13 Nyfødte som trenger intensivbehandling**

#### Overordnede mål:

- Nyfødte som er i behov av intensivbehandling skal ha et tilbud av god kvalitet.
- Rapport fra *Fagråd for nyfødttmedisin, svangerskaps- og barselomsorg* forelegges det regionale helseforetakets styre i 2013. Krav til avdelinger som gir intensivbehandling til nyfødte, vil være en del av denne saken.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket har lagt til rette for utdanning og etterutdanning av leger i neonatologi/nyfødttintensivmedisinsk spesialkompetanse.
- Helseforetaket har anskaffet utstyr og opprettet kompetanse i initial stabilisering og oppstart av hypotermibehandling av barn med asfyksi.

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

#### Mål 2013:

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

### **4.2.15 Kjeveleddsdisfunksjon**

#### Overordnede mål

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

#### Mål 2013

- Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdisfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.

### **4.2.16 Livsstilsrelaterte tilstander**

#### Overordnede mål:

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

#### Mål 2013:

- Helseforetaket rapporterer data om skader og ulykker til NPR.

- Helseforetaket 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).
- Helseforetaket rapporterer person- og ulykkeskader senest fra og med 1. mai 2013. De helseforetakene 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 helseforetak som rapporterer data om skader og ulykker til NPR.
- Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi.
- Antall nye skadetilfeller i aktivitetsdata.
- Antall rapporterte ‘felles minimum datasett’ (FMDS) for personskadetilfeller.

### **4.2.17 Sykelig overvekt**

#### Mål 2013:

- Det er utført minst 250 operasjoner for sykelig overvekt ved Sykehuset i Vestfold.
- Helseforetakene har utredet og vurdert overvektspasienter fra eget opptaksområde ved en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kvalitet.
- Sykehuset i Vestfold har videreført arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykelig overvekt. Helseforetaket har herunder driftet Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst RHF og arrangert minimum to nettverks-/samarbeidsmøter med de andre helseforetakene/sykehusene som behandler pasienter med sykelig overvekt i regionen.
- Som del av oppdraget har helseforetaket også gitt et helhetlig regionalt tilbud til barn/ungdom med sykelig overvekt.

### **4.2.18 Helseberedskap**

#### Overordnede mål:

- Helseforetaket 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/helseforetak.

#### Mål 2013:

- Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetaket oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.
- Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.

## 4.2.19 Prehospitale tjenester

### Overordnede mål:

- Gode prehospitale tjenester.
- Robust nødmeldetjeneste og koordinerte luftambulansetjenester.

### Mål 2013:

- Prehospitale tjenester videreutvikles i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, blant annet med bakgrunn i erfaringer og omforente anbefalinger i evalueringen av hendelsene 22. juli 2011.

## 4.2.20 Spesialisthelsetjenesten for eldre

### Overordnede mål:

- Handlingsplan for spesialisthelsetjenesten for eldre 2010-2020 skal fortsatt legges til grunn i foretakenes videre arbeid med spesialisthelsetjeneste til eldre innen sykehusområdene. (Handlingsplanen vil bli revidert i 2013.)
- Det er viktig å bl.a. sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse med tanke på utredning og behandling av eldre i spesialisthelsetjenesten og for kompetanseutveksling med førstelinjetjenesten, slik at utredning og behandling kan skje nær der pasienten bor, når det ikke er behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Dimensjonering av geriatriens og alderspsykiatriens virksomhet i spesialisthelsetjenesten må framover vies særskilt oppmerksomhet. Dette må skje i nært samarbeid og samforståelse med kommunene og deres behov for og utvikling av tjenester til den eldre befolkningen.

## 4.2.21 Legemiddelforsyning

### Overordnede mål:

- Effektiv og sikker legemiddeldistribusjon og -bruk.

### Mål 2013:

- For å redusere omfang av og konsekvenser av forsyningssvikt og leveringsvansker av legemidler forutsettes det å finne sted overvåking ved og informasjonsutveksling mellom helseforetaket og Sykehusapotekene.
- Helseforetaket har etablert et fast ansvarspunkt for kontinuerlig kontakt med det lokale sykehusapoteket om forsyningssituasjonen. Dette omfatter også ansvar for å formidle oppdatert informasjon om forsyningssituasjonen, risikoer for mangel og forslag for aktuelle tiltak til relevante kliniske miljøer i eget foretak og lokal legemiddelkomité.
- Helseforetaket har rutiner som sikrer at relevant informasjon fra de kliniske miljøene formidles til den sentrale arbeidsgruppen i Oslo universitetssykehus/Sykehusapoteket Oslo om lokale situasjoner og driftsforhold som kan ha betydning for legemiddelforsyningssituasjonen.
- Ved reforhandling av avtaler mellom Sykehusapotekene og øvrige helseforetak er maler for respektive avtaler lagt til grunn slik disse er oppdatert og formidlet til helseforetakene i desember 2012.

- Helseforetaket deltar i sentral vaktordning for regionen slik denne er utformet og formidlet i brev til helseforetakene i desember 2012.

## 4.2.22 Nasjonale tjenester

### Mål 2013:

- Nasjonale tjenester (behandlingstjenester, kompetansetjenester, flerregionale tjenester) ivaretar krav til tjenestene jf. forskrift og veileder.
- Referansegrupper følger opp faglig mandat for referansegrupper.
- Nasjonale tjenester følger opp evalueringen fra Helsedirektoratet.

## 4.3 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 helseforetakene ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner er utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.

### Mål 2013:

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

## 4.4 Forskning og innovasjon

### 4.4.1 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 forskningsinfrastrukturtiltak.
- 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:

- Sykehuset i Vestfold har iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.
- Sykehuset i Vestfold har gjort bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner, teknologiske infrastrukturtiltak og forskningsnettverk for å sikre god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne for sin egen forskning.
- Sykehuset i Vestfold har lagt til rette for deltakelse i - og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, inkludert multisenterstudier.
- Sykehuset i Vestfold har lagt til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.
- Sykehuset i Vestfold 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 Folkehelseinstituttetbiobankmateriale ved Folkehelseinstituttet når det er behov for langtidslagring.
- Sykehuset i Vestfold har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for forskning, herunder IKT-løsninger for forskning.

### **4.4.2 Innovasjon**

#### Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene.
- 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:

- Sykehuset i Vestfold har initiert eller deltar i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.
- Sykehuset i Vestfold bidrar med data til nyetablert database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.
- 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. Sykehuset i Vestfold deltar ved behov i piloter på dette området.

- Sykehuset i Vestfold deltar ved behov i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.

## **5. Organisatoriske krav og rammebetingelser**

### **5.1 Eiers overordnede styringsbudskap for 2013**

Helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet og er sentrale virksomheter i det norske samfunn. Helseforetakets styre har overordnet ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester. Styret har også ansvar for at en bredt anlagt forståelse av samfunnsansvar blir ivaretatt og for at tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet følges opp. Styret skal ivareta helseforetakets interesser og også bidra til utvikling av spesialisthelsetjenesten i hele Helse Sør-Øst. Styret skal forsikre seg om at helseforetaket har en ledelse med rett kompetanse og at det utvikles gode rutiner for å holde ledelsen i helseforetaket ansvarlig for god drift og god personalledelse.

Det er stor oppmerksomhet om spesialisthelsetjenestetilbudet i hele landet. Saker bør følges opp av styreleder og lokal ledelse som har best kjennskap til sakene. Saker av større betydning skal forelegges Helse Sør-Øst RHF. Det vises til endringene i § 30 i helseforetaksloven og helseforetakets vedtekter der det blir presisert hvilke saker som skal forelegges Helse Sør-Øst RHF.

## **5.2 Resultatkrav og oppfølging for 2013**

### **5.2.1 Resultatkrav for 2013**

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Helseforetaket skal ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden og unngå fristbrudd. God ledelse er en viktig forutsetning for å nå resultatkrav. Det er videre viktig at helseforetaket har en ledelse som kan representere foretaket i møte med offentlighetens interesse.

Helseforetaket må iverksette nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor rammer og oppgaver som gjelder. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Det legges til grunn at det er etablert prosesser for medvirkning på alle nivåer. Omstillinger i helseforetakene kan, selv etter gode interne prosesser, medføre offentlig kritikk fra egne ansatte. Utgangspunktet er at det skal mye til før slike ytringer er i konflikt med lojaliteten til arbeidsgiver. De ansatte og ledelsen har et felles ansvar for å bidra til å sikre tillit til tjenesten og et godt omdømme. Helseforetaket skal ha etablert melde- og varslingsrutiner som ivaretar de ansattes rettigheter på en god måte.

Det minnes om at føringene gitt som oppdrag 2013 innebærer at helseforetaket må påse at:

- lovverket for rettighetspasienter er overholdt
- gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager
- fristbrudd ikke forekommer

#### Mål 2013:

- Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Det er et krav at det enkelte helseforetak minst har et resultat i balanse det enkelte år. I økonomisk langtidsplan har helseforetaket estimert behov for årlige resultater, blant annet med utgangspunkt i nødvendig nivå på ny- og reinvesteringer



i bygg og medisinskteknisk utstyr. Helseforetakets budsjetterte resultat for 2013 legges til grunn i den løpende oppfølging av status og avvik i 2013.

## **5.2.2 Styring og oppfølging i 2013**

Ved planlegging og gjennomføring av større endringsprosesser skal erfaringer fra allerede gjennomførte omstillingsarbeider legges til grunn.

Bedre kunnskap om sammenhengen mellom aktivitet og kostnader vil kunne bidra til at rammene til de enkelte avdelingene på sykehusene fordeles i samsvar med reelle kostnader.

Helsedirektoratet publiserte høsten 2012 en nasjonal spesifisering for kostnader per pasient (KPP). Med dette etablerer myndighetene et verktøy for beregning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten. Sammen med den medisinske kodingen gir dette bedre grunnlag for økonomisk og medisinsk oppfølging til beste for pasientene. Helse Sør-Øst RHF skal gradvis implementere KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring.

Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 30. januar 2013 presiserte at det ikke skal være korridorpasienter, men at andel korridorpasienter fortsatt er betydelig ved enkelte helseforetak. Det tas sikte på etablering av resultatbasert finansiering i 2014, der korridorpasienter kan være en mulig kvalitetsindikator. Det skal settes i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsettingen om at det ikke skal være korridorpasienter oppfylles.

### Mål 2013:

- Helseforetaket har sikret at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

## **5.2.3 Likviditet og kapitalforvaltning**

### **Likviditetsstyring**

Foretaksgruppens etablerte prinsipper for likviditetsstyring ligger til grunn for løpende tilpasning av investeringsnivå til resultat og tilgjengelig likviditet.

### **Finansstrategi**

Det er etablert en revidert finansstrategi for foretaksgruppen Helse Sør-Øst som gjøres førende for helseforetakets virksomhet innenfor finansområdet.

### **Utbetaling**

Utbetalingene til helseforetaket 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.

### **Kortsiktig driftskreditt**

Helse Sør-Øst RHF kan gi kortsiktig, rentebærende driftskreditt i henhold til fastsatt rutine og lånerammer, dersom likviditetssituasjonen for helseforetaksgruppen tilsier dette. Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over avtalt ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon.

Eventuelt forskudd vil i 2013 bli gitt gjennom at driftskredittrammen innenfor konsernkontoordningen vil bli økt for en begrenset periode. Driftskredittrammen vil bli satt tilbake til opprinnelig nivå etter utløpet av forskuddsperioden.

### **Langsiktige lån**

Helse Sør-Øst RHF kan gi langsiktige lån til helseforetakene basert på en forutgående søknadsprosess og behandling i de respektive styrene.

Helse Sør-Øst RHF fastsetter rentevilkårene på langsiktige lån til helseforetakene basert på de rentebetingelser Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter for 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 helseforetaket 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.

## **5.3 Organisatoriske krav og rammer for 2013**

### **5.3.1 Videreutvikling av nasjonalt samarbeid**

I Prop. 1 S (2012-2013) er det omtalt at Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere nye krav til felles nasjonale løsninger innenfor IKT, innkjøp og bygg. De regionale helseforetakene skal bidra til å identifisere felles utfordringer i spesialisthelsetjenesten, og vurdere etablering og videreutvikling av felles tiltak eller organisasjoner for å løse disse. Helseforetaket skal understøtte dette arbeidet.

De regionale helseforetakene skal utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg. Kunnskap om forvaltning og drift er en forutsetning for å kunne planlegge gode nye sykehusbygg. Et nytt nasjonalt foretak skal bistå i kunnskapsoverføring mellom helseforetak, i utvikling og forvaltning av eiendomsmassen og planlegging av byggeprosjekter. Foretaket skal videre ha ansvar for å utarbeide og vedlikeholde metoder og verktøy for strategisk analyse på området. Utredningen skal bygge på eksisterende samarbeid innen eiendomsområdet. Etablering av foretaket skal ikke endre etablerte eier- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eiendommene. Helse Sør-Øst RHF vil lede arbeidet.

### **5.3.2 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)**

#### **Oppfølging av stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren**

Helseforetaket skal delta i oppfølgingen av Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Det er viktig å utnytte mulighetene som ligger i informasjonsteknologi for å oppnå bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk i tjenesten. Stortingsmeldingen peker på behovet for økt nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen, og styrket samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at

helseforetaket gjennomfører pågående tiltak som innføring av e-resept, elektronisk meldingsutveksling og nasjonal kjernejournal.

Stortingsmeldingen varsler at det skal igangsettes et arbeid med *én journal* på landsbasis. De regionale helseforetakene skal ta ansvar for økt samarbeid med primærhelsetjenesten på IKT-området, og bistå Helsedirektoratet i det nasjonale arbeidet med utredning av *én journal*. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.

Det er lagt til grunn at de regionale helseforetakene gir innspill til og bidrar til å videreutvikle tjenesten *helsenorge.no*, herunder tjenester for informasjon om sykdom, behandling og kvalitet. Videre skal de regionale helseforetakene bidra i Norsk Helsenett SFs prosjekt for meldingsutveksling og bruk av adresseregister (prosjekt OSEAN). Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.

#### Mål 2013:

- IKT Strategi og Langtidsplan er gjeldende for Sykehuset i Vestfold. Helseforetaket bidrar til utvikling og innføring av IKT-tjenester herunder standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Foretakene vil i denne sammenheng være ansvarlig for mottak og ibruskstakelse i henhold til regionale planer og føringer. Helseforetaket skal styrebehandle egen områdeplan for IKT.
- Helseforetaket har sikret videre utvikling av sin IKT-virksomhet i henhold til vedtatt rolle/ansvarsfordeling og til enhver tid gjeldende rammeverk for IKT (drift, forvaltning, utvikling) i Helse Sør-Øst.
- Helseforetaket har styrket og videreutviklet samarbeidsarenaer og relasjon med Sykehuspartner.
- Helseforetakene har innført/videreutviklet lokal prosjekt- og porteføljestyring iht fellesregionalt rammeverk og metodikk, herunder tatt i bruk system for prosjekt og porteføljestyring i samsvar med felles regional prosjektplan.

#### **Informasjonssikkerhet**

Norsk Helsenett SF har ansvar for å sørge for en sikker IKT-infrastruktur. Norsk Helsenett SF har etablert HelseCSIRT (Computer Security Response Team) som skal være helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. Senteret skal spre kompetanse om IKT-trusler og beskyttelsesmekanismer, og kontinuerlig overvåke trafikken på helsenettet. Målet er å forebygge og avhjelpe IKT-sikkerhetshendelser og inntrengningsforsøk.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket har deltatt i arbeidet i Helse Sør-Øst RHF for å bistå Norsk Helsenett SF med å utvikle HelseCSIRT som helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet.

#### **Regjeringens digitaliseringsprogram**

Det vises til regjeringens digitaliseringsprogram *På nett med innbyggerne* og føringene i digitaliseringsrundskrivet, herunder krav til digitaliseringsarbeidet (P-10/2012, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet).

#### Mål 2013:

- Helseforetaket bidrar i gjennomføringen av regjeringens digitaliseringsprogram.

### 5.3.3 Tiltak på personalområdet

#### Ledelse

I *Nasjonal plattform for ledelse* i helseforetakene er det gitt retning for videre arbeid med ledelse nær pasienter og brukere, rammeverk for ledere, livsløpsperspektiv på ledelse og ledelse i profesjonsutdanningene. Det pågår et arbeid for å samordne krav for ledere i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Sykehus skal, i henhold spesialisthelsetjenesteloven § 3-9, organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Ledelsen i sykehuset har et totalansvar for virksomheten, både administrativt og faglig.

Øverste leder og aktuelle linjeledere har ansvar for å sørge for at pasienter får kvalitativt gode og forsvarlige helsetjenester og for å følge opp avvik med egnede tiltak som kan være å skjerpe rutiner, avklare ansvarsforholdene ved samhandling på tvers av enheter eller mot eksterne aktører. Det er viktig å styrke ledere i førstelinjen gjennom opplæring, videreutvikling, evaluering og oppfølging. Ledere i førstelinjen må skape et trygt arbeidsmiljø for sine ansatte og sikre gode rutiner slik at medarbeiderne vet hva som er god faglig praksis. De skal støtte kompetanse- og fagutvikling og bidra til god organisering, effektiv ressursbruk og god oppgaveløsning.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket legger til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.
- Ledelse på alle nivå har lagt til rette for systematisk kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid.

#### Krav til tilsetningsforhold

Arbeidet med å øke andelen faste stillinger og redusere bruken av deltid videreføres. Helseforetaket skal delta i utvikling av kunnskapsgrunnlaget og samarbeide om tiltak for å øke andelen faste stillinger og redusere bruken av deltid i samarbeid med tillitsvalgte og arbeidstakerorganisasjoner.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket har videreført arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnlaget på området.

#### Flere lærlingplasser

Partene i arbeidslivet har inngått en samfunnskontrakt for å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. Helseforetakene er store arbeidsgivere i det norske samfunnet og det er viktig at disse bidrar til å sikre samfunnets behov for fagarbeidere med høye kvalifikasjoner gjennom å tilrettelegge for lærlingplasser, både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket bidrar til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i *Samfunnskontrakt for flere læreplasser*.

### **Helsepersonells bierverv og avtaler med private**

Helse Sør-Øst RHF har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 19 plikt til på eget tiltak, varsle arbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser m.v. Forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet, jf. helseforetaksloven § 5, og det pekes spesielt på lovens kapittel 2 om habilitet.

Det forutsettes at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikt, habilitetsregler m.v., blir fulgt opp av helseforetaket som arbeidsgiver.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket følger rutiner for bierverv og rapporterer om status for antall bierverv pr. 31.12 i årlig melding.

### **Oppfølging av arbeidsmiljøloven**

Helseforetaket skal etablere gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt. Helseforetaket må samarbeide med Helse Sør-Øst RHF og øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst om å øke kunnskapsgrunnlaget på området.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket har gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt.

### **Kompetansebehov og -planlegging**

Helseforetaket har utviklet planer som viser behov for arbeidskraft og kompetanse på lang sikt. For å kunne følge opp disse planer, skal det iverksettes tiltak på kort og mellomlang sikt.

#### Mål 2013:

- Det er gjennomført en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse som avdekker kompetansebehov og nødvendige rekrutterings- og utviklingstiltak på fire års sikt.
- Helseforetaket har sørget for at det arbeides systematisk med gjennomgående bemanningsplaner som viser foretakets samlede behov for kapasitet og kompetanse. For å sikre dette må det dokumenteres rutiner for regelmessig gjennomgang og kvalitetssikring.

## **5.3.4 Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten**

Det vises til arbeidet med å kartlegge omfanget av tidsbruk på dokumentasjon, registrering og rapportering i spesialisthelsetjenesten og vurdering av i hvilken grad det er mulig å gjøre effektiviseringer. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet bidra til kartleggingen.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket bidrar til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.

### 5.3.5 Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet

Helse- og omsorgsdepartementet skal igangsette et arbeid for å kartlegge og utrede om det er hensiktsmessig å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet. Målet er å ivareta pasientens behov på en bedre måte. Utvidet åpningstid kan gi bedre utnyttelse av arealer, utstyr og personell i sykehusene, og på sikt gi bedre tilbud til pasienter og brukere.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket bidrar i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet.

### 5.3.6 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:

- Helseforetaket arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og det er etablert rutiner for varsling innad i helseforetaket og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetakene 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:

- Helseforetaket 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.

### 5.3.7 Regjeringens eierskapspolitikk

#### **Mangfold og likestilling**

I Meld. St. 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap - norsk statlig eierskap i en global økonomi* omtales mangfold og likestilling som en del av samfunnsansvaret.

#### Mål 2013:

- Helseforetak er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.

#### **Lønnsutviklingen i helseforetakene**

Det vises til tidligere føringer om at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal bidra til moderasjon i lederlønningene og skal være kjent med og følge retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper av 31. mars 2011. Det understrekes at endringene i retningslinjene ikke åpner for større fleksibilitet når det gjelder ansettelsesvilkår for ledere i helseforetak. Riksrevisjonens lederlønsundersøkelse (Dok. 3:2 (2010-2011)) viser blant annet at lederne i de regionale helseforetakene og helseforetakene har hatt sterkere lønnsvekst enn øvrige ansatte i foretakene.

#### Mål 2013:

- Helseforetaket har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.

#### **Etikk og miljø**

#### Mål 2013:

- Helseforetak har årlig utført klimaregnskap for å vise sine CO<sub>2</sub>-utslipp. Skjemaet som brukes er utviklet av direktoratet for IKT og forvaltning (DIFI).
- Helseforetaket har en plan for oppfølging og implementering av de overordnede etiske retningslinjene gjeldende for Helse Sør-Øst, jf. styrevedtak 004-2012 *Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst*.

### **5.3.8 Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser**

Det skal i 2013 igangsettes et arbeid for å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon. Reell forenkling av gjeldende ordning og videreutvikling til elektronisk løsning forutsetter at pasienters og ledsagers reiseutgifter dekkes etter standardsats. Arbeidet vil omfatte vurdering av behov for endringer i lov og forskrift, forenkling av dokumentasjonskrav, ulike alternative elektroniske løsninger samt økonomiske og administrative konsekvenser. Helse Sør-Øst RHF skal lede de regionale helseforetakenes arbeid med å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon. Helseforetaket vil bli nærmere orientert om arbeidet.

### **5.3.9 Utvikling av nødmeldetjenesten**

Nødmeldetjenesten må utvikles på en god måte, i samsvar med krav i lov og regelverk. Evalueringsrapportene om 22. juli 2011 har pekt på svakheter i IKT-systemer i den akuttmedisinske kjede, og Stortinget har fattet vedtak om landsdekkende utbygging av det nye digitale nødsambandet. Det legges til grunn at de regionale helseforetakene iverksetter nytt styringsdokument for Nødnett der blant annet helseforetak og kommuner får et selvstendig ansvar for gjennomføring av plan for landsdekkende utbygging. Styringsdokumentet gir også føringer om å følge opp fastsatt gevinstrealiseringsplan, bidra i utredningen om sentralisering av driftstjenester og etablering av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) som egen organisasjon. De regionale helseforetakene skal bidra i den videre utbyggingen av Nødnett,

tilrettelegge for Telenors overgang til IP-telefoni og bidra i etableringen av et felles nasjonalt legevaktnummer. Helseforetaket vil bli nærmere orientert om arbeidet.

### **5.3.10 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:

- Helseforetaket 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.

### **5.3.11 Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2**

Sektoren har et selvstendig ansvar for å utarbeide forvaltningsplaner for verneklasse 2 og at forvaltningen av eiendommene skjer på forsvarlig måte. Dette ansvaret har hvert enkelt helseforetak som har bygg i verneklasse 2.

Sykehuset i Vestfold må tinglyse heftelser i grunnboken for eiendommer i verneklasse 2, med henvisning til landsverneplanen og tilhørende forvaltningsplan. For alle vernede eiendommer skal det påmonteres synlig merking som opplyser om vernet. Merket utformes av de regionale helseforetakene i fellesskap. Dersom det er aktuelt å selge vernede eiendommer, skal det før salg gjennomføres, foreligge utarbeidet forvaltningsplan og sikres at denne er anmerket som heftelse i grunnboken. Dette omfatter både fredede eiendommer og eiendommer i verneklasse 2.

## **5.4 Øvrige styringskrav for 2013**

### **5.4.1 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. Helseforetaket 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:

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



## 5.4.2 System for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det er under etablering et nasjonalt system for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å implementere systemet i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Innføring av ny teknologi eller metode omfatter også nye legemidler. Legemiddelinnkjøpssamarbeidet vil ha en viktig rolle i denne sammenhengen, blant annet ved gjennomføring av prisforhandlinger. Forankring av systemet i foretaksstrukturen er en forutsetning for at systemet skal bli et viktig hjelpemiddel for beslutningstakerne. De regionale helseforetakene vil vurdere Legemiddelinnkjøpssamarbeidets (LIS) rolle i system for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

## 5.5 Innkjøp og logistikk

### Mål 2013:

- Helseforetaket har oppnådd 80 % bruk av avtaler.
- Helseforetaket har oppnådd 70 % bruk av innkjøpssystem.
- Helseforetaket har oppnådd 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.
- Sykehuset i Vestfold har brukt Forsyningssenteret for innkjøp med 29,08 MNOK.
- Det er i alle store anskaffelser satt krav til en etisk leverandørkjede ved produkter som sannsynligvis er produsert i lavkostland. Anskaffelsen er rapportert til Sykehuspartner Innkjøp for en risikobasert oppfølging av kravet.
- Helseforetaket har etablert egne anskaffelsesplaner, som igjen kan legges til grunn for budsjettering og samordning av anskaffelser. Dette gjelder også for investeringsbehov innenfor medisinsk teknisk utstyr.
- Helseforetaket har gjort seg kjent med regionale og nasjonale anskaffelsesplaner og sørget for å prioritere tilstrekkelig ressurser til implementering av avtaler som inngås.
- Helseforetaket har sørget for at ressurser spilt inn fra helseforetaket til deltakelse i anskaffelsesarbeid regionalt eller nasjonalt, får nødvendig tid og mulighet til deltakelse.
- Helseforetaket har prioritert implementering av regionale/nasjonale avtaler i samarbeid med tjenesteleverandør.
- Helseforetaket har sørget for å etablere gevinstrealiseringsplaner på bakgrunn av leveranser på anskaffelser fra regionalt og nasjonalt innkjøpssamarbeid.

## 6. 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.

### 6.1 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 Sykehuset i Vestfold.

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 %	Helsedir./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>• Kreftbehandling</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.

## 6.2 Rapportering på særskilte områder

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

Rapportering	Datakilde	Kommentar
<b>• Forskning – innovasjon</b>		
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.	CRISStin Ekstern tilbyder	Beregnes av ekstern tilbyder med frist 1. juni 2013.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 15. mars 2013.	NIFU	Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 15. mars 2013.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	<a href="http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net">http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net</a>	Skriftlig tilbakemelding
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år ) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2013.	Norges forskningsråd	Skriftlig tilbakemelding
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i Nasjonal Samarbeidsgruppe for Helseforskning).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten (rapport)	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2013.	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2013	<a href="http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net">http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net</a>	Skriftlig tilbakemelding
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
<b>• Innovasjon</b>		
Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2013 <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>	HF	Skriftlig tilbakemelding

• 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

### 6.3 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.

I helseforetakenes vedtekter er det lagt til grunn at helseforetakene i Helse Sør-Øst skal levere 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. Meldingen til Helse Sør-Øst RHF skal være godkjent av styret for helseforetaket. 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. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av årlig melding fra helseforetakene, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket 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 som skal godkjennes av styret.

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.

## **7. Vedlegg**

Vedlegg 1:

Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag