

OPPDRA OG BESTILLING 2013 FOR DIAKONHJEMMET SYKEHUS

15. februar 2013

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

Anders Mohn Frafjord
konst. adm. direktør
Diakonhjemmet Sykehus

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. INNSYN OG INTERNREVISJON	5
3. TILDELING AV MIDLER	6
4. AKTIVITET	7
5. OPPDRAG 2013	9
5.1 VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST 2013-2014.....	9
5.2 SATSINGSOMRÅDER 2013.....	9
5.2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering.....	9
5.2.2 Kvalitetsforbedring.....	10
5.2.3 Pasientsikkerhet.....	11
5.2.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi.....	12
5.2.5 Samhandlingsreformen.....	12
5.2.6 Kreftbehandling.....	13
5.2.7 Behandling av hjerneslag.....	14
5.2.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.....	14
5.2.9 Psykisk helsevern.....	15
5.2.10 Habilitering og rehabilitering.....	16
5.2.11 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati.....	16
5.2.12 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.....	16
5.2.13 Kjeveleddsdisfunksjon.....	17
5.2.14 Livsstilsrelaterte tilstander.....	17
5.2.15 Helseberedskap.....	17
5.2.16 Spesialisthelsetjenesten for eldre.....	18
5.2.17 Nasjonale tjenester.....	18
5.3 UTDANNING AV HELSEPERSONELL.....	18
5.4 FORSKNING OG INNOVASJON.....	19
5.4.1 Forskning.....	19
5.4.2 Innovasjon.....	19
6. ØVRIGE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	21
6.1 LIKVIDITET OG KAPITALFORVALTNING.....	21
6.2 INTERN KONTROLL, RISIKOSTYRING OG KRAV TIL FORBEDRING AV DET PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET.....	21
6.3 BARN SOM TOLK.....	22
6.4 RAPPORTERING TIL NORSK PASIENTREGISTER.....	22
7. OPPFØLGING OG RAPPORTERING	23
7.1 STYRINGSPARAMETRE.....	23
7.2 RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER.....	26
7.3 RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING.....	27
8. VEDLEGG	28

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. Diakonhjemmet Sykehus 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 Diakonhjemmet Sykehus. Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder tjenestetilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus 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. Diakonhjemmet Sykehus skal medvirke til at disse målene nås for 2013.

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. I Helsedirektoratets fellesrundskriv IS-1/2013¹ omtales en del sentrale oppgaver. Diakonhjemmet Sykehus må sette seg inn i innholdet i dette dokumentet og følge opp der det er relevant.

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

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

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

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

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn for virksomheten i Helse Sør-Øst, 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 sykehuset og Oslo kommune skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

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

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 Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus være en del av det totale tjenestetilbudet til befolkningen i Oslo sykehusområde. Det er derfor viktig at planlegging og utvikling av tilbudene i sykehusområdet inkluderer disse tjenestene der det er relevant for å sikre god tilgjengelighet og utnyttelse av de tilgjengelige ressursene.

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

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

Det må påregnes at det i løpet av 2013 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt sykehusene i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Det er likevel sykehusets ansvar å påse at disse integreres i styrings- og rapporteringssystemene.

2. Innsyn og internrevisjon

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

3. Tildeling av midler

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

Diakonhjemmet Sykehus AS 2013	
Basisramme	1 022 471
Forskning	17 070
Nasjonale kompetansetjenester	2 000
Turnustilskudd	321
ISF- refusjoner	290 614
I alt	1 332 476

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

Basisrammen omfatter en tidsavgrenset tildeling på 19,0 millioner kroner 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 tilleggsbevilgninger fra eier, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer mv.

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

Drift og investering

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

Nasjonale medisinske kompetansetjenester

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

4. Aktivitet

Mål 2013:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.
- Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.
- Aktivitetsveksten innen alle tjenestområder 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
SOMATIKK				
ANTALL PASIENTBEHANDLINGER - TOTAL AKTIVITET				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (Total)	10 690	10 800	10 900	0,9 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	51 500	46 000	46 410	0,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	2 100	2 100	1 600	-23,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	52 100	52 100	53 500	2,7 %
Fordeling av antall DRG-poeng				
Fordeling av antall DRG-poeng DØGNBEHANDLING				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	13 654	14 000	14 218	1,6 %
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilrettelagt)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilrettelagt)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	470	470	605	28,7 %
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt)	14 124	14 470	14 823	2,4 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Døgntilrettelagt)	6 700	7 000	7 109	1,6 %
Fordeling av antall DRG-poeng DAGBEHANDLING				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	750	750	585	-22,0 %
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	5	5	5	0,0 %
Sum DRG-poeng (Dagbehandling)	755	755	590	-21,9 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Dagbehandling)	0	4	0	-100,0 %
Fordeling av antall DRG-poeng POLIKLINISK VIRKSOMHET				
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	2 355	2 355	2 555	8,5 %
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	0	0	0	0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	35	35	39	11,4 %
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)	2 390	2 390	2 594	8,5 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Poliklinisk virksomhet)	1 200	1 200	1 300	8,3 %
Fordeling av antall DRG-poeng DYRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER UTENFOR SYKEHUS				
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF	750	800	770	-3,8 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av andre enn eget HF	300	300	290	-3,3 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt utenom eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF	3 300	3 700	3 550	-4,1 %
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	1 050	1 100	1 060	-3,6 %
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for alle pasienter - resept utstedt fra eget HF (eieransvaret)	4 050	4 500	4 320	-4,0 %
TOTALT ANTALL DRG-POENG				
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	16 759	17 105	17 358	1,5 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region	7 900	8 204	8 409	2,5 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	16 759	17 105	17 358	1,5 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	17 269	17 615	18 007	2,2 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	17 269	17 615	18 007	2,2 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	17 809	18 205	18 418	1,2 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	18 319	18 715	19 067	1,9 %
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legemidler - resept utstedt av eget HF)	21 319	22 115	22 327	1,0 %

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)	1 210	950	970	2,1 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (VOP)	13 900	13 900	13 600	-2,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	150	2 000	2 000	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	37 900	37 900	39 650	4,6 %
Kjøp fra private institusjoner				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (VOP Private)	0	0		0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (VOP Private)	0	0		0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0	0		0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	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)	0	0		0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (BUP)	0	0		0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0	0		0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	10 000	9 400	9 500	1,1 %
Kjøp fra private institusjoner				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (BUP Private)	0	0		0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (BUP Private)	0	0		0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0	0		0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0	0		0,0 %
TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING AV RUSMIDDELAVHENGIGE	Budsjett 2012	Estimat per okt 2012	Budsjett 2013	% vis utvikling Estimat 2012 til Budsjett 2013
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB)	0	0		0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (TSB)	0	0		0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0	0		0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	6 300	7 300	7 500	2,7 %
Kjøp fra private institusjoner				
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB Private)	0	0		0,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (TSB Private)	0	0		0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0	0		0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	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 sykehuset følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden.

5. Oppdrag 2013

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

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

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

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

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

Mål 2013:

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

5.2 Satsingsområder 2013

5.2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

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

Styringsparametre:

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

5.2.2 Kvalitetsforbedring

Overordnede mål:

- Bedre behandlingsresultat og økt overlevelse.
- Mindre variasjon i praksis mellom sykehus.
- Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten innen sitt ansvarsområde.
- Ledelsen på alle nivå følger opp egne resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer og arbeider aktivt for å forbedre disse.
- Sterke anbefalinger² i nasjonale faglige retningslinjer er implementert.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid, inkludert utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer og oppfølging av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer har tilfredsstillende datakvalitet.
- Sykehuset rapporterer data til relevante nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Mål 2013:

- Sykehuset har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.
- 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.
- 100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.

² 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.

- Ingen korridorpasienter.
- Ved overføring til kommunale pleie- og omsorgstjenester er epikrisen ferdigstilt når pasienten utskrives fra sykehuset.
- Sykehuset 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.
- Sykehuset skal delta i læringsnettverket i regi av Vestre Viken med fokus på hvordan kvalitetsavdelingene kan understøtte pasientnær virksomhet med kunnskap om forbedringsmetodikk for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sykehuset skal delta i helsefaglig læringsnettverk i regi av Vestre Viken som skal bidra til å formidle kunnskap om hvordan effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet sikres i den pasientnære virksomhet i Helse Sør-Øst.

Styringsparametre:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- 30-dagers risikojustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- 30 dagers reinnleggelse KOLS.
- 30 dagers reinnleggelse pneumoni.
- 30 dagers reinnleggelse hjertesvikt.
- 30 dagers reinnleggelse samlet.

5.2.3 Pasientsikkerhet

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

- Ledelsen i sykehuset iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.
- Sykehuset har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.
- Sykehuset legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.
- Riktig forståelse av regelverket i forholdet til ventelister, fristbrudd og pasientrettigheter, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 14. mars 2012, videresendt fra Helse Sør-Øst RHF til sykehuset 15. mars 2012, er innarbeidet i all opplæring i forhold til pasientadministrative systemer.

Styringsparametre:

- Andel sykehus som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Prevalens av sykehusinfeksjoner.
- Dokumentere forbedringer i pasientadministrativt arbeid, med følgende indikatorer:
 - gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført
 - antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
 - antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt

5.2.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

Styringsparametre:

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

5.2.5 Samhandlingsreformen

Overordnede mål:

- Det er etablert og videreutviklet effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med Oslo kommune, herunder lokalmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og sykehus er det etablert helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom sykehuset og Oslo kommune.
- Det er etablert funksjoner og tjenester som understøtter Oslo kommunes 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 Oslo kommune.
- Sykehuset samarbeider med Oslo kommune om etableringen av ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunen som et alternativ til sykehusinnleggelse. Sykehuset har bidratt til at nye ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunen har en kvalitet som reelt sett avlaster 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 sykehusene og fastlegene.
- Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus og Sunnas sykehus skal sammen med Oslo kommune fortsette samarbeidet om å utvikle Aker sykehus til en samhandlingsarena for Oslo. Oslo universitetssykehus skal koordinere spesialisthelsetjenestens bidrag i denne utviklingen, men Diakonhjemmet Sykehus skal på aktuelle områder bidra med kompetanse og ressurser til utredning, planlegging og drift av virksomhet på samhandlingsarenaen.

5.2.6 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.

5.2.7 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.

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).

5.2.8 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 Oslo kommune for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ved behandlingsavbrudd og etter utskrivning, samt rutiner for hurtig reintak 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 sykehus.

5.2.9 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.

5.2.10 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:

- Sykehuset har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.
- Diakonhjemmet Sykehus har i samarbeid med Oslo kommune 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.
- Diakonhjemmet Sykehus 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 Oslo kommune. Samarbeidet mellom respektive koordinerende enheter i sykehus og Oslo kommune er beskrevet i samarbeidsavtalene.

5.2.11 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 kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

5.2.12 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

Mål 2013:

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

5.2.13 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordnede mål

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

Mål 2013

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

5.2.14 Livsstilsrelaterte tilstander

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

Styringsparametre:

- Andel sykehus som rapporterer data om skader og ulykker til NPR.
- Andel sykehus som har utarbeidet ernæringsstrategi.
- Antall nye skadetilfeller i aktivitetsdata.
- Antall rapporterte ‘felles minimum datasett’ (FMDS) for personskadetilfeller.

5.2.15 Helseberedskap

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

5.2.16 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 Oslo kommune og dennes behov for og utvikling av tjenester til den eldre befolkningen.

5.2.17 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.

5.3 Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål:

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

Mål 2013:

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

5.4 Forskning og innovasjon

5.4.1 Forskning

Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, herunder kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake områder.
- Alle helseforetak og private institusjoner som inngår i det nasjonale systemet for måling av forskningsresultater i helseforetakene har egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker, herunder IKT-løsninger.
- Økt bruk av kvalitetsregistre i forskning.
- Utprøvende behandling er som hovedregel gitt gjennom kliniske forskningsstudier og i henhold til nasjonale prinsipper for dette, jf. kap. 8 i St. meld. om kvalitet og pasientsikkerhet.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske 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:

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

5.4.2 Innovasjon

Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i sykehusene.
- Økt omfang av innovasjoner som understøtter helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.
- Økt innovasjonseffekt gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Mål 2013:

- Diakonhjemmet Sykehus har initiert eller deltar i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.
- Diakonhjemmet Sykehus bidrar med data til nyetablert database for innovasjonsindikatorer i sykehusene.
- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten ”*Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser*” fra 2012. Diakonhjemmet Sykehus deltar ved behov i piloter på dette området.
- Diakonhjemmet Sykehus deltar ved behov i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.

6. Øvrige krav og rammebetingelser

6.1 Likviditet og kapitalforvaltning

Utbetaling

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

ISF-refusjoner

For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF-refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale. Dersom sykehuset ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene. ISF-oppgjør for 2013 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Finansiering av fellesprosjekter

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

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

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

Mål 2013:

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

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

Mål 2013:

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

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

Mål 2013:

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

6.3 Barn som tolk

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

Mål 2013:

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

6.4 Rapportering til Norsk pasientregister

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

Mål 2013:

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

7. Oppfølging og rapportering

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

7.1 Styringsparametre

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

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

Oversikt krav til rapportering 2013	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestiller
• Aktivitet, DRG og refunderte polikliniske inntekter³				
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
• Ventetider og fristbrudd⁴				
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

³ ISF-finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR

⁴ 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
• Kvalitetsforbedring – diverse indikatorer				
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Andel korridorpatienter i somatiske sykehus	0 %	NPR	Tertialvis (HOD) Månedlig (HSØ)	HOD HSØ
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
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
• 30- dagers overlevelse				
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 hjerneslag		Helsedir.	tertialvis	HOD

30-dagers risikojustert totaloverlevelse		Helsedir.	tertialvis	HOD
• Psykisk helsevern				
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
• Kreftrbehandling				
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
• Brystrekonstruksjon				
Antall planlagte, faktisk aktivitet og pasienter fortsatt på venteliste for brystrekonstruksjon		HF	Månedlig (eget rapp.skjema)	HSØ
• Brukererfaringer				
Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Kunnskapscenteret	Årlig	HOD
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)		Kunnskapscenteret	Årlig	HOD

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

Øvrig rapportering

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

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

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

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

7.2 Rapportering på særskilte områder

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

Rapportering	Datakilde	Kommentar
• Forskning – innovasjon		
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.	http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 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	http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
• Innovasjon		
Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2013 <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk ○ Antall nye patentsøknader ○ Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale) 	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

7.3 Rapportering i årlig melding

I henhold til helseforetakslovens § 34 skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet.

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

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

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

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

8. Vedlegg

Vedlegg 1:

Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag