



Årlig melding 2016
for
Helse Sør-Øst RHF
til
Helse- og omsorgsdepartementet

Hamar 15. mars 2017

Innhold

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Innledning | 3 |
| 1.1 | Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag | 3 |
| 1.2 | Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016..... | 3 |
| 1.3 | Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2016..... | 22 |
| 2. | Rapportering på krav i oppdragsdokument..... | 28 |
| 2.1 | Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen | 28 |
| 2.2 | Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling..... | 32 |
| 2.3 | Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | 36 |
| 3. | Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016 | 43 |
| 3.1 | Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen | 43 |
| 3.2 | Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling..... | 45 |
| 3.3 | Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | 45 |
| 4. | Rapportering på krav fra foretaksmøtet..... | 47 |
| 4.1 | Krav og rammer for 2016 | 47 |
| 4.2 | Øvrige aktuelle saker i 2016..... | 57 |
| 5. | Styrets plandokument | 64 |
| 5.1 | Utviklingstrender og rammebetingelser | 64 |
| 5.2 | Det regionale helseforetakets strategier og planer..... | 78 |
| 6. | Vedlegg | 84 |
| 6.1 | Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet | 84 |
| 6.2 | Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet | 86 |
| 6.3 | Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet | 88 |
| 6.4 | Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet | 90 |
| 6.5 | Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet..... | 92 |

1. Innledning

Helseforetaksloven § 34 pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide en årlig melding om virksomheten. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

I vedtektene § 15 slås det fast at det skal fremgå av den årlige meldingen hvorvidt pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår knyttet til bevilgningen, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF for 2016.

Helse Sør-Øst RHF utarbeider også eget dokument med årsregnskap og årsberetning 2016 i henhold til helseforetaksloven § 43.

Årlig melding og årsrapport behandles, slik det fremgår av vedtekter § 7, i Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøte som avvikles innen utgangen av juni hvert år.

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Øst RHF's 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 tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

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

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016

• Måloppnåelse i 2016 for styrets overordnede mål for Helse Sør-Øst

Målene som er definert for helseforetaksgruppen er langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut. Det har vært en positiv utvikling selv om måloppnåelsen hittil ikke er god nok.

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Fremgangen fra tidligere år har fortsatt i 2016 og helseforetakene har lagt ned en stor innsats for å nå målene. Samtidig viser resultatene for enkelte indikatorer at det er behov for å fortsette den store innsatsen for å øke pasientenes tilgjengelighet til tjenestene.

Et regionalt innsatsteam har gitt bistand til utvalgte poliklinikker med særlig store utfordringer ved å understøtte omstillings- og endringsprosesser på lokalt nivå. Så langt har poliklinikker innen somatikk vært prioritert. Erfaringene viser at dette er arbeid som tar tid, samtidig som innsatsen gir gode resultater. Regionalt innsatsteam vil derfor videreføres i 2017. Somatikk vil fortsatt være i fokus, men arbeidet vil gradvis dreies over mot de øvrige tjenesteområdene. Det blir i tillegg viktig å arbeide for økt deling av erfaringer og metodikk, både i og mellom helseforetak.

Det har i 2016 vært avholdt fagspesifikke møter med de fire fagområdene med størst utfordringer (ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øye). Et gjennomgående ønske fra alle fagområdene er regionale faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging/kontroller av pasienter innen de største pasientgruppene. Klinikere har vektlagt at anbefalingene bør gjøre det enklere å gi pasientene en faglig god og likeverdig oppfølging i regionen. Anbefalingene skal bidra til å opprettholde den gode utviklingen innen arbeidet med å redusere ventetider og fristbrudd, harmonisere pasientforløpene og forbedre regionens samlede kapasitetsutnyttelse. Midlertidige fagutvalg innen de fire fagområdene vil i 2017 utarbeide slike faglige anbefalinger.

I 2016 har det vært gjort en stor innsats for å bedre kvaliteten og rydde i ventelistene. Informasjonstjenesten *Velg behandlingssted* har i perioden 2013-2016 bistått flere helseforetak i ventelisterydding. Hovedbidraget fra informasjonstjenesten har vært å gi helseforetak praktisk bistand til rydding i ventelister både for langtidsventende og nyhenviste med forespeilet lang ventetid. I denne perioden har nær 7 400 pasienter vært kontaktet. 2 788 av disse er tatt ut av ventelistene fordi de har fått behandling ved annet sykehus eller av forskjellige grunner ikke lenger har behov for den omsøkte helsehjelpen. Arbeidet videreføres i 2017 i regi av de enkelte helseforetakene.

En elektronisk veileder for henvisningsprosessen, som også omfatter regionale brukerveiledere, er utarbeidet i 2016. Denne skal understøtte helseforetakenes arbeid gjennom å styrke kompetansen til ansatte som arbeider med henvisninger og ventelister. Veilederen skal videreutvikles og implementeres i 2017, og det vurderes innført en regional sertifiseringsordning for de aktuelle medarbeiderne.

Målet om minimum seks måneders planleggingshorisont i alle poliklinikker er ikke nådd. Dette er avgjørende for å sikre god tilgjengelighet i form av korte ventetider og ingen fristbrudd. Dette vil derfor ha høyt fokus i 2017.

Arbeidet med erfaringsutveksling innen og mellom helseforetak som har effektive pasientforløp med korte liggetider, høy utnyttelse av kapasiteten og god tilgjengelighet vil fortsette. Det vil spesielt vektlegges deling av eksempler på «beste praksis», blant annet gjennom inter- og intranett og arenaer hvor fagmiljøer og helseforetak møtes.

Også i 2016 har ledelsen på alle nivåer i foretaksgruppen hatt ventetider og fristbrudd som fast tema på alle oppfølgingsmøtene. Erfaringene viser at det er helt nødvendig at dette arbeidet er godt forankret og har høyt fokus på alle ledernivåer, og arbeidet vil videreføres i 2017. Sammenligning av nivåene for noen sentrale indikatorer målt per 31. desember 2015 og 2016 bekrefter fremgangen:

- Den polikliniske aktiviteten (per november 2016) er vesentlig høyere:
 - Samlet for alle tjenesteområder ca. 268 000 flere konsultasjoner (+7-8 prosent).
 - Herav er økningen innen somatikk på ca. 200 000 konsultasjoner (+7,9 prosent).
 - Økningen i somatikk skyldes at flere helsepersonellgrupper kan utløse ISF-aktivitet
- Færre pasienter som venter:
 - 107 000 ventende pasienter mot 120 000 ved forrige årsskifte. I løpet av året er dermed antall ventende redusert med 13 000 pasienter (-10,8 prosent).
- Ventetidene er redusert:
 - Ventetiden for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet i 2016 er 9 dager kortere enn tilsvarende for 2015.

- 19 dager kortere ventetid for ventende pasienter i desember 2016 sammenlignet med desember 2015.
- Lavere antall og andel fristbrudd:
 - Andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er redusert fra 4,3 prosent i 2015 til 1,2 prosent i 2016. Dette tilsvarer 8500 færre fristbrudd.
 - Andel fristbrudd for ventende pasienter er redusert fra 1,4 prosent i 2015 til 0,6 prosent i 2016. Dette tilsvarer 13 000 færre fristbrudd.

| Status 31. desember aktuelle år | 2015 | 2016 |
|--|-----------|-----------|
| Antall nyhenviste | 744 666 | 735 161 |
| Antall polikliniske konsultasjoner (per 31. november) | 3 977 904 | 4 246 359 |
| Antall ventende | 120 677 | 107 600 |
| Gjennomsnittlig ventetid, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet | 60 | 54 |
| Gjennomsnittlig ventetid, ventende pasienter | 77 | 58 |
| Antall fristbrudd, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet | 380 | 497 |
| Antall fristbrudd, ventende pasienter | 526 | 766 |
| Andel fristbrudd, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet | 1,0 | 1,2 |
| Andel fristbrudd, ventende pasienter | 0,4 | 0,7 |

Mye av innsatsen har også i 2016 vært rettet mot de pasientene som har ventet lengst på behandling. Antall langtidsventende pasienter, definert som pasienter med ventetid over ett år, er redusert fra overkant av 2 000 i desember 2015 til ned mot 800 i desember 2016. Tross langvarig streik høsten 2016 har helseforetakene redusert ventetiden og antall fristbrudd i perioden. Dette skyldes i stor grad at nyhenviste pasienter ble skjermet for følgene av streiken.

Indikatoren «pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging» har vært fokusert i 2016. Nasjonalt har det vært arbeidet med å øke kvaliteten på denne indikatoren slik at den kan brukes som styringsverktøy for helseforetakene. Gjennom dette arbeidet er det fremkommet en ny definisjon som brukes i alle de regionale helseforetakene. Innføringen av felles definisjon gjør at det i fremtiden vil foreligge sammenlignbare tall. For tidligere år er ikke tallene sammenlignbare mellom de regionale helseforetakene.

I Helse Sør-Øst er status per desember 2016:

- Antallet pasienter med passert tentativ tid er redusert med 13 000 sammenlignet med de første målingene i oktober 2016.
- Totalt antall pasienter som har passert tentativ tid er 78 000. Dette utgjør en andel på 8 prosent av alle planlagte kontakter.
- Til tross for en langvarig streik har det vært en sterk nedgang i antall pasienter med passert tentativ tid.

Arbeidet med å redusere antall pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging vil fortsatt være høyt prioritert i 2017.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Helse Sør-Øst har i en årrekke arbeidet ut fra et eget måltall for arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner. Målet om å redusere andel sykehusinfeksjoner til under tre prosent er ambisiøst og er samlet sett ikke nådd i 2016.

I flere år har det vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år i Helse Sør-Øst. Resultatene varierer noe år for år, men viser likevel en nedadgående trend.

| | |
|-----------------------|-------|
| 2011 | 5,2 % |
| 2012 | 5,7 % |
| 2013 | 4,2 % |
| 2014 | 4,8 % |
| 2015 | 4,9 % |
| 2016 (første tertial) | 4,2 % |

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak og private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF rapporterer som pålagt i *Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS).

Reduksjon i antall sykehusinfeksjoner er utfordrende og økning av multiresistente bakterier krever større innsats ved helseforetakene. Antibiotikaresistens er en økende utfordring og alle helseforetak har i løpet av 2016 iverksatt antibiotikastyringsprogram som et forebyggende tiltak slik det er pålagt i *Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens* og oppdragsdokument 2016 til Helse Sør-Øst RHF. Regionalt kompetansesenter for smittevern er i 2016 styrket med ressurser for å understøtte helseforetakene i arbeidet med antibiotikastyringsprogrammet.

Pasientsikkerhetsprogrammet er også en del av satsningen for å forebygge infeksjoner gjennom forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner ved sentrale venekatetre samt tidlig oppdagelse av sepsis.

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Målet om at alle pasienter skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning er samlet sett ikke nådd i Helse Sør-Øst i 2016. Ved utgangen av året hadde 76 prosent av pasientene fått bekreftelse på henvisning og tidspunkt for utredning eller behandling i samme brev. Tilsvarende tall for 2015 var 63 prosent.

Lovkravet for dette området er at henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal vurderes innen ti virkedager med skriftlig informasjon om utfallet til pasienten og den som har henvist pasienten til spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal det opplyses om en konkret time eller uke for oppstart av helsehjelp. Lovkrav innfris i 97 prosent av tilfellene med hensyn til vurderingsfrist, men helseforetakene klarer ikke fullt ut å opplyse om tid for oppstart av helsehjelp.

En grunnleggende forutsetning for å tildele tid for helsehjelp, er tilstrekkelig grunnlag for planlegging av rom, utstyr og personellressurser. Det er fortsatt utfordrende å utvide planleggingshorisonten med lister over tilgjengelige ressurser til minimum seks måneder i alle poliklinikker. For å understøtte helseforetakenes arbeid, ble det i 2016 satt i gang et regionalt prosjekt med mål om utvikling av verktøy for bemanningsplanlegging. Prosjektet ble stanset som følge av legestreiken i 2016. Arbeidet med dette videreføres i 2017 innenfor det enkelte helseforetaks ansvarsområde. Så langt har innsatsen ikke gitt tilstrekkelig resultat. Området krever således fortsatt regional oppfølging i 2017.

Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet

Medarbeiderundersøkelsen er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet knyttet til arbeidsmiljø og tjenestekvalitet i helseforetaksgruppen. Alle medarbeidere skal involveres i lokalt forbedringsarbeid og finne frem til konkrete tiltak for egen enhet. En analyse gjennomført i 2014

viste at enheter som skårer høyt på involvering av egne medarbeidere også skårer høyere på en rekke tema i undersøkelsen, som konflikter, sosialt samspill, forbedring, medvirkning, kvalitet, tilhørighet, motivasjon og faglig utvikling. De samme enhetene har også en signifikant forbedring på disse temaene fra året før.

I 2016 svarte 56 prosent av respondentene at de hadde vært involvert i oppfølging av fjorårets undersøkelse, hvilket er en svak forbedring fra 2015 (ett prosentpoeng). Siden 2010 har helseforetaksgruppen samlet sett gått tretten prosentpoeng frem, fra 43 til 56 prosent. Det er imidlertid fortsatt en stor andel medarbeidere som ikke opplever at de er involvert i oppfølgingsarbeidet. Helseforetakenes innsats må derfor følges opp videre.

For å øke måloppnåelsen gjennomføres det faste møter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, både knyttet til gjennomføring og til resultatoppfølging. Alle helseforetak legger frem resultatene i arbeidsmiljøutvalg og styre. Det stilles klare krav til ledere om etablering av tiltaksplaner på alle nivåer. Forbedringsarbeidet følges opp gjennom arbeidsmiljøutvalg, faste rapporterings- og oppfølgingsprosesser, ledelsens gjennomgang mv. Helse Sør-Øst RHF sikrer kontinuitet i målingen ved å påse at foretakene har en resultatindikator som kan følges opp helt ned på enhetsnivå.

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Helseforetaksgruppens resultatutvikling i 2016 er positiv og bedre enn budsjett, og samlet er det god kontroll med økonomien. Den positive resultatutviklingen legger et grunnlag for økt investeringsevne i helseforetaksgruppen. Det samlede investeringsbehovet er stort, og det planlegges med mange store investeringsprosjekter. Riktig prioritering av investeringsprosjekter er viktig for å sikre god kvalitet i pasientbehandling samtidig som helseforetaksgruppen har økonomisk bæreevne til å gjennomføre prosjektene. Vedtatte regionale prinsipper for likviditetsstyring legger til rette for at helseforetakene kan bruke egne likviditetsoverskudd til investeringer.

I *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* er det forutsatt at varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom. Dette skal gjennomføres ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer. Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse. Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i helseregionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen. *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* forutsetter at helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå.

• **Aktivitetsutvikling**

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Sør-Øst RHF har hatt tett oppfølging av styringsoppdraget om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette blant annet i oppfølgingsmøter med helseforetakene og det er også fulgt opp i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (ØLP) og budsjettarbeid.

I 2016 var det en kraftig vekst i poliklinisk aktivitet innen somatikk som en følge av at flere personellgrupper kunne utløse ISF-refusjon. Det er nødvendig å justere aktivitetstallene for denne meraktiviteten (inntektsgivende polikliniske konsultasjoner) innen somatikken når aktivitetsutviklingen mellom tjenesteområdene skal sammenlignes. Etter denne justeringen viser aktivitetstallene at Helse Sør-Øst har oppnådd målet om en sterkere vekst innen psykisk helsevern samlet og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk. Isolert sett er likevel veksten innen psykisk helsevern for barn og unge lavere enn for somatikken.

Mye av veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling kan tilskrives økt volum i avtaler med private leverandører. Den økte aktiviteten samlet gjør at ventetidene holdes lave og er rundt 45 dager i gjennomsnitt, sammenlignet med rundt 60 dager innen somatikk.

Psykisk helsevern og rusbehandling skal også ha en sterkere vekst målt i bemanning og kostnader. Forhold knyttet til registrering og rapportering gjør det utfordrende å sammenligne veksten målt i disse parametrene. Kostnadsbildet i somatikken er preget av sterk økning av blant annet kostnader til legemidler. Samlet innebærer disse faktorene at det er vanskelig å foreta en entydig tolkning av utviklingen.

Sett opp mot 2015 var det vekst innenfor alle tjenesteområder og flere av aktivitetskategoriene.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Flere momenter medvirker. Det er en langvarig medisinsk utviklingstrend at ny og mer presis diagnostikk, nye behandlingsmetoder og bedre logistikk fører til kortere liggetid. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen kan også ha betydning.

Forbedret samarbeid og riktig bruk av private leverandører

Helse Sør-Øst RHF inngår avtaler med private leverandører om leveranse av helsetjenester som et bidrag til å oppfylle «sørge for»-ansvaret i regionen, redusere ventetider og gi pasientene økt valgfrihet.

Helse Sør-Øst RHF har tidsbegrensede avtaler innen 8 somatiske fagområder og 60 løpende avtaler innen fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering. De løpende avtalene gir leverandørene stabile driftsforutsetninger og legger forholdene godt til rette for et langsiktig og tett samarbeid med andre aktører både innen spesialisthelsetjenesten og innen det kommunale ansvarsområdet. Avtalene ble inngått i 2014 og 2015, noe som innebærer at 2016 var det første året med stabilt driftsgrunnlag.

I avtalene er det stilt spesifikke krav til aktivitet, kvalitet og kompetanse. Dette følges tett opp gjennom månedlig rapportering samt ulike typer møtevirksomhet og dialog i løpet av året. Det inngås hvert år en ytelsesavtale for den enkelte institusjon hvor det spesifiseres eventuelle endringer i ytelsen det kommende året.

Helse Sør-Øst RHF har inngått avtaler med private leverandører innen kirurgi som innebærer at helseforetakene samlet sett kan gjøre avrop på 25 prosent ut over det volumet som er kjøpt via anbudskonkurransen. Dette gjøres for å legge forholdene til rette for et tettere samarbeid mellom private leverandører og helseforetakene slik at leverandørene kan bidra innen de områder hvor helseforetakene har størst utfordringer med lange ventetider.

Ved siste anbudskonkurranse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble leverandørene tilført midler til økt ambulant virksomhet for å styrke samarbeidet mellom leverandørene, kommunene og helseforetakene. Hensikten med dette er å lette overgangene for pasientgruppen, basert på erfaringene som viser at mange ikke møter opp til behandling eller får mangelfull oppfølging i etterkant av døgnbehandlingen. De foreløpige erfaringene med denne satsningen er gode. Erfaringer og vurderinger innhentet fra brukerorganisasjonene tilsier at ressursinnsatsen til ambulant virksomhet og samarbeid bør økes.

Aktivitetsrapporter viser stor variasjon i drift hos private avtalespesialister. Det er både stor variasjon i antall konsultasjoner og ulikhet i profilene på ulike praksiser. På bakgrunn av ny

rammeavtale for avtalespesialister ble det våren 2016 igangsatt arbeid med en regional plan for avtalespesialistområdet hvor man ser på geografisk fordeling og fordeling per spesialitet, samt på hvilke indikatorer som skal brukes for å sikre en best mulig utnyttelse av ressursene til beste for pasientene. I tillegg er de første samarbeidsavtalene mellom avtalespesialistene og helseforetakene inngått hvor det beskrives gode rutiner for oppgavedeling knyttet til pasientgrupper og pasientforløpene. Det vurderes og også muligheten for samarbeid om utdanning av leger.

- **Samhandling**

Avtaler mellom helseforetak og kommuner

Samhandling med kommunehelsetjenesten for å utvikle gode behandlingstilbud er et prioritert innsatsområde. Det er etablert regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner.

Antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er på samme nivå som i 2015, med noen variasjoner mellom de enkelte helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har nøye fulgt utviklingen av antall reinnleggelser, uten å kunne påvise vesentlige endringer.

Som følge av ulike tilsyn og revisjoner knyttet til utskrivning fra sykehus er det besluttet å etablere et eget regionalt innsatsområde «*Trygg utskrivning*».

Når det gjelder de nye kommunale øyeblikkelig hjelp-plassene er det foreløpig stor usikkerhet knyttet til hvorvidt disse avlaster helseforetakene slik det er ment. Data fra kommunene omhandlende beleggsprosent viser at ordningen foreløpig blir for lite brukt totalt sett, men at det er stor variasjon fra svært lavt belegg på enkelte tilbud til nærmest fullt belegg på andre. Spesialisthelsetjenesten må fortsatt bidra i utviklingen av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten.

Det ble i 2016 inngått pilotavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen om kompetanseutveksling. Avtalen regulerer et samarbeid mellom KS læring og læringsportalen i Helse Sør-Øst og legger til rette for systematisk deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus.

Helse Sør-Øst RHF inngikk i 2016 en felles avtale om helse og arbeid med alle NAV fylkeskontor og NAV hjelpemidler og tilrettelegging. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i september 2016 sak 070-2016 *Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – status og videre arbeid*. Fem områder ble vektlagt og skal prioriteres fremover: Pasientens helsetjeneste, utveksling av erfaringer og styringsdata, avklare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen prioriterte områder, kompetanseutvikling og IKT-løsninger som fremmer god samhandling.

Som en del av arbeidet med regional plan utarbeides det regionale føringer for å sikre bedre samhandling og ansvarsfordeling på viktige fagområder med store samhandlingsflater. Det er særlig fokus på rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og prehospitaltjenester.

Praksiskonsulentordningen

Det foregår et kontinuerlig arbeid med å videreutvikle praksiskonsulentordningen (PKO) i Helse Sør-Øst. Helseforetak med robuste PKO har i 2016 kunnet fremvise eksempler på godt

forbedringsarbeid innen samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det er et mål å styrke PKO ved helseforetak som har etablert mindre robuste ordninger. Regionalt PKO-nettverk består av PKO-ledere ved samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst. Nettverket har avholdt kvartalsvise møter med deltakelse fra Helse Sør-Øst RHF. Nettverket har i større grad enn tidligere kommet med konkrete innspill til Helse Sør-Øst RHF i ulike samhandlingsspørsmål.

- **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på systemnivå er i Helse Sør-Øst etablert i alle sentrale administrative og faglige fora.

For å sikre medvirkning på individnivå, arbeider Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med brukerutvalget og ulike fagmiljø for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet. Det har i 2016 vært arbeidet med utvikling og evaluering av rammeverket «*Klar for samvalg*» med opplæring og undervisning innen samvalg for helsepersonell.

I 2016 er det videreutviklet samvalgsverktøy for beslutningssituasjoner der pasienter kan delta i valget mellom ulike forsvarlige behandlinger. Verktøyene gjør det mulig å integrere data fra flere kilder for å komme frem til beste behandling. Det er arbeidet med verktøy for bipolar lidelse, HIV, valg av rehabiliteringssted for pasient etter hjerneslag og ulykker, samt fire ulike behandlingsvalg ved lungekreft. Flere andre samvalgsverktøy er under planlegging.

Regionale fagråd, fagutvalg og kompetansetjenester

Helse Sør-Øst RHF har etablert 13 fagråd. Fagrådene er rådgivende organ for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Fagrådene bidrar til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusområdene slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig likeverdig. Det er utarbeidet et standardmandat for fagrådene. Flere av fagrådene har i tillegg fått konkrete bestillinger som en konkretisering av mandatet. Fagrådene er oppnevnt permanent, mens fagutvalg oppnevnes midlertidig for å løse en konkret utfordring innenfor et definert fagområde. Fagrådenes og fagutvalgenes anbefalinger bygger på dokumentert kunnskap og god praksis og det sikres legitimitet gjennom gode prosesser i dialog med fagmiljøet, brukere og tillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF har etablert flere regionale kompetansetjenester for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er igangsatt et arbeid for oppfølging og evaluering av tjenestene.

Pakkeforløp og standardiserte pasientforløp

Helseforetak og sykehus har gjort en stor innsats for å lykkes med implementering av pakkeforløp kreft. Pakkeforløp kreft er pasientens helsetjeneste i praksis. Ledelsens og fagfolks involvering og støtte for å iverksette forbedringer og allokere ressurser har vært avgjørende. Nasjonale mål og målinger har vært en driver for implementering og forbedringsarbeid.

Kravet om at andel nye pasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent oppfylles i Helse Sør-Øst. For kravet om at minst 70 prosent skal behandles innen standard forløpstid er det også gode resultater i Helse Sør-Øst for mange pasientgrupper, og resultatene er gradvis blitt bedre i 2016. Det er likevel fortsatt utfordringer for prostatakreft, gynekologisk kreft og lungekreft.. Brystkreft følges også spesielt overfor enkelte helseforetak. Pakkeforløp for kreft har synliggjort nytten med å måle delprosesser i pasientforløpet, for å unngå ikke faglig begrunnet ventetid; og å følge enkeltpasienters forløp. I 2017 innføres regionale elektroniske MDT-møter (3-strøms multidisiplinære møter) for å legge til rette for ytterligere forbedringer i utredningstiden.

For å sikre læring på tvers i regionen, har det vært arrangert regionale samlinger for klinikere og ledere, forløpskoordinatorer og monitoreringsansvarlige. Pakkeforløp for kreft utfordrer etablerte strukturer med den tradisjonelle avdelingsinndelingen. Faglig og administrativ ledelse har bidratt til bedre samarbeidet både innad i helseforetak og mellom helseforetak og sykehus. Flaskehals er blitt avdekket og forbedringstiltak er iverksatt. For å sikre rask hjelp for kreftpasienter er det avsatt bestemte tidspunkt («slot-tider») på poliklinikker, innen radiologi og på operasjonsprogrammene. Nytt utstyr er anskaffet og avtaler med private tjenesteleverandører reforhandlet.

Det har i regionalt nettverk vært arbeidet med å tilrettelegge for helhetlige pasientforløp (hjem til hjem) for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, KOLS og rehabilitering samt for pasienter med skadelig bruk/avhengighet av alkohol. Regional erfaringsutveksling som sikrer læring på tvers mellom helseforetak får positiv evaluering og er en viktig driver for inspirasjon til videreutvikling. Både innenfor helhetlig pasientforløp og pakkeforløp er samvalg vesentlig, slik at pasientene deltar i beslutning og valg av behandlingsalternativer.

Kontinuerlig forbedring og monitorering med tidsserieanalyser (statistisk prosesskontroll) bør fortsatt styrkes ved alle helseforetak og sykehus.

Kvalitetsregistre

Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre ble i 2016 blant annet brukt til å avdekke og forebygge uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester og til å utvikle nye nasjonale kvalitetsindikatorer. Norsk nyfødtemedisinsk helseatlas, som omhandler variasjon i forbruk av helsetjenester til nyfødte, er det første helseatlas som er basert på tall fra et kvalitetsregister (Norsk nyfødtemedisinsk kvalitetsregister). Gjennomgangen av alle innleggelse i nyfødtavdelingene viser til dels betydelige geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester gitt til nyfødte, uten at dette kan begrunnes i tilsvarende forskjeller i sykkelighet (ingen holdepunkter for geografiske forskjeller i sykkelighet blant nyfødte barn i Norge).

Helsedirektoratet publisert i 2016 nye nasjonale kvalitetsindikatorer basert på data fra Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes og Norsk hjertestansregister.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet ved helseforetakene i Helse Sør-Øst følges opp med erfaringsutveksling og nettverksmøter. Spredning av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet på helseforetaksnivå følges ved rapportering i linjen hvert tertial i oppfølgingsmøter. Alle innsatsområder skal være implementert i relevante enheter innen 2016. Pasientskader følges som nasjonale måltall ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT) og rapporteres årlig.

Ved mange helseforetak vil det være behov for å utvide implementeringsperioden for innsatsområder til 2017. Implementering er avhengig av klinikers involvering, endring av daglige arbeidsprosesser og etablering av varige strukturer.

GTT-undersøkelsen i 2015 (publisert i september 2016) anslår at det i 13,7 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Siden 2010 har alle norske helseforetak gransket journaler for å avdekke pasientskader ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT).

Man regner med at halvparten av skadene som blir identifisert ved journalgransking kan forebygges. I 2010 og 2011 oppsto en eller flere skader i 16 prosent av pasientoppholdene. Siden

2012 har nivået ligget stabilt på rundt 13-14 prosent. En sammenligning av norske og svenske tall fra 2013 viser at skadenivået i Norge er det samme som på svenske sykehus.

I 2015 var parametrene «legemiddelrelatert skade» den hyppigste skaden, etterfulgt av «urinveisinfeksjoner» og «postoperativ sårinfeksjon». Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er innrettet for å forebygge skade innen disse områdene og har som mål å redusere forebyggbare skader med 25 prosent innen 2018.

I 2015 og 2016 hadde Helse Sør-Øst og pasientsikkerhetsprogrammet et ekstra læringsnettverk for samstemming av legemidler. Dette er det vanskeligste innsatsområdet og krever nært samarbeid mellom fastleger, pasient og flere enheter innad i helseforetakene.

Styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet har besluttet følgende nye innsatsområder i 2017:

1. tidlig oppdagelse og behandling av sepsis (blodforgiftning)
2. tidlig oppdagelse av forverret tilstand
3. forebygging og behandling av underernæring

Brukererfaringer og pasienttilfredshet

Folkehelseinstituttet/Kunnskapssenteret presenterte i juni 2016 pasienterfaringer med norske sykehus, PasOpp, for 2015. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst har hatt en positiv utvikling på seks av ni områder i siste tre-årsperioden. Ingen områder ligger under landsgjennomsnittet. Følgende områder er forbedret i forhold til landsgjennomsnittet. Pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, utskriving og ventetid. Mens pårørende standard og samhandling er uforandret i perioden 2011-2016. Erfaringer med standard er imidlertid signifikant forbedret i perioden 2014-2016.

Folkehelseinstituttet/Kunnskapssenteret har i 2016 gjennomført brukererfaringsundersøkelsen PasOpp på postnivå ved fire sykehus innen Helse Sør-Øst. Disse resultatene følges opp i sykehusene. Eksempler på tiltak fra Lovisenberg Diakonale Sykehus, som er motivert blant annet fra PasOpp undersøkelsene på postnivå, er kurs i klinisk kommunikasjon, arbeid med epikrisene og annen informasjon til pasienter og pårørende.

• Kapasitetsvurderinger

Det er avgjørende for Helse Sør-Øst RHF å sikre riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene blant annet i møte med demografiske endringer og medisinsk utvikling. Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan «sørge for»-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Ansvar ivaretas gjennom tilbud ved egne helseforetak og ved supplerende kapasitet anskaffet fra private tilbydere.

Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet. Kapasitetsvurderinger gjøres blant annet i forbindelse med strategiske planer og økonomiske langtidsplaner, inntektsfordelingsmodell og ved etablering av framskrivningsmodell for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

I 2017 vil alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Dette er basert på regionale føringer som blant annet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Her vil kapasitetsutfordringer lokalt og regionalt bli adressert.

Særskilt om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet

Også i 2016 har det vært spesiell oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Gjennom flere vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF, senest sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*, er det etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige kapasitetstilpasninger.

Det arbeides videre med optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

I styresak 052-2016 konstateres det at det er behov for avlastning av Akershus universitetssykehus for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte fremtidig befolkningsvekst. Det er besluttet at befolkningen i Vestby kommune skal overføres fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold. Etter overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune, vil neste avlastning av Akershus universitetssykehus være overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet innen somatikk for befolkningen i bydel Alna til Oslo sykehusområde. I et fremtidig mål bilde inngår også bydelene Grorud og Stovner i opptaksområdet til et nytt lokalsykehus på Aker.

- **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere.**

Ledelse

Virksomheten innen leder- og ledelsesutvikling er videreført i 2016 etter de samme føringer og retningslinjer som tidligere. Helse Sør-Øst RHF's «*Konsept for lederutvikling*» ligger således som en felles ramme for helseforetakenes tilbud og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt. Flere og flere helseforetak satser på utvikling av ledergrupper og ledelse av pasientforløp i tillegg til utviklingstiltak for enkeltledere. Helse Sør-Øst RHF bidrar til erfaringsdeling mellom foretakene gjennom konferanser, nettverk og med konkret bistand til utvikling og gjennomføring av tiltak i de enkelte foretak.

Temaene «resultatutvikling» og «resultatsikring» blir fortsatt prioritert høyt. Det vektlegges mer og mer hvordan ledere, på en involverende måte, kan sikre nødvendig kompetanseutvikling og ressursstyring.

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Nasjonal ledelsesutvikling videre bidratt til å utvikle og gjennomføre det nasjonale ledermobiliseringsprogrammet, som har som formål å vekke interesse for ledelse blant yngre fagfolk.

Helse Sør-Øst RHF legger både i løpende drift og prosesser vekt på å sikre involvering av tillitsvalgte og medarbeidere knyttet til prosjekter og anskaffelser. Det avholdes regelmessige møter med tillitsvalgte vekt på ulike nivåer. Både ansatte, tillitsvalgte, verneombud og ledere fra helseforetakene deltar i ulike regionale råd og utvalg.

Det gjennomføres også årlig en medarbeiderundersøkelse der ledere og medarbeidere gir tilbakemelding på involvering og medvirkning. Dette følges opp i egne handlingsplaner.

En del av utfordringsbildet knytter seg til åpenhet og dialog. Det må legges vekt på et fortsatt tillitsskapende arbeid mellom ansatte, tillitsvalgte og ledelse. Dette er et ledelsesansvar.

Strategisk kompetanseutvikling

Helse Sør-Øst ønsker gjennom strategisk kompetanseutvikling å møte prognosene som viser et tiltagende kompetansegap for flere grupper helsepersonell frem mot 2030.

Nasjonal bemanningsmodell foreligger nå også i en regional versjon. Bemanningsmodellen er utviklet som et verktøy for scenarieanalyser med et tidsperspektiv frem mot 2030. Statistisk sentralbyrås fremskrivning av befolkningsvekst ligger til grunn. I tillegg kommer et sett justerbare faktorer som gjør det mulig å endre på estimert bemanningsbehov (sykefravær, pensjonsalder, endret oppgavedeling og nye behandlingsmetoder m.fl.). I det regionale arbeidet har vi blant annet analysert aktuelle rapporter og fremskrivninger vedrørende arbeidskraft, herunder SINTEFs aktivitets- og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst. Tverregionalt er det etablert enighet om de kriterier som skal legges til grunn for vurdering av strategisk fokus for spesialiteter i kommende planperiode.

Beslutning om kompetansestyringssystem for leger i spesialisering (LIS) er etablert etter utredning og forankring i foretaksgruppen. Systemet *Dossier* skal heretter brukes som kompetanseplanleggingsverktøy for LIS. Dette er også det foretrukne kompetansestyringssystemet i Helse Sør-Øst for andre aktuelle yrkesgrupper. Implementering blir avklart i forbindelse med behandling av budsjett for 2017.

Digital læring er styrket ved at læringsportal for Helse Sør-Øst er overført til mobil plattform. Dette vil bidra til større fleksibilitet, lavere brukerterskel og derigjennom en økt bruk av tilgjengelige e-læringstilbud. Videre er det gjennomført en prosess knyttet til etablering av et regionalt prioriteringsråd for å sikre at e-læringsprogrammer innenfor sentrale felles innsatsområder blir prioritert i tillegg til det utviklingsarbeid som skjer basert på lokale initiativ og tiltak. Gjennom det tverregionale nettverket for digital læring er det foretatt en kartlegging av eksisterende, regionalt utviklede e-læringsprogrammer med spesiell relevans for LIS-utdanningens felles kompetansemoduler.

Sentrale utfordringer på kompetanseområdet felles for foretaksgruppen er tidligere identifisert som behov for styrke tilgangen på sykepleiere, bioingeniører og radiografer samt spesialsykepleiere (anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft) i tillegg til ulike legespesialiteter som psykiatri og rusmedisin, radiologi, patologi, geriatri samt lunge- og gastroenterologi. Dette arbeidet er videreført i 2016. Det er blant annet utarbeidet en overordnet behovsanalyse på regionalt nivå i samarbeid med de øvrige helseregionene. Analysen er basert på helseforetakenes tilbakemelding vedrørende sårbare fagområder, data fra personalportalen i Helse Sør-Øst, utvikling beskrevet i legestillingsregisteret og bruk av nasjonal bemanningsmodell. Det regionale kompetansenettverket har bidratt ved deling av erfaringer og drøfting av tiltak, spesielt rettet mot spesialsykepleiere og helsesekretærer.

Helse Sør-Øst har bidratt aktivt i det tverregionale prosjektet for ny utdanningsmodell for leger i spesialisering (LIS) Fra HR-siden har det vært et særskilt anliggende å lande en beslutning om kompetansestyringssystem for LIS, ettersom de andre tre regionene allerede har tatt i bruk samme system (*Dossier*). Det har også vært viktig å kartlegge tilgjengelige e-læringsprogrammer som kan benyttes i LIS-sammenheng. Dette er fulgt opp og gjennomført i tverregional regi.

Bedre ressursstyring

Ansvar for implementering av arbeidet med bedre ressursstyring er overført til helseforetakene som driftsoppgave. Dette basert på den systematikken (*BRASSE*) som det er gitt opplæring til i hele helseforetaksgruppen. I tillegg har det regionale «*Tilgjengelighetsprosjektet*» arbeidet særskilt for bedre ressursstyring og ressursprioritering innen utvalgte områder med lange ventetider, med særskilt prioritering for å nå de nasjonale målsetningene om 65 dagers gjennomsnittlig ventetid.

I 2016 er det også jobbet særskilt med et regionalt delprosjekt som har vært styrt gjennom det samlede «*Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet*» (TRP). Delprosjektet har hatt som målsetting å

utarbeide en felles metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging. Metodikken har vært bygget opp blant annet for å svare opp myndighetskrav som «time i hånden», seks måneders planleggingshorisont i poliklinikker og samsvar mellom bemanning og aktivitet.

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene (Dokument 3:12 (2014-2015)), påpekte at det lå et betydelig potensiale i å ha god opplæring av ledere i arbeidstidsplanlegging. Dette har medført at helseforetakene har fått et bevisst forhold til problemstillingen og tiltak som må gjennomføres for å øke graden av måloppnåelse.

Kravet til reduksjon i andel deltidsansatte i foretaksgruppen er tidligere innfridd. Nivået ligger nå på ca. 33 prosent i faktisk andel deltid (ca. 24 prosent korrigert for sykefravær samt permisjoner og andre frivillige tiltak). Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid er fortsatt viktig. Innsatsen er videreført i 2016 i tråd med Helse Sør-Østs felles policy for heltidskultur. Denne legger opp til at stillinger i helseforetakene skal lyses ut som heltidsstillinger. Alle deltidsansatte som ber om det, skal dessuten få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger.

Parallelt med innsatsen for å redusere andel deltidsansatte arbeides det også med å redusere bruken av midlertidig ansatte og øke bruken av faste stillinger. Innsatsen rettes spesielt mot korttidsansatte på timelønn, der potensialet for økning er størst.

Helseforetaksgruppen har fortsatt vekst i bemanningen målt i brutto månedsværk. I de fleste helseforetakene var bemanningen ved årets utgang høyere enn budsjettet og høyere enn foregående år. Helse Sør-Øst RHF følger denne utviklingen nøye gjennom månedlige oppfølgingsmøter. Helseforetakene følges tett opp i forhold til aktuelle tiltak. Bemanningsveksten i 2016 er likevel lavere enn i 2015 til tross for omtrent lik aktivitetsvekst.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2017 fortsatt følge opp arbeidet med god og riktig planlegging av arbeidskraft og god ressursstyring.

Innsats innen HMS-området

Helseforetaksgruppens rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) omfatter policy og indikatorer som angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området. Rammeverket beskriver seks satsningsområder for perioden 2015-2018 som er definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen. Helseforetaket har ansvar for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og at virksomheten gjennomfører et systematisk HMS-arbeid.

Det er i 2016 iverksatt arbeid på tre av de regionale satsningsområdene, *sikkerhet i sykehus*, *kompetansebeving i vernetjenesten* og *gjensidig avhengighet mellom HMS, Kvalitet og Pasientsikkerhet*. Helseforetakene har arbeidet med å implementere tiltak i *Veileder for sikkerhet i sykehus* og gjennomført risikoanalyser innenfor sikkerhetsområdet.

Det er gjennomført en regional todagers pilotsamling *Verneombudsutvikling* med den hensikt å øke vernetjenestens kompetanse innenfor sykehusspesifikke HMS-utfordringen. På bakgrunn av gode tilbakemeldinger i evaluering av pilotsamlingen planlegges det med to nye samlinger for hovedverneombud i foretaksgruppen i 2017.

Gjensidig avhengighet mellom HMS, Kvalitet og Pasientsikkerhet har vært gjentagende tema i HMS-ledermøte og i HMS-forum i 2016. Oslo universitetssykehus har iverksatt prosjektet

Pasientsikkerhet og kvalitet, Helse, miljø- og sikkerhet – flere gjensidige avhengigheter? Resultater fra prosjektet vil legge føringer for det videre arbeidet på området i Helse Sør-Øst.

Det er i 2016 utarbeidet en rapporteringsveileder som beskriver de 14 indikatorene det rapporteres på innenfor helse, miljø og sikkerhet. Helse Sør-Øst RHF har utviklet et nasjonalt elektronisk rapporteringssystem for indikatorene som gjelder ytre miljø som tas i bruk i forbindelse med innhenting av data til rapport for HMS og samfunnsansvar for 2016. Rapport for HMS og samfunnsansvar legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF som et vedlegg til årsberetningen.

I 2016 har det vært økt fokus på *Grønn kjemi* og det har blitt opprettet et regionalt nettverk for kjemikalieansvarlige for å effektivisere arbeidet med å redusere bruk av helse- og miljøskadelige stoffer i Helse Sør-Øst.

Endringer i revidert ISO 14001:2015 standard har vært et aktuelt tema i den regionale miljøfaggruppen og alle helseforetak skal resertifiseres i henhold til revidert standard innen utgangen av 2018.

- **Meldekultur og avvikshåndtering**

Meldekultur, oppfølging av uønskede hendelser og håndtering av avvik

Det overordnede målet er å sikre at pasientens møte med helsetjenesten er så godt som mulig. Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient, der pasienten står i sentrum, og er premissgiver for definering av kvalitet.

Grunnlaget for god kvalitet er at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid. Det er et lederansvar å videreutvikle tjenesten og forbedre kvaliteten. Kvalitetsmålinger, pasienterfaringer og medarbeidernes kunnskap og erfaringer, må brukes samlet i det systematiske forbedringsarbeidet.

Helse Sør-Øst RHF legger vekt på en verdibasert ledelse og har særskilt satt fokus på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Det betyr at alle medarbeidere og ledere i Helse Sør-Øst aktivt skal jobbe for en kultur hvor det er lett for pasienter og ansatte å si ifra om bekymringer, feil og mangler i tjenesten, slik at tiltak kan iverksettes og tjenestene forbedres.

Ledere skal inspirere medarbeidere til å være med på å utvikle en lærende organisasjon som leverer sikre, trygge og forutsigbare tjenester. Dette kan kun skje gjennom aktivt å involvere både brukere og medarbeidere i forbedringsarbeidet. Ved hjelp av blant annet nasjonal meldeordning for pasientrelaterte uønskede hendelser, medarbeiderundersøkelser, systematisk arbeid med pasientsikkerhetskultur og ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal det skje en læring på tvers både på et lokalt, regionalt og nasjonal nivå.

Antallet meldte uønskede hendelser (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3) økte etter omlegging av meldeordningen til Helsedirektoratet (Kunnskapscenteret) i 2012. Meldefrekvensen har de siste årene vært stabil. Arbeidet med utvikling av en god meldekultur i sykehusene er primærårsak til dette, samt at antallet meldte uønskede hendelser utgjør kun en del av antallet meldinger og avvik som meldes og brukes internt i sykehusene. Dialog med pasienter og pårørende og bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser, er tiltak i sykehusenes arbeid med å utvikle sitt interne forbedringsarbeid. Den regionale veilederen «*Veileder for håndtering av uønskede hendelser*» (revideres i 2017) ligger til grunn for dette arbeidet.

Retningslinjen «*Regional standard for publisering av uønskede hendelser*» (revideres i 2017) skal ligge til grunn for sykehusenes publisering av uønskede hendelser til allmennheten. Det som publiseres er hendelser med systemårsaker, alvorlige pasienthendelser og hendelser med sammensatte årsaker. Omfanget av publiseringen ved det enkelte helseforetak reflekterer helseforetakets størrelse og prioriteringer. Arbeid med å gjøre tilgjengelig beskrivelse av utfordringer og risiko vil bidra til arbeidet for bedre meldekultur og åpenhet for allmennheten.

Sykehusenes samarbeid med lokale og eksterne parter som for eksempel brukerutvalg, pasientombud, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet, bidrar til kompetanse og utvikling som gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Rapportering og oppfølging av avvik etter tilsyn

Rapportering av avvik etter tilsyn er fra og med 2014 innført hvert tertial i Helse Sør-Øst. Dette gir oversikt over antall avvik fra de ulike eksterne tilsynsmyndighetene, samt hvilke internkontrollkrav hendelsene er brudd på i helseforetakene. Internkontrollkravet til de ulike fagområdene setter generelt krav om at tjenestene skal utøves forsvarlig og i overensstemmelse med lovgivningen gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Avvikene ses i sammenheng med mangel på oppfyllelse av internkontrollkravene. Helseforetakene følger opp og lukker de enkelte avvik, men kan i tillegg se hvilke områder med gjentakende avvik som trenger ekstra ledelsesmessig innsats. I 2016 har det vært tilsyn innfor de fleste områder, med hovedvekt på brann, elektriske anlegg og mat.

• Forskning og innovasjon

I 2015 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for 62 prosent av helseforskningen i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,4 milliarder kroner.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet, regionalt helseforetak og helseforetak), hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene består av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og midler (for 2016 257 millioner kroner) fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2016 var det om lag 600 pågående forskningsprosjekter og -tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

De regionale helseforetakene har i 2016 i felleskap og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Norges forskningsråd etablert et eget program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) med egne midler, i alt 130 mill.kr over Statsbudsjettet. Midlene skal finansiere tverregionale prosjekter og ble utlyst i mai 2016 med søknadsfrist 12. oktober 2016.

I samsvar med oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet har de regionale helseforetakene i 2016 under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utviklet felles vurderingskriterier for kvalitet og nytte til bruk ved vurdering av søknader om regionale forskningsmidler. Dette er implementert i årets søknadsprosesser.

Antall doktorgrader per år i regionen økte tidligere jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Sidene da er det tilkommet en viss reduksjon. Dette er blant annet en konsekvens av relativt økt finansiering av forskningstiltak ut over doktorgradsnivå. Antall vitenskapelige publikasjoner har økt vedvarende også de siste årene. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I 2016 er det satsset særskilt på forskning ved de store ikke-universitetssykehusene. Med utgangspunkt i egne avsatte regionale forskningsmidler ble det tildelt i alt seks strategiske forskningsstipend ved disse sykehusene, blant annet for å bidra til oppbygging av lokal forskningskompetanse. Tiltaket er svært godt mottatt og vil bli videreført.

Med utgangspunkt i vedtatte felles retningslinjer arbeides det aktivt med å styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser.

I Helse Sør-Øst har det vært nedlagt betydelig arbeid for å forbedre IKT-tjenestene for forskning i hele regionen, og fra 2016 er IKT-støtte til forskning et eget program (regional IKT for forskning (RIF)) under *Digital fornying*. Styrket IKT-tilbud ansees som avgjørende for effektiv ressursbruk i forskningen. I påvente av en generell helhetlig regional IKT infrastruktur har det imidlertid per i dag ikke vært mulig å etablere helhetlige regionale IKT løsninger for forskning. Arbeidet fortsetter i samarbeid med infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMOD) i regi av Sykehuspartner.

Ved årets utlysninger av innovasjonsmidler kom det inn søknader fra ni forskjellige helseforetak og tre samarbeidende, private sykehus. Ved siste utlysning ble blant annet følgende temaer prioritert: reduksjon av pasientskade og ventetider samt økt bruk av selvbetjeningsteknologi. Det er en utfordring å sikre at nye og nyttige løsninger utviklet ved ett helseforetak også tas i bruk ved andre. Fem av helseforetakene har nå gjort avrop mot rammeavtalen for anskaffelse av Induct Innovation Management system, som blant annet skal sikre god informasjonsflyt mellom helseforetakene, regionalt og nasjonalt, innen ideutvikling og innovasjon. I løpet av året ble det tatt en rekke initiativ for næringsutvikling med utgangspunkt i innovasjonsprosjekter med kommersielt potensial.

- **Miljø, etikk og samfunnsansvar**

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 094-2014 et antikorrupsjonsprogram i helseregionen. Alle helseforetak har implementert programmet. Det er etablert en verktøykasse for helseforetakene. Den inneholder blant annet e-læringskurs, dilemmasamlinger, håndbøker mm. Det er i 2016 gjennomført en spørreundersøkelse med et representativt utvalg (2000 ansatte) som en oppfølging av arbeidet på regionalt nivå. Spørreundersøkelsen vil bli belyst i den årlige rapporten om miljø og samfunnsansvar som Helse Sør-Øst RHF utgir. Alle helseforetak i regionen, med unntak av Oslo universitetssykehus, er sertifisert etter ISO-miljøstandarden 14001.

I retningslinjer for Helse Sør-Øst forutsettes at man skal være førende for å sette etiske krav og miljøkrav i anskaffelser. Alle regionale innkjøp og oppfølging utføres av Sykehuspartner Innkjøp. I 2016 er det blant annet gjort oppfølging av arbeidsrettigheter ved produksjonssteder av medisinske varer i Mellom-Amerika og det er blitt etablert en kjemikaliestrategi for å utfase miljøskadelige og helseskadelige stoffer ved anskaffelser av produkter.

- **Digital fornying**

Digital fornying har siden 2013 vært Helse Sør-Øst sitt program for standardisering og modernisering av arbeidsprosesser og teknologiske løsninger for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Nedenfor følger hovedpunkter fra Digital fornying i 2016.

Oppstart modernisering av IKT-infrastruktur gjennom ekstern leverandør

Helse Sør-Øst har valgt å inngå avtale med Hewlett Packard Enterprise som ekstern leverandør for å modernisere regionens IKT-infrastruktur. Avtalen gir sykehusene og Sykehuspartner tilgang til erfaring og kompetanse fra gjennomføring av tilsvarende og vellykkede moderniseringsprosjekter. Modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst danner grunnlag for all videre utvikling og digitalisering i regionen. Moderniseringen kan nå gjennomføres raskere og med lavere risiko enn om vi skulle gjort det selv, samtidig som det gir en bedret økonomisk bærekraft for helseregionen, med samme kvalitet. «iMod» (program for IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst) gjennomføres med bruk av finansiell leasing (etter

godkjenning i foretaksmøte) og med virksomhetsoverføring av personell involvert i IKT-drift. Programmet vil kunne gi besparelser på 1,9 milliarder kroner over syv år.

IKT- løsninger utviklet til nytt østfoldsykehus regionaliseres

Det ble lagt ned et betydelig arbeid i utvikling av nye regionale IKT-løsninger i forbindelse med bygging av nytt østfoldsykehus, og de skal komme hele regionen til nytte. Gevinster fra dette utviklingsarbeidet vil realiseres etter hvert som de regionale IKT-løsningene innføres ved flere helseforetak. IKT-målbildet, slik det ble definert i forkant av Prosjekt nytt østfoldsykehus, er i overveiende grad realisert. Gjenstående leveranser og tilpasninger av IKT-løsningene til Sykehuset Østfold ble overført til et oppfølgingsprosjekt innenfor *Digital formyning* og gjennomført i 2016.

Elektronisk kurveløsning for sengepost, utviklet ved Sykehuset Østfold, er innført ved Oslo universitetssykehus og planlegges innført ved Akershus universitetssykehus. I perioden 2018 til 2020 skal Helse Sør-Øst RHF etablere felles løsningsplattform for regionen og innføre elektronisk kurve- og medikasjonsløsning på resterende helseforetak. Erfaringene fra Sykehuset Østfold viser at en elektronisk kurveløsning fremstår som et effektivt hjelpemiddel for klinisk virksomhet i det daglige arbeidet.

Felles laboratoriedatasystem for Helse Sør-Øst er et viktig verktøy i videre standardisering og digitalisering innen laboratoriemedisin. Med skanning av alle typer prøver har nytt laboratoriedatasystem bidratt til økt pasientsikkerhet i Sykehuset Østfold. Sporbarheten har økt, og man kan lett se hvor prøven befinner seg i de ulike arbeidsprosessene. Det regionale laboratoriedataprojektet kommer med ytterligere leveranser til Sykehuset Østfold i 2017, før videre implementering til andre helseforetak.

Sykehuset Østfold har utviklet nye løsninger innenfor mobilitet (lettvekt-IKT), selvbetjening og innovasjon som Helse Sør-Øst skal bygge læring og erfaring på.

Regionale IKT- løsninger videreutvikles og standardiseres

Standardiserte IKT-løsningene danner grunnlag for forbedret pasientsikkerheten ved å redusere uønsket variasjon i arbeidsprosessene. I tillegg til løsningene utviklet ved nytt østfoldsykehus, så har Helse Sør-Øst RHF fokusert på standardisering av elektronisk pasientjournal, innføring av regional økonomi- og logistikk-løsning, innføring av regional radiologiløsning, pilot for ny løsning for medikamentell kreftbehandling og aktiv deltakelse i nasjonal og regional samhandling.

Regional PAS/EPJ-løsning er nå innført på Oslo universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Sunnaas sykehus og Sykehuset i Vestfold. De neste helseforetak som oppdateres til regional løsning i 2017 blir Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

Ny regional radiologiløsning (RIS/PACS) er i 2016 satt i produksjon ved Sykehuset Innlandet. Innføringsprosjektet har tatt lenger tid enn først beregnet. Løsningen vil forbedres og evalueres for videre utrulling i regionen. Planlegging av regional radiologiløsning på Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus har pågått høsten 2016 og fortsetter i 2017.

Innføring av løsning for medikamentell kreftbehandling gir bedre pasientsikkerhet blant annet ved å gi bedre beslutningsstøtte til legene og forbedre faglig samarbeid i regionen. Pilotprosjekt er gjennomført i 2016 i Oslo universitetssykehus, og videre innføring ved andre helseforetak forberedes.

Regional ERP-løsning er etablert ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Østfold, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Pågående innføring ved Sykehuset Telemark og Sunnaas sykehus går etter planen. Det pågår avklaringer for innføring ved Oslo universitetssykehus.

Regionalt senter for forvaltning av kliniske IKT-løsninger fikk i 2016 utvidet bemanning, formell ledelse og sitt første tildelingsbrev med tilhørende oppgaver. Senterets ansvarsområde vil vokse i takt med innføringen av regionale IKT-løsninger.

Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2016 å regionalisere digitale pasient- og innbyggertjenester, gjennom oppstart av et prosjekt innenfor Digital fornying, som skal sikre at de eksisterende initiativ i foretaksgruppen (inkludert publikumsportalen minjournal.no) blir samlet under samme styring og realiseres gjennom den nasjonale helseportalen, helsenorge.no. Nasjonal kjernejournal er innført ved Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus.

- **Befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen**

Mer enn 70 prosent av innbyggerne i Helse Sør-Øst er svært eller ganske godt fornøyde med sykehusstilbudet der de bor. Resultatet fra 2016 tangerer det beste resultatet som er oppnådd siden målingene startet i 2011.

Mer enn 80 prosent av befolkningen har meget stor eller ganske stor tiltro til at de vil få den sykehusbehandlingen de trenger dersom de blir syke eller skadet. Kun to prosent har ingen tiltro til tjenesten. Personer med pasienterfaring er langt mer positive enn de uten slik erfaring.

Tallene er hentet fra en undersøkelse som Sentio Research gjennomfører på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. 4 900 personer over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst er intervjuet.

- **Risikovurdering for foretaksgruppen**

I arbeidet med videreutvikling av god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst inngår risikovurderinger som en naturlig del. Løpende risikovurdering forutsettes å være et av grunnlagene for styringsdialogen internt i det enkelte helseforetak, inn mot helseforetakets styre og mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene rapporterer hver måned til Helse Sør-Øst RHF på de fem prioriterte målene for Helse Sør-Øst og hvert tertial for alle aspekter ved driften. Risikovurdering i forhold til månedsrapporter til eget styre danner grunnlag for tiltak for å redusere risiko og er styrenes ansvar.

Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav. Med bakgrunn i mål og krav er den et hjelpemiddel for styre og ledelse til å identifisere hvilke områder som bør ha størst prioritet i kommende periodes internkontrollarbeid. Videre vil risikovurderingen gi grunnlag for risikostyringen av virksomheten gjennom å angi tiltak og prioriteringer for hva som bør følges opp. Risikovurderingen i seg selv gir også en fremstilling som viser omverdenen hvilke områder som gis spesielt ledelsesmessig oppmerksomhet i Helse Sør-Øst RHF og helseforetaksgruppen. Risikostyringen forutsetter at det utarbeides gode tiltaksplaner for de områdene som er forbundet med uakseptabel risiko.

Risikovurderingen for tredje tertial 2016 bygger på tidligere risikovurderinger for foretaksgruppen. For alle områder gjøres en vurdering av hva som er sannsynligheten for at foretaksgruppens mål og krav ikke vil bli oppfylt. Samtidig vurderes risikoområdene i forhold til hva som vil bli konsekvensen av at området ikke håndteres på en god nok måte. Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens gjøres uavhengig av hverandre.

Risiko fremkommer etter en vurdering av *sannsynlighet* for at risikoområdet skal ha uønsket utvikling sammen med en vurdering av *konsekvens* dersom dette er tilfelle. Risiko fremkommer i en matrise som grupperer risiko i fire kategorier (*kritisk - høy - moderat - lav*) der Helse Sør-Øst RHF på forhånd har tatt stilling til hvilke kombinasjoner av sannsynlighet og konsekvens som gir forskjellig risiko.

Helse Sør-Øst har i 2016 innrettet sin virksomhet med sikte på å nå de overordnede styringsmålene:

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

Generelt vurderes resultatene for 2016 slik at unødvendig venting er redusert og arbeidet med å redusere variasjon i kapasitetsutnyttelsen er godt i gang. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gis høy prioritet og det foreligger ingen vesentlig økt risiko for redusert kvalitet eller pasientsikkerhet.

Helse Sør-Øst vil som helhet fortsatt kunne ivareta sitt «sørge for»-ansvar på samme nivå som tidligere eller bedre.

Det er i tilknytning til risikovurderingen utarbeidet tiltak på regionalt nivå. Disse vil også bli fulgt opp i 2017.

| Risikokart etter tredje tertial 2016 | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|---|------------|---|---|
| Sannsynlighet | 5 | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | 3 | | | 2 4 5 6 | | |
| | 2 | | | 1 3 7 8 | | |
| | 1 | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Konsekvens | | | | |

Sannsynlighet

1: Meget liten
2: Liten
3: Moderat
4: Stor
5: Svært stor

Farge

| | |
|---------|---------|
| Rød | Kritisk |
| Oransje | Høy |
| Gul | Moderat |
| Grønn | Lav |

Konsekvens

1: Ubetydelig
2: Lav
3: Moderat
4: Alvorlig
5: Svært alvorlig

- Risikoområder vurdert til lav risiko, rapporteres ikke.

| Risikoområdene i tabellen | |
|---------------------------|---|
| 1 | Pasientbehandling og kapasitet |
| 2 | Kvalitet og pasientsikkerhet |
| 3 | Arbeidsmiljø/HMS |
| 4 | Økonomisk handlingsrom |
| 5 | Fellestjenester |
| 6 | Utdanning, rekruttering og fagutvikling |
| 7 | Drift av nytt østfoldsykehus |
| 8 | Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionalt nivå |

- **Intern revisjon**

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon, og bistår styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Styrets revisjonsutvalg følger opp konsernrevisjonens arbeid. Revisjonsutvalget og konsernrevisjonen er etablert i tråd med bestemmelsene i helseforetaksloven § 21a og § 37a.

Revisjonsarbeidet skal understøtte mål og krav fra eier. Resultatene av konsernrevisjonens arbeid i 2016 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2016 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 2. februar 2017. Konsernrevisjonens årsrapport er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen i 2016. Det er gjennomført tre revisjoner som har undersøkt hvordan helseforetakene arbeider med å sikre pasientene likeverdige utrednings- og pasientforløp og forutsigbarhet gjennom pasientforløpet. Videre er det gjennomført to revisjoner som vurderer om foretakene arbeider systematisk med å nå målet om at det ikke skal forekomme korridorpasienter.

Introduksjon av nye legemidler og endringer i finansieringsordningene har medført økte legemiddelkostnader for helseforetakene. Konsernrevisjonen har i 2016 undersøkt i to revisjoner om helseforetakene tar i bruk nye legemidler og behandler pasienter med bruk av legemidler utenfor sykehus i tråd med gjeldende retningslinjer.

I 2016 har konsernrevisjonen videreført et perspektiv med fokus på hvordan revisjonsrapportene bidrar til forbedring og læring. Det er gjennomført tre revisjoner der man undersøker hvordan helseforetakene har fulgt opp vedtatte handlingsplaner og sikret at tiltakene har gitt ønsket effekt. Dette gjelder både i de reviderte enhetene og om forbedringene overføres andre deler av helseforetaket eller regionen, og om det gir læring på tvers.

1.3 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2016

Brukerutvalget har gitt arbeidsutvalget fullmakt til å ta del i arbeidet med hovedprosesser i Helse Sør-Øst. Dette har skjedd i de regelmessige samarbeids- og innspillmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og arbeidsutvalget. Arbeidsutvalget har også hatt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til Helse Sør-Øst RHF's årlig melding 2016. Samlet brukerutvalg er forelagt årlig melding i møte 7. og 8. mars 2017. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

- **Kvalitet og pasientsikkerhet**
- ***Kvalitetsregistre og målinger***

Brukerutvalget er positiv til Helse Sør-Øst RHF's satsning på kvalitetsregistre og -målinger som gir helseforetakene tilgang til sammenlignbare resultater fra ulike sykehus nasjonalt og internasjonalt. Med sikte på varig endring er det nødvendig å holde kontinuerlig fokus på løpende oppfølging. Brukerutvalget ønsker satsningen videreført med flere registre og målinger. Det bør utvikles registre og målinger innen psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering.

- ***Pasientskader***

Brukerutvalget følger resultatene for sykehusinfeksjoner og merker seg en liten positiv endring i målingen fra februar 2016. Resultatene er likevel langt unna det regionale målet på under tre prosent. Samtidig øker utfordringen med multiresistente bakterier og antibiotikaresistens. GTT- målingene publisert i 2016 (undersøkelse 2015) viser ingen særlig positiv endring. Brukerutvalget merker seg innsatsen fra Helse Sør-Øst RHF's side, blant annet gjennom pasientsikkerhets-programmet. Brukerutvalget påpeker at ansvar for pasientsikkerhet og systematisk forbedringsarbeid er et særlig ansvar for ledelsen i alle ledd.

- ***Meldekultur og avvikshåndtering***

God meldekultur og åpenhet er en forutsetning for å utvikle lærende organisasjoner som gir trygge og forutsigbare tjenester. Brukerutvalget legger til grunn at sykehusene har forsvarlig varslingskultur og åpenhet om håndtering av feil og mangler knyttet til pasientsikkerhet. Løpende tilbakemeldinger til pasienter, pårørende og ansatte som melder og varsler, må ivaretas.

- ***Kunnskapsbasert praksis og pasientforløp***

Utvikling av gode og helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem basert på kunnskapsbasert praksis er fortsatt viktig. Arbeidet med innføring av pakkeforløp kreft er fulgt nøye. Brukerutvalget ønsker at innsatsen både på pasientforløp og pakkeforløp må forsterkes ytterligere og ser positivt på at arbeid med pakkeforløp starter innen flere diagnoseområder. Brukerutvalget er opptatt av at erfaringer fra pakkeforløp kreft benyttes når pakkeforløp tas i bruk på nye områder. Brukerutvalget ønsker, ved innføring av ny og mer effektiv behandling, at det arbeides kontinuerlig med utfasing av udokumentert og mindre effektiv behandling.

- ***Samvalg, informasjon og kommunikasjon***

Helse Sør-Øst RHF's satsning på samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «pasientens helsetjeneste». Minst like viktig som at samvalgsværktøy ferdigstilles, er det at sykehusene aktivt satser på opplæring i kommunikasjon, både generelt, i samvalg og når uønskede hendelser har oppstått. God kommunikasjon handler om ferdigheter, men også om kultur og ledelse.

- ***Digital fornying – medisinsk-teknisk utstyr***

Brukerutvalget mener at standardiserte IKT-løsninger er en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Arbeidet i *Digital fornying* må fortsatt gis meget høy prioritet, styres stramt, og ha stor grad av nasjonal standardisering. Brukerutvalget har forståelse for arbeidets kompleksitet og risiko, men mener likevel innsatsen bør intensiveres med sikte på raskere gjennomføring. Brukerutvalget er opptatt av at arbeidet med å gi pasienter i helseregionen tilgang til egen journal (EPJ) og timeadministrasjon på nasjonal plattform, prioriteres. Brukerutvalget ønsker snarlig utvikling av løsninger som bedrer den digitale kommunikasjonen mellom helsetjenesten og pasientene med sikte på enklere oppfølging og bedre mulighet for egenoppfølging. Samtidig minnes om at ikke alle kan nyttiggjøre seg av elektronisk

kommunikasjon, og at det derfor må være gode systemer for tradisjonell kommunikasjon. Brukergrensesnitt og selvbetjeningsautomater må oppfylle krav til universell utforming.

Brukerutvalget mottar informasjon som tyder på at sykehusene i ulik grad er i stand til å prioritere nødvendig utskifting av medisinsk teknisk utstyr. Det er forståelse for at slik utskifting er innenfor de enkelte helseforetakenes ansvar, men brukerutvalget ønsker likevel at Helse Sør-Øst RHF vurderer tiltak for å sikre at pasientene får likeverdig tilgang til trygt og moderne utstyr.

- ***Pasientadministrative system***

Det er avgjørende at sykehusene har kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Brukerutvalget ser med bekymring på at det fortsatt rapporteres om svikt, og mener arbeidet må gis høy prioritet. At pasienter blir glemt i systemet er uakseptabelt. Standardiserte digitale løsninger er viktig, men minst like viktig er riktig bruk av disse og at det også finnes supplerende gode manuelle rutiner.

- ***Korridorpasienter***

Brukerutvalget registrerer at det er nedgang i antallet korridorpasienter i 2016. Det er bra. De fleste pasienter vil oppleve det som uverdigg å ligge på korridor, og det er neppe i tråd med god pasientbehandling. Helse Sør-Øst RHF bes i oppfølgingen av helseforetakene om fortsatt å ha høy oppmerksomhet på fortsatt reduksjon av korridorpasienter.

- ***Utsending av epikriser***

Enkelte helseforetak kan vise til gode resultat hva gjelder antallet pasienter som får epikrise første dag og innen sju dager. Sykehusene er imidlertid langt unna å nå måltallene som er 100 %. Det er stor variasjon mellom helseforetakene. Tallene for TSB og psykisk helsevern er jevnt over vesentlig dårligere enn tallene for somatikk. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF om å følge opp sykehusene på disse områdene. Rask tilgang til epikrise er viktig for pasientsikkerhet, samhandling og mulighet for egenoppfølging. Brukerutvalget ønsker at alle pasienter skal få kopi av epikrise.

- ***Kompetanseutvikling***

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 arbeidet med ny ordning for utdanning av LIS-leger, og brukerutvalget har deltatt i arbeidet og fulgt det nøye. Brukerutvalget ser positivt på den nye ordningen, særlig hva gjelder opplæringens organisering og innhold. Brukerutvalget ser likevel med bekymring på mulighetene for gjennomføring av den nye ordningen som må involvere både sykehusene, profesjonsforeningene og universitetene.

- ***Forskning og innovasjon***

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon og mener det må legges stor vekt på at forskningsresultat overføres til praksis og gjennom det resulterer i bedre pasientbehandling. Brukerutvalget er opptatt av at forskningsinnsatsen økes innen de forskningssvake områdene, som samhandling, psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering. Brukerutvalget ser positivt på at det tildeles innovasjonsmidler.

Interregionale retningslinjer for brukermedvirkning i forskning ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst i 2015. Brukerutvalget merker seg at det arbeides aktivt med å styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser. Tilbakemelding fra brukerutvalg i helseforetakene synliggjør imidlertid at det er betydelig variasjon i hvordan dette praktiseres i de ulike helseforetakene. Brukerutvalget ønsker at det lages en praktisk orientert veileder som supplerer de interregionale retningslinjene.

- **Pasientrettigheter og ventetider**
- ***Pasientrettigheter***

Norske pasienter har gode og lovfestede rettigheter. Brukerutvalget mener det er stort behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, og at denne kunnskapen gjennom opplæring og gode rutiner, omsettes i praksis slik at pasientene får riktig og forståelig informasjon om sine rettigheter i alle steg i pasientforløpet. Dette gjelder også fastleger, som i samhandlingen mer aktivt må oppfordres til å gi pasientene informasjon om valgmuligheter, blant annet om valg av behandlingssted og valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder.

Ordningen med kontaktleger i spesialisthelsetjenesten trådte i kraft sent i 2016. Brukerutvalget forutsetter at Helse Sør-Øst RHF vil følge med på innføring av kontaktlegeordning og minner om spesialisthelsetjenestens selvstendige plikt til å tilby å oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Brukerutvalget er bekymret for det store antall henvisninger som avslås innenfor psykisk helsevern og TSB. Brukerutvalget ber om at årsak til variasjoner kartlegges og at nødvendige tiltak iverksettes for å sikre at befolkningen får likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Brukerutvalget er kjent med at mange pasienter med lettere psykiske lidelser får hjelp gjennom tilbud i prosjektet Raskere tilbake. I lys av informasjon om at Raskere tilbake som prosjekt avvikles snart, bes det om at spesiell oppmerksomhet rettes mot tilbud til denne pasientgruppen.

Brukerutvalget har merket seg innsats fra Helse Sør-Øst RHF i 2016 med sikte på å møte utfordringene som følger av et multikulturelt samfunn, men er fortsatt bekymret for sykehusenes tilrettelegging for pasienter som har behov for tolketjenester. Gode tolketjenester er avgjørende for oppfyllelse av rettigheter for alle, og for kvalitet og pasientsikkerhet.

Brukerutvalget er kjent med utfordringer mht universell utforming i sykehusene, og mener det er behov for gjennomgang av eksisterende bygg med sikte på bedre tilgjengelighet for alle. Jf også punktet ovenfor om digital fornying.

- ***Ventetider***

Brukerutvalget merker seg at det nå er færre pasienter som venter og at ventetiden er kortere. Brukerutvalget forutsetter at arbeidet med reduksjon i ventetid og fristbrudd ikke går på bekostning av oppfølging av pasienter som etter utredning venter på behandling eller på pasienter med kroniske tilstander og behov for regelmessig oppfølging. Målet må være å unngå all venting som ikke er faglig begrunnet. Brukerutvalget merker seg at målet om minimum seks måneders planleggingshorisont i alle poliklinikker ikke er nådd. Dette ansees som nødvendig for å forbedre tilgjengelighet og forutsigbarhet for pasientene blant annet ved at pasientene får bekreftelse på mottak av henvisning og timeavtale i samme brev.

- ***Kapasitet - fordeling av oppgaver og funksjoner***

Brukerutvalget ønsker funksjonsfordeling når bedre bruk av utstyr og personalressurser kan lede til økt pasientsikkerhet, bedre kvalitet og god ressursutnyttelse. Brukerutvalget mener at det er et betydelig potensial for kapasitetsøkning i regionen dersom flere poliklinikker holder lenger åpent og utstyr anvendes større deler av døgnet. Utvidet åpningstid vil også være bedre tilpasset pasienter og pårørende som er i arbeid.

I 2016 er arbeidet med kapasitetsutnyttelse videreført for Helse Sør-Øst RHF's del, med særlig fokus på hovedstadsområdet. Brukerutvalget er tilfreds med at styret for Helse Sør-Øst RHF nå har fattet nødvendige vedtak som danner grunnlag for utvikling av kapasitet i hovedstadsområdet.

- **Et koordinert helsetilbud**

- ***Samhandling***

Brukerutvalget har i flere runder gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF's statusrapport om samhandling, som i endelig versjon ble vedtatt i styret for Helse Sør-Øst i 2016. Brukerutvalget merker seg mange eksempler på god samhandling og felles tiltak. I praksis rapporteres det dessverre for ofte om svikt i samhandlingen rundt pasienter i sårbare overganger.

Brukerutvalget mener at sykehusene i større grad må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å ta over en del oppgaver som sykehusene har utført. Rutiner for utskrivning må kvalitetssikres og følges. Brukerutvalget er bekymret for at pasienter med alvorlige kroniske sykdommer og som trenger tett oppfølging samlet ikke blir godt nok ivaretatt.

Brukerutvalget registrerer at den elektroniske kommunikasjonen mellom sykehusene og kommunenes pleie- og omsorgstjenesten er bedret og ser fram til tilsvarende økt informasjonsutveksling mellom fastleger og sykehus.

Brukerutvalget påpeker at brukerdeltagelse og representasjon fra kommunene varierer i arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem.

- **Brukermedvirkning**

Pasienter og pårørende og deres organisasjoner er de viktigste endringsagentene i pasientens helsetjeneste.

- ***Brukermedvirkning på systemnivå***

Brukerutvalgene er de viktigste organ for brukermidvirkning på systemnivå i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at det er etablert systemer for brukerdeltagelse i interregionale / nasjonale fellestiltak og helseforetak. Ved utgangen av 2016 har de fleste helseforetak etablert ungdomsråd. En arbeidsgruppe bestående av ledere og sekretærer for de fire regionale helseforetakene har i 2016 levert forslag til felles retningslinjer for brukermidvirkning. Disse skal styrebehandles i 2017.

- ***Brukermedvirkning på individnivå***

Samvalg, kommunikasjon og informasjon som omtalt ovenfor, er etter brukerutvalgets oppfatning særdeles viktig for å sikre brukermidvirkning på individnivå. Brukerutvalget er ut over dette opptatt av at det på ulike områder blir etablert flere piloter med brukerstyrte poliklinikker og brukerstyrte senger. Brukerutvalget er positive til at det er vist til at denne type tilbud bør vurderes i de regionale føringene for helseforetakenes utviklingsplaner i oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan.

- ***Brukererfaringsundersøkelser***

Brukerutvalget ser positivt på at Helse Sør-Øst RHF aktivt følger opp og bidrar til å holde fokus på brukererfaringsundersøkelsene og at disse skal brukes til forbedring. Det ses meget positivt på pilotprosjekt i samarbeid med Kunnskapscenteret og tre sykehus i regionen om å gjennomføre brukererfaringsundersøkelse på avdeling/post nivå. Arbeidet har pågått i 2016. Brukerutvalget mener erfaring fra pilotprosjektet må evalueres med sikte på innføring i flere avdelinger/poster og brukes som grunnlag for forbedring av pasientopplevd kvalitet og pasientsikkerhet.

- **Avslutning**

Brukerutvalget slutter seg til at det har vært en positiv utvikling i 2016 selv om måloppnåelsen hittil ikke er god nok. Målene som er definert for helseforetaksgruppen krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut.

Brukerutvalget vil avslutningsvis gi uttrykk for at pasienter som kommer til sykehusene i helseregionen i all hovedsak får god behandling, og at vi i Norge har en helsetjeneste som gjennomgående viser gode medisinske resultat. Dette er godt grunnlag for videre arbeid.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- **Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.**

Målet om gjennomsnittlig ventetid på under 65 dager er nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, *Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet*, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer innen ventetider og fristbrudd. Utviklingen innen området og oppfølging av tiltak er rapportert månedlig til prosjektets styringsgruppe.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet i 2016 var 59 dager, mens gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter ved utgangen av året var 58 dager.

- **Ingen fristbrudd.**

Målet om ingen fristbrudd er ikke nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, *Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet*, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer for ventetider og fristbrudd. Utviklingen på området og oppfølging av tiltak er rapportert månedlig til prosjektets styringsgruppe. Per 31. desember 2016 var andel fristbrudd i Helse Sør-Øst 1,2 prosent

- **Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.**

Kravet om minst 70 prosent andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp oppfylles i Helse Sør-Øst.

- **Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.**

Når det gjelder andel pasienter behandlet innen standard forløpstid har Helse Sør-Øst en måloppnåelse på 65 prosent.

Det har vært en gradvis bedring av resultatene gjennom 2016. Det er fortsatt utfordringer for prostatakraft, gynekologisk kreft og lungekreft. Regionssykehusfunksjonen for disse kreftgruppene må bedres. Det er iverksatt tiltak med å optimalisere regional kapasitet av robotkirurgi både for prostatapasienter og gynekologiske pasienter. Opplæring i koding og monitorering følges tett fra Helse Sør-Øst RHF. På helseforetaksnivå arbeides det med å forbedre logistikk og planlegging, slik at kreftpasienter prioriteres både til undersøkelser og operasjon. Ved å innføre elektroniske utredningsmøter mellom regionssykehus og lokalsykehus (3-strøms multidisiplinære møter) i 2017 vil tid som medgår til utredning ytterligere kunne reduseres.

- **Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.**
- **Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.**

Samlet rapportering for begge punkter:

De fire regionale helseforetakene etablerte en interregional arbeidsgruppe i 2016 som har arbeidet med utvikling av nye indikatorer. De regionale helseforetakene har levert rapport til Helse- og omsorgsdepartementet hvor det ble anbefalt fem nye indikatorer. På denne bakgrunn er det innført nye indikatorer som følges i 2017. Arbeidsgruppen videreføres under ledelse av Helse Midt-Norge RHF i 2017.

- **Redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.**

I oppdragsdokumentet 2016 fikk de fire regionale helseforetakene i oppdrag å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, samt å identifisere fagområder som skal gis styringsmessig prioritet. De fire regionale helseforetakene overleverte to rapporter, 1. juni 2016 og 25. oktober 2016 til Helse- og omsorgsdepartementet om indikatorarbeidet.

Arbeidet har så langt identifisert ni indikatorer. Rammen for disse indikatorene er modellen for pasientforløpet fra pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten og til pasienten anses som ferdigbehandlet. Hensikten er at indikatorene samlet vil kunne brukes til å vurdere hvorvidt helseforetakene oppnår sine mål knyttet til effektive og gode pasientforløp/-behandlinger, samt arbeidet med planlegging, gjennomføring og oppfølging av effekter av forbedringsarbeid. I tråd med oppdraget er det valgt indikatorer fra fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

Fem av indikatorområdene tas inn i den styringsmessige oppfølging fra 2017. Dette forutsetter at Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene, sørger for tilfredsstillende definisjoner, rapportering og datakvalitet, samt publiseringsløsninger.

De øvrige indikatorene (indikatorer knyttet til faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkene, planleggingshorisont, replanlegging og ikke møtt) vil videreutvikles og arbeides med i 2017 (ref. tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet). Det er videre en målsetning at de utvalgte indikatorene skal vurderes i sammenheng med data knyttet til personell (HR-data) og kostnad på pasientnivå (KPP) når disse blir tilgjengelige.

Andre oppgaver 2016:

- **Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. juni 2016 identifisere et antall fagområder i egen region som skal gis styringsmessig prioritet fra og med andre halvår 2016. Det skal gis særlig oppmerksomhet til fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det bør i tillegg velges fagområder som berører de fleste helseforetakene i regionen. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere fagområder som egner seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionene.**

Arbeidet er knyttet fagområdene psykisk helsevern og ortopedi i 2016. Erfaringene fra dette arbeidet tilsier at psykisk helsevern fremstod som et stort og uspesifikt fagområde. Ortopedi derimot hadde andre utfordringer som for eksempel å identifisere faget likt på tvers av alle indikatorene.

På denne bakgrunn vil det i 2017 gjøres en nærmere vurdering av forholdet mellom fagområdeinndeling og indikatorer slik at man fortsatt kan bryte ned indikatorer på enkelte fagområder. En alternativ tilnærming til indikator og faginndeling er at det i større grad tas utgangspunkt i det enkelte prioriterte fagområdet og vurdere hvilke indikatorer som best kan brukes til å belyse uønsket variasjon i effektivitet/kapasitetsutnyttelse. Her vil man sannsynligvis erfare at mange indikatorer kan brukes på tvers av fagområder, mens andre fagområder krever mer unike indikatorer.

Med utgangspunkt i erfaringene fra første del av arbeidet og med tanke på den kompleksitet som er knyttet til å identifisere fagområder, vil man vurdere hvordan nye fagområder skal håndteres i leveransene i 2017 og videre fremover.

I oppdragsdokumentet for 2017 skal de regionale helseforetakene i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder

- **Helse Sør-Øst RHF skal etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene. Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.**

Følgende indikatorer foreslås tatt inn i styringsmessig oppfølging 2016:

- Henviste: antall nyhenviste per 1 000 innbyggere og andel nyhenvisninger av det totale antall polikliniske konsultasjoner ved sykehus.
- Ikke rett til helsehjelp (avslutte/avviste): antall henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp per 1 000 innbyggere og andel henvisninger som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp.
- Kontroller: antall kontroller per 1 000 innbyggere og andel kontroller i forhold til utredning og behandling. I første omgang skal indikatoren gjelde for fagområdet ortopedi, men det skal utredes om indikatoren også er aktuell for fagområdet psykisk helsevern.
- Tentativ tid til kontakt: nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet.
- Ambulant virksomhet: antall ambulante konsultasjoner per 1 000 innbyggere og andel ambulante konsultasjoner.
- **Innenfor fagområdene som gis prioritert styringsmessig oppfølging skal Helse Sør-Øst RHF bruke systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere prosedyrer/pasientforløp der gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling kan sammenlignes mellom sykehus på tvers av regionene. Utvalget av prosedyrer/pasientforløp for styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016 skal avklares innen 1. juni 2016.**

Det er foretatt en vurdering av aktuelle pasientgrupper hvor det kan være potensial for økt andel dagbehandling og/eller reduserte variasjoner i andel dagbehandling. I første fase har fokus særlig

vært rettet mot kirurgisk behandling, hvor følgende kriterier for valg av pasientgrupper har vært lagt til grunn:

1. tilstrekkelig volum nasjonalt og på behandlingssted (sykehus)
2. andel dagkirurgi mellom om lag 30 og 70 prosent
3. potensiale for ytterligere vekst i andel dagkirurgi

Det er vurdert pasientgrupper utover prioritert fagområde ortopedi. Vurderingen har trukket frem følgende pasientgrupper:

- fjerning av mindre og godartede føflekker, svulster og vorter
- fjerning av metall, innsatt etter brudd, hofte/kne/fot
- lyskebrokk (voksne)
- gallestensoperasjon
- operasjon av genitalt fremfall
- fjerning av mandler (voksne og barn)
- makulahull (øye)
- fjerning av osteosyntesemateriell i over- og underekstremiteter

For å utarbeide indikatorer for inneliggende pasienter som kan indikere forskjeller i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i helseforetakene, har man valgt å dele inn pasientene i to grupper: medisinske og kirurgiske. Det er brukt NPR-data fra helseforetakene for å identifisere relevante pasientgrupper for medisin og kirurgi. Det er identifisert 6 medisinske og 7 kirurgiske faggrupper.

- **Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. november 2016 vurdere ytterligere fagområder for styringsmessig prioritet fra og med 2017 og evt. forslag til ytterligere og/eller justerte indikatorer for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse, blant annet i lys av etablering av Kostnad per pasient (KPP) ved alle helseforetak fra og med 1. januar 2017.**

I 2017 vil arbeidet i henhold til plan for utvikling av indikatorene videreføres med å fremstille følgende indikatorer:

- kapasitet/effektivitet– støtteindikatorer rundt faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkene
- planleggingshorisont – tildelte timer fremover i tid
- re-planlegging – andel kontakter som re-planlegges (pasient-/sykehus-/utenforliggende årsaker)
- ikke møtt - andel planlagte kontakter hvor pasient ikke møter
- vurdere kvalitet på HR-data og mulighetene for kobling av dataene mot indikatorer om kapasitetsutnyttelse og effektivitet
- **Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med å identifisere fagområder, etablere indikatorer og identifisere prosedyrer/pasientforløp på tvers av regioner. Helse Sør-Øst RHF skal fra og med 2016 også lede nettverket for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak, jf. krav om etablering av slikt nettverk i revidert oppdragsdokument 2015.**

Arbeidet med metodeutvikling og metodeutveksling der regionene møtes og deler erfaringer vil fortsetter i 2017. Det er i tillegg tenkt å arbeide videre med aktører fra sykehus (avdelinger) og

andre tjenestetilbydere hvor man kan dele metodikk og erfaring med hvordan man arbeider med kvalitets- og forbedringsarbeid.

Arbeidet med indikatorer ble ledet av Helse Sør-Øst RHF i 2016. Det foreslås at ledelse av det videre arbeidet går på rundgang mellom regionene, da med ny ledelse fra 2017.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er bedt om ekstra rapportering på to 2015-oppdrag:

Mål 2015:

- **Status for etableringen av medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern i henhold til oppdrag for 2015 med presisering i brev av 25 nov 2015:**

Som et ledd i arbeidet og for å vinne erfaringer med medikamentfri behandling for alvorlig syke skal Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest etablere minst en enhet/post i DPS øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst skal etablere to slike enheter. Erfaringene skal oppsummeres i samarbeid med brukerorganisasjonene. Frist for etablering av slike poster er 1. juni 2016.

Helse Sør-Øst RHF har i hele 2016 arbeidet med oppdraget om medisinfri behandling som ble gitt fra Helse og omsorgsdepartementet 25. november 2015. Innen utgangen av februar 2016 ble regional protokoll utarbeidet og regional plan for medisinfri behandling ble parallelt revidert for å være i samsvar med oppdraget. Alle helseforetak og private ideelle sykehus fikk oversendt både den regionale protokollen og revidert regional plan.

I utgangspunktet var oppdraget Helse Sør-Øst RHF fikk, å etablere to enheter med døgnbehandling i egen helseregion. Det ble på forsommeren 2016 besluttet å etablere døgnbehandlingstilbud i alle helseforetak og sykehus med tjenester innen psykisk helsevern. Informasjon høsten 2016 fra helseforetak og sykehus, viste at alle hadde tilbud som var i ferd med å starte opp. Videre har Helse Sør-Øst RHF deltatt i et nasjonalt samarbeid om felles faglig utvikling, etablering av et nasjonalt fagnettverk samt planlegging av felles evaluering av arbeidet. Tilbakemeldinger mot slutten av 2016 viste at de største tilbudene vil være ved Sykehuset Østfold, DPS Halden med 6 senger, ved Akershus universitetssykehus, Nedre Moenga døgn (DPS) med 9 døgnplasser samt ved Sykehuset i Vestfold med til sammen 6 senger ved de to DPS-ene. Vestre Viken har til sammen 5-8 plasser tilbud med 1-2 senger på sykehusnivå prioritert for medisinfri behandling med utvidede muligheter for skjerming ved behov, samt 4-6 senger på DPS døgn-nivå for nedtrapping og medisinfri behandling.

Helse Sør-Øst RHF er kjent med framdriften av arbeidet i de andre helseregioner, samt målgruppene som inkluderes. Tilbudet i Helse Sør-Øst inneholder et bredt behandlingsspekter og ulike pasientgrupper og Helse Sør-Øst RHF mener målet for 2016 er nådd.

- **Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016).**

De tre prosjektene i Helse Sør-Øst videreføres i 2017. De to prøveprosjektene med ambulanse til oppdrag for psykisk syke/ustabile er avsluttet. Erfaringene fra prosjektene er grunnlag for forbedringstiltak som gjennomføres i helseregionen i 2017. Konklusjonen så langt i prosjektet er at uavhengig av om det finnes et eget ambulansetilbud eller ikke, så trenger tjenestene felles rutiner, holdninger og kompetanse slik at de kan møte personer i akuttkrise på en god og enhetlig

måte. Tiltakene i 2017 blir å økte den tverrfaglig kompetansen, bedre det tverrfaglig samarbeidet, og bedre tilgjengeligheten til fagkompetanse.

Mål 2016:

- **Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).**

Føringene om at veksten skal være større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling følges i Helse Sør-Øst, men det beskrives mange utfordringer med å se de konkrete resultatene innen alle måleområder. Aktivitetsveksten i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern beskrives som god og BUP-feltet er prioritert hos alle når det gjelder ressurser, men det er en aktivitetsnedgang i BUP hos de helseforetak/sykehus som har gått over fra BUP-data til DIPS. Eksempelvis beskriver Sykehuset Innlandet en vekst på 4,4 prosent på konsultasjoner innen VOP og økning på 10,4 prosent innen TSB, mens den polikliniske aktiviteten er redusert med 10,1 prosent innen BUP grunnet overgang til DIPS. Tall for kostander, aktivitet og årsverk vil bli beskrevet i eget vedlegg.

Helse Sør-Øst la i budsjettet for 2016 grunnlaget for å oppnå målene som er satt om en større vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling, sammenlignet med somatikk. Aktivitetsutviklingen for polikliniske konsultasjoner viser økningen innen somatikk er på 7 prosent. I dette tallet er polikliniske konsultasjoner som kan utløses for nye helsepersonellgrupper inkludert. Disse utgjør rundt halvparten av veksten slik at reell vekst er på rundt 3,5 prosent. Til sammenligning er veksten innen VOP og TSB på hhv 6 og 7 prosent. Unntaket er innen BUP der regionen samlet sett hadde en liten aktivitetsnedgang på 1 prosent sammenlignet med 2015. Innen BUP foregår det store omstillinger samtidig som mange helseforetak har byttet ut nytt pasientsystem for sektoren. Dette har hatt påvirkning for aktiviteten og registrering av denne. Når det gjelder bemanning er det en utfordring for regionen med at man ikke får besatt vakante stillinger innen psykisk helsevern.

Bemanningsveksten innen TSB er på samme nivå som på somatikk på rundt 1 prosent, mens psykisk helsevern er på samme nivå som året før, dvs. ingen vekst. For kostnader viser foreløpige anslag per desember at prioriteringsregelen er oppnådd. Veksten for somatikk er samlet på 2,3 prosent, mens psykisk helsevern og TSB har hhv 2,9 prosent og 7,9 prosent. Det gjøres oppmerksom på at det er knyttet stor usikkerhet til tallene. Høy aktivitet og fokus på psykisk helsevern og TSB gjør at ventetider fortsatt er veldig lave innenfor disse tjenesteområdene sammenlignet med somatikk. Fristbrudd er veldig lite og skjer unntaksvis. Helseregionen har valgt å skjerpe ventetidskravet ned mot 45 dager for psykisk helsevern og TSB. Dette er 15 dager lavere enn det som gjelder for somatikken i 2017. Samlet sett vurderer Helse Sør-Øst at regionen for en del områder lykkes med prioriteringsregelen, men at det fortsatt er utfordringer, særlig innen tjenesteområdet barne- og ungdomspsykiatri. Dette området vil ha stort ledelsesmessig fokus i 2017.

- **Redusere antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.**

Tilgang på tall for bruk av tvang har vært vektlagt i Helse Sør-Øst med bruk av egen nettside der alle tall for innleggelser hjemlet med tvang har blitt publisert på helseforetak/sykehusnivå. Raskt oppdaterte tall har de siste år vært en utfordring.

Tall for 2. tertial 2016 viser at vi samlet sett ikke har nådd målet med reduksjon i forhold til 2015 på antall innleggelser hjemlet med tvang pr 1000 innbygger. Innsatsen på dette området vektlegges sterkt i 2017.

Alle helseforetak/sykehus beskriver omfattende innsats for reduksjon og kvalitetssikring av bruk av tvang. Eksempelvis beskriver Sørlandet sykehus at til tross for at målet med reduksjon ikke er nådd, så er det færre gjentakende pasienter som legges inn på tvang og varigheten av tvangsinnleggelsen er betydelig kortere enn landsgjennomsnittet.

Relativt sett har helseforetaket derfor et lavere antall døgn som pasienten er underlagt tvang. Noe av årsaken til dette mener man skyldes oppfølging fra FACT-team som kan gi flere, men kortere innleggelser.

- **Øke andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.**

Alle helseforetak/sykehus med tjenester innen psykisk helsevern har fulgt opp styringskravet med omstilling av medarbeidere og oppgaver og flere har nå høyere andel årsverk i DPS enn i sykehus. Eksempelvis kan nevnes Vestre Viken med 54 prosent i DPS og 46 prosent i sykehus. Økt ambulant og poliklinisk aktivitet prioriteres.

Helseforetak/sykehus rapporterer om en god balanse og fordeling av ressurser og der man har omstilt med f.eks. noe reduksjon i sengetall på DPS er ressursene i sin helhet anvendt til å øke den polikliniske og ambulante bemanningen i DPS. Økningen i antall årsverk for leger og psykologspesialister i DPS og ambulant virksomhet har blant annet vært gjennomført ved omgjøring av enkelte stillinger. Fordi spesialister er mer kostnadskrevende enn høyskoleutdannet personell, kan dette slå uheldig ut på statistikken.

Andre oppgaver 2016:

- **Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.**

Økte ressurser er tilført DPS og poliklinikker. Dette har resultert i økt aktivitet og økt kompetanse. Sykehusfunksjoner er omstilt og redusert. Helseforetakene/sykehusene anser ikke å kunne redusere ytterligere på denne kapasiteten foreløpig. All styrking av tjenestene skjer i de desentrale og utadrettede tilbudene. Økt ambulant behandling og styrket akutttilbud i de desentrale tjenestene beskrives godt.

Det prøves også ut nye modeller for ambulant behandling innen psykisk helsevern barn- og unge. Såkalte FRONT-team kan nevnes som eksempel fra Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF er tilfreds med utviklingen og ser nå en mer helhetlig spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern.

Det vurderes hva som kan/bør være lokalbaserte tjenester (bruger- og kommunenære arenafleksible/ambulante tjenester og gjerne samteamstjenester med kommuner), og hva som skal være sentralisert slik at tjenestene for å holde nødvendig kvalitets og pasientsikkerhetsnivå. Helseforetakene beskriver også hvordan de har etablert akutte, desentrale tjenester.

Det samarbeides tett og godt med de kommunale tjenestene både i de enkelte forløp og i de desentrale behandlingstilbudene. Samarbeid med kommunene rundt KAD-senger beskrives, men kommunene har i varierende grad etablert dette.

- **Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.**

Helseforetak/sykehus beskriver at driften av OCD-teamene er opprettholdt i 2016 etter samme modell som ved etableringen. Det rapporteres om at tilbudet er godt etablert og implementert. Nasjonalt samarbeid og fortsatt sikring av opplæring av nytt personell er viktig.

I 2016 har det ikke vært noe eget opplæringstilbud for de som eventuelt har behov for faglig påfyll, men organiseringen med robuste team som ble valgt i Helse Sør-Øst skulle bidra til å sikre videre drift ved utskiftninger av personell.

OCD-behandling er lagt inn som eget pakkeforløp psykisk helsevern som det skal arbeides med i kommende år, noe som vil gi ekstra underbygning av det som allerede er etablert. Helse Sør-Øst deltar i dette nasjonale arbeidet.

- **Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.**

Helse Sør-Øst har etablert strukturert samarbeid med Kriminalomsorgen på regionalt og nasjonalt nivå. Egne møter avholdes halvårlig. Videre er det et formalisert nasjonalt samarbeid mellom de regionale kompetansesentra for sikkerhet, fengsel og rettspsykiatri i SIFER-nettverk, der felles fagutvikling og forskning foregår. Det er etablert egen nettside i regi av SIFER.

Kompetansesenteret i Helse Sør-Øst har egne faglige tilbud til psykisk helsevern i egen helseregion. Det er fokus på tilbud fra spesialisthelsetjenesten i norske fengsler. Helse Sør-Øst har hatt eget møte med alle helseforetak/sykehus med tjenester innen psykisk helsevern med gjennomgang av hvilke fengsler som er i eget opptaksområde, årets styringsbudskap og tilbudet som gis.

I 2016 har Helse Sør-Øst, i samarbeid med Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet, etablert et eget prosjekt for sedelighetsdømte, der man kartlegger innsatte og tilbyr behandling i fengslene for gruppen dømte som er ansett å ha høy gjentakelsesrisiko (BASIS-prosjekt).

Statusrapport psykisk helsevern i fengsel, er ferdigstilt i 2016. Dette er et tverretattlig samarbeid der Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri i helseregionen Sør-Øst (SIFER Sør-Øst) har deltatt. Rapporten inneholder mange konkrete tiltak og forslag om økt innsats i norske fengsler

Det er i 2016 også blitt arbeidet med tilbud knyttet til planer for utvidelse av fengsler og økt antall soningsplasser eksempelvis ved Ullersmo fengsel. Det er meldt et behov for økte ressurser til Sykehuset Østfold, der det er planer om betydelige driftsendringer og stor økning i antall soningsplasser ved Indre Østfold fengsel. Saken er adressert i eget brev.

Tiltak i regi av SIFER Sør-Øst i 2016:

- Etablert og igangsatt 2-årig kursutdanning i fengselspsykiatri
- BASIS – forsknings- og intervensjonsprosjekt i fengsel
- Psykopati – forsknings- og intervensjonsprosjekt i fengsel

- Statusrapport psykisk helsevern i fengsel, ferdigstilt i 2016

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2016:

- **Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst.**

Samlet har Helse Sør-Øst nådd målet med 4,2 prosent prevalens.

Enkelte helseforetak melder at infeksjonsrate internt er nedadgående, mens infeksjoner overført fra andre institusjoner er oppadgående (Oslo universitetssykehus). Det arbeides kontinuerlig med forbedring spesielt ved postoperative sårinfeksjoner og for eksempel ved standardisering av forløp for protesekirurgi. Håndhygiene og smykkefrihet er gode tiltak, samt overvåking av forekomst av resistente bakteriestammer for tidlig oppdagelse. Egne handlingsplaner for smittevern, e-læring og lederavtaler er også etablert ved enkelte helseforetak.

Reduksjon av sykehusinfeksjoner har sammenheng med andre innsatsområder, og ved alle helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst etableres antibiotikastyringsprogram.

Pasientsikkerhetsprogrammet er også en del av satsningen for å forebygge infeksjoner gjennom forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner ved sentrale venekatetre samt tidlig oppdagelse av sepsis.

- **Ikke korridorpasienter.**

Samlet er nivået på korridorpasienter gått ned fra 2.0 prosent 1. tertial 2015 til 1.0 prosent i 2. tertial 2016. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt. Følgende tiltak er blant annet iverksatt:

- Gjennomgå både mulige korridorsenger (sengetabell) i DIPS og faktisk registreringspraksis for å vurdere om rapportert nivå av korridorpasienter er riktig.
- Sykehusledelsen har ukentlige kapasitetsmøter og iverksetter tiltak iht. en tiltaksplan når beleggssituasjonen tilsier det.
- Etablering av ventesone for pasienter som skal reise hjem samme dag, ekstraordinær utskrivning til kommuner og bydeler og etablering av flere senger internt.
- Online oversikt over pasientbelegget på alle sengepostene for å gi oversikt over ledig kapasitet. Dataverktøyet er et verktøy for akuttmottaket og sengepostene og understøtter god pasientflyt og kapasitetsutnyttelse. Oversikten ligger tilgjengelig på sykehusets intranett (Pulsen).
- Retningslinjer som tydeliggjør ansvarsforholdene ved pasientflyt fra akuttmottaket til sengeposter og mellom sengeposter.
- Retningslinje som tydeliggjør ansvarsforholdene ved oppfølging av satellittpasienter.
- Etablert rutiner for bedre samarbeid mellom sengepostene og mer felles ansvar for pasientene.

Andre oppgaver 2016:

- **Bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.**

Helseforetakene samarbeider med kommunene i utviklingen av helsetjenester for flyktninger og asylsøkere. Behov for veiledning blir identifisert i dette samarbeidet og ivarettatt.

- **Spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» til relevante enheter/avdelinger.**

Målet er at helseforetak og sykehus skal ha implementert tiltakspakkene innen utgangen av 2016. Helseforetakene blir fulgt opp på dette området.

Mange helseforetak har gradvis fremgang i 2016. To helseforetak har langsom fremgang på spredning; Sørlandet sykehus og Sykehuset Østfold. For de fleste helseforetak vil det være nødvendig å ta i bruk 2017 for å få spredd tiltakspakkene til alle relevante enheter.

I 2016 etablert Helse Sør-Øst et eget læringsnettverk for samstemming av legemidler i samarbeid med pasientsikkerhetsprogrammet. Dette er et krevende innsatsområde som inkluderer samhandling mellom pasienter, fastleger og flere enheter på helseforetakene.

- **Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes.**

Alle helseforetak/sykehus i regionen har etablert Antibiotikastyringsprogram (ASP) i 2016. Primo 2016 gikk det ut brev fra Helse Sør-Øst RHF til alle helseforetak/sykehus om etablering av ASP, og status i oktober viser rask fremgang i etablering.

Samarbeid med Regionalt kompetansesenter for smittevern (RKS) er opprettet både regionalt og for helseforetakene/sykehus. RKS er styrket ressursmessig fra Helse Sør-Øst RHF fra oktober 2016 frem mot 2020, jf. krav i nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens.

- **De regionale helseforetakene skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrker de regionale helseforetakene sin kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser, bidrar til bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i systemet for nye metoder, og sikrer at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.**

Nye metoder er i stadig utvikling. På legemiddelområdet er det gjennomført tiltak for å gjøre prosessen raskere slik at avgjørelser skal kunne tas tettest mulig etter at sykehuslegemidler gis markedsføringstillatelse. Legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS) har i samarbeid med Legemiddelverket håndtert prisforhandlingene slik at de ikke har forsinket beslutningene.

Det arbeides med kriterier når det gjelder kjøp av utstyr. Det har i 2016 kommet et nytt og vesentlig forbedret skjema for minimetodevurdering. En rapport om håndtering av medisinsk utstyr er under utarbeidelse. Innkjøpsmiljøet er en vesentlig del av arbeidet. Derfor har ferdigstillelse vært utsatt i forbindelse med etableringen av Sykehusinnkjøp HF.

I desembermøtet har Bestillerforum besluttet å utsette iverksettelsen av de nye kriteriene i påvente av at Sykehusinnkjøp HF skal komme med innspill.

- **Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.**

De fleste helseforetakene har ansatt sosialpediatere. Helseforetak som ikke har ansatt sosialpediatere, jobber videre med dette oppdraget. På bakgrunn av nytt oppdrag i 2017 jobber Helse Sør-Øst i tett samarbeid med helseforetakene og aktuelle fagråd for å utarbeide en plan for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Fortsatt får ikke alle overgrepsoutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus tilbud om en medisinsk undersøkelse. Alle helseforetak jobber med å styrke samarbeidet med Statens barnehus. I 2017 vil det bli utarbeidet en plan som tar sikte på å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus medisinsk undersøkelse ut over de rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet.

- **Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.**

Helse Sør-Øst RHF har overtatt ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep.

De fleste helseforetak har inngått avtale om å videreføre robuste kommunale overgrepsmottak, et helseforetak har etablert et nytt overgrepsmottak i helseforetaket og et helseforetak har videreført allerede eksisterende overgrepsmottak i helseforetaket.

- **Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig «program for forbedring av nødmeldingstjenesten».**

Helse Sør-Øst har deltatt i utredningsarbeidet i 2016 med en representant.

- **Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.**

Helse Sør-Øst RHF har inngått samarbeidsavtale på regionalt nivå med alle NAV fylkeskontor, NAV hjelpemidler og tilrettelegging og Helse Sør-Øst RHF, om helse og arbeid. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne.

- **De regionale helseforetakene skal i fellesskap identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.**

Helse Nord RHF v/Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) leverte rapporten «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon» i november 2016 til Helse- og omsorgsdepartementet. Utredningen har resultert i en anbefaling fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere innføring av ni faglige styringsindikatorer innenfor fem fagområder. Noen av disse er allerede etablert som nasjonale kvalitetsindikatorer med sykehusene som analyseenhet. Det anbefales blant annet at helseforetakenes opptaksområder danner utgangspunkt for de faglige styringsindikatorene hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft leddproteser og hoftebrudd.

Personell, utdanning og kompetanse

- **Utvikle Nasjonal bemanningsmodell som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.**

I 2015 og 2016 har arbeidet med Nasjonal bemanningsmodell i hovedsak vært gjennomført på regionsnivå og i samarbeid mellom regionene. Dette både for å utvikle selve modellen, utarbeide tilhørende metodikk og kvalitetssikre data.

Status for 2016 er at:

- Versjon 2 av den nasjonale modellen er utvidet med mulighet for fremskrivning på spesialsykepleiere
- Ny tverregional modell er utviklet, slik at data kan tas ned på regions- og foretaksnivå
- Bemanningstall fra alle helseforetak og private ideelle sykehus er innhentet og oppdaterte data lest inn i modellen
- Det er utarbeidet en standardmetode for fremskrivning ved hjelp av scenariometodikk
- Det er gjennomført pilot med scenariometodikk på tre utvalgte fagområder

Scenariometodikk ble testet ut ved analyser på fagene Øye, Patologi og Psykisk helsevern. Erfaringene fra dette arbeidet vil legge grunnlaget for en felles regional veileder. Veilederen skal være klar primo 2017.

- **Synliggjøre utdanningsaktivitet i sykehusene. Gi departementet årlig innspill på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området. Departementet vil tydeliggjøre rammer og frist for innspillet.**

Gjennom arbeidet med Nasjonal bemanningsmodell har Helse Sør-Øst RHF deltatt i tverregional koordinering for å svare opp Helsedirektoratets bestilling vedrørende sårbare legeutdanningsspesialiteter. Innspillet ble sendt samlet fra de fire regionale helseforetakene og ligger som grunnlag for Helsedirektoratets rapport om utviklingen i legestillinger.

Arbeidet i Helse Sør-Øst har tatt utgangspunkt i Nasjonal bemanningsmodell supplert med oversikt over utdanningsstillinger fra det regionale utdanningscenteret (RegUt). Dette faktagrunnlaget er sammenholdt med en tverrfaglig gjennomgang og vurdering av hvilke spesialiteter som har kapasitetsutfordringer knyttet til pasientbehandlingen.

I tillegg er det i de aktuelle regionale fellesfora gjort oppdaterte vurderinger av utdanningskapasitet for spesialsykepleiere. Lokalt har foretakene iverksatt en rekke tiltak for å håndtere en utfordrende rekrutteringssituasjon når det gjelder denne stillingsgruppen. Tiltakene er knyttet til både tilpasning av utdanningskapasitet og øvrige tiltak som påvirker personellbeholdningen. Det er i mindre utstrekning også kartlagt utdanningsaktivitet og kapasitet for andre yrkesgrupper, såsom helsesekretærer.

- **Tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.**

E-læring: Antall kursgjennomføringer økte fra 2015 til 2016 med 12,5 prosent, til totalt 168.462 gjennomførte kurs. Det tilsvarer mer enn to kursgjennomføringer pr ansatt, men det er fortsatt et stort potensiale for økt bruk av digital læring.

Det er en betydelig variasjon mellom foretakene i bruk av e-læring, og det jobbes kontinuerlig med erfaringsutveksling og læring gjennom regionalt nettverk for e-læringskoordinatorer/-administratorer. Dette bidrar på sikt til å utjevne forskjellene.

Læringsportalen har i 2016 blitt tilgjengelig også på mobile enheter. Det jobbes med å gjøre også eksisterende e-læringsprogram tilgjengelig på mobil plattform. Videre skal det etableres et regionalt prioriteringsråd for å sikre prioritering av e-læringsprogram innen sentrale felles innsatsområder.

Det interregionale nettverket for digital læring har deltatt i kartlegging av eksisterende, regionalt utviklede e-læringsprogrammer med relevans for LIS-utdanningens felles kompetansemoduler i del 1. Kursene er vurdert innholdsmessig med hensyn til LIS-utdanningen på samme måte som kurs rettet mot de medisinsk-faglige læringsmål i del 1.

Simulering: I 2016 ble det gjennomført 8 instruktørkurs for psykisk helsevern og somatikk hvor det totalt er det utdannet 480 instruktører med deltagere fra psykisk helse, rus og somatikk i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført 2 dagers samling for deltagere i det regionale nettverket i samarbeid med Sørlandet sykehus og Universitetet i Agder med 170 deltagere. SimOslo, som medlem av styringsgruppen for medisinsk simulering i Norge, gjennomførte åpning av det nasjonale nettverket for medisinsk simulering. Blant flere aktiviteter har SimOslo bidratt med følgende:

- gjennomføring av regionalt simuleringsbasert opptreningsprogram for endoskopi
 - gjennomføring av regionalt program for opplæring av gastrokirurger i laparoskopisk kirurgi for tykk- og endetarmskreft
 - deltatt med poster og innlegg på Europeisk kongress Lisboa, SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine).
 - bidratt med innlegg knyttet til medisinsk simulering på fagdager ved flere foretak i Helse Sør-Øst.
 - gjennomført spørreundersøkelse knyttet til simuleringsinstruktørene i Helse Sør-Øst og deres aktivitet i foretaket.
 - gjennomført oppfølgingsopplegg for primærhelsetjenesten i Oslo, med faste dager i hver måned og utdannet 16 instruktører.
 - avholdt Train the Trainer kurs i Telemark for 12 legevakt- leger i fylket.
 - hovedansvar for å arrangere SUN (skandinavisk user nettverk) workshop med den vanskelige debrief. Med 150 deltakere.
 - hatt innlegg på erfaringskonferansen om medisinsk simulering.
 - gjennomført 5 oppfølgingsdager med spesielt fokus på den vanskelige debrief. Ca 125 deltagere.
 - arrangert workshop (vanskelig debrief) på nasjonalt nettverksmøte på Akershus universitetssykehus.
- **Etablere et regionalt utdanningssenter ved regionsykehuset for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.**

Helse Sør-Øst RHF har gitt oppdraget om å etablere regionalt utdanningssenter (RegUt) til Oslo universitetssykehus, og bevilget oppstartmidler i 2016 for 100 prosent stilling for leder av RegUt og for regional koordinator. Det er bevilget 3,5 mill NOK for 2017. Koordinatorstillingen er besatt, mens lederstillingen i 100 prosent er lyst ut som kombistilling med 20 prosent forskningsstilling finansiert av Universitetet i Oslo. Det er en fungerende leder av RegUt i deltidsstilling inntil leder er ansatt.

Det tverregionale prosjektet har utarbeidet et felles mandat for alle de fire sentrene. De fire RegUtene samordner spesialistutdanningen og planlegger oppstart av del 1 i 2017 som del av prosjektet, inntil de er i full drift. Regionalt team støtter også opp om det regionale arbeidet inntil RegUt er i full drift.

- **Etablere tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning.**

For å sikre en nasjonal, samordnet spesialistutdanning har de regionale helseforetakene etablert et tverregionalt samarbeidsprosjekt, koordinert og ledet av Helse Sør-Øst RHF. Det er lagt opp til bred involvering og åpenhet i prosjektet, og etablert en nettside www.lis-utdanning.info. Prosjektet representerer den tverregionale ordningen inntil de fire RegUt-ene er i full drift og ivaretar alle oppgavene i mandatet for RegUt, herunder nasjonal samordning.

Forskning og innovasjon

- **Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.**

Oppdraget fullført gjennom et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Resultater presentert og rapport overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i møte 13. desember. Helse- og omsorgsdepartementet forlenget oppdraget for 2017 for utvikling og pilotering av en nytteindikator.

- **Følgende tre tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 implementeres: Etablert nytt felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norges forskningsråd, som kan bidra til at flere pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. I den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, skal det etableres et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier og industrien skal inviteres inn i nettverket.**

Program for Klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) er etablert av de regionale helseforetakene i samarbeid med Norges Forskningsråd. Programplanen godkjent av de regionale helseforetakenes administrerende direktører i april 2016. Utlysning av programmidlene (i alt 130 millioner kroner) har funnet sted med søknadsfrist i oktober 2016. Arbeidet med forskningsprogrammet er koordinert av Helse Sør-Øst RHF. Tildeling i februar 2017.

Arbeid med styrking av infrastruktur for utprøving av innovasjoner og nytt medisinsk-teknisk utstyr har pågått i nært samarbeid med Oslo universitetssykehus gjennom prosjektet «*Testarena*» med Oslo kommune som samarbeidspartner. Ambisjonen om etableringen av en fysisk testarena har foreløpig ikke blitt realisert. Alternative løsninger er drøftet i samarbeid med innovasjonsutvalget ved Oslo universitetssykehus og det arbeides videre med en løsning gjennom videreutvikling og «branding» av distribuerte testfasiliteter ved helseforetaket. Innovasjonsutvalget har foreslått å øremerke kr 200 000 til formålet.

Helse Midt-Norge RHF v/St. Olavs Hospital har ansvar for drifting av NorCRIN, som nå er tildelt betydelige infrastrukturmidler fra Forskningsrådet. Arbeidet i NorCRIN er oppdelt i ulike arbeidspakker, hvorav en dreier seg om samarbeid med industrien. Arbeidet med denne er i gang.

Møter med industrien er planlagt. En annen arbeidspakke gjelder kartlegging av tidligfaseenheter i Norge, og kontaktpunkt ved Oslo universitetssykehus, Kreftklinikken er etablert.

- **Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien vurderes og implementeres. Her bør sentrale målsetninger for helseforskningen hensyntas.**

HO21-strategiens ambisjon om næringsutvikling fulgt opp gjennom foredrag og deltagelse i workshops, blant annet i regi av HO21-rådet. Det er avholdt en rekke møter med gründerforetak som søker dialog med helseforetak for demonstrasjon, utprøving og verifisering av nye løsninger for bedre pasientbehandling.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Hvert regionale helseforetak skal i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialister, med sikte på at antall avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Helse Sør-Øst RHF er nå i avslutningen av utarbeidelse av en regional plan som skal gi bedre oversikt over hvilke spesialiteter nye driftsavtaler bør ha, samt hvor de geografisk skal lokaliseres. Med denne som utgangspunkt vil det kunne legges til rette for en ønsket vekst i antall driftsavtaler. Det er ikke kunngjort nye avtalehjemler i 2016.

Andre oppgaver 2016:

- I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. oppdragsdokument 2016, gis det fra og med andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. Det skal etableres et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. Fra og med andre halvår 2016 skal følgende indikatorer inngå i dette indikatorsettet, jf. leveranse av 1. juni 2016 fra regionale helseforetak for nærmere definisjoner: Nyhenviste (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet), henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet), polikliniske kontroller (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet, avgrenset i første omgang til ortopedisk fagområde), tentativ tid til kontakt (nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet) og ambulant virksomhet (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet). Endelige definisjoner, og tall for fagområdene ortopedi og psykisk helsevern, skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Det skal videre vurderes hvordan styringsindikatorer kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger, samt bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak. I den styringsmessige oppfølgingen skal det benyttes systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp. Utvalget av prosedyrer skal ikke avgrenses til de prioriterte fagområdene. Det skal legges vekt på å identifisere prosedyrer med betydelig volum og/eller betydelig ventetid som det samtidig er mulig å definere og rapportere på innen den aktuelle tidsfristen. For dagbehandling kan det blant annet tas utgangspunkt i de ortopediske prosedyrene for dagkirurgi foreslått i leveransen av 1. juni. For gjennomsnittlig liggetid skal de regionale helseforetakene blant annet vurdere de prosedyrene som helseforetakene i Helse Sør-Øst i dag måler gjennomsnittlig liggetid for i sin kvalitetsstyring. NPR skal sammenstille og publisere dataene for dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid på prosedyrenivå basert på utvalget av og definisjoner av prosedyrer fastsett av de regionale helseforetakene. Disse sammenligningene skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Indikatorsettet, antall fagområder og antall prosedyrer skal bygges ut fra og med 2017, jf. oppdrag med frist 1. november 2016 gitt i oppdragsdokument 2016. Som del

av leveransen til 1. november skal de regionale helseforetakene oppsummere erfaringene fra prosjektet «Global Comparator Program som nasjonalt pilotprosjekt». De regionale helseforetakene skal i samråd med Helsedirektoratet gi en vurdering av evt. videreutvikling av dette prosjektet til en nasjonal løsning, evt. foreslå konkrete alternativer som kan sikre samme funksjonalitet på kort til mellomlang sikt. Arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse skal ses i sammenheng med og koordineres tett med oppdraget om å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det vises til at dette oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Nord i oppdragsdokument 2016.

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016 til de de fire regionale helseforetakene ble det gitt som oppdrag å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av oppdraget ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Første rapporten ble levert 1. juni 2016 hvor det ble identifiserte ni indikatorområder som i første fase skulle danne grunnlaget for det videre arbeidet.

- andel henviste
- ikke rett til helsehjelp (avviste/avslåtte henvisninger)
- andel kontroller
- tentativ tid til kontakt
- andel ambulant virksomhet
- indikatorer om kapasitetsutnyttelse og effektivitet
- planleggingshorisont
- re-planlegging
- pasienter ikke-møtt

De fem førstnevnte indikatorene skulle danne grunnlaget for det initiale arbeidet med fokus på fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. På bakgrunn fra tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet etter første leveransen i juni 2016 ble det levert en utvidet rapport 25. oktober 2016 som inkluderte følgende analyser:

- andel dag- versus døgnbehandling for åtte pasientgrupper
- variasjon i gjennomsnittlig liggetid for 16 pasientgrupper (ti kirurgiske og seks medisinske grupper)

Det ble presisert at analysene i liten grad ga informasjon om årsakene til forskjellene, men etter dialog med de regionale innsatsteamene ble noen mulige årsaker til regionale forskjeller beskrevet. Arbeidet skal videreføres som et langsiktig utviklingsarbeid med en fast gruppe representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister. Leveranse av 12. desember 2016 gir videre retning for arbeidet for 2017 med vekt på å:

- utvide indikatorsettet i tråd med tidligere anbefalinger, særlig indikatorer rettet mot kapasitet og effektivitet
- vurdere å utvide antall fagområder
- koble aktivitetstall med data om personell (HR-data) og kostnader (KPP)
- utvide til flere prosedyrer/pasientgrupper og belyse eventuell variasjonen
- operasjonalisere og tilgjengeliggjøre allerede etablerte indikatorer

Arbeidet som gjøres av AIM videreføres under ledelse av Helse Midt-Norge RHF i 2017.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2016:

- RHF skal levere kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR. **Komplette data om bruk av tvangsmidler for 2014 og 2015 skal være levert NPR innen 15. september.**

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 arbeidet med å kvalitetssikre komplette og korrekte data for bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern for 2014, 2015 og 2016. Innlevering av oppdaterte data til NPR ble forsinket og det ble samarbeidet direkte med NPR om utfordringene knyttet til leveransen. Denne kontakten var til stor nytte og ble knyttet til de konkrete problemstillinger som ble avdekket.

Alle helseforetak, bortsett fra to, leverte kvalitetssikrede data på nytt innen den utsatte fristen. Sykehuset i Vestfold måtte utsette leveransen grunnet arbeidet med konvertering til DIPS. Oslo universitetssykehus kunne ikke levere komplette data til NPR via Norsk Helsenett for 2014 (grunnet nytt datasystem og der tilgangen til det gamle PasDoc var lukket før oktober 2014), Oslo universitetssykehus vil ha ferdig leveranse for 2015 og 2016 innen 28. februar 2017.

Komplette data for bruk av tvangsmidler har også vært sak i regionalt fagråd psykisk helsevern i mai 2016. Det samarbeides nasjonalt om kvalitetsutvikling og sikring av data. Arbeidet videreføres i 2017. Helse Sør-Øst RHF's plan for «Økt frivillighet» er blant annet lagt til grunn. Det vil også bli utarbeidet et eget saksdokument som legges til grunn for det videre arbeid i Helse Sør-Øst.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2016:

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for en nasjonal opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag, jf. brev til Helsedirektoratet av juni 2016. Helsedirektoratet har startet en prosess som involverer brukere og tjenesten med sikte på en anbefaling om ett akronym eller symptombeskrivelse som kan ligge til grunn for en nasjonal kampanje. **De regionale helseforetakene bes om å delta i arbeidet med å planlegge og rulle ut kampanjen.**

Helseforetakene har rapportert at de har bidratt med ulike kampanjer, publisert og offentliggjort informasjon, holdt foredrag og opplysningsarbeid i forhold til Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag.

- Departementet la 3. juni 2016 fram Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Basert på Stortingets behandling av meldingen vil departementet fastsette nye rammer for de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring av nye metoder, samt sende på høring et forslag til reviderte forskrifter på legemiddelområdet. For å understøtte departementets arbeid ber vi om at Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samråd med de regionale helseforetakene, iverksetter:
 - En utredning av hvordan de foreslåtte prinsippene for prioritering, herunder særlig forslagene knyttet til unntaksordning, skjønnsmessige vurderinger og alvorlighet, kan konkretiseres og operasjonaliseres. Utredningen skal ikke

adressere spørsmålet om hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder.

- Et arbeid, basert på forslagene i meldingen, for å revidere Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet sine veiledere for metodevurderinger og Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak.

Statens legemiddelverk skal lede arbeidet. Nærmere innretning og timeplan for utredningsarbeidet avklares nærmere med departementet innen 1. september 2016.

Leveranser til departementet skal unntas offentlighet, jf. § 15 i offentlighetsloven.

Regionale helseforetak, i samråd med Statens legemiddelverk, bes med utgangspunkt i forslagene i Meld. St. 34 (2015-2016) om å iverksette et arbeid med sikte på å etablere en felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder. Arbeidet må innrettes med forbehold om endringer i rammene for arbeidet som kan følge av Stortingets behandling av meldingen.

De regionale helseforetakene skal, sammen med Statens legemiddelverk, bistå Helsedirektoratet i utredningen knyttet til hhv. kriterier for fordeling av finansieringsansvar for legemidler mellom folketrygden og de regionale helseforetakene, system for avklaring av finansieringsansvar for legemidler får markedsføringstillatelse og en plan for ev. overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. brev til direktoratet om dette i juni 2016.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i de nevnte utredningene og disse har blitt oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i november/desember i henhold til tidsfristen. Arbeidet med felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder, avsluttes i 2017.

Et notat med forslag til felles praksis vil primo 2017 bli sendt til Legemiddelverket og Beslutningsforum. Arbeidet med revidering av de helseøkonomiske veiledere for utredningsinstansene videreføres i første halvdel av 2017.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

4.1 Krav og rammer for 2016

Fra foretaksmøte 12. januar 2016

- **Styring og oppfølging**

Ledelse og lederutvikling

Lederutviklingstiltakene på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå er videreført i 2016. Det arbeides med å integrere føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan i alle disse tiltakene. Alle foretakene har egne lederutviklingsprogrammer/tiltak hvor det trenes på å håndtere problemstillinger på tvers av profesjoner, avdelinger og nivå.

I tillegg gjennomfører en rekke foretak utviklingstiltak for ledergrupper. Det er videre gjennomført en pilot i Sykehuset Innlandet hvor man bringer flere ledergrupper inn i samme rom for å sikre «på tvers»-perspektivet.

Akershus universitetssykehus, Sykehuset Østfold og Vestre Viken er eksempler på foretak som gjennomfører regelmessige strategi-/ kultursamlinger, med de samme temaene i hovedfokus. De andre foretakene følger opp med lignende tiltak.

Ny nasjonal bemanningsmodell

Ansvaret for implementering av Nasjonal bemanningsmodell ble i 2016 overført fra det nasjonale prosjektet ledet av Helse Sør-Øst til den regionale styringslinjen. Det interregionale AD-møtet er styringsgruppe for arbeidet. De fire regionale administrerende direktørene legger dermed premisser for utvikling av modellen.

HR-staben i Helse Sør-Øst RHF har ledet det regionale arbeidet med støtte fra felles tjenesteleverandør Sykehuspartner. Innsatsen i 2016 har hatt fokus på strategisk forankring, kjennskap til modellen og økt datakvalitet. Modellen og arbeidet med den er presentert og diskutert i ulike ledelsesfora, HR direktørmøte, fagdirektørmøte og direktørmøte. Foretakene er fulgt opp på kvalitet på HR-data, særlig knyttet til varierende registreringspraksis for spesialsykepleiere.

Det er i tillegg gjennomført felles opplæring i modellbruk for utpekte ressurser fra alle foretak. Det settes i gang nye tiltak i 2017 for å gi ytterligere opplæring i både modellbruk og scenariometodikk.

Utvikle veileder for utviklingsplanarbeidet innen 1. mai 2016

Det er i tråd med oppdraget utarbeidet en veileder for utviklingsplaner. Veilederen er behandlet i møtet mellom de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene den 25. april 2016, og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2016 til orientering.

Veilederen er styrebehandlet og implementert i alle de regionale helseforetakene. I Helse Sør-Øst RHF ble endelig veileder vedtatt 6. juni 2016 i styresak 056-2016 *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

Samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse og lederutvikling

I samarbeid med Nasjonal ledelsesutvikling gjennomføres en pilot i Vestre Viken og samarbeidende kommuner hvor det fokuseres på ledelsesaspektene ved samhandlingsreformen.

Vestre Viken har i samarbeid med Bærum kommune foretatt en kartlegging av utfordringene og intervjuet både pasienter, fastleger, kommuneledere og sykehusledere.

Ut fra kartleggingen er det utviklet et nettverksbasert lederprogram med oppstart i januar 2017. Psykisk helse og rus er valgt som fagområde for arbeidet med ledelsesutvikling.

Gjennom programmet arbeides det med følgende temaer:

- Forbedre eksisterende samhandlingsflater
- Gi mulighet for etablering nye samhandlingsflater
- Øke kunnskapen om hverandres organisering og utfordringer knyttet til samhandlingen
- Tilføre ledere nyttig metodikk/verktøy
- Forsterke deltakernes ledernetverk
- Utvide perspektivet på samhandling «fra vugge til grav»

Programmet vil gå over hele våren 2017. Arbeidet dokumenteres slik at programmet kan videreføres til andre helseforetak. Det vil delta 12 ledere fra hvert forvaltningsnivå. Deltakerne skal arbeide med reelle problemstillinger.

Årlig gjennomgang av helseforetakene

Helse Sør-Øst ledet i 2016 det interregionale arbeidet om indikatorer om kapasitet/effektivitet og variasjon i helsetjenesten. I tillegg til de regionale helseforetakene er også Helsedirektoratet/NPR med i arbeidsgruppen. Arbeidet er i linjen forankret i det interregionale AD-møtet som svarer opp oppdraget til Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble avlevert til sammen 3 rapporter i 2016 der arbeidsgruppen har foreslått et sett med indikatorer for styringsmessig oppfølging. Dessuten har arbeidsgruppen utarbeidet systematiske sammenligninger på andel dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid for utvalgte prosedyregrupper. Utvikling av indikatorer og publisering av statistikk slik at data kan brukes på regionalt nivå, er et pågående arbeid i 2017.

Resultatet av arbeidsgruppens arbeid skal på regionalt nivå breddes og implementeres i det regionale innsatsarbeidet. I Helse Sør-Øst ivaretas dette gjennom tilgjengelighetsprosjektet der flere innsatsteam er inne på ulike helseforetak for å arbeide med kvalitetsforbedring. I 2017 er det også lagt opp til et spesielt fokus på enheter innen psykisk helsevern og TSB.

Rapportering fra arbeidet med oppfølging av avvikene påpekt i Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene pr. 1. juni og 1. oktober

Oppfølging av avvikene som er påpekt i revisjonsrapporten har foregått både i helseforetakene og på regionalt nivå gjennom ulike aktiviteter.

Bedre ressursstyring har vært et viktig satsingsområde for alle helseforetakene. Flere har gjort aktivitets- og bemanningsanalyser på ulike avdelinger – både som en konsekvens av økt oppmerksomhet på ressursstyring og for å løse utfordringer på området. Det er iverksatt en rekke tiltak i helseforetakene for å fremme bedre ressursstyring og mer samarbeid mellom kliniske enheter og dermed, samlet sett, få til mer effektiv bruk av pleieressursene.

I tillegg er det i 2016 gjennomført et regionalt prosjekt «*Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjekt*» hvor et av delprosjektene har hatt mål om å utarbeide en felles metodikk og verktøy for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging, samt utvikle måleindikatorer. En slik metodikk/verktøy er en av flere forutsetninger for å underbygge myndighetskrav som «time i hånden», seks måneders planleggingshorisont for timetildeling, bedre styringsinformasjon og samsvar mellom bemanning og aktivitet. Metodikken legger til grunn at faggrupper som skal

samarbeide må planlegge aktivitet og bemanning sammen, og de aktuelle ledere må sammen utarbeide koordinerte aktivitets- og bemanningsplaner. Arbeidet med å utvikle og implementere denne metodikken har vært krevende, med bakgrunn i streiken høsten 2016.

Økt samsvar mellom aktivitet og bemanning videreføres som fokusområde i 2017 for å sikre større grad av god ressursutnyttelse, forutsigbarhet for ansatte og langtidsplanlegging av pasientforløp.

Organisatoriske krav og rammer:

• Bemanning

Pasientsikkerhet

Det er et definert satsningsområde i HMS-rammeverket å se sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet. Satsningsområde følges jevnlig opp med HMS-lederne i regionen via HMS-ledermøte. Oslo universitetssykehus har startet et arbeid for å utvikle strategi for pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. Dette arbeidet følges opp i HMS-ledermøte og vil bli tema i det regionale direktørmøte i løpet av våren 2017.

For å løfte fokuset på sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet vurderes det å styrke dette perspektivet i obligatorisk HMS-opplæring i helseforetakene:

- Sammenslåing av medarbeiderundersøkelsen og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen piloterer høsten 2016 og implementeres nasjonalt i 2017.
- Det er etablert samarbeid innenfor fagområdene HMS, HR, kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Sør-Øst RHF.

Faste stillinger, heltid og vikarer

Ny felles heltidspolicy for Helse Sør-Øst ble vedtatt i desember 2014. Denne innebærer blant annet at alle stillinger i helseforetakene i utgangspunktet skal lyses ut som heltidsstillinger og unntak må begrunnes. Alle deltidsansatte som ber om det, skal få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger.

Deltidsbruken ble vesentlig redusert i perioden 2011-13. Siden har omfanget endret seg lite. Korrigert andel deltid (fast ansatte) lå ved utgangen av 2016 (desember) for foretaksgruppen samlet på 24,3 prosent. Medregnet midlertidig ansatte, er deltidsandelen høyere (33 prosent). Omfanget varierer avhengig av helseforetakets lokalisering. Andelen er klart lavere i hovedstadsområdet enn sør og nord i regionen.

Helseforetakene har i samsvar med de felles retningslinjene tatt i bruk en rekke ulike tiltak for å bidra til redusert andel deltid, herunder:

- utlysings- og ansettelsespraksis, herunder fortrinnsrett for deltidsansatte
- permisjonspraksis, dvs. å redusere unødvendig bruk av permisjoner
- bemanningsenheter/vikarpooler
- kombinerte stillinger (inkl. sengepost/dagarbeidsenhet)
- endrede arbeidstids-/turnusordninger (inkl. lengre dagvakter og flere helgevakter)
- konvertering av variabel lønn til faste stillinger

Utfordringen knyttet til ufrivillig deltid er i hovedsak løst. Det er imidlertid fortsatt et behov for å redusere den selvvalgte deltidbruken i sykehusene. Dette krever andre typer tiltak.

Det er derfor også iverksatt generelle informasjonstiltak mot arbeidsmarked og utdanningsinstitusjoner samt målrettede tiltak mot nyutdannede og yngre i pleieyrkene, der deltidsandelen er størst. I tillegg vurderes trainee-ordninger og andre former for tilrettelagt praksislæring for nyutdannede- spesielt i pleieyrkene.

Det arbeides fortsatt for å øke bruken av faste stillinger og redusere omfanget av midlertidige ansettelser i foretakene. Det er gjort mye for å rydde opp i ansettelsesforhold tidligere. Innsatsen rettes nå særlig mot korttidsansatte på timelønn, der det største potensialet for reduksjon finnes. En ytterligere reduksjon i denne gruppen må ses i sammenheng med den regionale innsatsen for bedre ressursstyring. Arbeidet med å videreutvikle og implementere metodikk for aktivitetsstyrt bemannings- og fraværplanlegging har hatt høy prioritet i Helse Sør-Øst i 2016 og videreføres i 2017.

Rekruttere og utvikle kvinnelige ledere

Det er i 2016 tilsatt 1 kvinnelig administrerende direktør, 2 kvinnelige viseadministrerende direktører og 1 kvinnelig klinikkdirektør.

Blant deltakere fra Helse Sør-Øst på Nasjonalt topplederprogram er mellom 50 prosent og 65 prosent kvinner. Behovet på lengre sikt ivaretas bl. a. av ledertalentprogrammet. I helseforetakenes foretaksinterne lederutviklingstiltak er godt over 50 prosent kvinner.

• Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Målet er innfridd i henhold til plan for 2016, selv om enkelte aktiviteter fortsetter inn i 2017/2018. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp og lukket avvik fra Riksrevisjonens kontroll angående:

- a) Styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler (EPJ). Kontroll gjennomført 2013-2014.
- b) Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr. Kontroll gjennomført 2014-2015.

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport. Hovedaktiviteter:

1. Bestillingsskjema, med autorisasjon hentet fra HR-system
2. Versjon av DIPS - beslutningsstyrt tilgang
3. Regional standardisering av DIPS
 - HR-data
 - Org-struktur
 - Dokumentstruktur
 - Arbeidsrutiner
4. Realisere regionale tilgangsprinsipper i DIPS
5. Automatisering av tildeling og forvaltning av tilganger (IDM/IAM)
6. Systematisk gjennomgang av logger – NIKT-prosjekt
7. Regionalisere og oppdatere styringssystem for informasjonssikkerhet
8. Systematisk gjennomføring av revisjon knyttet til tilganger
9. Systematisk risikovurdering av tilgangskontroll
10. Systematisk og lik opplæring av personell i forbindelse med tilganger

Noen aktiviteter er gjennomført for alle helseforetak, men det totale innføringsløpet vil strekke seg inn i 2018 for enkelte helseforetak.

Felles arbeid på tvers av regionene omfatter blant annet:

- Arbeid forbindelse med Nasjonal IKT systemeierforum hvor alle regionene deltar og hvor tiltakene tas opp.
- Dialog mellom DIPS ASA og de regionale helseforetakene, for felles utvikling av kravsett til DIPS Arena.
- Prosjekt og etablering av felles løsning for systematisk gjennomgang av logger i Norsk Helsenet, er et felles nasjonalt prosjekt som omfatter alle fire regionale helseforetak og deres helseforetak.

Angående helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr så er det etablert felles krav til IKT og informasjonssikkerhet, til bruk ved anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr. Kravene er forankret i alle relevante fagmiljø (IKT, medisinsk-teknisk, Sykehuspartner drift og sikkerhetsmiljø). Dette er tatt inn som del av det regionale styringssystem for informasjonssikkerhet (revidert og vedtatt i 2016).

Helse Sør-Øst RHF har gitt en skriftlig rapportering ved oppfølgingsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet 22. juni 2016 av status for oppfølging og lukking av avvikene. Rapporteringen forbindelse med avvik avdekket av Riksrevisjonen har hatt spesielt fokus på avvik som ikke er lukket, samt status og plan for eget og felles arbeid med å etablere systemer og rutiner som sikrer lukking av avvikene. Et annet viktig element i rapporteringen er den grundige forankringen som er gjort for å sikre lukking av avvikene, herunder robuste løsninger som varer over tid.

Rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører

Helse Sør-Øst RHF har regionale varslingsrutiner som har blitt vurdert opp mot bestillinger og føringer fra foretaksmøtet. Forbedringer er iverksatt der det er påkrevet.

Helse Sør-Øst RHF deltar aktivt i Nasjonal IKT HFs forvaltningsgruppe for systemsvikt. Gruppen ble etablert i 2015 og har utarbeidet en prosess for melding, koordinering og behandling av identifisert svikt i PAS/EPJ systemer. I 2016 har Nasjonal IKT forvaltningsgruppe for systemsvikt utarbeidet en felles prosedyre for alle helseregioner som sikrer informasjon på tvers av regioner og internt i egen region ved systemsvikt i pasientadministrative rutiner, EPJ systemer og Medisinsk Teknisk Utstyr.

Organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT

I regi av Helse Sør-Øst RHF er det iverksatt flere prosjekter i regionen, hvor alle har som mål å sikre og ivareta pasientsikkerhet, informasjonssikkerhet og personvern (iht. bestilling fra Foretaksmøtet). Hovedpunktene i vår oppfølging på området, som utgangspunkt for samarbeid med de andre regionene, er:

1. Evaluering av Sykehuset Østfold HFs samhandlingsmodell for drift og forvaltning av MTU-IKT, sluttrapport forventes innen desember 2016.
2. Utarbeidelse av mandat for en samhandlingsarena mellom Helse Sør-Øst RHF avdeling Teknologi og eHelse og Strategisk forum for medisinsk teknologiske tjenester.

3. Felles regional serviceavtale som regulerer alle merkantile forhold inkludert forhold som informasjonssikkerhet, personvern, databehandler avtale og fjernaksesavtaler hvor dette er relevant.
4. Utarbeidelse av et standardisert sett med krav for IKT, informasjonssikkerhet og personvern som skal benyttes ved alle medisinsk tekniske utstyrsanskaffelser fremover.

Sykehuset Østfold har, som del av å etablere nytt bygg med regionale tjenester og datasenter, etablert en samhandlingsmodell knyttet til effektiv ivaretagelse av MTU-IKT drift og oppfølging. Samhandlingsmodellen med tilhørende avtaler og prosesser er utarbeidet sammen med Sykehuspartner. Høsten 2016 ble det nedsatt en styringsgruppe for å vurdere hvordan erfaringene fra Sykehuset Østfold kan legge grunnlag for en videreføring av arbeidet med å etablere en regional samhandlingsmodell for MTU-IKT. Styringsgruppen vil legge frem forslag til forbedringer av prosesser for mer samordnet drift og forvaltning av MTU-IKT, herunder også roller og ansvar. Det vil bli tatt initiativ for å dele funn i evalueringen, erfaringer med «Østfold-modellen» og samarbeide videre med de andre helseregionene.

Helse Sør-Øst RHF deltar i informasjonssikkerhetsarbeid i regi av Nasjonal IKT, med mål om en felles tilnærming til ivaretagelse av pasientrelatert informasjon fra medisinskteknisk utstyr. Helse Sør-Øst RHF har vært en aktiv pådriver for at Direktoratet for e-helse skal ta en koordinerende rolle når det gjelder samarbeid mellom de regionale helseforetakene; i vurderinger av organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT. Målsetningen er å sikre en samlet tilnærming og økt kompetanse på informasjonssikkerhet og personvern.

Samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak

Dette er kontinuerlig og pågående arbeid som ansees som innfridd for 2016.

Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til utvikling og innføring av nasjonale IKT-løsninger, samt styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området. Helse Sør-Øst RHF deltar i nasjonale organer for prioritering og styring av nasjonale satsninger innenfor e-helse underlagt Direktoratet for e-helse, som Nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget NUIT, fagutvalget NUFA, m.m..

Helse Sør-Øst RHF har bidratt med ressurser direkte inn i direktoratets arbeid. I tillegg arbeides det aktivt internt i regionen med innføring av IKT-prosjekter styrt fra direktoratet, spesielt innenfor digitale pasient- og innbyggertjenester, og prehospitall område.

Nasjonalt senter for e-helseforskning

På strategisk nivå er Helse Sør-Øst RHF representert i styret for Nasjonalt senter for e-helseforskning.

På operativt nivå er det dialog med enhet for eHelse, hvor Helse Sør-Øst RHF har invitert senteret til å bidra inn i innføringen av digitale pasient- og innbyggertjenester i Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF har gitt innspill til nasjonal kartlegging av tiltak innenfor e-helseforskning.

Via Direktoratet for e-helse har Helse Sør-Øst RHF gitt innspill til innhold i oppdragsbrev for Nasjonalt senter for e-helseforskning.

- **Beredskap**

Gjennomføring av risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT

Oppfølging av arbeidet med sikker drift og beredskap følges opp i den ordinære virksomhetsstyringen. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst rapporterer om gjennomføring av risikoanalyser for kritisk infrastruktur innen vann, strøm og IKT i tråd med oppdraget for 2016

På bakgrunn av rapporten fra Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, dokument 3:2 (2014-2015), som ble lagt fram i november 2014, har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med helseforetakene styrket arbeidet for å redusere sårbarhet og risiko innen kritisk infrastruktur. Det er gjennomført et regionalt prosjekt for å utarbeide regionale metoder og praksisveiledere innenfor sikker drift og beredskap for kritisk infrastruktur. Målsettingen med prosjektet har vært å etablere en gjennomgående metode og systematikk for ROS-analyser innen tekniske områder, slik at helseforetakene har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risikoen i ordinær drift. I 2016 er verktøy for tilstandsvurdering av kritisk infrastruktur pilotert i to helseforetak. Metodikken implementeres i 2017.

Arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst beskriver rammer for helseforetaksgruppens beredskapsarbeid. Planen bygger på regional ROS-analyse der blant annet kritisk infrastruktur, IKT- og legemiddelberedskap inngår. Planen angir rammene for helseforetakenes beredskapsplaner og rulleres årlig. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har oppdaterte beredskapsplaner som også dekker områdene vann, strøm, IKT og legemidler.

Beredskap øves på mange nivåer innen helseforetaksgruppen og i samarbeid med andre nødetater, fylkesberedskapsråd, grenseredningsråd, relevante industribedrifter mv. Akuttpersonell øver rutinemessig. Det gjennomføres en årlig øvelse blant topplederne med strategisk vinkling basert på overordnet planverk.

I et regionalt prosjektarbeid i 2016 er det foretatt en gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i regionen og i helseforetakene. Datagrunnlaget har bestått av nasjonale normgivende dokumenter, den regionale beredskapsplanen med tilhørende delplaner, helseforetakenes overordnede beredskapsplaner samt intervjuer i alle helseforetakene. Gjennomgangen viser at ulikheter mellom helseforetakenes planverk ikke medfører vesentlige utfordringer, men at håndteringen av beredskapsarbeid og krisehåndtering vil kunne forbedres gjennom bevisst bruk av andre samordningstiltak. Anbefalingene fra gjennomgangen følges opp ved endringer i regional beredskapsplan, samt utarbeidelse av en delplan for prehospital beredskap.

I tilknytning til regional beredskapsplan er det utredet et felles regionalt rammeverk for personellplanlegging. Nytt felles rammeverk ble besluttet primo 2016 etter forankring i aktuelle regionale fora og er implementert i foretakene i løpet av høsten 2016. Retningslinjene angir oppgaver, ansvar og organisering knyttet til forberedende tiltak og akutte tiltak i en krisesituasjon. Det er derved etablert standardiserte rutiner som blant annet omfatter bruk av arbeidstidsrammer og omlegging av arbeidsplaner, omdisponering av ansatte, rekruttering av ekstrapersonell, opplæring og støttetiltak, tilpasning av personellforvaltning, innleie av personell og beordring.

Alle helseforetak har etablert legemiddelkomité som blant annet ivaretar oppgaver i henhold til anbefaling i Rapport om nasjonal legemiddelberedskap.

Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap er implementert.

Iht. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. juli 2016 rapporterte Helse Sør-Øst RHF 19. september 2016 om sikkerhetstilstanden i sivil sektor.

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at de regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av sikkerhetsloven. Helse Sør-Øst RHF har etablert sikkerhetsorganisasjon og rutiner for informasjonssikkerhet iht. dette. Det er utarbeidet et rammeverk for tilsvarende etablering på helseforetaksnivå. Ved utgangen av 2016 har alle helseforetak kommet langt med dette arbeidet. Arbeidet forventes avsluttet i løpet av første halvår 2017.

Helse Sør-Øst RHF har satt fokus på sikkerhet i sykehus med sikte på en mer systematisk og helhetlig innsats mot sikkerhetsfaget og å innarbeide gode systemer og rutiner for sikkerhetsarbeidet i helseforetakene. Oppfølging av dette arbeidet er implementert i helseforetaksgruppens HMS-strategi. Helseforetakene har i 2016 arbeidet med å implementere tiltak i *veileder for sikkerhet i sykehus* og gjennomført risikoanalyser innenfor sikkerhetsområdet.

Bidrag i redningsledelse ved hovedredningsssentralene og i lokale redningsssentraler)

Det følger av pkt. 2-2 og 3-3 i Organisasjonsplan for redningstjenesten at de statlige sentrale samvirkepartnerne i redningsledelsen ved hovedredningsssentralene (HRS) og de lokale redningsssentralene (LRS) blant annet skal bestå av en representant for Helsedirektoratet. Etter henvendelse fra Helsedirektoratet har aktuelle helseforetak i Helse Sør-Øst foreslått personer som deretter er utpekt som Helsedirektoratets representanter i LRS. Helsedirektoratet har utarbeidet instruks for disse representantene.

I forbindelse med overgang fra 27 til 12 politidistrikter (Nærpolitireformen) på fastlands-Norge er det fastsatt en overgangsordning for LRS som innebærer at eksisterende LRS opprettholdes med gjeldende sammensetning fram til nye lokale redningsssentraler kan etableres i ny organisasjonsstruktur.

- **Etablering av ungdomsråd**

Alle aktuelle HF er i gang med arbeid med å etablere ungdomsråd. Retningslinjer for ungdomsråd er omhandlet i felles retningslinjer for brukermedvirkning.

- **Avtalespesialistordningen**

Helse Sør-Øst RHF er nå i innspurten på utarbeidelse av en regional plan som skal gi bedre oversikt over hvilke spesialiteter nye driftsavtaler bør ha, samt hvor de geografisk skal lokaliseres. Med denne som utgangspunkt vil det kunne legges til rette for en ønsket vekst i antall driftsavtaler. Helse Sør-Øst RHF deltar i pilot: LIS i avtalepraksis, avventer nødvendige tiltak for å kunne gjennomføre pilot: rettighetsvurdering i avtalepraksis.

- **Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester**

Bruk av tidsubestemte avtaler med oppsigelsesadgang

Helse Sør-Øst RHF har allerede løpende avtaler innen psykisk helsevern, rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vurderes ikke som aktuelt å inngå løpende avtaler med de kommersielle leverandørene innen somatikk, laboratorieområdet eller radiologi.

Vurderinger av hvordan representanter for tjenesteyterne, herunder ideelle leverandører, i større grad kan involveres i drøfting av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i fremtidige anskaffelser av konkrete tjenester

Ved anskaffelser gjennomfører Helse Sør-Øst RHF tilbyderkonferanser hvor man har dialog både om hvilke tjenester som ønskes kjøpt og om innretningen på kjøpet. Det etterspørres da innspill både på kvalitative forhold og på prismodeller/evalueringsmodeller. Dette ble eksempelvis gjort våren 2016 som en del av anskaffelse av rituell omskjæring. Ut over dette vil kvalitative forhold være en del av avtaleoppfølgingen i avtaleperiodene. Denne kunnskapen vil så bli trukket inn i arbeidet med anskaffelsen.

Samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjenesteleverandørene, herunder ideelle virksomheter

Helse Sør-Øst RHF har årlige dialogkonferanser med alle ideelle leverandører innen henholdsvis rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor det både gis informasjon om aktuelle prosesser og saker og hvor samarbeid og arbeidsfordeling drøftes. Det gjennomføres videre enkeltmøter med både ideelle og kommersielle avtaleparter knyttet til konkrete problemstillinger og behov for faglig samarbeid innen ulike fagområder. Det er et tett faglig samarbeid mellom leverandørene og helseforetakene særlig knyttet til behandlingen av enkeltpasienter. Helse Sør-Øst RHF har i dialogen med helseforetakene lagt til grunn at dette også gjøres når det gjelder fagutvikling hvor dette er nødvendig. De ideelle leverandørene er representert i fagrådene på disse områdene. Fagrådene er rådgivende for fagdirektør i saker som omhandler kvalitet og fagutvikling.

Tiltak for å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester, herunder vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2016 kun en anskaffelse (rituell omskjæring) og startet opp en tilleggsanskaffelse innen TSB. Det ble ikke vurdert som hensiktsmessig å gjennomføre disse konkurransene på bakgrunn av fastlagt pris. Det vil i TSB-anskaffelsen bli anskaffet svært ulike tilbud hvor mange forhold vil påvirke tilbud, prissetting og valg av leverandør(er). Helse Sør-Øst RHF vil fortløpende vurdere om fastpris vil være hensiktsmessig ved kommende anskaffelser.

• Deltakelse i utviklingsarbeid

Helse Sør-Øst deltar i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

• Fritt behandlingsvalg (FBV)

Helse Sør-Øst deltar i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for FBV. Helse Sør-Øst er representert i forvaltningsrådet for FBV og bidrar løpende med innspill og vurderinger etter forespørsler fra Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst deltar i møter i konsultasjonsmekanismen og har også en formalisert rolle mht. beslutninger om endringer i tjenestene som er omfattet av ordningen.

Økonomiske krav og rammer:

• Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

Foreløpige tall for 2016 viser et positivt resultat på om lag 1,1 milliarder kroner. Endelig resultat for 2016 vil først foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Foreløpig regnskap viser et resultat som er 371 millioner kroner bedre enn budsjettert for 2016.

De fleste helseforetakene har positive resultater i 2016. Sykehuset Østfold har imidlertid et foreløpig negativt resultat på om lag 430 millioner kroner med et tilhørende negativt budsjettavvik på 181 millioner kroner. Tillatt underskudd var 252 millioner kroner i 2016. I november 2015 ble det nye sykehuset i Østfold åpnet, og det har vist seg krevende å få kontroll med driftsmessige forhold for å oppnå økonomiske resultater som er i tråd med budsjettene. Det arbeides med å identifisere og implementere effektiviseringstiltak med støtte av et innsatsteam fra Helse Sør-Øst RHF.

Alle helseforetakene i hovedstadsområdet viser for første gang positive resultater, selv om disse samlet sett ikke når de budsjetterte målene. Dette er en positiv utvikling selv om det fortsatt gjenstår en del driftsmessige tilpasninger for å få varig kontroll på driftsøkonomien ved Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus.

Samlet for foretaksgruppen er det et tilfredsstillende resultat for 2016.

Ved inngangen til 2016 er samlet driftskredittramme for de regionale helseforetakene på 6 196 millioner kroner, jf. Prop 1S (2015-2016). Herav utgjør driftskreditrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 339 millioner kroner. I Prop. 1S (2015-2016) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremie blir 4 350 millioner kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2016. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksmøtet 12. januar 2016 at samlet ramme for driftskreditt skulle reduseres med 4 350 millioner kroner ved utgangen av 2016, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjorde 2 341 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's driftskredittramme for 2016 reduseres således fra 3 339 millioner kroner ved inngangen til 2016 ned til 998 millioner kroner ved utgangen av 2016.

Ved behandling av Prop. 122 S (2015-2016) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016* ble det samlet bevilget 4 050 millioner kroner til dekning av antatt lavere pensjonskostnad i 2016. Driftskreditrammen for de regionale helseforetakene ble på denne bakgrunn satt opp med 4 050 millioner kroner, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel av dette utgjorde 2 180 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt pr. 31. desember 2016 justert fra 998 millioner kroner til 3 177,7 millioner kroner.

Ved behandlingen av Prop. 26 S (2016-2017) *Endringer i statsbudsjett 2016 under Helse- og omsorgsdepartementet* ble det foreslått å øke de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt med 100 millioner kroner nasjonalt, fra 5 896 millioner kroner til 5 996 millioner kroner, som følge av en tilsvarende økning i pensjonspremie i 2016. For Helse Sør-Øst RHF utgjorde økningen 54,3 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt pr. 31. desember 2016 justeres fra 3 177,7 millioner kroner til 3 232 millioner kroner.

Endringene i driftskredittramme som beskrevet over, gir et nasjonalt nedbetalingskrav i 2016 på 200 millioner kroner grunnet pensjon. Av dette utgjør Helse Sør-Øst RHF's andel 107 millioner kroner. Av Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt som pr. 31. desember 2016 var 3 232 millioner kroner, er det trukket opp med 3 161 millioner kroner, dvs. nærmere 100 prosent.

• **Investeringer og lån**

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2016 tildelt og utbetalt 415 millioner kroner i lån til investeringer, med henholdsvis 315 millioner kroner til lån til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus og 100 millioner kroner til «*Tønsbergprosjektet*» ved Sykehuset i Vestfold. Midlende er tilgjengeliggjort disse prosjektene og utbetalt i takt med prosjektene likviditetsbehov.

- **Måling av kostnad pr. pasient**

I april 2016 sendte Helsedirektoratet ut et utkast til KPP spesifisering for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til nasjonal strategigruppe KPP. I mai ble innspillet svart ut i en felles notat fra alle de fire regionale helseforetakene til Helsedirektoratet. Innspillene viser at alle helseregioner kan levere på KPP-spesifiseringen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- **Nøytral merverdiavgift for helseforetakene**

Helse Sør Øst RHF har sammen med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet deltatt i arbeidet med utarbeidelsen av regelverket for nøytral merverdiavgift for helseforetakene.

Gjennom høsten 2016 har Helse Sør-Øst RHF arrangert kurs og konferanser hvor den nye ordningen har vært tema. Samtidig har arbeidet med å tilpasse de ulike økonomi- og innkjøpssystemene i Helse Sør-Øst pågått.

Helse Sør-Øst RHF er godt forberedt på den nye ordningen.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2016

- **Fra foretaksmøte 10. desember 2015**

Sak 3 Etablering av partikkelterapi og protonbehandling – mandat for konseptfase

I tråd med oppdraget ble det utarbeidet en konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Prosjektet ble gjennomført som et nasjonalt prosjekt og Sykehusbygg HF ledet arbeidet på vegne av og etter oppdrag fra de fire regionale helseforetakene.

I Helse Sør-Øst RHF ble endelig rapport behandlet som styresak 064-2016 *Konseptfase – etablering av protonbehandling*.

- **Fra foretaksmøte 8. mars 2016**

Sak 3: Inngåelse av leieavtale om periferiutstyr og lagring jf. vedtektene § 12 Låneopptak

Oppdraget er en oppfølging av Helse Sør-Øst RHF styresak 087-2015, behandlet 17. desember 2015, med vedtak: «*Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Sykehuspartner HF fullmakt til å investere opp til 185 millioner kroner i periferiutstyr og lagring. Det godkjennes at disse investeringene finansieres ved finansiell leasing, forutsatt godkjenning av foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at fordelingen av investeringene mellom periferiutstyr og lagring blir i henhold til søknad fra Sykehuspartner HF og etter avklaring med Helse Sør-Øst RHF.*»

Godkjenning i foretaksmøte har resultert i effektivering av styrevedtaket ovenfor. Sykehuspartner har innført leasing av periferiutstyr til bruk på alle helseforetak i regionen.

Sykehuspartner har benyttet finansiell leasing til å finansiere investeringer i periferiutstyr og lagring. I foreløpig rapportering per desember 2016 beløper dette seg til 118 millioner kroner.

- **Fra foretaksmøte 4. mai 2016**

Sak 7: Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Helse Sør-Øst har lagt til grunn Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i arbeidet med planer og drift av spesialisthelsetjenesten. Dette

har kommet til uttrykk i de oppdrag som er gitt helseforetakene og føringer som er gitt for innretning av tjenestetilbudet.

Spesielt om stedlig ledelse

Helse- og omsorgsdepartementet ved Eieravdelingen etterspør i egen e-post datert 6. februar 2017 rapportering i forhold til den delen av sak 7: *Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan* som omhandler stedlig ledelse.

I Helse Sør-Øst er stedlig ledelse ved alle foretak normen på utøvende nivå (nivå 3-4, 5). Når det gjelder sykehus- og klinikknivået (nivå 1-2) varierer situasjonen noe, blant annet avhengig av geografiske avstander internt i det enkelte foretak. I hovedsak har foretakene likevel stedlig ledelse ved de enkelte underliggende sykehus og somatiske klinikker.

Akershus universitetssykehus: Helseforetaket mangler stedlig ledelse på Ski sykehus. Det pågår imidlertid prosess for å se på driftsmodeller der fremover. Følgende løsning er foreløpig lagt til grunn: «Det er viktig å ha en stedlig koordinator/leder på Ski sykehus i en videre prosess mot et dagsykehus».

Oslo universitetssykehus: Helseforetaket har om lag 80 av 1000 organisasjonenheter på utøvende nivå: Fra og med 1. januar 2016 ble fem klinikker delt. Antallet klinikker i helseforetaket ble dermed økt fra 9 til 15. Alle 15 klinikker har virksomhet på mer enn ett sted/sykehus. Det samme gjelder om lag 50 av avdelingene. I disse tilfellene er det en stedsovergrepene ledelse, dvs. på nivå 2 og nivå 3.

I fire av de nyetablerte klinikkene har det i 2016 vært gjennomført en organisasjonsgjennomgang, som har resultert i forslag til ny organisering av klinikken. Ny organisering ventes iverksatt i 2017. Viktige formål med organisasjonsendringene har vært innføring av stedlig ledelse der det ikke forekommer i dag, og redusert bruk av koordinatorfunksjoner, redusert kontrollspenn for ledere, kortere lederlinjer internt i klinikkene og mer flerfaglig organisering, dvs. organisering ut fra oppgaveløsning framfor fagspesialitet/yrkesbakgrunn.

Gjennom disse omorganiseringene vil innslaget av stedlig ledelse øke ytterligere, først og fremst på seksjons- og enhetsnivå (nivå 4 og 5), men i noen tilfeller også på avdelingsnivå (nivå 3). Eksempelvis vil Ortopedisk klinikk bli organisert med en ortopedisk avdeling på hhv. Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Skadelegevakten. Antall organisasjonenheter uten stedlig ledelse ventes følgelig å bli ytterligere redusert fra dagens om lag 80 av rundt 1000 organisasjonenheter.

Sunnaas sykehus: Helseforetaket har organisert all sin virksomhet på Nesodden med gjennomgående stedlig ledelse, med unntak av to enheter som driftes på Aker helsearena (poliklinisk virksomhet). Der er det stedlig ledelse på nivå 3.

Sykehusapotekene: Helseforetaket har gjennomgående stedlig ledelse ved alle lokasjoner.

Sykehuset i Vestfold: Helseforetaket mangler stedlig ledelse i Larvik og ved klinikker for psykiatri og rusbehandling.

Sykehuset Innlandet: Helseforetaket har stedlig ledelse som gjennomgående organisatorisk prinsipp. Dette er gjennomført med enkelte unntak ved nærliggende lokasjoner.

Sykehuset Telemark: Helseforetaket manglet tidligere stedlig ledelse på kirurgi- nivå 3 på Notodden. Dette er endret fra 1.5.16, da det ble tilsatt egen avdelingsleder der.

Sykehuset Østfold: Helseforetaket har ikke stedlig ledelse ved alle enheter på sykehus- og klinikknivå (nivå 1-2). På utøvende nivå (nivå 3-4) er det imidlertid gjennomført i de fleste enheter.

Sykehuspartner: Helseforetaket har gjennomgående stedlig ledelse ved alle lokasjoner.

Sørlandet sykehus: Helseforetaket manglet tidligere stedlig ledelse i Arendal og Flekkefjord. Foretaket endret klinikkstruktur 1. januar 2016 og innførte stedlig ledelse for somatiske klinikker i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Det ble samtidig etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling og klinikk for medisinsk service ble videreført som tverrgående klinikker, men har stedlige avdelingssjefer og ledere på enhetsledernivå.

Vestre Viken: Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4.

De fire tverrgående klinikkene- Klinikk for Psykisk helse og rus, Klinikk for medisinsk diagnostikk, Klinikk for intern service og Klinikk for prehospitale tjenester- er organisert som følger:

- Klinikk for psykisk helse og rus har ikke stedlig ledelse på nivå 2, men har det på nivå 3 og 4
- Klinikk for medisinsk diagnostikk har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3, men har det på nivå 4
- Klinikk for intern service har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3, men har det på nivå 4
- Klinikk for prehospitale tjenester(dekker kun Buskerud, Asker og Bærum dekkes fra Oslo universitetssykehus) har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3.

Spesielt om regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2016 ble oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan behandlet, og det ble lagt til grunn at alle helseforetak utarbeider utviklingsplaner. Oppdraget ble utdypet i foretaksmøtet 10. januar 2017 der det ble fremhevet at utviklingsplanene må ses samlet slik at de sikrer det samlede tjenestetilbudet i regionen. Videre ble det pekt på at utviklingsplanene også må ses i nasjonal sammenheng, og at det er viktig at alle regioner benytter felles metodikk for framskrivinger av kapasitetsbehov. De regionale helseforetakene skal «*utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan*».

Det er utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner, ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016 i sak 056-2016. Denne skal legges til grunn for arbeidet med utviklingsplanene.

Høsten 2016 har Helse Sør-Øst RHF arbeidet særskilt med faglige føringer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering. I tillegg er hjerneslagsbehandling, kreftkirurgi og prehospitale tjenester viet oppmerksomhet. Det er også laget en sammenstilling av gjeldende strategier og planer som skal legges til grunn for

helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner ble styrebehandlet 2. februar 2017 (sak 008-2017).

«*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*» definerer, sammen med de føringene som er angitt i styresak 008-2017, rammen for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Helse Sør-Øst RHF vil i samsvar med veilederen gjennomføre dialogmøter med de respektive helseforetak ved oppstart av arbeidet, underveis og før helseforetakene styrebehandler utviklingsplanen.

Helse Sør-Øst RHF vil parallelt starte arbeidet med en regional utviklingsplan, og vil ta hensyn til helseforetakenes utviklingsplaner underveis, med endelig ferdigstilling av regional utviklingsplan per 31.12.2018. I forbindelse med dette vil en ta stilling til revisjon av gjeldende strategi «*Plan for strategisk utvikling 2013-2020*».

Det gjenstår fortsatt et arbeid med standardisering av prosessen for framskrivinger og beregning av kapasitet. Helse Sør-Øst RHF har i foretaksmøteprotokollen av 10. januar 2017 fått i oppdrag å redegjøre for Helse- og omsorgsdepartementet hvordan regionene vil samordne sitt arbeid både når det gjelder sentrale variabler for framskrivinger av kapasitetsbehov (som demografi og sykdomsutvikling, oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste, endrede driftsmodeller knyttet til nye behandlingsformer, medisinsk teknisk utvikling, nye teknologiske løsninger med mere) og hvordan man sikrer utvikling og bruk av felles metodikk for framskriving. Et første skritt er å gjennomføre felles regional kapasitetsframskriving første kvartal 2017, som grunnlag for helseforetakenes utviklingsplaner. Kapasitetsframskrivingene vil gjøres både på regionalt nivå og for det enkelte helseforetak. Arbeidet vil ledes av Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene vil involveres i arbeidet.

Utviklingsplanene lages på helseforetaksnivå. Det er likevel nødvendig at en har perspektiv utover eget helseforetak for å identifisere og utnytte muligheter for samarbeid og oppgavedeling med andre helseforetak. Det vil særlig gjelde der det er flere helseforetak innenfor et sykehusområde. I Oslo må Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF samordne sine utviklingsplaner, og samarbeide med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om det samlede spesialisthelsetilbudet.

- **Fra foretaksmøte 4. mai 2016**

Sak 3: Inngåelse av leieavtale om prefabrikkert bygg ved Oslo universitetssykehus HF, jf. vedtektene § 12 Låneopptak

Prosjektet avventes foreløpig, i påvente av videre vurderinger av bygningsmessige behov som følge av det videre utredningsarbeidet på bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus.

- **Fra foretaksmøte 22. juni 2016**

Sak 4: Oppfølging av «Én innbygger - én journal»

Gjennom det regionale fornyingsprogrammet Digital fornying videreutvikler Helse Sør-Øst RHF's IKT-systemer i tråd med målene i Meld. St. 9 *Én innbygger – én journal*.

Når det gjelder målet om best mulig samhandling opp mot en nasjonal løsning for kommunene, så har Helse Sør-Øst RHF bidratt i utredning- og planleggingsarbeid gjennom nasjonale fora underlagt Direktoratet for e-helse og gjennom faste arbeidsmøter med Direktoratet for e-helse.

Sak 5: Virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF

Virksomhetsoverdragelsen er gjennomført fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus.

Sak 6: Vestre Viken HF - konseptfase nytt sykehus i Drammen

I styresak 054-2016 forutsatte styret i Helse Sør-Øst at det skulle iverksettes tiltak for å tilpasse prosjekt nytt sykehus i Drammen til planforutsetningene gjennom blant annet følgende forhold:

- Generell optimalisering av foreliggende skisseprosjekt
- Revurdering av helseforetakets interne fordeling av funksjoner og kapasiteter
- Vurdering av etappevis utbygging og fremdriftsmessige forutsetninger
- Større grad av egenfinansiering

Styret i Helse Sør-Øst ba i styresak 054-2016 om at arbeidet oppsummeres i en egen sak til styret som behandles før oppstart av forprosjekt.

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet med å utrede tiltakene og det er planlagt at styret i Helse Sør-Øst RHF skal behandle saken i februar 2017.

- **Fra foretaksmøte 24. juni 2016**

Sak 3: Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst RHF har siden vedtaket i styresak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* arbeidet videre gjennom høsten 2016 med videre utredningsarbeid i forkant av videreføring av prosjektene til konseptfaser. Konseptfaser startes opp 2017 for Regional sikkerhetsavdeling samt klinikkbygg på Radiumhospitalet, arbeider som planlegges ferdigstilt våren 2017 og styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF 15.juni 2017. Ved samme tidspunkt vil det også behandles sak om oppstart av konseptfase for prosjektene på Gaustad og Aker.

- **Fra foretaksmøte 15. september 2016**

Sak 3: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst - godkjenning av finansiell leasing jf. vedtektene § 12 Låneopptak

Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 069-2016 *IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst* å inngå avtale med ekstern partner for gjennomføring av modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur som grunnlag for digitalisering av kliniske og administrative arbeidsprosesser, samt at forholdet knyttet til finansiell leasing ble forelagt foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Bruk av finansiell leasing for finansiering av IKT infrastruktur og periferiutstyr var en forutsetning lagt til grunn ved forhandling av avtale med en ekstern leverandør for Sykehuspartner.

Sykehuspartner ble i foretaksmøte 15. september 2016 gitt i oppdrag å inngå kontrakt med tilbyder med det mest fordelaktige tilbudet i henhold til den gjennomførte konkurransen, samtidig som Sykehuspartner ble gitt gjennomføringsansvaret på vegne av foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Kontrakt er inngått med Hewlett Packard Enterprise (HPE) for modernisering og drift av IKT-infrastruktur. Det fremgår av styresak 102-2016 at Sykehuspartners viktigste aktiviteter etter kontraktsignering har vært mobilisering av prosjektorganisasjon og programstyre, samt oppstart av detaljert planlegging inkludert grensesnitt mot Digital fornying og helseforetakene.

Sykehuspartner har sammen med ekstern leverandør etablert et regionalt program for modernisering av IKT infrastruktur i Helse Sør-Øst. Ved utgangen av 2016 har kontrakten med ekstern leverandør vart i to måneder, og det er foreløpig ingen forhold utløst av tjenesteavtalen som medfører at elementer i avtalen skal klassifiseres som finansiell leasing. Det vil bli aktuelt på senere tidspunkt gjennom kontraktens løpetid.

- **Andre rapporteringer fra Helse Sør-Øst RHF**

Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst

I vedlegg 6.5 *Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre*, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet er vitenskapelige artikler og konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring listet opp for hvert av de 22 nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst. Opplysningene er basert på kvalitetsregistrenes årsrapporter for 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet gjøres, i år som i fjor, oppmerksom på at de nasjonale kvalitetsregistrenes frist for leveranse av årsrapport til sine respektive regionale helseforetak er 1. oktober det påfølgende år, og at det således er et etterslep på mer enn ett år. Dette betyr at per dags dato er kun 2015-opplysninger om de nasjonale kvalitetsregistrene tilgjengelige, og at tilsvarende opplysninger for 2016 først vil foreligge 1. oktober inneværende år.

De nasjonale kvalitetsregistrenes årsrapporter inngår i et innarbeidet årshjul, der frist for ferdigstillelse av årsrapport samsvarer med når det er praktisk mulig for registrene å ha kvalitetssikrede data klare. Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistres har utarbeidet en statusrapport om hvilke sykehus som registrerer/skal registrere til de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Statusrapporten vil bli omtalt i Helse Sør-Østs oppdrag- og bestillerdokument til helseforetakene for 2017 og brukt i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Årlig forsknings- og innovasjonsrapport fra spesialisthelsetjenesten

Den årlige forsknings- og innovasjonsrapporten fra spesialisthelsetjenesten er levert innen fristen, samt overlevert til statsråden på seminar 31. mars 2016. De fire regionale helseforetakene samarbeider om rapporten under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Prosjekter ble nominert regionalt og valgt av arbeidsgruppen. Artikler ble utarbeidet innad i regionene og siden koordinert av prosjektleder, bearbeidet redaksjonelt ved Helse Sør-Øst i tett dialog med Prepress byråservice som sto for design og trykk. Den nye fristen iverksettes for rapporten for 2016 som skal leveres innen 1. juni 2017.

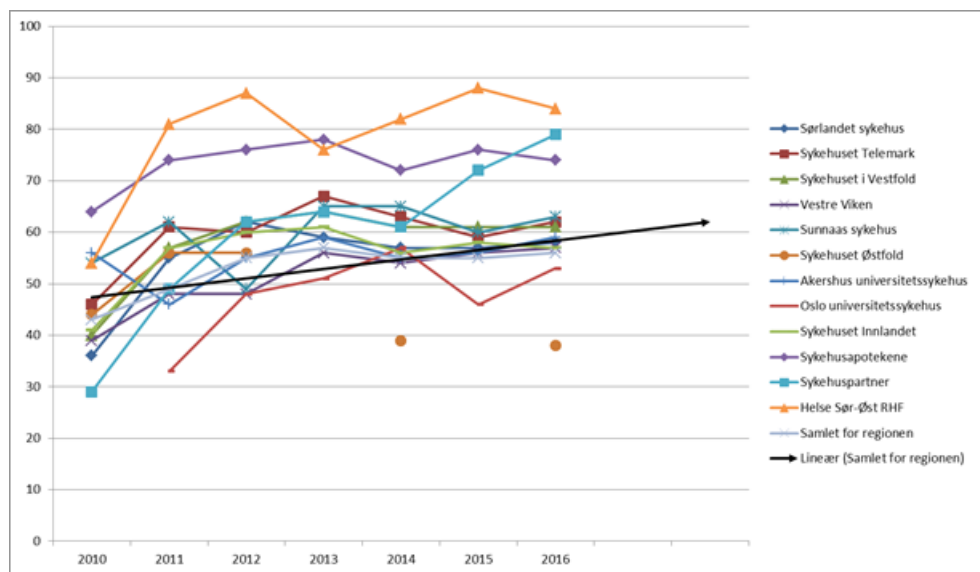
Forskning utenfor universitetssykehusene

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 også satset spesielt på forskning utenfor universitetssykehusene og tildelt i alt seks strategiske forskerstipend ved disse sykehusene etter en egen utlysning. Den regionale forskningsstøttefunksjonen som er finansiert av regionale forskningsmidler er styrket og målrettes nå mot kliniske studier.

Det arbeides for styrking av IKT-tilbudet til forskning gjennom et eget program i Digital fornying (RIF). På sikt vil dette arbeidet legge til rette for bedre utnytting av ressursene avsatt til forskning og for styrket, sikret bruk av data fra kvalitetsregistre og kliniske systemer til forskning.

Medarbeiderundersøkelsen: Mål, gjennomføring og oppfølging

Alle helseforetak deltok i planlegging og gjennomføring av medarbeiderundersøkelsen 2016. Planlegging og gjennomføring lokalt i det enkelte foretak bygger på et tett samarbeid med den lokale vernetjenesten og tillitsvalgte. Disse spiller en viktig rolle i å motivere ansatte til å delta i undersøkelsen og bistår i oppfølgings- og forbedringsarbeidet lokalt. Totalt ble det sendt ut 57 971 spørreskjemaer (alle medarbeidere med 30 prosent stilling eller mer), og 79 prosent besvarte undersøkelsen innen tidsfristen. Dette er nest høyeste deltakelse i foretaksgruppen i perioden 2010-2016.



Andelen medarbeidere som oppgir at de har vært involvert i oppfølging av fjorårets medarbeiderundersøkelse (2015) er på 56 prosent. Dette representerer en forbedring med ett prosentpoeng fra forrige år (2014). Siden oppstarten i 2010 har andelen økt med samlet 13 prosentpoeng. Høyeste skåre i foretaksgruppen i 2016 er 62 prosent (Sykehuset Telemark), laveste skåre er 38 prosent (Sykehuset Østfold). Den lave skåren ved Sykehuset Østfold kan i stor grad forklares med en betydelig intern og ekstern turnover i forbindelse med overgangen til nytt sykehus. Men trolig ser en også effekt av dette foretaket hoppet over ett år (ikke avholdt undersøkelse i 2014). En lavere andel medarbeidere vil i slike tilfeller oppleve seg involvert i oppfølgings- og forbedringsarbeidet.

5. Styrets plandokument

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

- **Utviklingen innenfor opptaksområdet**

Spesialisthelsetjenesten vil gjennomgå betydelige endringer de neste 10-15 årene. Utviklingen i folketallet, alderssammensetning, sykdomsutvikling, endringer i medisinsk teknologi og infrastruktur, økt innvandring og innbyggernes forventninger til kvalitet og standard, vil være faktorer som får innvirkning for planleggingen av framtidens sykehus. Dette vil blant annet bidra til at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker. I perioden fram til 2030 vil endringene i befolkningsutviklingen kunne øke behovet for årsverk i spesialisthelsetjenesten med nær 30 prosent. Studier viser at det er utvikling i standard/kvalitet og produktivitet, sammen med demografi, som er de tyngste driverne for ressursbehovet framover. Imidlertid er det ikke sannsynlig at kun økt ressurstilførsel er nok til å løse utfordringene. Det er begrenset hva helseforetakene kan bruke av tilgjengelig arbeidskraft i tiårene framover, samtidig som det er lite sannsynlig at produktivitetsveksten ved sykehusene kan frigjøre så mye ressurser at det vil veie opp for ressursene som trengs for å møte befolkningens krav til økt standard. Det er både behov for økte ressurser og økt endringstakt i spesialisthelsetjenesten, samtidig som primærhelsetjenesten må lykkes med sitt omstilling- og utviklingsarbeid.

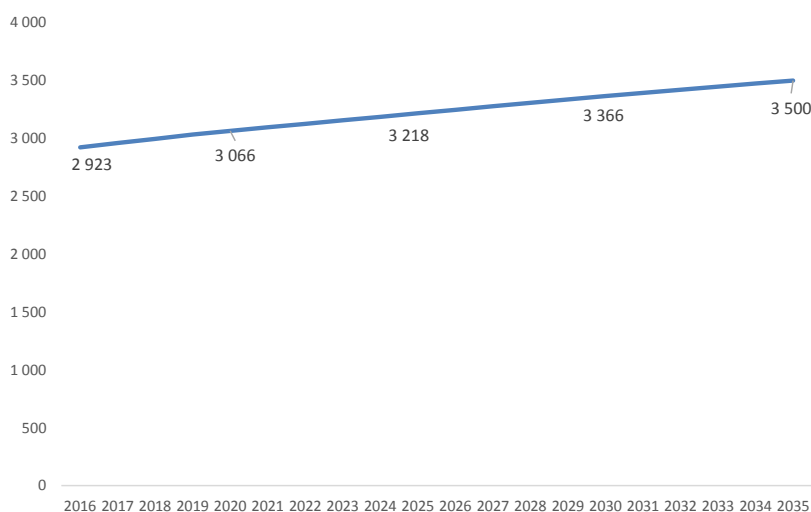
De nærmeste årene vil Helse Sør-Øst RHF innrette sin virksomhet på å nå overordnede mål om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, prioritere psykisk helsevern og rus og bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Høye forventninger i befolkningen til disse tjenestene kan tolkes som et uttrykk for tillit til de offentlige helsetjenestene. Imidlertid viser nasjonale kvalitetsindikatorer større forskjeller i helsetilbudet mellom helseregioner og mellom sykehus i organisering, effektivitet, pasienttilfredshet og medisinsk praksis.

- ***Befolkningsutvikling***

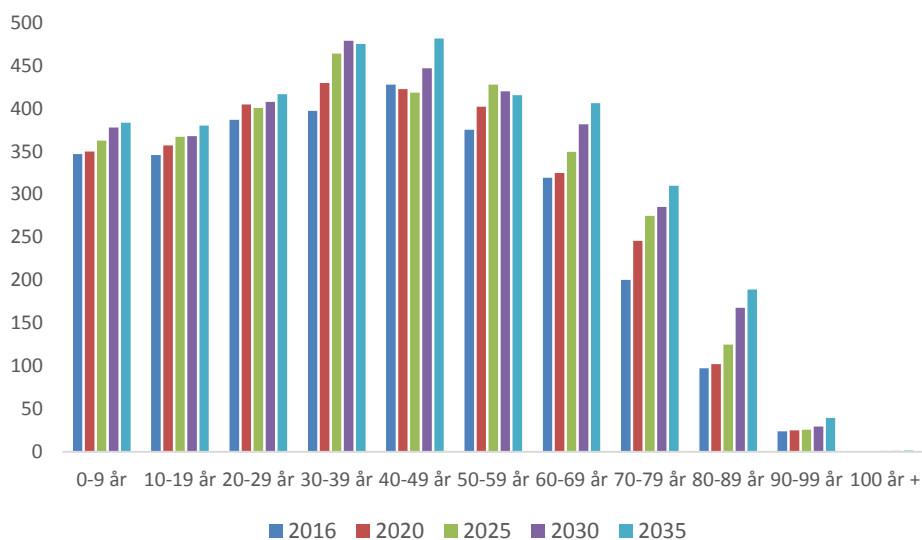
Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, derav i overkant 2,9 av landets 5,2 millioner innbyggere pr 01.01 2016. Ut fra SSBs¹ fremskrivning forventes at befolkningen i regionen øker til i overkant av 3,0 millioner i 2020 og 3,2 millioner i 2025. Størst vekst ventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

¹ Fremskrivningstall fra SSB 2016. MMMM.



Figur 1 SSBs prognose for befolkningsutvikling i regionen 2016-2035 (MMMM/1000)

Alderssammensetning/demografisk faktor er viktig for utvikling av behov for og bruk av helsetjenester. For regionen er det ventet størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden frem til 2025. For aldersgruppen over 80 år er det kun mindre endringer fram til 2020. Etter 2020 tiltar veksten også i denne gruppen. Denne gruppen har et relativt høyt forbruk av spesialisthelsetjenester.



Figur 2 Aldersfordelt befolkningsutvikling i regionen 2016-2035 (SSB, MMMM/1000)

Innvandring

Per 1. januar 2016 var det omlag 848 200 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv (698 500) eller som er født i Norge med to innvandrerforeldre (149 600). Til sammen utgjør disse gruppene 16 prosent av Norges befolkning (henholdsvis 13,4 prosent og 2,9 prosent). 55 prosent kommer fra Europa, 28 prosent fra Asia, 12 prosent fra Afrika, 3 prosent fra Sør-Amerika og 1 prosent fra Nord-Amerika.

Både i sosioøkonomisk og i et helseperspektiv er innvandrergruppen en heterogen gruppe. Sosioøkonomiske problemfaktorer som lav utdanning, lav inntekt og høy arbeidsledighet forekommer hyppigere blant enkelte grupper innvandrere enn blant etnisk nordmenn.

I Norge bor det personer med bakgrunn fra 223 forskjellige land og selvstyrte regioner. Det er flest innvandrere fra Polen, Litauen og Somalia. Det bor innvandrere i alle landets kommuner. Høyest andel i Oslo og Drammen, hvor innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 32,5 prosent og 28 prosent av befolkningen i 2016. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, er i gjennomsnitt mye yngre enn befolkningen som helhet. Blant innvandrere er det mange unge voksne. Halvparten av alle innvandrere i Norge er mellom 20 og 40 år. Kun 9 prosent er over 60. De barna som innvandrere har fått etter at de kom til Norge, er enda yngre. Over halvparten er under 10 år, 80 prosent er under 20 år og kun 1,7 prosent er over 40 år.

Per 1. januar 2014 viser beregninger at om lag 16 prosent (450 000 personer) av innbyggerne i Helse Sør-Øst er innvandrere (innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) og antallet er stadig økende. Majoriteten av disse er bosatt i Oslo sykehusområdet med 27 prosent (143 000) og Akershus sykehusområdet med 21 prosent (104 000) av totalt antall innbyggere. Vestre Viken følger med 14 prosent (67 000), Telemark/Vestfold, Østfold, Sørlandet og Innlandet sykehusområdet med rundt 10 prosent (30 000 til 40 000) av totalt innbyggere. På landsbasis har innvandringsbefolkningen økt fra 59 196 (1,5 prosent) i 1970 til 805 000 (15,6 prosent) i 2015. 56 prosent av alle innvandrere i Norge bor innenfor Helse Sør-Østs opptaksområde.

Samtlige av Oslos femten bydeler (Marka og Sentrum er ikke inkludert) ligger over landsgjennomsnittet på 15,6 prosent. Bydelene med høyest andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre var Stovner, Søndre Nordstrand og Alna hvor andelen med innvandrerbakgrunn var over 50 prosent. Lavest andel fant man i Nordstrand med 16 prosent, Vestre- og Nordre Aker med 17 prosent hver, og bydel Ullern med 18 prosent.

- ***Sykdomsutvikling***

Befolkningsprognoser forventer økt antall eldre samt en økende grad av flerkulturell befolkning. Det er forventet økt behov for helsetjenester, særlig for pasienter med aldersrelaterte sykdommer som demens, hjerte- karsykdommer, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og lårhalsbrudd.

Det er beregnet at befolkningen over 70 år har fem ganger større forbruk av sykehustjenester enn øvrig del av befolkningen. Imidlertid viser studier at antall år folk lever med god helse øker. Utviklingen går i retning av at det er særlig eldre over 80 år som gir større forbruk av sykehustjenester. Nettoinnvirkningen på samfunnet er derfor fortsatt uklar og avhengig av helsetilstand for eldre under 80 år.

Videre antas det at noen typer livsstilssykdommer fremdeles vil øke; fedme og sykkelig overvekt, (spesielt hos barn og unge), diabetes type 2, nyresvikt, KOLS, astma og allergier. Det forventes også en økning i mentale lidelser som depresjon og angst generelt i befolkningen, også hos barn og unge. Andel pasienter med rusproblemer forventes å øke i årene fremover, inklusiv antall pasienter som trenger legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Behandlingsstilbud for pasienter med HIV vil også kunne medføre at antall pasienter som trenger behandling med kostbare legemidler for Hepatitt C, vil øke.

Det er fremdeles en utfordring å sikre god kompetanse og kvalitet i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetslidelser. Behandlingsplaner med behandlingsmål og resultatoppfølging vil være vesentlig i dette arbeidet. Den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal vurderes fremover med en særskilt satsning på økt poliklinisk og ambulans behandling. DPS skal være veien inn og ut av psykisk helsevern (i tråd med anbefalingene fra Nasjonal Strategigruppe II for

psykisk helsevern og TSB) og nøkkelstruktur for videreutvikling av behandlingstilbudet innen TSB.

Forekomsten for mange krefttyper har vært stabil eller på vei nedover, men med flere eldre, særlig de over 70, forventes en økt forekomst av de fleste krefttyper. Tidligere diagnose og bedre behandlingsmetoder betyr at flere kreftoverlevende tilhører kronikergruppen. Dette vil sannsynligvis medføre økt etterspørsel fra pasienter og brukere med kroniske sykdommer etter rehabiliteringstilbud og lærings- og mestringssentre.

- ***Utfordringsbilde***

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til høyspesialiserte behandlingstilbud, fritt behandlingsvalg, mer effektiv organisering, åpenhet, kvalitet og pasientsikkerhet. Lettere tilgang til helseinformasjon gjennom media og internettet bidrar til mer informerte pasienter og brukere. I takt med utviklingen skal helsetjenesten legge til rette for at pasienter, brukere og pårørende skal få en enda mer sentral og aktiv rolle i egen behandling og hvordan helsetjenester utformes, planlegges og struktureres.

Det er en utfordring å sikre at innovasjon har en reell merverdi for pasienten og helsetjenesten. Transparente, systematiske og kunnskapsbaserte vurderinger skal foretas før nye behandlingsmetoder innføres. Implementering av det nye nasjonale system for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienter får rask og likeverdig tilgang til nye, trygge og kostnadseffektive behandlingsmetoder som prioriteres for bruk innenfor helsetjenesten. Mini-metodevurdering skal brukes av helseforetakene som lokalt beslutningsverktøy for å sikre kunnskapsbasert prioritering og et sikkert og likeverdig tilbud til pasienten.

Det forventes en fortsatt dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling for alle tjenesteområder. Derfor trengs det forskning og innovasjon i organisering og levering av tjenester, for eksempel ved bruk av telemedisin eller hjemmebasert teknologi for overvåkning av pasienter med kroniske sykdommer. Slike teknologier kan understøtte samhandlingsreformen ved at tyngdepunktet flytter fra sykehusene mot et desentralisert helsetilbud ut i kommunene med base hjemme hos pasienten.

Helhetlige IKT-systemer innen helse, kan bidra ytterlig til økt produktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Fremover blir det mulig, og trygt, å dele helseinformasjon innenfor og mellom helseforetakene, tjenestenivå og sektorer samt med pasienten.

Sosial ulikhet i helse

Selv om alle grupper i landet har fått bedre helse de siste 30 årene, har personer med lang utdanning og høy inntekt fortsatt lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og for både barn og voksne. OECD-data fra 2016 viser at økonomiske barrierer bidrar til et udekket helsebehov og redusert tilgang til helsetjenester blant personer med lav inntekt. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet og førende for innretningen av spesialisthelsetjenestetilbudet.

Pakkeforløp kreft

Det er et mål i Nasjonal kreftstrategi, Sammen mot kreft - Nasjonal kreftstrategi 2013-2017, at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. Et av virkemidlene for å nå dette målet er Pakkeforløp for kreft.

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte og skal være normgivende. Helsedirektoratet har i samarbeid med fagfolk fra sykehusene, fastleger og brukerrepresentanter utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft etter dansk modell. Det har vært en stor innsats på helseforetak og sykehus for å lykkes med implementering av pakkeforløp, både i 2015 og 2016, og resultatene er gradvis blitt bedre, Det vil være behov for å følge arbeidet og sikre måloppnåelse videre i 2017. De gode erfaringene med innføring av pakkeforløp kreft er viktig å bygge på ved innføring av nye pakkeforløp innen hjerneslag, psykisk helsevern og rus.

Ventetider og fristbrudd

Alle helseforetakene har i 2016 gjort en stor innsats for å redusere ventetider, fristbrudd og antall pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging, men det er fortsatt arbeid som gjenstår.

På årsbasis er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter redusert fra 68,4 dager i 2015 til 59,0 dager i 2016. Nedgangen har blitt tydeligere utover året, og ventetiden var 6 dager kortere for dem som ble tatt inn i desember i 2016 sammenlignet med tilsvarende året før. For dem som fortsatt venter pr. 31. desember 2016, er ventetiden 19 dager lavere enn på samme tid 2015. Samtidig er antall ventende redusert med 13 000 fra 120 000 til 107 000. Antall langtidsventende over 1 år er også betydelig redusert gjennom året, fra 1 864 til 824 pasienter.

Antall og andel fristbrudd har det siste året blitt redusert i enda større grad. I 2016 var den regionale andelen 1,2 prosent for avviklede pasienter mot 4,4 prosent i 2015. Tilsvarende andel for ventende pasienter var redusert fra 1,45 i fjor til 0,6 prosent nå. Med lovendringen fra 1. november 2015 tyder disse tallene på at helseforetakene og sykehusene gjennom 2015 har fått en helt annen og mye bedre kontroll på utviklingen og i større grad klarer å forhindre fristbrudd.

Antall pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging er pr desember 2016 redusert til ca 78 000. Antallet er basert på ny og felles definisjon med alle regionale helseforetak. Sammenligning mot foregående år er dermed ikke mulig. Det skal nasjonalt jobbes med å øke kvaliteten på indikatoren slik at den kan brukes som styringsverktøy for helseforetakene.

Arbeidet med å redusere ventetider, fristbrudd og pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging vil fortsette i 2017.

Antall nybenviste

Antall nyhenvisninger gikk ned med ca. 10 000 fra 2015 til 2016. Dette utgjør en endring på overkant av 1 prosent. Nedgangen skjer utelukkende innen somatikk. For de andre tjenesteområdene er det små endringer fra 2015 til 2016.

Antall henvisninger som avvises viser en liten økning fra 11,9 prosent i 2015 til 12,5 prosent i 2016. Avvisningsgrad er høyest for psykisk helsevern for voksne med over 30 prosent og lavest for tverrfaglig spesialisert rusbehandling med 8 prosent. Avvisningsandelen for somatikk er 11 prosent.

Behovet for aktivitetsvekst

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehov som innspill til arbeid med statsbudsjett 2017. I de nærmeste årene vil det være behov for å øke aktivitet. Vurderinger er basert på demografisk betinget vekst og realvekst. Aktivitetsbehov påvirkes av befolkningsendring, sykdomsutvikling, nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og behov for og forventning om kortere ventetid. Ventetidskravene er ytterligere skjerpet i 2017 (til

under 60 dager) og det forventes at fristbrudd ikke forekommer. Fremover vil det være behov for å øke innsats innen forskning og utvikling samt å øke investeringer i bygg og utstyr.

Aktivitetsforutsetninger gjenspeiler overordnede mål, behov, utfordringer og prioriteringer. Det foreligger for 2017 fortsatt nasjonale føringer og prioriteringer om en sterkere vekst innen TSB og psykisk helsevern enn for somatikk. Det skal utarbeides pakkeforløp innen tjenesteområdene etter modell fra kreftomsorgen og i tillegg innføres innsatsstyrt finansiering innen psykisk helsevern og TSB. Samlet innebærer dette behov for høy vekst og Helse Sør-Øst RHF har i budsjettssammenheng lagt til rette for at veksten skal være størst for disse tjenesteområdene.

Det er innen somatikken løftet frem utfordringer knyttet til kreftbehandling, laboratorie- og billediagnostiske tjenester og intensivkapasitet. Samlet vil dette også fordre mer effektiv bruk av ressurser.

I tråd med dette og oppdragsdokument fra Helse - og omsorgsdepartementet legger Helse Sør-Øst RHF for 2017 som planforutsetning en høyere vekst enn i 2016. Ressursrammen legger til rette for å øke pasientbehandlingen med 2,1 prosent.

Innen alle tjenesteområder er det også viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

Kapasitetsvurderinger

Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan «sørge for»-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet.

I 2017 vil alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Dette basert på regionale føringer som blant annet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Her vil kapasitetsutfordringer lokalt og regionalt bli adressert.

Også i 2016 har det vært spesiell oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Gjennom flere styrevedtak, senest sak nr. 052-2016

Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder, er det etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige kapasitetstilpasninger.

Det arbeides videre med optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

Helse Sør-Øst RHF har definert et fremtidig målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Aker sykehus skal utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområde.

I styresak nr. 052-2016 konstateres det at det er behov for avlastning av Akershus universitetssykehus HF for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte fremtidig befolkningsvekst. Det er besluttet at befolkningen i Vestby kommune skal overføres fra Akershus universitetssykehus HF til sykehuset Østfold HF. Etter overføring av ansvaret for

spesialisthelsetjenesten for Vestby kommune, vil neste avlastning av Akershus universitetssykehus HF være overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet innen somatikk for befolkningen i bydel Alna til Oslo sykehusområde. I et fremtidig målbilde inngår også bydelene Grorud og Stovner i opptaksområdet til et nytt lokalsykehus på Aker.

- ***Brukermedvirkning***

I Helse Sør-Øst RHF er brukerrepresentanter involvert på strategisk nivå og i utvikling av tjenester. I 2016 er det i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og deres brukerutvalg, under ledelse fra Helse Nord RHF, arbeidet med felles retningslinjer for brukermedvirkning på strategisk nivå.

I de senere årene er det nasjonalt og i Helse Sør-Øst fokusert sterkere på brukermedvirkning på individnivå. Kompetente og aktive brukere bidrar til rett diagnostisering, bedre etterlevelse, bedre tilpassede tjenester og reduksjon av feil. Samtidig skal ingen påtvinges en medvirkning de ikke ønsker. Erfaringer fra pasient- og brukerombudene og brukererfaringsundersøkelser viser at feil for ofte oppstår som følge av mangel på kommunikasjon, og at situasjoner eskalerer.

Det er i 2016 i samarbeid med brukerutvalget lagt ytterligere trykk på innsatsen for å involvere de enkelte pasientene og deres pårørende i pasientforløpet, herunder i valg mellom aktuelle behandlingsformer (samvalg). I 2016 har en videreutviklet innhold i samvalgs- og helseoptimaliseringsverktøy for pasienter som kan velge mellom ulike langtidsbehandlinger ved bipolar lidelse, HIV, valg av rehabiliteringssted for pasient etter hjerneslag og ulykker og fire ulike behandlingsvalg ved lungekreft. Flere andre verktøy er under planlegging. Utviklingen og evalueringen av rammeverket «klar for samvalg» for opplæring og undervisning innen samvalg for helsepersonell, er startet opp.

Pasientens opplevelser tillegges mer vekt både fordi det er av betydning for den enkelte, og fordi det bidrar til endring av en kultur som mer orienteres mot pasientenes og pårørendes opplevelse av kontakten med spesialisthelsetjenesten.

Folkhelseinstituttet/Kunnskapscenteret presenterte i juni 2016 pasienterfaringer med norske sykehus - PasOpp 2015. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Helse Sør-Øst som foretaksgruppe har utviklet seg positivt på seks av ni områder i siste tre-årsperioden. Ingen områder ligger under landsgjennomsnitt. Områder hvor resultatene er forbedret i forhold til landsgjennomsnittet er pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, utskrivning og ventetid, mens pårørende standard og samhandling er uforandret i perioden 2011-2015. Økt brukertilfredshet vil fortsatt være høyt prioritert fremover.

Helse Sør-Øst RHF initierte og finansierte i 2015 en pilot med utvidelse av PasOpp-undersøkelsen til klinikk/postnivå. Dette arbeidet er videreført i 2016 og resultat fra «PasOpp-post» anvendes nå til forbedring på klinikk/postnivå ved tre helseforetak/sykehus i regionen. Lovisenberg Diakonale Sykehus har arbeidet med dette og har som oppfølging blant annet av PasOpp-post, gjennomført kurs i klinisk kommunikasjon og de har arbeidet med epikrisene og med annen informasjon til pasienter og pårørende. Det er viktig at denne kompetansen spres i hele regionen.

- ***Kvalitet og pasientsikkerhet***

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Områdene står sentralt i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020. Økt vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten skal bidra til at tjenestene er virkningsfulle, trygge,

involverer brukerne, at de er samordnet, fremstår med kontinuitet og at ressursene utnyttes på en god måte. Dette krever blant annet en sterkere kvalitetsorientert ledelse, gode systemer for kvalitetsutvikling samt en sikkerhetsfokusert og lærende kultur for hele tjenesten. Helse Sør-Øst RHF vil i budsjettperioden følge med på at strategi 2014-2018 for det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, implementeres. Pasientforløp og pakkeforløp for kreft bidrar til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for læring på tvers og har tett oppfølging av utvikling og implementering.

- ***Samhandling***

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i september 2016 «Styresak samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – status og videre arbeid.»(styresak 70/2016) Fem områder ble vektlagt og skal prioriteres fremover: Pasientens helsetjeneste, utveksling av erfaringer og styringsdata, avklare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen prioriterte områder, kompetanseutvikling og IKT-løsninger som fremmer god samhandling.

Som følge av ulike tilsyn og revisjoner knyttet til utskrivning fra sykehus er det besluttet å etablere et eget regionalt innsatsområde «trygg utskrivning».

Som en del av arbeidet med regional plan utarbeides det regionale føringer for å sikre bedre samhandling og ansvarsfordeling på viktige fagområder med store samhandlingsflater. Det er særlig fokus på rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og prehospitale tjenester.

Ordningen med utskrivningsklare pasienter utvides fra 2017 til å gjelde for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, mens betalingsplikten for disse pasientene utsettes til 2018.

Fra 2016 ble det lovpålagt for kommunene å ha et døgntilbud for øyeblikkelig innen somatiske tjenester. Ordningen utvides i 2017 til også å omfatte pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det forutsetter et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og aktuelle kommuner. Det enkelte helseforetak skal bidra til at tilbudene får den ønskede kvalitet og har plikt til å vurdere effekten av tilbudene. Dette gir utfordringer for det regionale helseforetakets prognoser som grunnlag for eventuelt reduksjon av egne akuttfunksjoner. Foreløpig er det på generelt grunnlag ikke mulig å se klare effekter på forbruk av sykehustjenester. Men noen av de kommunale tilbudene er godt innarbeidet og har høyt belegg, og det er gjort kartlegginger som viser at disse pasientene slipper innleggelse i spesialisthelsetjenesten ettersom de får behandling i det kommunale tilbudet.

Det ble i 2016 inngått pilotavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen om kompetanseutveksling. Avtalen regulerer et samarbeid mellom KS læring og læringsportalen i Helse Sør-Øst og legger til rette for systematisk deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus.

Det ble i 2016 inngått avtale mellom alle NAV fylkeskontor, NAV hjelpemidler og tilrettelegging og Helse Sør-Øst RHF om helse og arbeid. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne. Spesialisthelsetjenesten skal støtte kommunene med veiledning, kompetansedeling og kompetansebygging. Samarbeid om fordeling av pasienter enten til sykehus eller døgntilbud i kommunene, vil ha stor betydning for kvaliteten i pasientforløpet, særlig for eldre. Helsepersonell må ha kompetanse innen pasient- og

pårørendeopplæring blant annet for å kunne støtte individuell brukermedvirkning. Gode pasientforløp krever klare ansvarsforhold, god kommunikasjon, samordning og samhandling mellom tjenestenivåene, i tillegg til innovative medisinsk-faglige, organisatoriske og IKT-løsninger. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Stortinget har vedtatt å innføre tilsvarende veiledningsplikt for kommunehelsetjenesten mot spesialisthelsetjenesten.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste er avgjørende for å holde befolkningen frisk. Dette skal skje ved forebygging, tidlig intervensjon og ved at behandling og oppfølging i størst mulig grad utføres av primærhelsetjenesten. Det stiller krav om innovative løsninger, kommunikasjon og kompetanseoverføring mellom tjenestenivå for å sikre kvalitet i hele pasientforløpet, både det som skjer innenfor og utenfor sykehus.

- ***Medisinskteknisk utvikling***

Framtidens spesialisthelsetjeneste må tilpasses utviklingen i medisinsk teknologi og innrettes slik at bedre behandlingsmetoder gir en generell økning i standarden på pleie, utstyr, sykehusbygg og service. I de nærmeste årene vil veksten bli betydelig for somatiske tjenester på grunn av økningen i store sykdomsgrupper som rammer de eldre. Utviklingen går også i retning av enklere og mer mobilt utstyr som kan gi utredning og behandling nærmere pasienten. Det har vært en gradvis økning mot poliklinisk behandling og dagbehandling som blant annet følge av mer skånsomme behandlingsteknikker. Likevel vil det bli sterk vekst i døgnbehandlingen blant annet som følge av økningen i antall eldre. For gruppen er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med cirka 60 prosent fram mot 2030.

Innovasjon innen genetik, bioteknologi og bioinformatikk har allerede kommet noen grupper pasienter til gode (kreft, hjertekarsykdom). Etter hvert kan farmakogenetikk og farmakogenomikk bidra til individuelt tilpasset medisiner som er mer effektive og har mindre bivirkninger.

Innovasjon og utvikling av medisinsk teknologi forventes innenfor bildediagnostikk (PET), intervensjonsradiologi og minimal-invasive kirurgiteknikker. Nanoteknologi, genterapi, farmakogenetikk og stamcellebehandling skal også brukes i økende grad til diagnostikk, forebygging og tilpasset behandling.

Informasjonsteknologi antas i større grad å påvirke hvordan helsetjenester tilbys fremover, både i møte med pasienten, samhandling, dokumentasjon og kommunikasjon mellom ulike ledd innenfor et pasientforløp eller mellom tjenestenivå. Utviklingen av persontilpasset medisin vil blant annet være avhengig av integrerte IKT-systemer som gir grunnlag for analyser, datalagring, simuleringer og beslutningsstøtte til klinikere og pasienter. Dessuten skal helhetlige IKT-systemer være sentrale i arbeid med kvalitets- og pasientsikkerhet.

- **Økonomiske rammeforutsetninger**

I de nærmeste årene vil det være et sterkt fokus på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vekst og utvikling i primærhelsetjenesten vil være viktig for å utvikle bærekraftige løsninger for helsetjenesten som helhet. Det vil samtidig være behov for vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for økte investeringer i bygninger, teknolog og utstyr samt innsats innen forskning utvikling og innovasjon.

Den faktiske aktiviteten i sykehusene, og dermed ressursbruken påvirkes i tillegg av nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og krav om kortere ventetid. Det legges til grunn at foretaksgruppen samlet årlig skal realisere en aktivitetsvekstsom skal være større innen

psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk, i samsvar med nasjonale føringer.

Uten forventet realvekst i de årlige bevilgningene er et slikt situasjonsbilde utfordrende og krever effektiv drift og positive resultater for over tid å opprettholde og øke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler årlig en økonomisk langtidsplan for foretaksgruppen for de fire kommende årene, med regionale vurderinger knyttet til handlingsrom for investeringer over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2017 – 2020, og ble styrebehandlet i juni 2016. Årlig rullering av den regionale økonomiske langtidsplanen gir kontinuitet i de økonomiske prosessene i foretaksgruppen, og er en viktig premis inn mot de årlige budsjettbehandlingene.

Økonomisk langtidsplan skal gi et grunnlag for en samlet, regional vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utbyggingsprosjekter i helseforetaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår.

Denne vurderingen er basert på forutsetninger om inntektsutvikling, aktivitetsutvikling og medisinskfaglige prioriteringer. Disse forutsetningene justeres for krav og føringer som gis i de årlige statsbudsjetter, samt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for det enkelte år.

Resultatmålene i økonomisk langtidsplan viser behov for god ressursstyring og kostnadstilpasning, blant annet for å håndtere økte kostnader til høykostmedisiner og avskrivninger knyttet til investeringer i nye bygg. I tillegg vil investeringer i regionale IKT-løsninger gi økte avskrivningskostnader, og behov for gevinstuttak og kostnadstilpasninger ved alle helseforetak.

For å sikre langsiktig handlingsrom for investeringer må det genereres likviditet gjennom positive resultater i helseforetakene. Det er forutsatt at helseforetakene planlegger sine resultatmål ut i fra realistiske forutsetninger knyttet til kostnadstilpasning og gevinstrealisering slik at det muliggjør nødvendige investeringer gjennom planperioden. De årlige resultatkravene fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF, og gjøres gjeldende for helseforetakene gjennom dokumentene med oppdrag og bestilling.

Realisering av en tilstrekkelig positiv resultatutvikling i helseforetaksgruppen er avhengig av at det skjer en faktisk kostnadstilpasning og produktivitetsvekst som tilsvarer det som er forutsatt i helseforetakenes egne, styrevedtatte økonomiplaner. Det er fortsatt store forskjeller mellom helseforetakene i foretaksgruppen hva angår produktivitet og resultatgrad, og det ligger et betydelig gevinstpotensial ved å redusere unødvendig variasjon, både med hensyn til produktivitet og resultat, samt i forhold til mål på aktivitet, prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet.

Gjennomføringen av planlagte bemanningstilpasninger og andre planer vil kreve sterk og kontinuerlig ledelsesmessig fokus på endringsprosesser, herunder muligheter for å effektivisere arbeidsprosesser, løse opp flaskehalser i behandlingsforløpene, og ta ut effektiviseringsgevinster i alle deler av virksomheten. For å få dette til er det avgjørende at alle prosesser er forankret med de ansatte og deres organisasjoner, og de ansatte må trekkes inn i planene på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Det er nødvendig å prioritere mellom investeringsprosjekter ut i fra regionale og foretaksspesifikke behov og perspektiv. Det regionale helseforetaket spiller en viktig rolle i dette

ved at den etablerte finansieringsmodellen for investeringer gir regional finansieringsevne for store prosjekter innen IKT og bygg, og medfører at regionen kan gjennomføre prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere selv. I tillegg sikrer dette sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som f.eks felles IKT løsninger, og unngår at hvert enkelt helseforetak har ulike IKT systemer. Dette vil over tid sikre en effektiv regional samhandling som vil ha kvalitetsmessige og økonomiske positive konsekvenser.

Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse, miljø og sikkerhet samt klima og miljø. Flere av helseforetakene har utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke er blitt tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Det er derfor viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt.

Etablering av gode styringsregimer samt riktig og tilstrekkelig prioritering innen IKT vil bidra til å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stabs- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på administrative funksjoner. Det må videre realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Kapasitetsutnyttelsen på medisinteknisk utstyr må bedres, og helseforetakene må både ha riktig bemanningsnivå og bemanningssammensetning. På samme tid må tilstrekkelig kapasitet og kompetanse sikres for å ivareta kvalitet i pasientbehandlingen. Det er viktig at det investeres i kompetanseutvikling samtidig som det investeres i ny teknologi.

Helse- og omsorgsministeren har gitt klare føringer for planlegging av sykehusdrift i henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan. Det forventes imidlertid ikke at planen vil påvirke prioritering av og fremdriftsplaner knyttet til de store utbyggingsprosjektene i regionen. Nasjonal helse- og sykehusplan omhandler i første rekke innholdet i og drift av spesialisthelsetjenesten.

• **Personell og kompetanse**

Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst (2013-2020) legger føringer for utvikling av den samlede virksomheten knyttet til personell og kompetanse. Innsatsen i 2017 vil i tråd med dette bli rettet mot følgende strategiske innsatsområder:

- riktig kompetanse
- god ressursstyring
- styrket ledelse

Riktig kompetanse

Helse Sør-Øst ønsker ved samordnet innsats å møte prognosene for et tiltagende kompetansegap frem mot 2030. Følgende tiltaksområder videreføres i 2017:

- Nasjonal/regional bemanningsmodell: Ta i bruk og videreutvikle modellen for å analysere kompetansebehov og planlegge tiltak på kort og lang sikt.
- Kompetansestyringssystem: Anskaffe og implementere regional systemstøtte for kompetansestyring (Dossier), i første omgang ved styring av utdanningsløp for leger i spesialisering.
- Delta i arbeidet med ny spesialitetsstruktur for leger og legge til rette for at prosjektet når sine mål regionalt og nasjonalt.

- Videreutvikle digital læring som verktøy i kompetanseheving: Styre kursutvikling mot prioriterte områder og utnytte muligheter ved mobil plattform.

I tillegg kommer den grunnleggende og stående bestillingen:

- Identifisere sentrale utfordringer på kompetanseområdet innen ulike helsepersonellgrupper, og vurdere hvilke aktiviteter som har behov for et regionalt engasjement.

Det er tidligere identifisert et generelt behov i foretaksgruppen for å styrke tilgangen på sykepleiere (grunnutdanning), bioingeniører, radiografer og spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon, kreft (ABIOK) samt stråleterapeuter og legespesialiteter som psykiatri og rusmedisin, radiologi, patologi, geriatri og lunge- og gastroenterologi. Dette behovet er i 2016 bekreftet ved en ny overordnet behovsanalyse på regionalt nivå.

I årene framover er det viktig at spesialisthelsetjenesten har nok helsepersonell med riktig kompetanse. Dette bør blant annet sikres gjennom bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov. De hurtige endringene i helse- og omsorgstjenesten må tas raskere inn i utdanningene. Det er behov for et enda tettere samarbeid mellom helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren, ansvarlige for aktuelle fagutdanninger og utdannings- og helsemyndighetene, som kan bidra til å sikre at utdanningene fortsetter å være relevante slik at pasientene får en trygg, moderne og effektiv behandling.

Innføring av ny teknologi er en av de viktigste driverne for kompetansebehov fremover. Dette vil blant annet medføre økt behov for kompetanse i bruk av ny teknologi og økt veiledningskompetanse. E-læring og simulatortrening bør brukes mer for å styrke kompetanse og ferdigheter.

Bruk av mer persontilpasset medisin i helsetjenesten krever også ny kompetanse og mer tverrfaglig samarbeid. Økt bruk av genteknologi og non-invasive kirurgimetoder medfører behov for kompetanse innen medisinsk fysikk, medisinsk informatikk, bioteknologi og andre teknologifag i spesialisthelsetjenesten. Dette gir utslag i økt behov for spesialisert kompetanse innen nukleærmedisin, molekylærbiologi, klinisk farmasi, immunologi, hematologi og genetik. I dag er rekrutteringen innenfor disse områdene lav. Det er blant annet registrert mangel på spesialister innen patologi, et behov som sannsynligvis vil bli forsterket i årene fremover. Det utdannes også få geriater.

Imidlertid er det en økt erkjennelse i fagmiljøene av behov for å justere balansen mellom generell og spesialisert kompetanse. Denne erkjennelsen kan omfatte en økt kombinasjon av både bredde- og dybdekompetanse på flere områder og kan kreve ulike typer insentiver for å fremme ønsket utvikling. Gjennomføring av ny modell for utdanning av legespesialister blir viktig.

Gjennom endret oppgavedeling kan ansattes kompetanse benyttes bedre. Helsepersonell som arbeider nær pasienten, har best forutsetninger for å finne ut hvordan kompetansen kan brukes på en god måte. Det er behov for forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i regionen for å sikre hensiktsmessig oppgavedeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning og utdanning.

God ressursstyring

Ansvar for implementering av arbeidet med bedre ressursstyring er et viktig satsingsområde for helseforetakene. I tillegg har det i 2016 vært et regionalt prosjekt: «*Tilgjengelighetsprosjektet og ressursstyring*» som har arbeidet særskilt for bedre ressursstyring og ressursprioritering.

Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet (TRP) har hatt som målsetting å utarbeide en felles metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging, samt utvikle måleindikatorer. Målet er å planlegge slik at en underbygger myndighets krav som: «time i hånden», 6 måneders planleggingshorisont for timetildeling og samsvar mellom bemanning og aktivitet. Riksrevisjonen påpekte sin rapport knyttet til pleietjenesten at det lå et betydelig potensiale i å ha god opplæring av ledere i arbeidstidsplanlegging. Foretakene har fortsatt en stor oppgave med å få måloppnåelse, men fokuset på god planlegging har vært stort 2016.

Det medfører at foretakene og deres ledere har et svært bevisst forhold til problemstillingene og de tiltak som må gjennomføres for å øke måloppnåelse.

For 2017 vil det således være viktig å følge opp og understøtte foretakene i arbeidet med mer forutsigbare pasientforløp og lengre planleggingshorisont, slik at det legges et godt grunnlag for tildeling av rom, utstyr og personellressurser.

For 2017 vil det være særskilt fokus på at planlegging må skje i samarbeid og dialog med ansatte og deres organisasjoner. Arbeidet med å implementere metodikk som understøtter kravene til lengre planleggingshorisont har vært særlig krevende med legene, med bakgrunn i streiken høsten 2016.

Med dette som grunnlag vil Helse Sør-Øst RHF forsterke innsatsen og prioritere følgende tiltak for 2017:

- Videreutvikling av metodikk for god ressursstyring og langtidsplanlegging.
- Ytterligere forsterket samarbeid med ansatte- og tillitsvalgte for å skape gode og forutsigbare arbeidstidsordninger som legger grunnlag for god pasientbehandling og godt arbeidsmiljø.
- Følge opp implementering av måleindikatorer for arbeidstidsplanlegging som understøtter måloppnåelse knyttet til dekkende og oppdaterte bemanningsplaner i tråd med intensjonene om forutsigbar, aktivitetsstyrt og tilpasset bemanning.

Styrket ledelse

Helse Sør-Øst RHF's «konsept for lederutvikling» ligger fortsatt som en felles ramme for helseforetakenes lederutviklingstiltak og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt.

Arbeidet med å gjennomføre tiltak for ledere og ledergrupper, som tar utgangspunkt i det utfordringsbilde foretakene står overfor, skal i tråd med gjeldende føringer videreføres og videreutvikles i 2017. Innholdsmessig vil arbeidsgiverrollen, effektiv ressursstyring og kompetanseutvikling og -tilpassing styrkes.

Helseforetakene deltar samtidig i Nasjonal ledelsesutviklings tiltak, inklusive både det innarbeidede topplederprogrammet og det nye ledermobiliseringsprogrammet. Det iverksettes i tillegg nye tiltak knyttet til gjennomføring av Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2016. Dette omfatter spesielt samarbeidsprosjektet mellom Vestre Viken og tilliggende kommuner om lederutvikling på området psykisk helse og rus.

Utdanning

Utdanningene må tilpasses helsetjenesten og helsepersonellens behov for kompetanse. Innen for helseforetaksgruppen og i samarbeidsorganene mellom Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene, universiteter og høyskoler, er det utviklet særskilte planer for en langsiktig utvikling innen utdanningsfeltet. Strategier og tiltak etableres bl.a. innen følgende områder:

- Flere helseforetak vil oppleve økende mangel på spesialsykepleiere i framtiden. Det vil arbeides strategisk med utdanning og rekruttering av spesialsykepleiere. Det vil også arbeides for å beholde allerede utdannede spesialsykepleiere og med endrede arbeidsprosesser og oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten.
 - Det vil iverksettes tiltak for å øke rekruttering av helsefagarbeidere.
 - Det vil etableres bachelor i ambulansefag som ordinært utdanningstilbud basert på behov i tjenesten.
 - Ny modell for leger i spesialisering vil implementeres og regionalt utdanningssenter etableres i tråd med spesialistforskriften.
 - Samarbeidsorganene vil særlig følge praksisprosjektets anbefalinger og rammeavtalene mellom universitet, høyskoler og helseforetak.
 - Innhold og dimensjonering av utdanningene skal utføres på grunnlag av behov i tjenestene. Endringsbehov må også kunne videreformidles i styringslinjene til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og samordnes med tilsvarende arbeid i Helsedirektoratet.
- **Bygningskapital – status og utfordringer**
- Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst skal drives i henhold til vedtatt eiendomsstrategi, som på sikt skal føre til bedre bygg for bedre helsetjenester.

Strategien

Den vedtatte eiendomsstrategi har følgende fokusområder for perioden 2013-2020:

1. Sykehusbyggene skal være funksjonelle for pasientbehandlingen, og eiendomsmassen skal utvikles og tilpasses i tråd med endrede behov innen pasientbehandlingen
2. Negative påvirkninger på klima og miljø skal reduseres
3. Det skal utvikles god praksis for universell utforming av bygg
4. Det skal arbeides med kontinuerlig forbedring for å effektivisere eiendomsvirksomheten og oppnå en effektiv arealbruk
5. Tilstandsgraden for det enkelte bygg eller bygningskompleks som utgjør primærbyggene i helseforetaket skal ha en minimumstilstand relatert til norsk standard for tilstandsklassifisering av bygg
6. Pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø inklusiv tilrettelegging av effektive arbeidsprosesser i varetas

Tilstandsregistrering og vedlikehold

Fra regionalt hold er helseforetakene pålagt å drive tilstandsbasert vedlikehold, og lukke myndighetspåviste avvik og avvik fra lover og forskrifter. Oppfølging av planarbeid samt prioritering av vedlikehold vil fortsatt være et hovedsatsingsområde i de nærmeste årene. Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling og godt arbeidsmiljø.

Bruk av Sykehusbygg HF

Helse Sør-Øst RHF leier nå inn prosjektledelse fra Sykehusbygg HF i alle de store sykehusprosjektene, både i planlegging og etter hvert i gjennomføring. Helse Sør-Øst RHF har

avgitt personell til Sykehusbygg HF, og bidrar til kompetanseoppbygging og kunnskapsoverføring til foretaket.

Prosjekter

Oslo universitetssykehus

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga sin tilslutning til et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. På denne bakgrunn er det gjennomført en prekonseptfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og ny regional sikkerhetsavdeling. I tillegg er det også startet en forberedelse til konseptfase for utviklingen av Aker og Gaustad. Arbeidet med selve konseptfasene for de to førstnevnte prosjektene vil pågå i 2017, og beslutning om oppstart konseptfase for Aker/Gaustad planlegges i 2017.

Prosjektet med lukking av avvik i henhold til myndighetspålegg pågår.

Sykehuset i Vestfold

Sykehuset Vestfold har gjennomført forprosjektfasen «*Tønsbergprosjektet*», som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg med nytt psykiatribygg og nytt sengebygg. Beslutning om gjennomføring er fattet 2. februar 2017 i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 009-2017 *Sykehuset i Vestfold HF. Tønsbergprosjektet. Forprosjektrapport*.

Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet har avsluttet idefasen for sykehusstruktur og nybygg, og rapporten er lagt ut til høring.

Sykehuset Telemark

Helse Sør-Øst RHF har godkjent oppstart og gitt mandat for idefasen for somatikk Skien

Sørlandet sykehus

Nybygg psykisk helse Sørlandet sykehus, Kristiansand er gitt lånetilsagn på basis av godkjent konseptrapport, og forprosjekt er startet opp i 2017.

Vestre Viken

Konseptet for nytt sykehus i Drammen er bearbeidet for å komme inn under vedtatt kostnadsramme. Arbeidet er ferdigstilt i løpet av 2016 med måloppnåelse, og ble 2. februar 2017 behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 006-2017 *Vestre Viken HF. Status for planlegging av nytt sykehus i Drammen*. Samtidig pågår forhandlinger og avklaringer om kjøp av tomt.

5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Plan for strategisk utvikling 2013-2020 er Helse Sør-Øst RHF's strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med «sørge for»-ansvaret, herunder:

- Langsiktig utvikling av helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst i henhold til helseforetakslovens og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser, nasjonal helseplan mv.
- Utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med «sørge for»-ansvaret
- Utarbeidelse av andre strategiske planer og prioritering av innsats i et kortere perspektiv

Strategidokumentet tar utgangspunkt i fremtidige utfordringer og muligheter, blant annet endringer i befolkningssammensetning, økning i antall eldre, en flerkulturell befolkning, sosiale ulikheter, endringer i sykdomspanorama, økonomiske rammer, kompetanse- og ressursbehov.

For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

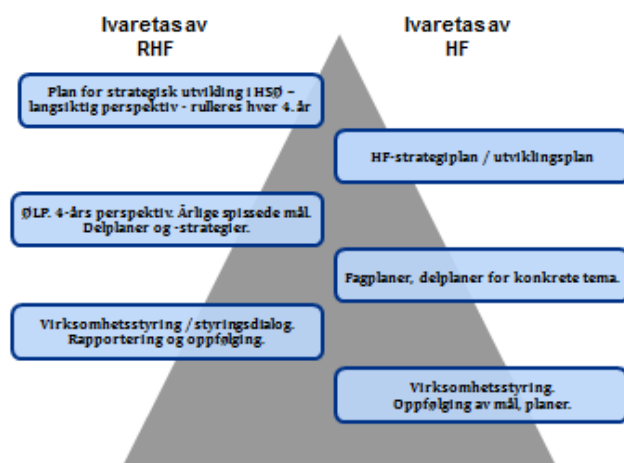
I plandokumentet oppsummeres syntesen av våre ambisjoner i to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering:

- Et løft for kvalitet og pasientsikkerhet.
- Fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger.

En viktig forutsetning for å realisere dette er kultur for samarbeid, medvirkning, ansvar og endring. Gjennom godt og involverende lederskap, aktive og ansvarliggjorte medarbeidere, økt kompetanse og god ressursstyring arbeides det aktivt for en virksomhetskultur som er resultatorientert og praktiserer verdiene. Sentralt i virksomhetsutviklingen er kontinuerlige læringsløyper der oppnådde resultater vurderes opp mot avtalte mål med tanke på forbedring og videreutvikling av virksomheten. God virksomhetsutvikling innebærer at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid i tråd med prinsipper for medvirkning i Helse Sør-Øst.

En forenklet fremstilling av sammenhengene mellom plannivåene på regionalt og helseforetaksnivå:

Plannivåer



- **Strategier for perioden 2013-2020**

Nedenfor gjengis utdrag fra *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Planen er tilgjengelig i sin helhet på våre hjemmesider www.helse-sorost.no.

Pasientbehandling

Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.

1. Kunnskaps- og informasjonsutveksling om pasienterfaringer, medisinsk diagnostikk og behandling skal gi pasienter og pårørende muligheten til å delta aktivt i behandlingsopplegget
2. Pasient- og pårørendeopplæringen styrkes ytterligere og informasjon, pasientopplæring, likepersonsarbeid og selvhjelp integreres i pasientforløpene.
3. Pasienten, pårørende og pasientorganisasjoners medvirkning sikres i endrings- og forbedringsarbeid

Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.

1. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet bygges på kunnskap og engasjement blant ansatte, tydelig ledelse og forankring i styret
2. Åpenhetskultur utvikles gjennom systematisk måling og oppfølging av resultater og brukererfaringer, identifisering av risikoområder og forbedringstiltak
3. Forbedringsarbeid ledes av sentrale helsearbeidere.
4. Ledelsen i pasientnær virksomhet får synlig støtte i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid

Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.

1. Sikre gjensidig kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging og veiledning mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten
2. Økt fokus og god samhandling om forebygging av sykdom og skader i befolkningen
3. Samhandling videreutvikles og styrkes i særlig grad innen psykisk helsevern, TSB, eldre med kroniske lidelser, habilitering og rehabilitering

Rett behandling på rett sted.

1. Spesialisthelsetjenestene skal organiseres i helhetlige pasientforløp som bidrar til rett behandling på rett sted
2. Effektive og trygge prehospitaltjenester med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet skal sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud
3. Kvaliteten i lokalt baserte spesialisthelsetjenester skal sikres med tilstrekkelig breddekompetanse og tverrfaglighet, også innen psykisk helsevern, TSB og rehabilitering
4. Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende minst ett sykehusområde, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Faglige avhengigheter tas hensyn til ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet
5. Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen

Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester.

1. Det etableres et strategisk samarbeid mellom helseforetakene og private tjenesteleverandører på egnede områder
2. Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse
3. Sikre nødvendig forutsigbarhet i rammevilkårene for private ideelle tjenestetilbud gjennom etablering av løpende avtaler innenfor psykisk helsevern og rehabilitering

4. Det etableres et tettere samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetakene

Forskning og innovasjon

Forskning skal føre til forbedret helse i befolkningen, tilstrebe høy kvalitet og være basert på samarbeid.

1. God balanse mellom klinisk relevant basalforskning og anvendt forskning skal sikres, for å bidra til at ideer fra grunnforskningen kommer til praktisk nytte i pasientbehandlingen
2. Tverrfaglighet og flerfaglighet i forskning skal fremmes, ved at forskningskompetansen for ulike profesjoner utvikles gjennom kompetansehevede tiltak
3. Samlet ressursbruk til forskning og innovasjon skal på sikt øke til fem prosent av helseregionens driftsbudsjett, og effekten av økt ressursbruk skal dokumenteres
4. Det utvikles tiltak for gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne og bedret mulighet for ekstern finansiering
5. Forskningsmiljøer som spesielt kan bidra innen helsetjenesteforskning og samhandlingsforskning skal styrkes
6. Regionale forskningsmidler skal hovedsakelig være gjenstand for utlysning der det konkurreres på kvalitet og gjennomførbarhet av prosjekter og tiltak

Innovasjon skal bidra til at resultater fra forskning og erfaringer fra praksis kommer til nytte i pasientbehandlingen.

1. Kultur for idéutvikling og innovasjon skal stimuleres. Det skal aktivt legges til rette for at forskning omsettes til konkrete innovasjoner for bedring av pasientbehandlingen og bedre drift av helseforetakene
2. Innovasjon skal ha en sentral forankring i forskning, men det skal også arbeides med den brukerdrevne innovasjon med særlig vekt på tjenesteinnovasjon. Regionale innovasjonsmidler skal fortsatt være et viktig virkemiddel for å utnytte gode ideer internt i helseforetakene, i samarbeid med næringslivet. System for utnyttelse av ideer i kryssningen mellom innovasjon og forbedringer skal etableres
3. Innovasjonsarbeidet samordnes med øvrige helseregioner og nasjonale aktører på innovasjonsområdet og med universitetene og høyskolene. Innovasjonssatsingen vurderes i nordisk og europeisk sammenheng

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetansutvikling er avgjørende for samhandling og god pasientbehandling.

1. Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og standardisering skal være grunnlaget for en forbedringskultur med pasienten i sentrum
2. De nødvendige strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet som understøtter kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedringsarbeid skal etableres og videreutvikles

Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

En bedre helsejeneste gjennom tydelig ledelse, riktig kompetanse, engasjerte medarbeidere og god ressursstyring.

1. Være en resultatorientert arbeidsgiver som sørger for planlegging av drift og utvikling av virksomheten i henhold til fastsatte mål, opptre samfunnsansvarlig og som bidrar til helsefremmende arbeidsplasser
2. Bemanne riktig og utvikle rett kompetanse for å sikre en effektiv og trygg tjeneste

3. Utvikle ledere og medarbeidere med vilje til å omsette de ressurser og muligheter som finnes til å skape en stadig bedre helsetjeneste
4. Involvere medarbeidere på systematisk vis i forpliktende dialoger om måloppnåelse og forbedring av virksomheten

Organisering og utvikling av fellestjenester

Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser til pasientbehandling gjennom stordriftsfordeler og styrket profesjonalitet. Virksomhetene innen innsatsområdet skal i tillegg være en aktiv medspiller i forhold til nasjonale prosesser innen prioriterte område.

Teknologi og eHelse

1. Etablere felles regionale systemløsninger som understøtter både kliniske og administrative prosesser basert på standardisering av arbeidsprosesser
2. Organiseringen av IKT skal sikre god driftsmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring og prioritering.
3. Sikre god elektronisk samhandling med alle aktører i helsevesenet for å understøtte samhandlingsreformen og den økende digitaliseringen av hverdagen
4. Videreutvikle Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør, slik at Sykehuspartner møter helseforetaksgruppens behov i forhold til kompetanse og kapasitet.
5. Etablere en gjennomføringsmodell som beskriver prinsipper og tiltak som skal sikre at de strategiske programmene i sum leverer i henhold til strategien og at virksomhetsmessige nytteeffekter blir realisert

Innkjøp og logistikk

1. Innføring av kategoribasert innkjøpsmetodikk, som åpner for mer innovativ tilnærming til innkjøp og som krever større åpenhet og dialog med markedene og interne miljøer, samt utvikling av strategisk innkjøpskompetanse, spesielt for kategoriansvarlige innkjøpere.
2. Videreutvikle etisk rammeverk for innkjøp, herunder etiske og miljøbevisste leverandørkjeder
3. Videreutvikle vareforsyning i helseforetaksgruppen, med sentralisert vareforsyning gjennom Helse Sør-Øst Forsyningssenter

Eiendom

1. Sykehusbyggene skal være funksjonelle for pasientbehandlingen, og eiendomsmassen skal utvikles og tilpasses i tråd med endrede behov innen pasientbehandlingen
2. Negative påvirkninger på klima og miljø skal reduseres
3. Det skal utvikles god praksis for universell utforming av bygg
4. Det skal arbeides med kontinuerlig forbedring for å effektivisere eiendomsvirksomheten og oppnå en effektiv arealbruk
5. Tilstandsgraden for det enkelte bygg eller bygningskompleks som utgjør primærbyggene i helseforetaket skal ha en minimumstilstand relatert til norsk standard for tilstandsklassifisering av bygg
6. Pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø inklusiv tilrettelegging av effektive arbeidsprosesser ivaretas

Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom

Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.

1. Varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom, ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer

2. Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse
3. Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i regionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen
4. Helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå

- **Regionale delstrategier og planer**

- Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016
- Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016
- Likeverdige helsetjenester - fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn
- Ivaretagelse av pasientrettigheter - sykehusenes rutiner og praksis
- Veileder for samhandling
- Regionale utviklingsområder - rehabilitering
- Regionale utviklingsområder - habilitering
- Regionale utviklingsområder - tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk
- Regionale utviklingsområder - psykisk helsevern
- Regional plan for fødselsomsorgen
- Funksjonsfordeling karkirurgi
- Funksjonsfordeling kreftbehandling m/handlingsplan
- «Økt frivillighet» - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst
- Videreutvikling av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst
- Tiltak for å forebygge infeksjoner - fokus på håndhygiene
- Kunnskapsutvikling og god praksis - sikring av kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen og gode pasient- og behandlingsforløp
- Regional strategi for forskning og innovasjon, med tilhørende handlingsplaner
- Regional HR-strategi 2014-2017
- Strategisk kompetanseutvikling
- Rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) 2015 - 2020
- «God virksomhetsstyring» - Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
- 13 prinsipper for brukermedvirkning
- Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (investeringsprosjekter fram til 2035). Rulleres årlig.
- Eiendomsstrategi for Helse Sør-Øst
- Finansstrategi
- IKT-strategi 2015-2020 – et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger
- Gjennomføringsplan 2017 for Digital fornying (prioriteringer og budsjett for 2017, rulleres årlig)
- Strategisk utvikling av innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst
- Strategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester
- Veileder for styrearbeid i helseforetak
- Regional beredskapsplan, herunder blant annet Delplan- Felles regionalt rammeverk for personellplanlegging, Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst og Regional IKT-beredskapsplan

6. Vedlegg

Forkortelser i tabellene:

| Helseforetak | |
|------------------------------|------|
| Akershus universitetssykehus | Ahus |
| Oslo universitetssykehus | OUS |
| Sunnaas sykehus | SUN |
| Sykehusapotekene | Apo |
| Sykehuset i Vestfold | SiV |

| | |
|---------------------|----|
| Sykehuset Innlandet | SI |
| Sykehuset Telemark | ST |
| Sykehuset Østfold | SØ |
| Sykehuspartner | SP |
| Sørlandet sykehus | SS |
| Vestre Viken | VV |

| Private ideelle sykehus | |
|--------------------------------|-----|
| Betanien Hospital | BET |
| Diakonhjemmet Sykehus | DS |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | LDS |
| Martina Hansens Hospital | MHH |
| Revmatismesykehuset | REV |

6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

| Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publisering s-frekvens | Rapportering | | | | |
|---|------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| | | | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten | Under 65 dager | Helse-direktoratet | Månedlig | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer for ventetider og fristbrudd. Utviklingen på området og oppfølging av tiltak har blitt rapportert månedlig til en styringsgruppe. |
| | | | | Samlet: 73,4 dager | Samlet: 72,7 dager | Samlet: 68,4 dager | Samlet: 59,0 dager | |
| | | | | Høyest: Ahus: 86,8 dager | Høyest: OUS: 86,0 dager | Høyest: LDS: 89,2 dager | Høyest: LDS: 87,1 dager | |
| | | | | Lavest: DS: 61,1 dager | Lavest: DS: 54,7 dager | Lavest: SUN: 51,7 dager | Lavest: DS: 47,6 dager | |
| Andel fristbrudd for avviklede pasienter | 0 | Helse-direktoratet | Månedlig | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Målet om ingen fristbrudd er ikke nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer for ventetider og fristbrudd. Utviklingen på området og oppfølging av tiltak har blitt rapportert månedlig til en styringsgruppe. |
| | | | | Samlet: 7,2 % | Samlet: 6,3 % | Samlet: 5,3 % | Samlet: 1,2 % | |
| | | | | Høyest: OUS: 15,8 % | Høyest: OUS: 14,5 % | Høyest: OUS: 13,2 % | Høyest: SØ: 2,6 % | |
| | | | | Lavest: DS: 0,5 % | Lavest: SUN: 0,0 % | Lavest: DS: 0,2 % | Lavest: LDS: 0,0 % | |
| Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lungebryst, prostata- og | Minst 70 % ved årslutt | Helse-direktoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat I 2015 nådde Helse Sør-Øst målet for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. I 2016 har Helse Sør-Øst måloppnåelse på 70 % for alle fire gruppene. (Samlet poengsum per tertial for de fire er ikke hensiktsmessig). |
| | | | | Brystkreft: 88 % | Brystkreft: 90 % | Brystkreft: 90 % | Brystkreft: 90 % | |
| | | | | Lunge: 72 % | Lunge: 77 % | Lunge: 80 % | Lunge: 80 % | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|------------|---|---|---|---|--|
| tykk- og endetarmskreft) | | | | Prostata: 66 % Tykk/endetarmskreft: 72 % | Prostata: 70 % Tykk/endetarmskreft: 75 % | Prostata: 71 % Tykk/endetarmskreft: 80 % | Prostata: 74 % Tykk/endetarmskreft: 82 % | |
| Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifik krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid | Mins t 70 % ved års slutt | Helse- direkto- ratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | Brystkreft: 63 % | Brystkreft: 58 % | Brystkreft: 66 % | Brystkreft: 65 % | For tykk og endetarmskreft har det vært måloppnåelse både i 2015 og 2016, og resultat per 3. tertial 2016 på 74 %. |
| | | | | Lunge: 79 % | Lunge: 62 % | Lunge: 63 % | Lunge: 63 % | For brystkreft har det vært en gradvis bedring og per 3. tertial 2016 med måloppnåelse med 77 %. |
| | | | | Prostata: 63 % | Prostata: 35 % | Prostata: 45 % | Prostata: 41 % | For lungekreft har det vært en gradvis bedring. Helse Sør-Øst har fortsatt ikke måloppnåelse, per 3. tertial er status 66 % måloppnåelse. |
| | | | | Tykk/endetarmskreft: 81 % | Tykk/endetarmskreft: 70 % | Tykk/endetarmskreft: 74 % | Tykk/endetarmskreft: 74 % | For prostatakreft har det vært en liten bedring. Helse Sør-Øst har ikke måloppnåelse; per 3. tertial 2016 er status 51 % måloppnåelse. (Samlet poengsum per tertial for de fire er ikke hensiktsmessig). |
| Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt) | Mins t 70 % ved års slutt | Helse- direkto- ratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 75 % | 76 % | 75 % | 72 % | For 3. tertial 2016 er resultatet på 70 %. |
| Gjennomføring av pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid | Mins t 70 % ved års slutt | Helse- direkto- ratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 69 % | 58 % | 64 % | 63 % | For 3. tertial 2016 er resultatet 69 %. Forløp med utfordringer følges på ulike helseforetak, spesielt gynekologisk kreft og prostatakreft. Prostatakreft er beskrevet ovenfor. Gynekologisk kreft er i stor grad en regionssykehusfunksjon og Oslo universitetssykehus har bedt om bistand fra det regionale innsatsteamet for prosessforbedring. Elektroniske 3-strøms MDT-møter vil også bidra til kortere utredningstid for denne pasientgruppen. |

6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

| Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publiserings-frekvens | Rapportering | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------|---|--|--|---|--|---|---|--|--|
| | | | | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | | | | | |
| Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). | Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet. | Helsedirektoratet | Tertialvis | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat | | | | | | | | |
| | | | | Årstall der dette er mulig | | | | | | | | |
| | | | | Ventetid | Ventetid | Ventetid | Ventetid | Alle helseforetak/sykehus har hatt et høyt fokus for å nå dette målet. I 2017 vil ventetidene for psykisk helsevern og TSB bli ytterligere skjerpet i Helse Sør-Øst til 45 dager i motsetning til somatikk som vil være på 60 dager. Tilbakemeldinger med beskrivelser i årlig melding fra helseforetak/sykehus, tyder likevel på at man innen psykisk helsevern sliter med å nå målsettingen om høyere vekst enn i somatikken i 2016. Det bemerkes at den kraftige veksten i antall polikliniske konsultasjoner i somatikk i 2016 skyldes at flere helsepersonellgrupper har rett til å utløse ISF-aktivitet. Dette gjelder f.eks. klinisk ernæringsfysiologer, ergoterapeuter m.m. Inklusjonen av disse helsepersonellgruppene er estimert til å utgjøre rundt halvparten av veksten. Aktivitetsveksten i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern beskrives som god og BUP-feltet er prioritert hos alle når det gjelder ressurser. Det er en aktivitetsnedgang i BUP hos de helseforetak/sykehus som har gått over fra BUP-data til DIPS. Eksempelvis beskriver Sykehuset Innlandet en vekst på 4,4 % av konsultasjoner innen VOP og økning på 10,4 % innen TSB, mens den polikliniske aktiviteten er redusert med 10,1 % innen BUP grunnet overgang til DIPS. Det er i budsjettarbeidet for 2017 lagt til rette for og gitt klare føringer om at helseforetakene skal oppnå prioriteringsregelen innen alle de fire områdene. | | | | |
| | | | | Somatikk 71,9 dager PH 50 dager TSB 47,9 dager | Somatikk 74,1 dager PH 62,8 dager TSB 47,1 dager | Somatikk 61,9 dager PH 47,5 dager TSB 37,7 dager | Somatikk 66 dager PH 57 dager TSB 41,9 dager | | | | | |
| | | | | Kostn | Kostn | Kostn | Kostn | | | | | |
| | | | | Somatikk 70,8 % PH 17,4 % TSB 3,8 % | Somatikk 72,3 % PH 17,0 % TSB 3,8 % | Somatikk 68,1 % PH 15,8 % TSB 3,8 % | Somatikk 70,8 % PH 18,0 % TSB 2,4 % | | | | | |
| | | | | Årsverk | Årsverk | Årsverk | Årsverk | | | | | |
| | | | | Somatikk 2,9 % PH 0,1 % TSB 4,3 % | Somatikk 2,8 % PH 0,2 % TSB 4,5 % | Somatikk 2,0 % PH -0,7 % TSB 1,3 % | Somatikk 0,7 % PH -0,3 % TSB -0,3 % | | | | | |
| | | | | Polikl. kons: | Polikl. kons: | Polikl. kons: | Polikl. kons: | | | | | |
| | | | | Somatikk 2,3 % PH VOP 6,1 % PH BUP 3,4 % TSB 8,6 % | Somatikk 3,6 % PH VOP 6,2 % PH BUP 4,7 % TSB 10,8 % | Somatikk 9,4 % PH VOP 6,6 % PH BUP -1,6 % TSB 7,8 % | Somatikk 8,8 % PH VOP 6,9 % PH BUP 0,5 % TSB 6,9 % | | | | | |
| | | | | Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne | Redusert sammenlignet med 2015 | Helsedirektoratet | Årlig | | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat | | | |
| | | | | | | | | | 2014 | 2015 | | |
| | | | | | | | | | Samlet: 17,5 % Høyest: OUS: 29,9 % Lavest: SI: 10,4 % | Samlet: 19,2 % Høyest: OUS: 26,4 % Lavest: SI: 9,4 % | | |
| | | | | | | | | | Arbeidet med reduksjon av bruk av tvang innen psykisk helsevern har stort fokus i Helse Sør-Øst. Andel tvangsinnleggelse er påvirket av en reduksjon i antall døgnplasser og økt ambulant, poliklinisk og dagbasert behandling. Pasientgruppen som tas inn til døgnbehandling har derfor en større andel av ø-hjelp enn tidligere. Dette påvirker tall for andel tvangsinnleggelse. Tall for 2014 og 2015 viser at Helse Sør-Øst samlet har en vekst fra 17,5 % til 19,2 %. De høyeste tallene på helseforetaksnivå for begge år, er fra Oslo universitetssykehus. Det er samsvar med at Oslo | | | |

| Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | Rapportering | | |
|--|---|-------------------------|----------------------|--------------|--------|---|
| | | | | | | universitetssykehus har regionale funksjoner der regional sikkerhetspsykiatri i all hovedsak omfattes av tvang for alle pasienter. Tilsvarende har Sykehuset Innlandet den laveste andel tvangsinnleggelse begge år, med en faktisk reduksjon fra 2014 til 2015. Sykehuset Innlandet er også blant de laveste i antall tvangsinnleggelse målt i forhold til befolkning. |
| Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus | Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015 | Helsedirektoratet (SSB) | Årlig | 2014 | 2015 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 43,6 % | 43,5 % | Alle helseforetak og sykehus har arbeidet i henhold til nasjonale og regionale faglige føringer med omstilling av tjenestene innen psykisk helsevern. Målet med omstillingen beskrives som oppnådd i helseforetaksstrukturen og alt som kan ligge desentralt ligger nå i DPS. Flere spesialiserte områdefunksjoner er også i DPS, eksempelvis OCD behandling. Det har pågått en omgjøring av stillinger i DPS der høyskoleutdannet personell er byttet med leger/psykologer og derved en høyere kostnad. Dette ansees å ha en påvirkning på tallene i det enkelte helseforetak. |

6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

| Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | Rapportering | | | | |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|--|---|---------------------------|--|
| | | | | mai.16 | nov.16 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat | | |
| Andel sykehusinfeksjoner | Mindre enn 4,7 % | Folkehelseinstituttet | 2 ganger årlig | mai.16 | nov.16 | <p>Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat</p> <p>Samlet har Helse Sør-Øst nådd målet med 4,2 % prevalens. Sørlandet sykehus har høyest prosentandel med 6,5 og lavest er Sunnaas sykehus med 1,5 %.</p> <p>Enkelte helseforetak melder at infeksjonsrate internt er nedadgående, mens infeksjoner overført fra andre institusjoner er oppadgående (Oslo universitetssykehus HF). Det arbeides kontinuerlig med forbedring spesielt ved postoperative sårinfeksjoner og for eksempel ved standardisering av forløp for protesekirurgi. Håndhygiene og smykkefrihet er gode tiltak, samt overvåking av forekomst av resistente bakteriestammer for tidlig oppdagelse. Egne handlingsplaner for smittevern, e-læring og lederavtaler er også etablert ved enkelte helseforetak. Reduksjon av sykehusinfeksjoner har sammenheng med andre innsatsområder, og ved alle helseforetak/sykehus ved Helse Sør-Øst har i løpet av 2016 iverksatt Antibiotikastyringsprogram, samt at pasientsikkerhetsprogrammet følges med forebygging av urinveisinfeksjoner og nå også med tidlig oppdagelse av sepsis.</p> | | |
| | | | | Samlet: 4,2 % | Folkehelseinstituttet opplyser at tall for november 2016 offentliggjøres i mai 2017. | | | |
| | | | | Høyest: SS: 6,5 % | | | | |
| | | | | Lavest: SUN: 1,5 % | | | | |
| Andel korridorpasienter på sykehus | 0 % | Helsedirektoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | <p>Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat</p> <p>Samlet er nivået på korridorpasienter gått ned. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt. Følgende tiltak er blant annet iverksatt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomgått både mulige korridorsenger (sengetabell) i DIPS og faktisk registreringspraksis for å vurdere om rapportert nivå av korridorpasienter er riktig. Sykehusledelsen har ukentlige kapasitetsmøter og iverksetter tiltak iht. en tiltaksplan når beleggssituasjonen tilsier det. Etablering av ventesone for pasienter som skal reise hjem samme dag, ekstraordinær utskrivning til kommuner og bydeler og etablering av flere senger internt. Online oversikt over pasientbelegget på alle sengepostene for å gi oversikt over ledig kapasitet. Dataverktøyet er et verktøy for akuttmottaket og sengepostene og understøtter god pasientflyt og kapasitetsutnyttelse. Retningslinjer som tydeliggjør ansvarsforholdene ved pasientflyt fra akuttmottaket til sengeposter og mellom sengeposter. Retningslinje som tydeliggjør ansvarsforholdene ved oppfølging av |
| | | | | Samlet: 2,0 % | Samlet: 1,3 % | Samlet: 1,4 % | Samlet: 1,0 % | |
| | | | | Høyest: Ahus: 4,5 % | Høyest: SØ: 2,5 % | Høyest: ST: 3,1 % | Høyest: LDS: 2,6 % | |
| | | | | Lavest: DS: 0,5 % | Lavest: DS: 0,3 % | Lavest: DS: 0,4 % | Lavest: Ahus og DS: 0,4 % | |

| Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | Rapportering | | | |
|----------------------------|-----|-----------|----------------------|--------------|--|--|--|
| | | | | | | | satellittpasienter. • Etablert rutiner for bedre samarbeid mellom sengepostene og mer felles ansvar for pasientene. |

6.4 Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

| Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | | | | |
|--|------|--|---|---|---------------------|---------------------|--|
| Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Publiseres 2016 | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. | | | |
| | | | | Rapport tilgjengelig om pasienters tilfredshet med døgnbehandling TSB 2015 fra Nasjonalt Kunnskapssenter i mai 2016. | | | |
| Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp) | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | Rapporteringsperioden er 2015 og sammenlignes med tilsvarende resultater i 2014. Rapporten viser at Helse Sør-Øst har en fremgang eller scorer tilfredsstillende på de tre indikatorene som er benyttet. Best fremgang er indikatoren om tilfredsheten mot behandlingen og behandlerne, mens tilfredsheten over miljø og utbytte er på samme nivå som i 2014. | | | |
| | | | | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. | | | |
| 30 dagers overlevelse etter hjerneslag | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | Rapporten «Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse» fra Nasjonalt Kunnskapssenter ble tilgjengelig juni 2016. | | | |
| | | | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomførte høsten 2015 en nasjonal brukererfæringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus. Totalt ble 23460 pasienter inkludert i undersøkelsen. Resultatet av undersøkelsen grupperes inn i 9 indikatorer om pasienttilfredshet. De 9 indikatorene dekker områdene «Pleiepersonale», «Legene», «Informasjon», «Organisering», «Pårørende», «Standard», «Utskriving», «Samhandling» og «Ventetid». | | | |
| 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | 2013 | 2014 | 2015 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | Samlet: 85,8 % | Samlet: 86,5 % | Samlet: 86,5 % | Det er nedsatt et midlertidig fagutvalg som har utarbeidet et forslag til revidert fag og funksjonsfordeling for pasienter med hjerneslag i Helse Sør-Øst. Saken har vært behandlet i ledergruppen og forventes styrebehandlet 2017. Det foreslås blant annet at alle sykehusområder skal triagere pasienter med mistanke om hjerneslag til én lokalisasjon. I samarbeid med Folkehelseinstituttet er det gjort supplerende analyser for å få ytterligere kunnskap om hvilke deler av behandlingsforløpet som er beheftet med overdødelighet som utgangspunkt for forbedringsarbeid. |
| | | | | Høyest: LDS: 88,5 % | Høyest: DS: 89,5 % | Høyest : DS: 89,0 | |
| | | | | Lavest: OUS: 84,9 % | Lavest: SIV: 5,2 % | Lavest: SØ: 85,2 | |
| 2013 | 2014 | 2015 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat | | | | |
| 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | Samlet: 90,7 % | Samlet: 90,9 % | Samlet: 91,4 % | Behandling av pasienter med hoftebrudd i Helse Sør-Øst har vært gjenstand for diskusjon i fagdirektørmøtet hvor ortopedene med kunnskap om forbedringsarbeid på bakgrunn av tilgjengelige data fra nasjonale kvalitetsregister samt internasjonal erfaring fra forbedringsarbeid for denne pasientgruppen ble presentert. I samarbeid med Folkehelseinstituttet er det gjort supplerende analyser for å få ytterligere kunnskap om hvilke deler av behandlingsforløpet som er beheftet med overdødelighet som utgangspunkt for forbedringsarbeid. |
| | | | | Høyest: DS: 91,6 % | Høyest: DS: 92,1 % | Høyest : DS: 92,8 % | |
| | | | | Lavest: Ahus: 90,4 % | Lavest: OUS: 90,3 % | Lavest: SI: 90,8 % | |

| Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | | | |
|---|---|--|----------------------|--|---------|---|
| Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene | Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012. | GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet | Årlig | 2012 | 2015 | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. |
| | | | | 13,7 % | 13,7 % | Alle helseforetak gjennomfører GTT undersøkelser. Helse Sør-Øst følger opp per tertial og i oppfølgingsmøtet om i hvilken grad alle HF informerer om GTT resultater (2015-resultater) til alle ledelsesnivå, medarbeidere, brukere og styret. |
| Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. | 100 % | RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet | Årlig | Presentasjon av resultat og vurdering av dette, samt tiltak for oppfølging. | | |
| | | | | Spredning av innsatsområder rapporteres per tertial, og viser en jevn fremgang. Resultatene følges opp i oppfølgingsmøtene og på møter med HF programledere. Flere HF har rapportert at de trenger 2017 for å oppnå full implementering. | | |
| Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. | 30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012 | Sykehusenes legemiddelstatistik | Årlig | 2012 | 2015 | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. |
| | | | | 21,48 % | 21,02 % | Fra 2012 til 2015 (tall for 2016 foreligger ikke pt) er total- tall for bredspektret antibiotika i Helse Sør-Øst kun gått fra 21,48 definerte døgndoser pr 100 liggedøgn ned til 21,02 definerte døgndoser pr 100 liggedøgn. Uansett arbeides det nå aktivt i helseforetakene våre for å nå målet innen 2020, og måloppnåelse er avhengig hva som ellers gjøres innen infeksjonsforebygging og smittevern. Helseforetakene beskriver tiltak som at «kortversjoner» av antibiotikaretninglinjer deles ut til nye leger og undervisning gjennomføres for alt aktuelt helsepersonell. Rapportering av lokale resistensdata er godt tiltak. Forbruk av bredspektret antibiotika følges av antibiotikateamet, kontakter den enkelte som forskriver ved avvik eller der forskrivningen ikke er i tråd med nasjonal veileder. Det gjennomføres interne revisjoner og audits som hjelp til å sette inn riktige tiltak for å nå målet. |
| Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring | | Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene | Årlig | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. | | |
| | | | | Se egen rapportering i vedlegg 6.5 <i>Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet.</i> | | |

6.5 Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

| Register (ansvarlig) | Vitenskapelige artikler | Konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring |
|---|---|--|
| Gastronet (Sykehuset Telemark) | Ikke konkretisert om og i tilfelle hvilke artikler publisert i 2015, men viser til at i løpet av Gastronets historie er det utkommet 36 originalartikler og 5Phd-er basert på Gastronets data eller bruk av Gastronets verktøy. | Ingen kliniske kvalitetsforbedringsprosjekt startet opp/gjennomført i 2015, men det vises til tidligere prosjekter som for eksempel CO2-insufflering ved koloskopi, fokus på smertefrie undersøkelser, og at Gastronet har bidratt til å sensibilisere endoskopører i forhold til komplikasjonsrisiko ved ERCP. |
| Cerebral pareseregisteret i Norge (Sykehuset i Vestfold) | <ul style="list-style-type: none"> • Elvrum AK, Andersen GL, Himmelmann K, Beckung E, Ohrvall AM, Lydersen S, Vik T. <i>Bimanual Fine Motor Function (BFMF) Classification in Children with Cerebral Palsy: Aspects of Construct and Content Validity</i>. Phys Occup Ther Pediatr. 2015 Aug 19:1-16 • Virella D, Pennington L, Andersen GL, Andrada MD, Greitane A, Himmelmann K, Prasauskiene A, Rackauskaite G, De La Cruz J, Colver A, on behalf of the SCPE. <i>Classification systems of communication for use in epidemiological surveillance of children with cerebral palsy</i>. Dev Med Child Neurol. 2015 Aug 14. doi: 10.1111/dcmn.12866. [Epub ahead of print] • Lien E, Andersen GL, Bao Y, Gordish-Dressman H, Skranes JS, Blackman JA, Vik T. <i>Genes determining the severity of cerebral palsy: the role of single nucleotide polymorphisms on the amount and structure of apolipoprotein E</i>. Acta Paediatr. 2015 Jul;104(7):701-6. doi: 10.1111/apa. 12983 • Stoknes M, Lien E, Andersen GL, Bao Y, Blackman JA, Lie RT, Vik T. <i>Child apolipoprotein E gene variants and risk of cerebral palsy: Estimation from case-parent triads</i>. Eur J Paediatr Neurol. 2015 May;19(3):286:91. doi: 10.1016/j.ejpn.2014.12.017 • Finbråten AK, Syversen U, Skranes J, Andersen GL, Stevenson RD, Vik T. <i>Bone mineral density and vitamin D status in ambulatory and non-ambulatory children with cerebral palsy</i>. Osteoporos Int. 2015 Jan;26(1):141-50. | <ul style="list-style-type: none"> • Ensartet diagnostisering og bruk av standardisert klassifisering av CP i Norge. • Likeverdig tilgang til og bruk av behandlingsformer (spastisitetreduserende behandling, fysio- og/eller ergoterapi, ortopedisk kirurgi). • Likeverdig utredning og behandling av tilleggsvansker (spisevansker og ernæring, kognisjon, tale- og kommunikasjon) |
| Norsk gynekologisk endoskopiregister (Sykehuset i Vestfold) | <ul style="list-style-type: none"> • Andreas Putz, Tonje Bohlin, Martin Rakovan, Ariane Maria Putz, Rudy Leon De Wilde. <i>European operative registry to avoid complications in operative gynaecology</i>. Sykehuset i Vestfold HF, Kvinnesenteret, Tønsberg, Norge, Pius-Hospital Oldenburg, Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologische Onkologie, Universität Oldenburg, Tyskland <p>Pågående studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hald K, Putz A, Rakovan, M, Bohlin, T, Holmsen, S, Putz AM, De Wilde, R. <i>Norwegian Reproduction after Endoscopic Myomectomy (NORM)</i>. Oslo University Hospital, Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, Pius Hospital, University i Oldenburg | Regionale og lokale kvalitetsforbedrende tiltak igangsatt: <ul style="list-style-type: none"> • Forandring i bruken av laparoskopisk ekstrautstyr. • Forbedring av peroperativ antibiotika profylakse. • Forandring av tilgangsprosedyren ved laparoskopier. • Etablering av «standard operation procedures» = retningslinjer for det hyppigste gynekologiske endoskopiske inngrep. • Fram til 2015 ble det gjennomførte 5 operasjonskurs for total laparoskopisk hysterektomi (leger og sykepleier). • Etablering av retningslinjer med «oppskrift» for håndtering av peroperative krisesituasjoner. • Etablering av medisinsk team trening. |
| Norsk kvinnelig inkontinensregister (Oslo) | <ul style="list-style-type: none"> • Moe K, Schiøtz HA, Kulseng-Hanssen S. <i>Outcome of TVT operations in women with low maximum urethral closure pressure</i>. Neurourol Urodyn. 2016 May 31. doi: 10.1002/nau.23044. [Epub ahead of print] | Registeret har anbefalt operativ justering av for stamt bånd. Fra 2009 har antall pasienter, hvor båndet ble justert operativt, økt årlig. |

| | | |
|---|---|--|
| universitetssykehus) | <ul style="list-style-type: none"> • Moksnes LR, Svenningsen R, Schiøtz HA, Moe K, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. <i>Sling mobilization in the management of urinary retention after mid-urethral sling surgery</i>. <i>Neurourol Urodyn</i>. 2016 May 31. doi: 10.1002/nau.23046. [Epub ahead of print] • Madeleine Engen forbereder publikasjon: <i>Outcome of Mid-Urethral Sling Surgery (MUS) in young, medium aged and old women</i> | I 2015 ble ingen bånd klippet, 24 pasienter ble forbigående kateterisert, mens 34 bånd ble justert operativt. Registerets tiltak har på denne måten bidratt til kvalitetsforbedring. |
| Norsk nyreregister (Oslo universitetssykehus) | <ul style="list-style-type: none"> • Eide IA, Halden TAS, Hartmann A, Åsberg A, Dahle DO, Reisæter AV, Jenssen T. <i>Limitations of HbA1c for the diagnosis of post transplant diabetes mellitus</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(3): 629-635 • Dahle DO, Eide IA, Åsberg A, Leivestad T, Holdaas H, Jenssen TG, Fagerland MW, Pihlstrøm H, Mjøen G, Hartmann A. <i>Aortic stiffness in a mortality risk calculator for kidney transplant recipients</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(8): 1730-1737 • von Düring ME, Jenssen T, Bollerslev J, Åsberg A, Godang K, Eide IA, Dahle DO, Hartmann A. <i>Visceral fat is better related to impaired glucose metabolism than body mass index after kidney transplantation</i>. <i>Transplant Int</i> 2015; 28(10): 1162-1171 • Størset E, Åsberg A, Skauby M, Neely M, Bergan S, Bremer S, Midtvedt K. <i>Improved tacrolimus target concentration achievement using computerized dosing in renal transplant recipients - a prospective, randomized study</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(10): 2158-2166 • Breckenridge K, Bekker HL, Gibbons E et al. <i>How to routinely collect data on patient-reported outcome and experience measures in renal registries in Europe: An expert consensus meeting</i>. <i>Nephrology, Dialysis and Transplantation</i> 2015 ; 30(10): 1605-1614 • Eide IA, Jenssen TG, Hartmann A, Diep LM, Dahle DO, Reisæter AV, Bjerve KS, Christensen JH, Schmidt EB, Svensson MHS. <i>The association between marine n-3 polyunsaturated fatty acid levels and survival after renal transplantation</i>. <i>Clin J Am Soc Nephrol</i> 2015; 10(7): 1246-1256 • Smedbråten YV, Sagedal A, Mjøen G, Hartmann A, Fagerland M, Rollag H, Mollnes TE, Thiel S. <i>High Ficolin-3 level at the time of transplantation is an independent risk factor for graft loss in kidney transplant recipients</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(4): 791-796 • Dörje C, Mjøen G, Strøm EH, Holdaas H, Jenssen TG, Øyen O, Akkøk CA, Småstuen MC, Midtvedt K, Reisæter AV. <i>One-year protocol biopsies from ABO-incompatible renal allografts compared with a matched cohort of ABO-compatible allografts</i>. <i>Clinical Transplantation</i> 2015; 29(3): 268-276 • Schive SW, Scholz H, Sahraoui A, Kloster-Jensen K, Hafsaahl G, Korsgren O, Foss A, Jenssen TG. <i>Graft function 1 year after pregnancy in an islet-transplanted patient</i>. <i>Transplant International</i> 2015; 28(10): 1235-1239 • Skrunes R, Larsen KK, Leh SM, Strøm EH, Jenssen TG, Tøndel C, Svarstad E. <i>Fabry disease diagnosed in living donor kidney transplant biopsies</i>. 4th Update on Fabry Nephropathy; 2015-06-01 - 2015-06-02 | Ingen nye tiltak ble initiert av registeret i 2015 da det har vært full fokus på å få sammenslåingen av NNR og NNBR til Norsk Nyreregister å gå så smertefritt som mulig. I 2015 ble arbeidet med dialysekvalitet fortsatt, og prosjektet som ble startet i 2012 videreført. Fokus på forbedret rapportering av Kt/V data, kvalitet av peritonealdialyse og drøfting av om hemodialyse er riktig behandling ved Rhabdomyolyse. |

- Horneland R, Paulsen V, Lindahl JP, Grzyb K, Eide TJ, Lundin K, Aabakken L, Jenssen T, Aandahl EM, Foss A, Øyen O. *Pancreas transplantation with enteroanastomosis to native duodenum poses technical challenges--but offers improved endoscopic access for scheduled biopsies and therapeutic interventions.* Am J Transplant 2015; 15(1): 242-50
- Kent S, Schlackow I, Lozano-Kühne J, Reith C, Emberson J, Haynes R, Gray A, Cass A, Baigent C, Landray MJ, Herrington W, Mihaylova B; SHARP Collaborative Group (Holdaas H). *What is the impact of chronic kidney disease stage and cardiovascular disease on the annual cost of hospital care in moderate-to-severe kidney disease?* BMC Nephrol. 2015; 16: 65
- Waldum-Grevbo B, Leivestad T, Reisaeter AV, Os I. *Impact of initial dialysis modality on mortality: a propensity-matched study.* BMC Nephrol. 2015; 16: 179
- Morken NH, Diaz-Garcia C, Reisaeter AV, Foss A, Leivestad T, Geiran O, Hervás D, Brännström M. *Obstetric and neonatal outcome of pregnancies fathered by males on immunosuppression after solid organ transplantation.* Am J Transplant. 2015; 15(6): 1666-73
- Hruskova Z, Stel VS, Jayne D, Aasarød K, De Meester J, Ekstrand A, Eller K, Heaf JG, Hoitsma A, Martos Jimenez C, Ravani P, Wanner C, Tesar V, Jager KJ. *Characteristics and Outcomes of Granulomatosis With Polyangiitis (Wegener) and Microscopic Polyangiitis Requiring Renal Replacement Therapy: Results From the European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Registry.* Am J Kidney Dis. 2015 66(4): 613-20
- Norum J, Leivestad T, Eriksen BO, Skår S, Fagerheim A, Reisaeter AV. *Regional differences in renal replacement therapy in northern Norway 2000-2012.* Int J Circumpolar Health. 2015; 74: 24298
- Pippias M, Stel VS, Abad Diez JM, et al. *Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2012 ERA-EDTA Registry Annual Report.* Clin Kidney J. 2015; 8(3): 248-61
- Sandvik LF, Skarstein K, Krynitz B, Volchenkov R, Sviland L, Leivestad T, Jonsson R, Appel S. *Peritumoral dermis of squamous cell carcinomas in renal transplant recipients contains less CD11c+ myeloid dendritic cells and FoxP3+ T cells compared to immunocompetent controls.* J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29(11): 2128-35
- Vogelzang JL, van Stralen KJ, Noordzij M et al. *Mortality from infections and malignancies in patients treated with renal replacement therapy: data from the ERA-EDTA registry.* Nephrol Dial Transplant. 2015 Jun;30(6):1028-37
- Knoop T, Vagane AM, Vikse BE, Svarstad E, Magnusdottir BT, Leh S, et al. *Addition of eGFR and Age Improves the Prognostic Absolute Renal Risk-Model in 1,134 Norwegian Patients with IgA Nephropathy.* American Journal of Nephrology. 2015;41(3):210-9
- Sriskandarajah S, Aasarod K, Skrede S, Knoop T, Reisaeter AV, Bjorneklett R. *Improved prognosis in Norwegian patients with glomerulonephritis associated with anti-*

| | | |
|---|--|--|
| | <p><i>neutrophil cytoplasmic antibodies</i>. Nephrology Dial Transplant. 2015;30 Suppl 1:i67-75</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diciolla M, Binetti G, Di Noia T, Pesce F, Schena FP, Vagane AM, et al. <i>Patient classification and outcome prediction in IgA nephropathy</i>. Computers in Biology and Medicine. 2015;66:278-86 • Pesce F, Diciolla M, Binetti G, Naso D, Ostuni VC, Di Noia T, et al. <i>Clinical decision support system for end-stage kidney disease risk estimation in IgA nephropathy patients</i>. Nephrology Dial Transplant. 2016;31(1):80-6 • Ruggajo P, Svarstad E, Leh S, Marti HP, Reisaether AV, Vikse BE. <i>Low Birth Weight and Risk of Progression to End Stage Renal Disease in IgA Nephropathy--A Retrospective Registry-Based Cohort Study</i>. PLoS ONE. 2016;11(4):e0153819 | |
| Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister (Oslo universitetssykehus) | <p>Registeret er involvert i flere forskningsprosjekter basert på registerdata hvor det også kobles data til andre registre. Det foreligger 3 vitenskapelige publikasjoner fra siste år basert på registerdata, hvorav en publikasjon fra 2015 fra en institusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hans Jørgen Stensvold, MD; Kenneth Strømmen, MD; Astri M. Lang, MD, PhD; Tore G. Abrahamsen, MD, PhD; Eline Kjorsvik Steen, BSc; Are Hugo Pripp, PhD; Arild E. Ronnestad, MD, PhD. <i>Early Enhanced Parenteral Nutrition, Hyperglycemia, and death among Extremely Low-Birth-Weight Infants</i>. JAMA Pediatr. 2015 Nov; 169 (11):1003-10 <p>De to siste publikasjonene (ref 3 publikasjoner) vil bli omtalt i neste årsrapport.</p> | <p>Klinisk praksis knyttet til bruk av antibiotika har vært diskutert, og det har vært åpenhet rundt de enkelte avdelingens resultater i forhold til varighet av antibiotikabehandling for de ulike pasientgruppene (gruppert etter modenhet/GA ved fødsel). Fokus har vært satt på å avslutte antibiotikabehandling på de pasientene som er klinisk stabile og uten tegn til infeksjon.</p> <p>I tillegg til at fokuset på redusert bruk av antibiotika har vært diskutert i fagmiljøet på årskonferansene og blitt særlig belyst i årsrapportene de siste årene, er det også blitt inkorporert i den automatiske funksjonaliteten i Neonatalprogrammet. Når det er registrert i Neonatalprogrammet at en pasient behandles med antibiotika, kommer det automatiske varsler for å minne om varighet av behandlingen. I tillegg er programmet satt opp for å sørge for at korrekt sepsisdiagnose blir registrert ved oppvekst av mikrobe i blodkultur.</p> |
| Nasjonalt traumeregister (Oslo universitetssykehus) | <p>Det planlegges å igangsette arbeidet med å utarbeide prosjektskisser og etablere kontakt med aktuelle samarbeidspartnere for forskningsprosjekter. Spesielt prosjekter som omhandler datakvalitet, reliabilitet og validitet for aktuelle målemetoder/verktøy samt prosjekter som er essensielle for videreutvikling av registeret, herunder prosjekter rettet mot rehabilitering og PROMs/PREMs, som vil bli prioritert.</p> | <p>Foreløpig ikke aktuelt. Nasjonalt traumeregister (NTR) sentralt har foreløpig ikke initiert noe spesifikt kvalitetsforbedringsarbeid lokalt ved innregistrerende institusjoner.</p> <p>Etablering av interne kvalitetsregistre ved de enkelte sykehus/helseforetak som et ledd i opprettelsen av NTR, sammen med opplæring av registrarer, veiledning og tilrettelegging for uthenting, formidling og anvendelse av innregistrerte data, anses å være en essensiell del av det lokale kvalitetsforbedrende arbeidet som registeret sentralt kan bidra til. Nasjonalt traumeregister har videre oppfordret helseforetakene til å etablere styringsgrupper for lokale kvalitetsregistre, samt å utarbeide egne vedtekter og retningslinjer for utlevering av data. Registeret har i stor grad fokusert på viktigheten av aktivt å anvende de innregistrerte dataene i det kvalitetsforbedrende arbeidet lokalt i helseforetaket/sykehuset.</p> <p>NTR har intensjoner om å kunne bidra i det kvalitetsforbedrende arbeidet både på nasjonalt og lokalt nivå så snart registeret har tilfredsstillende datagrunnlag for dette.</p> |
| Nasjonalt register for | Ingen vitenskapelige arbeider blant annet fordi registeret mangler konsesjon fra | Infeksjonspoliklinikken på Oslo universitetssykehus, Ullevål, har jobbet systematisk |

| | | |
|--|--|---|
| hiv (Oslo universitetssykehus) | Datatilsynet. | <p>med kvalitetsindikatorer fra registeret siden 2013. Flere tiltak er initiert av dette arbeidet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) intensivert innkalling og oppfølging av pasienter som ikke møter til årlig kontroll 2) bedre psykososial kartlegging og økt tverrfaglig samarbeid om pasienter på hiv-behandling som ikke har viruskontroll 3) alle hivpasienter har fått egen koordinator (fast sykepleier) som er registrert i EPJ |
| Norsk register for døvblinde (Oslo universitetssykehus) | Årsrapport for 2015 foreligger ikke. | Årsrapport for 2015 foreligger ikke. |
| Nasjonalt kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes (Oslo universitetssykehus) | <ul style="list-style-type: none"> • Gagnum V, Stene LC, Sandvik L, Fagerland MW, Njølstad PR, Joner G, Skrivarhaug T. <i>All-cause mortality in a nationwide cohort of childhood-onset diabetes in Norway 1973-2013</i>. Diabetologia 2015 Aug;58(8):1779-86. Epub 2015 May 14 • Line Wisting, Lasse Bang, Henrik Natvig, Torild Skrivarhaug, KnutDahl-Jørgensen, Bryan Lask, Øyvind Rø. <i>Adolescents with Type 1 Diabetes – the impact of eating disorder psychopathology, coping strategies, illness perceptions and insulin beliefs on metabolic control</i>. PLoS One. 2015 Nov 3;10(11): e0141386. Doi:1371 • Dzidzonu DK, Skrivarhaug T, Joner G, Moger TA. <i>Ethnic differences in the incidence of type 1 diabetes in Norway: a register-based study using data from the period 2002-2009</i>. Pediatric Diabetes 2015 Jun 25 • Magnus MC, Olsen SF, Granström C, Joner G, Skrivarhaug T, Svensson J, Johannesen J, Njølstad P, Magnus P, Størdal K, Stene LC. <i>Infant Growth and Risk of Childhood-Onset Type 1 Diabetes in Children From 2 Scandinavian Birth Cohorts</i>. JAMA Pediatr. 2015 Dec ;169(12):e153759. Doi: 10.1001/ jamapediatrics. 2015.3759. PMID:26642117 • Wisting L, Bang L, Natvig H, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Lask B, Rø Ø. <i>Metabolic Control and Illness Perceptions in Adolescents with Type 1 Diabetes</i>. J Diabetes Research, 2016; 2016:3486094. Doi:10.1155/2016/3486094. Epub 2015 Nov. 22. PMID:26682231 • Carlsen S, Skrivarhaug T, Thue G, Cooper JG, Gøranson L, Løvaas K, Dandberg S. <i>Glycemic control and complications in patients with type 1 diabetes – a registry-based longitudinal study of adolescents and young adults</i>. Pediatr Diabetes. 2016 Feb 15. Doi:10.1111/pedi.12372. PMID:26875589 • Gagnum V, Stene LC, Jenssen TG, Berteussen LM, Sandvik L, Joner G, T. Skrivarhaug. <i>Cause of death in childhood onset Type 1 diabetes – long term follow-up</i>. Diabetic Medicine, 2016 Mar. 21. Doi:10.1111/dme.13114 (Epub ahead of print) • Wisting L, Bang L, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. <i>Psychological Barriers to optimal Insulin Therapy – more concerns in Adolescent Females than males</i>. BMJ Open | <p>«Fra barnehelsetjenesten til voksenhelsetjenesten. Bedre samhandling for ungdom med livsløpssykdom» er et kvalitetsforbedringsprosjekt som bruker type 1 diabetes som en modell sykdom for å beskrive utfordringene ved overgang fra barne- til voksenhelsetjenesten i den sårbare livsfasen som ungdomsårene kan være. Prosjektet er en understudie av Barnediabetesregisteret (BDR) og er et samarbeid mellom Den norske barnelegeforening, Diabetesforbundet, Helsedirektoratet, Sykehuset Telemark og BDR. Det er ikke publisert noen resultater ennå.</p> <p>BDR gir regelmessig tilbakemelding til den enkelte barneavdeling. Hver barneavdeling får en rapport på egne leverte data og en rapport hvor de selv er plassert i forhold til landsgjennomsnittet på de aktuelle resultatmålene.</p> <p>BDR arrangerer årlig et nasjonalt kvalitetsmøte hvor alle deltagende barneavdelinger (sykepleiere, leger, klinisk ernæringsfysiologer, psykologer) samles for å gjennomgå og drøfte resultatene. Dette gir økt fokus på nasjonale og internasjonale behandlingsretningslinjer.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Diabetes Research & Care, 2016 Jun 23;4(1):e000203. Doi: 10.1136/bmjdr-2016-000203. PMID:27403325</p> <ul style="list-style-type: none"> Line Wisting (2015) <i>Comorbid type 1 diabetes and disturbed eating behaviors – Assessment, prevalence, psychological correlates and metabolic control</i>. ISSN 1504-3991 /Nr. 515. UiO, Faculty of Social Sciences. Disputas 11.06.15 | |
| Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten NorKog (Oslo universitetssykehus) | <ul style="list-style-type: none"> Tangen, G.G., Engedal, K., Bergland, A., Moger, T.A., Hansson O. & Mengshoel, A.M. <i>Spatial navigation measured by the Floor Maze Test in patients with subjective cognitive impairment, mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease</i>. Int Psychogeriatr. 2015 Aug;27(8):1401-9. (0) doi: 10.1017/S1041610215000022. Epub 2015 Feb 3 Desikan, Rahul S.; Schork, Andrew J.; et al (2015). <i>Polygenic overlap between C-reactive protein, plasma lipids, and Alzheimer disease</i>. Circulation . ISSN 0009-7322. 131(23), s 2061- 2069 . doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015489 Steinberg, Stacy; Stefansson, Hreinn; Jonsson, Thorlakur; Johannsdottir, Hrefna et al (2015). <i>Loss-of-function variants in ABCA7 confer risk of Alzheimer's disease</i>. Nature Genetics. ISSN 1061-4036. 47(5), s 455-447.doi: 10.1038/ng.3246 Hvidtsten L, Engedal K, Selbæk G, Wyller TB, Kersten H. <i>Cognitive characteristics in persons with young onset Alzheimer's disease and frontotemporal dementia in Norwegian memory clinics study population</i>. European geriatric medicine 6:S186 • September 2015 Knapskog, A.B., K. Engedal, and A. Brækhus, <i>Performance of Cerebrospinal Fluid Biomarkers of Alzheimer Disease in a Memory Clinic in Norway</i>. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2016. 30(1): p. 8-14 Persson K, Anne Brækhus A, Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. <i>Burden of Care and Patient's Neuropsychiatric Symptoms Influence Carer's Evaluation of Cognitive Impairment</i>. Dement Geriatr Cogn Disord 2015;40:256–267 Tangen GG, Engedal K, Bergland A, Moger AT, Hansson O, Mengshoel AM. <i>Spatial navigation measured by the Floor Maze Test in patients with subjective cognitive impairment, mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease</i>. International Psychogeriatrics 2015 Mellingsæter M; Wyller TB; Ranhoff, A H; Bogdanovi N ,Wyller VB (2015). <i>Reduced sympathetic response to head-up tilt in subjects with mild cognitive impairment or mild Alzheimer's dementia</i>. Dementia and geriatric cognitive disorders extra. ISSN 1664-5464. 5(1), s 107- 115 . doi:10.1159/000375297 Bjoernstad Tonga JB, Karlosoen BK, Arnevik EA, Werheid K, Korsnes MS, Ulstein ID. <i>Challenges With Manual-Based Multimodal Psychotherapy for People With Alzheimer's Disease: A Case Study</i>. AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN 1533317515603958, first published on September 17, 2015 | <ul style="list-style-type: none"> Arbeidet med utarbeidelse av nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende har skjedd i nært samarbeid med NorKog. Utarbeidelse og revisjon av registersett har skjedd i tett samarbeid med fagmiljø fra alderspsykiatriske, geriatrike og hukommelsespoliklinikker og har tatt utgangspunkt i standard utredningsforløp i spesialisthelsetjenesten. Registerets brukerveiledning gir normer for tolkning og forståelse av testresultater fra kognitive tester og andre kartleggingsverktøy og bidrar til lik praksis. Oppdaterte diagnostiske kriterier styrker lik praksis knyttet til å sette en demensdiagnose. Skriftlig og muntlig opplæring og veiledning av nye senter som ønsker å delta i registeret gir økt kunnskap både om utredning og pasientgruppen. Forskning, hvor data fra registeret benyttes, har gitt ny kunnskap om depresjon ved demens, fysiske aktivitet og demens, yngre personer med demens og deres pårørende samt genetik. Presentasjon av registerets innhold og resultat fra forskning er gitt i seminar, møter på sykehus og i regioner. Presentasjoner på nasjonale og internasjonale konferanser har vært en del av dette kvalitetsarbeidet. Kvalitetsforbedringsformål ved de enkelte sykehus har sekretariatet lagt til rette for gjennom presentasjon av resultater fra enkeltsykehus sett i forhold til andre sykehus og resultater fra registeret samlet. |
| Det norske hjertekirurgiregisteret (Oslo | Ingen publikasjoner i 2015. | Registrering av komplikasjoner og 30 dagers dødelighet gjør det mulig å vurdere tidlige resultater etter de ulike gruppene hjerteoperasjoner, både nasjonalt og institusjonelt. Ved en mer komplett registrering av diagnoser og prosedyrekoder vil |

| | | |
|---|--|---|
| universitetssykehus) | | <p>det også være mulig å ta beslutninger om spesialisering av ulike institusjoner til å behandle spesielle pasientgrupper.</p> <p>Når registeret er utviklet til også å kunne anvende personidentifiserbare data vil man kunne følge enkeltpasienter og pasientgrupper både med hensyn på senere reintervensjoner eller sen mortalitet og dermed belyse behandlingseffekter og prognose på en langt bedre måte enn i dag. Per i dag ligger slike muligheter i avgrensede forskningsprosjekter.</p> <p>Registeret har ved flere anledninger gitt tilbakemelding ved endringer i resultatene, spesielt har dette hatt betydning ved behandling av pasientgrupper hvor hvert sykehus har få pasienter. Et eksempel på dette var resultatene etter oppvarming av hypoterme (nedkjølte) pasienter på hjerte-lungemaskin. Som en direkte følge av observasjonen gjennomgikk avdelingen sine prosedyrer, og det er registrert en bedring i resultatene.</p> |
| Norsk pacemaker- og ICD-register (Oslo universitetssykehus) | Ingen publikasjoner i 2015. | <p>Den nye versjonen av registeret, som er under utvikling, vil registrere hvorfor og hvordan pacemaker og hjertestartere (ICD) implanteres, på en bedre og lettere rapporterbar måte. Data for selve inngrepet gjør det mulig å kartlegge komplikasjoner og eventuelle risikofaktorer. Reoperasjoner og komplikasjoner skal registreres slik at data blir lett tilgjengelige.</p> <p>I tillegg vil en kunne registrere langtidsdata for overlevelse, funksjon til de ulike ledningene og pacemakerne som brukes, samt kliniske problemer og komplikasjoner. Det nye registeret vil dekke hele «livsløpet» til implantert utstyr, inkludert ekstraksjoner (fjerning av utstyr). Nytt register vil gi komplikasjonsrater og implantasjonsrater på institusjons-, fylkes- og landsnivå. Det forventes at nytt register skal gi vesentlig mer opplysninger enn det gamle og gi grunnlag for forskning og kvalitetssikring til beste for nåværende og fremtidige pasienter.</p> |
| Norsk hjertestansregister (Oslo universitetssykehus) | <p>Siden 2010 er det arbeidet med en klargjøring av definisjonene og oppretting av nye registre i hele Europa. I oktober 2014 samlet 27 europeiske land data på plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus etter samme mal, og funnene vil rapporteres i studien «EuReCa-ONE». Mer informasjon om studien, inkludert protokoll og datasett, finnes på http://www.eureca-one.eu. Håpet er at EuReCa- ONE studien vil bidra til at arbeidet med innsamling av hjertestansdata fortsetter, og at en på sikt vil kunne få ensartede og sammenliknbare data fra alle land i Europa. Registerleder deltok i arbeidsgruppen for EuReCa og er medforfatter på EuReCa artikkelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, et al. <i>EuReCa ONE Collaborators. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe</i>. Resuscitation. 2016 Aug;105:188-95. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004 | Norsk hjertestansregister sentralt har foreløpig ikke initiert spesifikt kvalitetsforbedringsarbeid lokalt ved innregistrerende institusjoner. |
| Nasjonalt | Det er publisert tre artikler fra Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia | Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av |

| | | |
|---|---|--|
| <p>kvalitetsregister for barnekreft (Kreftregisteret)</p> | <p>(ALiCCS), som er en stor nordisk registerstudie der sykkelighet hos barnekreftoverlevende er sammenliknet med friske personer (http://www.cancer.dk/aliccs/). Tre PhD-kandidater fortsetter arbeidet med data.</p> <p>Data fra Barnekreftregisteret er også en del av Pancare Childhood and Adolescent Cancer Survivor Care and Follow-up Studies (PanCareSurFup), som undersøker risiko for sekundær kreft blant europeiske barnekreftoverlevende (http://www.pancaresurfup.eu/). Dette er et pågående arbeid.</p> | <p>resultater i årsrapporten for 2015 fra barnekreftregisteret.</p> |
| <p>Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft (Kreftregisteret)</p> | <p>Det pågår et doktorgradsarbeid med data fra Brystkreftregisteret som forventes ferdig i 2016, ved kirurg Olaf Johan Hartmann-Johnsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hartmann-Johnsen OJ, Kåresen R, Schlichting E, Nygård JF. <i>Survival is Better After Breast Conserving Therapy than Mastectomy for Early Stage Breast Cancer: A Registry-Based Follow-up Study of Norwegian Women Primary Operated Between 1998 and 2008</i>. Annals of Surgical Oncology. 2015 Mar 6 | <p>Kirurgi: Det er en økning i antall brystbevarende operasjoner totalt i Norge og det er en mer lik praksis mellom sykehusene. Data vedrørende brystbevarende operasjoner ble grundig diskutert både på bryst- og endokrinkirurgenes årsmøte på høsten 2015 samt på Onkologisk Forum samme år. Medieoppmerksomhet rundt disse tallene kan også ha påskyndet en ønsket utvikling i retning av flere brystbevarende operasjoner.</p> <p>Patologi: Variasjoner i mål av perinodal tumorvekst. Det pågår et arbeid med å lage retningslinjer for kirurgisk håndtering og patologiundersøkelse i forhold til perinodal tumorvekst, som følge av resultater fra fjorårets årsrapport.</p> |
| <p>Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft (Kreftregisteret)</p> | <p>Føflekkreftregisteret er utgangspunkt for flere samarbeid med verdens ledende melanomforskere, blant annet med Adele Green og kollegaer –i en studie av langtidsoverlevelse etter melanom og i studier på sammenheng mellom tumorkarakteristika, personkarakteristika og UV-eksponering. Adele Green er professor og nestleder på Queensland Institute of Medical Research, Brisbane, Australia. Likeledes er Føflekkreftregisteret utgangspunkt for et europeisk samarbeid ledet av Lidia Sacchetto fra Piedmont Cancer Registry Torino, Italia, på forekomst av tynne svulster og in situ-lesjoner.</p> | <p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra barnekreftregisteret.</p> |
| <p>Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft (Kreftregisteret)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Szczesny W, Vistad I, Kærn J, Nakling J, Tropé C, Paulsen T. <i>Impact of hospital type and treatment on long-term survival among patients with FIGO stage IIIC epithelial ovarian cancer: follow-up through two recurrences and three treatment lines in search for predictors for survival</i>. EJGO Accepted proofs April 27;2015 Szczesny, W., Vistad, I., Kaern, J., Nakling, J., Tropé, C., & Paulsen, T. (2016). <i>Impact of hospital type and treatment on long-term survival among patients with FIGO Stage IIIC epithelial ovarian cancer: follow-up through two recurrences and three treatment lines in search for predictors for survival</i>. European journal of gynaecological oncology, 37(3), 305 | <p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft.</p> |
| <p>Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft (Kreftregisteret)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Nilssen, Yngvar, et al. <i>Lung cancer survival in Norway, 1997–2011: from nihilism to optimism</i>. European Respiratory Journal (2015): ERJ-00650 | <p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra lungekreftregisteret.</p> |
| <p>Nasjonalt kvalitetsregister for malignt lymfom og</p> | <ul style="list-style-type: none"> Barzenje, D.A., Småstuen, M.C., Delabie, J., Fosså, A., Liestøl, K., Kolstad, A. & Holte, H. <i>Radiotherapy compared to other strategies in treatment of stage I/II follicular lymphoma. A study of 404 patients with a median follow-up of 15 years</i>. PLoS One. 2015 | <p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra lymfomregisteret.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| lymfatisk leukemi | Jul 6;10(7):e0131158 | |
| Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft | <ul style="list-style-type: none"> • Dahl S, Loge JH, Berge V, Cvanvarova M, Dahl AA, Fosså SD. <i>Life 3 Years after Surgery. Influence of Radical Prostatectomy for Prostate Cancer on Work Status and Working.</i> J Cancer Surviv. 2015 Jun;9(2):172-9 • Dahl S., Cvancarova M., Dahl, AA., Fosså, SD. <i>Work ability in prostate cancer survivors after radiaval prostatectomy.</i> Scand J Urol. 2016;50(2): 116-22 | Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra prostatakreftregisteret. |
| Nasjonalt kvalitetsregister for tykk-og endetarmskreft | <ul style="list-style-type: none"> • Stornes T, Wibe A, Nesbakken A, Myklebust TÅ, Endreseth BH. <i>National early rectal cancer treatment revisited.</i> Dis Colon Rectum. 2016 Jul;59(7):623-9. • Stormark K, Søreide K, Søreide JA, Pfeffer F, Eriksen MT, Nedrebø BS, Kørner H. <i>Nationwide implementaion of laparoscopic surgery of colon cancer: short-term outcomes and long-term survival in population-based cohort.</i> Surgical Endoscopy. 23 February 2016 • Guren MG et al. <i>Nationwide improvement of rectal cancer treatment outcomes in Norway, 1993-2010.</i> Acta Oncologica. 2015 Nov; 54 (10):1714-22 • Sakkestad ST, Olsen BC, Karliczek A, Dahl O, Pfeffer F. <i>Validity of Norwegian Rectal Cancer Registry data at a major university hospital 1997-2005.</i> Acta Oncol. 2015 Apr 23:1-6 | Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra prostatakreftregisteret. |